

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Soziale Arbeit

**Adoleszent*innen mit Borderline-
Persönlichkeitsstörung**

Dialektische-Behaviorale Therapie - Adoleszenz im
Kontext von stationärer Jugendhilfe

Bachelor-Thesis

Tag der Abgabe: 25.04.2019

Vorgelegt von: Jacqueline Rieger

████████████████████

████████████████

██

Betreuender Prüfer: Prof. Dr. Gunter Groen

Zweite Prüferin: Astrid Jörns-Presentati

Inhaltsverzeichnis

I Abkürzungsverzeichnis	3
II Abbildungsverzeichnis	4
1 Einleitung	5
2 Rechtliche Rahmenbedingungen der stationären Jugendhilfe	7
3 Zielgruppe	8
3.1 Adoleszenz	9
3.2 Borderline-Persönlichkeitsstörung	9
3.2.1 Borderline- Persönlichkeitsstörung nach ICD-10	9
3.2.1.1 Spezifische Persönlichkeitsstörung	10
3.2.1.2 Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung	10
3.2.1.3 Borderline-Typ	11
3.2.2 Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM-V	11
3.3 Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Adoleszenz	13
4 Dialektische-Behaviorale Therapie	15
4.1 Standard Dialektische-Behaviorale Therapie	15
4.1.1 Bio-soziale Theorie	18
4.2 Dialektisch Behaviorale Therapie – Adoleszenz (DBT-A)	21
4.2.1 Behandlungsablauf	22
4.3 Wirksamkeit der DBT-A: Evaluationsdaten der Station Wellenreiter	27
5 Vorarbeit zum Thema: Psychische Gesundheit von Heimkindern	29
6 Empirischer Anteil	33
6.1 Methode	33
6.1.1 Das leitfadengestütztes Experteninterview	33
6.1.1.1 Das Experteninterview	33
6.1.1.2 Leitfadeninterview	34

6.1.2 Transkription des Interviews	34
6.1.3 Qualitative Inhaltsanalyse	35
7 Schlussfolgerungen	49
7.1 Personal	50
7.2 Kooperation von stationärer Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie	50
7.3 Jugendhilfepolitik	52
8 Schluss	53
9 Literaturverzeichnis	56
10 Anhang	60

I Abkürzungsverzeichnis

ICD-10 - Internationale Klassifikation psychischer Störungen

DSM-V - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (-V)

BPS – Borderline-Persönlichkeitsstörung

SGB - Sozialgesetzbuch

DBT – Dialektisch- Behaviorale Therapie

DBT-A – Dialektisch- Behaviorale Therapie Adoleszenz

K – Kategorie aus der ersten Reduktion

K´ - Kategorie aus der zweiten Reduktion

II Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Die bio-soziale Theorie der Entwicklung der BPS _____	20
Abbildung 2 Das Ablaufmodell der DBT-A Module _____	26

1 Einleitung

Die Abbrüche von Jugendhilfemaßnahmen von Adolescent*innen mit psychischen Störungen und psychosozialen Belastungen sind signifikant (vgl. Schmid 2007, 18f). Insbesondere Betroffene von einer Borderline-Persönlichkeitsstörung haben den Ruf im institutionellen Rahmen besonders schwierig zu sein (vgl. Sachse 2013, 7).

Im Jahr 2016 wurden in der Bundesrepublik Deutschland 61764 Kinder und Jugendliche in die stationäre Jugendhilfe aufgenommen (vgl. Statistisches Bundesamt 2016, 9). Davon wurden 28168 der Hilfen vorzeitig beendet (vgl. Statistisches Bundesamt 2016, 52). Die daraus entstehenden Kosten tragen Kommunen und Länder.

Die Folgen dieser Abbrüche belasten die betroffenen Kinder und Jugendlichen massiv, da diese, neben dem Wechsel des Aufenthaltsorts, besonders häufig Beziehungsabbrüche erleiden. Darüber hinaus werden die betroffenen Kinder und Jugendlichen durch die wiederholten Abbrüche der Maßnahmen und die wechselnden Aufenthaltsorte belastet. Als Folge dessen verfestigt sich eine Bindungsproblematik, welche aus den Beziehungsabbrüchen resultiert (vgl. Schmid 2007, 19).

Durch häufigen Wechsel sind die Jugendlichen, aufgrund der wachsenden Bindungsproblematik, immer schwerer zu erreichen, was neben der Verlängerung der Aufenthaltsdauer eine Kostensteigerung verursacht und damit einhergehend die Kinder und Jugendlichen zunehmend belastet (vgl. Schmid 2007, 26).

Ziel dieser Bachelorarbeit ist es am Beispiel von Adolescent*innen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung aufzuzeigen, welche Faktoren die Abbruchquote in der stationären Jugendhilfe reduzieren können. Dafür wird die Dialektisch-Behaviorale Therapie – Adoleszenz im Kontext stationärer Jugendhilfe beispielhaft genutzt.

Um sich der Fragestellung zu nähern, ist im Hauptteil ein transkribiertes Experteninterview mit einer Mitarbeiterin einer stationären Jugendhilfeeinrichtung aus Hamburg anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring analysiert worden. Die Mitarbeiter*innen dieser Einrichtung arbeiten seit mehreren Jahren mit Adolescent*innen die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden und verfügen deshalb über ein ausgeprägtes Handlungswissen mit ihnen in der stationären Jugendhilfe. Das leitfadengestützte Interview verfolgt die Fragestellung nach den

Faktoren für das Gelingen oder Misslingen einer Maßnahme in der stationären Jugendhilfe und bearbeitet die Bedürfnisse der Zielgruppe.

Der theoretische Teil dieser Arbeit umfasst im zweiten Kapitel die rechtliche Grundlage für eine Aufnahme in die stationäre Kinder- und Jugendhilfe.

Das dritte Kapitel beschreibt die Zielgruppe der Adolescent*innen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und umfasst den Diskurs „Diagnosestellung einer Persönlichkeitsstörung in der Adoleszenz“.

Zur besseren Verständlichkeit der Symptomatik der Borderline-Persönlichkeitsstörung wird im vierten Kapitel die DBT nach Marscha Linehan mit ihren Grundannahmen und der bio-sozialen Theorie beschrieben. Daran anschließend wird die daraus adaptierte DBT-A detailliert beschrieben, um die Strategien, Methoden und Abläufe dieses Konzeptes zu erklären.

Im fünften Kapitel dient die Untersuchung von Marc Schmid „Psychische Gesundheit von Heimkindern“ als theoretische Grundlage des empirischen Anteils dieser Arbeit.

Den Hauptteil der Bachelorarbeit bildet das Kapitel sechs, welches den empirischen Anteil darstellt.

Abschließend werden im siebten Kapitel die Ergebnisse in Schlüsse für die stationäre Jugendhilfe übersetzt.

2 Rechtliche Rahmenbedingungen der stationären Jugendhilfe

Um die rechtlichen Rahmenbedingungen und die damit verbundenen Aufnahmevoraussetzungen in der stationären Jugendhilfe zu erklären, wird im Folgenden Bezug auf §§ 27, 34, 35a SGB VIII genommen.

Die Aufnahme in eine stationäre Jugendhilfeeinrichtung begründet sich zum einen aus §§ 27, 34 SGB VIII oder aus § 35a SGB VIII. Gemäß § 27 Abs. 1 SGB VIII erschließt sich der Bedarf für eine Aufnahme, wenn festgestellt wird, dass die Erziehung im Elternhaus nicht dem Kindeswohl entspricht. Dann kann eine personensorgeberechtigte Person einen Antrag auf Hilfe zur Erziehung stellen. Im Anschluss wird geprüft, ob die gewünschte Hilfe sich als geeignet und notwendig erweist.

Die Wahl einer Einrichtung erfolgt nach Wunsch- und Wahlrecht des Leistungsberechtigten gemäß § 5 SGB VIII. Dort wird angemerkt, dass es sich um eine subjektive Entscheidung handelt, da die Leistungsberechtigten gemeinsam mit den zuständigen Sachbearbeiter*innen nach aktueller Freiplatzmeldung der Einrichtungen, Dringlichkeit und Attraktivität des Einrichtungsangebots wählen.

Dieses Angebot der Einrichtung bezieht sich auf §§ 27, 34 SGB VIII, die eine Hilfe zur Erziehung in einer Einrichtung über Tag und Nacht (Heimerziehung) oder in einer sonstigen betreuten Wohnform definiert. Das sind beispielsweise Jugendwohngruppen, Mutter- und Kind- Einrichtungen oder therapeutische Wohngruppen. Das Ziel dabei ist es den Alltag der Jugendlichen mit pädagogischen und therapeutischen Angeboten zu verbinden und damit ihre Entwicklung zu fördern. Als globales Ziel gilt die Rückkehr in die Herkunftsfamilie, eine Erziehung in einer anderen Familie, eine andere langfristige Lebensform oder die Verselbstständigung. Darüber hinaus legt § 27 Abs. 3 SGB VIII fest, dass es möglich ist „pädagogische und damit verbundene therapeutische Leistungen“ gemeinsam einzusetzen. Dies kann zum einen bedeuten, dass die Jugendlichen eine ambulante Therapie absolvieren zum anderen eine Therapie im Rahmen der stationären Jugendhilfeeinrichtung wahrnehmen, beispielsweise in Form einer therapeutischen Jugendwohngruppe mit einem integrierten Therapiekonzept.

Die andere Rechtsgrundlage für eine Aufnahme in eine Wohngruppe ist die Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII¹. Dies erschließt sich aus dem § 35a Abs. 2 Nr. 4, welcher besagt, dass die Eingliederungshilfe im Einzelfall in Einrichtungen über Tag und Nacht, sowie sonstigen Wohnformen geleistet werden kann. Die Jugendlichen können in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe oder aber auch in einer stationären Jugendhilfeeinrichtung untergebracht werden (vgl. Wiesner 2004, 182).

Einen Anspruch auf Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche nach § 35a Abs. 1 Nr.1 und 2 SGB VIII haben Kinder- und Jugendliche deren „seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist.“ Der erste Teil des Satzes bezieht sich auf die seelische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen. Die zweite Hälfte des Satzes bezieht sich auf die beeinträchtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Die Träger der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe haben eine Stellungnahme über die Erfüllung der beiden Tatbestände einzuholen.

Diese Stellungnahme obliegt nach § 35a Abs. 1a Nr. 1-3 dem ärztlichen Fachpersonal für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychotherapeut*innen, ärztlichem Fachpersonal oder psychologischen Psychotherapeut*innen, die über besondere Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen verfügen. Das benannte Fachpersonal soll dabei unabhängig von der Einrichtung sein. Als Grundlage der Stellungnahme gilt die „Internationale Klassifikation der Krankheiten“ in der vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information herausgegebenen deutschen Fassung, der sogenannte ICD- 10. Des Weiteren erfordert der Gesetzestext einen Bericht, aus welchem hervorgeht, ob die Abweichung des Lebensalters typischen Zustands einen Krankheitswert hat und welche Diagnose sich dahinter verbirgt.

3 Zielgruppe

Die Fragestellung dieser Bachelorarbeit wird am Beispiel der Zielgruppe Adoelszent*innen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung bearbeitet, dieses Kapitel stellt die Besonderheiten dieser Zielgruppe vor. Es wird zunächst die Lebensphase der

¹ Der Grundgedanke des § 35a SGB VIII ist die Kooperation zwischen den Einrichtungen zu etablieren (vgl. Schmid 2007, 160).

Adoleszenz mit dem Schwerpunkt auf die Entwicklungsphasen umschrieben, welches dem Zweck der Verständlichkeit der Argumentationsführung in Kapitel 3.3 dient.

Folgend werden Diagnosekriterien einer BPS nach ICD-10 und DSM V aufgeführt, abschließend dann beide Unterkapitel in einem Diskurs über die BPS im Kontext der Adoleszenz zusammengeführt.

3.1 Adoleszenz

Die Lebensphase Adoleszenz teilt sich in die Früh-, Mittel- und Spätadoleszenz auf, beschreibt die Altersspanne von 12 bis 18 Jahren und findet somit zwischen der Kindheit und dem Erwachsenenalter statt (vgl. Fend 2000, 23). In dieser Zeit verändert sich der Körper und die Psyche, so dass die Adolescent*in beispielsweise körperlich dazu in der Lage ist, Kinder zu zeugen. Daraus entstehen neue Handlungsoptionen und -ideen, welche durch Erwartungen von außen bedingt sind. Abhängig von Kultur, Entwicklungsstand und Naturell werden diese Veränderungen zu Entwicklungsaufgaben (vgl. Fend 2000, 210). Dementsprechend bedeutet der entwicklungspsychologische Begriff Adoleszenz, dass die Psyche des Menschen in Zusammenhang mit der Entwicklungsphase gesehen wird (vgl. Fend 2000, 23). Es werden folgende Entwicklungsaufgaben absolviert: der Ausbau von Beziehungen zu Peergroups, Festigung der jeweiligen Geschlechterrolle, körperliche Reifung und Akzeptanz dessen, emotionale Abnabelung vom Elternhaus, Zukunftsorientierung in Bezug auf eigene Familie und Berufslaufbahn. Außerdem werden eigene Wertesysteme erstellt und das Verhalten der Gesellschaft angepasst (vgl. Dreher/ Dreher 1985, 59). Das bedeutet, in dieser Zeit erlebt die Adolescent*in ihre Schullaufbahn, die ersten Liebesbeziehungen, den Aufbau und Abbruch von Freundschaften, die Identitätsfindung und die Berufswahl. Es wird in der Regel im Kontext der gesellschaftlichen Erwartungen gehandelt.

3.2 Borderline-Persönlichkeitsstörung

3.2.1 Borderline-Persönlichkeitsstörung nach ICD-10

Im Folgenden wird zunächst Bezug auf die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) genommen, da aufgrund der gesetzlichen Grundlage gemäß § 301 Abs. 2 Satz 1 SGB V der Gesetzgeber damit die Grundlage für die psychiatrischen

Diagnosen festlegt. Im Anschluss werden die Diagnosekriterien des DSM-V für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung ergänzt.

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) setzt sich aus den Diagnosekriterien der spezifischen Persönlichkeitsstörung (F60), mindestens drei Kriterien der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (F60.3) sowie mindestens zwei Kriterien des Borderline-Typs (F60.31) zusammen.

3.2.1.1 Spezifische Persönlichkeitsstörung

Die spezifische Persönlichkeitsstörung ist eine ausgeprägte Form der Störung von Verhalten und Persönlichkeit, welche nicht durch eine „Hirnschädigung oder -krankheit“ sowie eine weitere psychische Störung entstanden ist. Es kommt zu einer Störung der sozialen Teilhabe und einem massiven Leidensdruck. Die Persönlichkeitsstörung entwickelt sich bereits in der Kindheit oder der Adoleszenz und hält sich bis in das Erwachsenenalter.

Die Kriterien für eine spezifische Persönlichkeitsstörung beschreiben ein spezifisches und festes Verhaltensmuster, welches von den kulturellen und standardisierten Normen sichtlich abweicht. Diese Abweichungen beeinflussen die Kognition, Affektivität, Impulskontrolle, Bedürfnisbefriedigung und die zwischenmenschlichen Beziehungen. Daraus ergibt sich ein „unflexibles, unangepasstes und unzweckmäßiges Verhalten“ (Dilling/ Freyberger 2016, 234f), woraus ein Leidensdruck sowie eine beeinträchtigte soziale Teilhabe resultiert. Zur Stellung einer Diagnose braucht es einen Beleg darüber, ob die Verhaltensabweichungen bereits seit dem Kindesalter bzw. der Adoleszenz existieren und ob sie seit einem langen Zeitraum bestehen (vgl. Dilling/ Freyberger 2016, 234f).

3.2.1.2 Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung

Die emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F 60.3) teilt sich in den impulsiven Typ (F60.30) und den Borderline-Typ (F60.31) auf und beinhaltet die Erfüllung der Kriterien für die Persönlichkeitsstörung. Weiterhin müssen mindestens drei der folgenden Kriterien für den impulsiven Typ erfüllt sein: Die Neigung zur impulsiven Handlung ohne die Beachtung der daraus entstehenden Folgen. Außerdem geht eine instabile und stetig wechselnde Stimmungslage damit einher. In der Interaktion kommt es häufig zu Streitigkeiten, wenn die Interaktionspartner das Verhalten ver- oder behindern. Es

besteht eine Tendenz zu impulsiven Verhaltensweisen (Wut- oder Gewaltausbrüche), die nicht kontrolliert werden können. Handlungen, die nicht positiv bestärkt werden, können nur mit Anstrengung aufrechterhalten werden. Außerdem kann es zu einer oft wechselnden und launischen Stimmung kommen (vgl. Dilling/ Freyberger 2016, 240f).

3.2.1.3 Borderline-Typ

Für die Diagnose des Borderline-Typs wird die Erfüllung der Kriterien für die Persönlichkeitsstörung, mindestens drei der Kriterien für den impulsiven Typ sowie mindestens zwei der folgenden Kriterien für den Borderline-Typ benötigt.

Das eigene Selbstbild, Ziele und „innere Präferenzen“ (einschließlich der sexuellen) sind unsicher und gestört. Die Beziehungsgestaltung zeigt sich sehr intensiv, jedoch sehr instabil, woraus oft Krisen der Gefühlslage resultieren. Folglich wird mit einem erheblichen Aufwand versucht, das „Verlassenwerden“ zu verhindern. Es findet selbstschädigendes Verhalten statt oder es wird damit gedroht. Die Betroffenen klagen meist über ein dauerhaftes Gefühl von innerer Leere (vgl. Dilling/ Freyberger 2016, 241f).

3.2.2 Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM-V

Der ICD-10 nimmt Bezug auf die Diagnosekriterien des DSM-V. Dieser ist in der Forschung und im klinischen Bereich aufgrund von detaillierten Ausführungen und aus Gründen der Übersichtlichkeit priorisiert.

Die BPS gehört zu der Gruppe der Persönlichkeitsstörungen und wird im DSM-V insbesondere durch eine instabile Beziehungsgestaltung, Störung des Selbstbildes, der Affekte und eine hohe Impulsivität beschrieben. Das Ausmaß wird in unterschiedlichen Situationen deutlich. Das frühe Erwachsenenalter definiert den Ausbruch der Erkrankung. Die Entstehung der Persönlichkeitsstörung wird „mindestens in die Adoleszenz oder ins frühe Erwachsenenalter“ gelegt (DSM-V, 885), wobei die Diagnosestellung von Persönlichkeitsstörungen im Kindes- und Jugendalter im DSM-V für besondere Fälle in Betracht gezogen wird. Dies ist möglich, wenn die gestörten Persönlichkeitsmerkmale intensiv, dauerhaft sowie unabhängig von den aktuellen Entwicklungsaufgaben oder weiteren psychischen Störungen sind und mindestens ein Jahr bestehen. Insgesamt muss die Veränderung der Persönlichkeitsmerkmale bis in das Erwachsenenalter beachtet werden.

Darüber hinaus führt der DSM-V neun diagnostische Kriterien für eine BPS auf, von welchen fünf erfüllt sein müssen, um eine Diagnose sicherzustellen:

- „1. Verzweifeltes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden. [...]
2. Ein Muster instabiler und intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.
3. Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.
4. Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgeben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Essanfälle“). [...]
5. Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.
6. Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z.B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern).
7. Chronische Gefühle von Leere.
8. Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).
9. Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere Symptome“ (Saß 2018, 908f).

In den Diagnosekriterien wird deutlich, dass zum einen die Kriterien für eine BPS feststehen und abhängig von dem persönlichen Leidensdruck sowie dem Ausschluss aus der Gesellschaft sind. Zum anderen zeigt sich ein Spielraum, welcher die Altersbeschränkungen der Diagnosestellung betrifft. Dieser wird im nächsten Kapitel skizziert.

3.3 Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Adoleszenz

Die BPS hat, unabhängig vom Lebensalter, in der Vergangenheit den Ruf gehabt, nur unter besonderen Umständen behandelbar zu sein. Dieses Bild hat sich in den letzten Jahren durch die Forschungsergebnisse der verschiedenen erfolgreichen Therapien, wie beispielsweise die Dialektisch-Behaviorale Therapie von Marscha Linehan, gewandelt. Dieses Bild verfestigt sich weiter durch die „Prä-Post- Studiendesigns“, welche die Wirksamkeit der Therapiekonzepte für Adolescent*innen erwiesen haben. In diesen wurden die „standardisierten Skalen zur Selbst- und Fremdeinschätzung evaluiert“ (Fleischhaker/ Munz/ Böhme/ Sixt/ Schulz 2006, 15). Dabei wurde festgestellt, dass das selbstverletzende Verhalten im Therapieverlauf gesunken ist. Außerdem kam es zu keinen erneuten Suizidversuchen während der Therapie (vgl. Fleischhaker et al. 2006, 15).

Darüber hinaus bieten die oben beschriebenen diagnostischen Richtlinien von ICD-10 und DSM-V Rahmenbedingungen für die Diagnosestellung der BPS in der Adoleszenz. Trotz dieser Fakten wird das Thema Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Adoleszenz in der Literatur diskutiert. Dieser Diskurs wird im Folgenden dargestellt.

Die Vertreter*innen der Diagnosestellung stehen für präventive Maßnahmen vor einer Manifestation der Persönlichkeitsstörung. Dies dient dem Ziel, eine langfristige Beeinträchtigung zu verhindern. Durch die frühzeitige symptomspezifische Behandlung kann eine chronifizierte Beeinträchtigung vermieden werden, da sich die Symptome bereits in der Adoleszenz zeigen (vgl. Koglin/ Petermann 2007, 265).

Ein weiteres Argument für eine frühere Diagnose besteht in der Feststellung, die Behandlungsprognose von Menschen mit einer BPS sei schwieriger, wenn frühe und starke Formen von selbstverletzendem Verhalten aufgetreten sind (Zanarini/ Frankenburg/ Hennen/ Reich/ Silk 2006, 228ff). Um diesem entgegenzuwirken, sprechen sich auch Petermann und Winkel dafür aus, dass Jugendliche, die sich selbst verletzen, den Symptomen entsprechend behandelt werden sollen. Vor allem, wenn zusätzlich die Annahme des Beginns einer Borderline-Persönlichkeitsstörung besteht (vgl. Petermann/ Winkel 2007, 129f).

Als weiteres Argument zählt, dass Adolescent*innen, wie oben beschrieben, entscheidende Entwicklungsaufgaben absolvieren müssen. Das sind beispielsweise der Schulabschluss, Beginn einer Ausbildung oder die Ablösung vom Elternhaus.

Adoleszent*innen mit einer BPS benötigen zur Absolvierung dieser Entwicklungsaufgaben therapeutische und pädagogische Unterstützung, da die Bewältigungsstrategien und die Fähigkeit die Entwicklungsaufgaben zu absolvieren, durch die Störung eingeschränkt sind. Daraus kann eine erhebliche Einschränkung an allen gesellschaftlichen Belangen entstehen (vgl. Skodol/ Johnson/ Cohen/ Sneed/ Crawford 2007, 419).

Ein weiterer Argumentationspunkt der Vertreter*innen der Diagnose ist es, dass die Entwicklung der Persönlichkeit nicht mit dem Eintreten der Volljährigkeit beendet ist, da diese ein juristischer Aspekt ist. Die Entwicklung der Persönlichkeit zieht sich durch das ganze Leben und kann dementsprechend nicht durch eine Altersbeschränkung eingegrenzt werden. Eine Diagnose ist vom persönlichen Leiden abhängig zu machen (vgl. Freemann/ Reinecke/ Yuma 2007, 5ff).

Im Gegensatz dazu stehen die Kritiker*innen der Diagnosestellung in der Adoleszenz dafür, dass die Diagnose ein festes Label ist und damit negative Folgen im Leben der Jugendlichen einhergehen, wie beispielsweise Stigmatisierung durch Lehrer*innen oder Jugendhilfeeinrichtungen (vgl. Freemann et al. 2007, 10ff).

Darüber hinaus wird argumentiert, dass die Merkmale einer Persönlichkeitsstörung mit den Entwicklungsaufgaben kollidieren und insbesondere Themen wie Identifikation, Selbstwert oder Autonomiebestreben nicht als Anhalt für eine Persönlichkeitsstörung gesehen werden können (vgl. Shapiro 1990, 480ff).

Als weiterer Punkt wird aufgeführt, dass die Wahl der Bezugspersonen meist nicht auf Freiwilligkeit basiert und die Jugendlichen wenig Entscheidungsfreiheit haben, sich diese auszusuchen. Damit wird aufgezeigt, dass die Jugendlichen die Probleme der Bezugspersonen mittragen müssen und bei Schwierigkeiten im Zusammenleben mit den Erwachsenen, die Jugendlichen mit einer Pathologisierung Leid tragen (vgl. Schmid/ Schmeck/ Petermann 2008, 193).

Stellt man die Pro- und Contra Argumente gegenüber ist festzustellen, dass die Argumentation der Kritiker*innen sich auf ein veraltetes Bild von Persönlichkeitsstörungen bezieht. Die lange vermutete Unumstößlichkeit der Diagnose hat sich nach den oben beschriebenen, positiven Forschungsergebnissen für verschiedene Therapieformen, als falsch rausgestellt. Daher kann davon ausgegangen werden, dass den Adolescent*innen mit einer BPS Diagnose zwar

zunächst ein Label aufgesetzt wird, dies aber nach erfolgreicher Behandlung revidiert werden kann.

Dieses sogenannte Label der BPS kann zwar zu Stigmatisierung führen, trotzdem kann nur durch die gesicherte Diagnose eine bedarfsgerechte Behandlung stattfinden, da die Diagnose eine Voraussetzung für eine Therapie ist (vgl. Koglin/ Petermann 2007, 265).

Des Weiteren argumentieren die kritiknehmenden Personen, dass die altersspezifischen Entwicklungsaufgaben mit den Kriterien für eine BPS Diagnose vermischt werden und abhängig sind von den Personen, mit denen sie aufwachsen, welche sie sich nicht aussuchen können (vgl. Shapiro 1990, 480ff). Die Befürworter*innen vertreten die Meinung, dass diese Entwicklungsaufgaben für Adolescent*innen mit BPS durch eine Therapie bedeutend leichter zu bewältigen sind. Mit dem Ziel der Entwicklungsförderung ist eine Diagnose sinnvoll, da damit sichergestellt werden kann, dass die Adolescent*innen die Entwicklungsaufgaben absolvieren können.

Insgesamt scheint es für die Entwicklung der betroffenen Personen sinnvoll die BPS Diagnose in der Adoleszenz zu stellen, da diese ein auf das Störungsbild abgezieltes Behandlungsangebot benötigt (vgl. Koglin/ Petermann 2007, 265). Dies ist beispielsweise die Dialektische-Behaviorale Therapie für Erwachsene oder Dialektische-Behaviorale Therapie für Adolescent*innen, welche im folgenden Kapitel vorgestellt werden.

4 Dialektische-Behaviorale Therapie

In Unterkapitel 4.1 werden die Grundlagen und Grundannahmen der Dialektischen-Behavioralen Therapie (DBT) beschrieben. Da diese ebenfalls auf die Dialektische-Behaviorale Therapie Adoleszenz (DBT-A) zutreffen, werden darauf aufbauend, die detaillierten Strategien und Inhalte der Therapie, sowie das Familien-Fertigkeiten-Trainingsprogramm in dem Unterkapitel 4.2 beschrieben.

4.1 Standard Dialektische-Behaviorale Therapie

Marscha M. Linehan entwickelte eine Behandlung für Menschen mit einer BPS, daraus entstand die Dialektisch-Behaviorale Therapie, welche anfänglich nur für Frauen konzipiert war und ambulant durchgeführt wurde. Die DBT ist eine Gruppentherapie,

die auf die Änderung von unerwünschten Verhaltens- und Bewältigungsstrategien abzielt. Mittlerweile wurde die DBT auch für ein stationäres Behandlungskonzept angepasst (vgl. Stiglmayr 2017, 23).

Ihre Wirksamkeit ist bereits in vielen Studien nachgewiesen. Als ein Beispiel dafür gilt die kontrollierte randomisierte DBT Studie von Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon und Heard (1991), welche diese mit einer unspezifischen, psychotherapeutischen Behandlung verglichen haben. Als Ergebnis hat sich ergeben, dass die DBT eine Reduktion von selbstverletzendem Verhalten und Behandlungsdauer, sowie ein reduziertes Rückfallrisiko hervorruft. Darüber hinaus hat sich die Abbruchquote verringert (vgl. Linehan et al. 1991, 1060ff).

Die Standard DBT setzt sich aus den Elementen von Einzel- und Gruppentherapie, Telefoncoaching und Supervision für Therapeut*innen² zusammen. Das Konzept der DBT ist in Modulen aufgebaut und beinhaltet neben den standardisierten kognitiv-behavioralen Methoden der Psychotherapie, einen Großteil von Fertigkeiten aus Gesprächspsychotherapie, der Gestalttherapie und dem Zen-Buddhismus (Achtsamkeit). Linehan legt das Augenmerk auf die Techniken der Therapeut*innen, sowie auf die Grundannahmen der Therapeut*innen gegenüber sich selbst und insbesondere der Patient*innen (vgl. Stiglmayr 2017, 23). Das resultiert insbesondere daraus, dass Therapeutin*innen den professionellen Umgang mit BPS- Patient*innen als kräftezehrend empfinden, da die BPS- Patient*innen unter Stimmungsschwankungen und den oft daraus resultierenden „dysfunktionalen Verhaltensweisen“, wie Suizidversuchen, massiven selbstverletzenden und gefährdenden Verhaltensweisen leiden.³ Ohne spezielle Behandlungsstrategien gegenüber den zu behandelnden Personen wird dieses Verhalten oft als „manipulativ“ oder „spaltend“ angesehen. Um diesem Gefühl vorzubeugen, hat Linehan folgende Grundannahmen für die Arbeit mit Betroffenen von einer BPS erarbeitet (vgl. Stiglmayr 2017, 23).

² Die Bezeichnungen Therapeut*innen oder behandelnde Person beziehen alle Berufsgruppen ein, welche über eine DBT oder DBT-A Ausbildung verfügen.

³ Die Gründe hierfür werden in Kapitel 4.1.1 beschrieben.

Grundannahmen

- „1. Borderline-Patienten geben sich wirklich Mühe. D.h., sie versuchen, das Beste aus ihren gegenwärtigen Situationen zu machen.
2. Borderline-Patienten wollen sich verändern.
3. Borderline-Patienten müssen sich stärker anstrengen und härter arbeiten, um sich zu verändern.
4. Borderline-Patienten haben ihre Schwierigkeiten nicht selbst verursacht, müssen sie aber selbst lösen.
5. Das Leben suizidaler Borderline-Patienten ist so, wie es gegenwärtig ist, unerträglich.
6. Borderline-Patienten müssen neues Verhalten in allen relevanten Lebensbereichen erlernen.
7. Patienten können in der Therapie nicht versagen.
8. Therapeuten, die mit Borderline-Patienten arbeiten, brauchen Unterstützung“ (Stiglmayr 2017, 23f).

Die Grundannahmen verfolgen das Ziel, dass die zu behandelnden Personen von den Therapeut*innen mit der aktuellen Situation ernst genommen und wertschätzend behandelt werden.

Der erste Teil der Grundannahmen soll den Therapeut*innen helfen das Gefühl manipuliert zu werden zu relativieren. Dabei wird davon ausgegangen, dass die Patient*innen ohne Anstrengung nicht überleben können und einen Veränderungswunsch haben und dass der Aufwand der Änderungsmaßnahmen größer ist als bei gesunden Menschen. Zusätzlich sollen die Therapeut*innen die Patient*innen in den Veränderungsprozessen aktiv begleiten aber nicht befehlen. Aus dem nicht aushaltbarem Zustand entstehen Suizidgedanken, diese sollen Therapeut*innen durchaus ernst nehmen und gemeinsam mit den Patient*innen übersetzen. Außerdem wird in der DBT davon ausgegangen, dass die Patient*innen die neu erlernten Fertigkeiten in alle Bereiche des Lebens umsetzen müssen. Darüber hinaus wird dem Patienten zugeschrieben, dass er nicht in der Therapie versagen kann. Das bedeutet, sollte es zu einem Therapieabbruch kommen, ist die DBT gescheitert, und es sollte eine weitere Therapiemethode ausprobiert werden. Der letzte Teil der Grundannahmen bezieht sich auf die Therapeut*innen, welche die

Behandlung nur im Team durchführen sollen und sich regelmäßig reflektieren (vgl. Stiglmayr 2017, 26).

4.1.1 Bio-soziale Theorie

Die DBT baut auf der von M. Linehan entwickelten bio-sozialen Theorie auf. Diese wird im Folgenden zusammengefasst. Zum einen sollen die widersprüchlichen Verhaltensweisen von den Patient*innen, zum anderen die Besonderheiten der Zielsetzung und des Aufbaus der DBT durch die Ausführung der bio-sozialen Theorie verdeutlicht werden.

Die Emotionsregulationsstörung steht für Linehan im Mittelpunkt der Erklärungstheorie, wobei für sie hier zwei Faktoren zum Tragen kommen: zum einen die „biologische Disposition“, zum anderen der soziale Kontext. Die biologische Disposition zeigt durch die auffällige Wahrnehmung der „emotionalen Reize“, ein deutlich angestiegenes „emotionale Erregungsniveau“ und eine spürbar langsame Regulation in den persönlichen Normzustand.

Außerdem können die sozialen Voraussetzungen das Lernen des Umgangs mit Stimmungslagen erschweren. Daraus resultiert, dass die zu behandelnden Personen ihren Emotionen keinen Raum geben wollen, da sie Angst vor den impulsiven Ausbrüchen haben. Um dies möglichst dauerhaft regulieren zu können, verletzen die Patient*innen sich beispielsweise selbst (Abb. 1). Es wird davon ausgegangen, dass die zu behandelnden Personen aufwachsen, ohne dass eine angemessene, empathische und berechenbare Umgangsform mit Emotionen stattfindet. Die betroffenen Personen wachsen in einem invalidierenden Umfeld auf. Das bedeutet, dem Kind wird das Gefühl vermittelt, dass es falsch oder zu stark reagiert. Folglich mangelt es der Patient*in an Lernerlebnissen der Emotionsregulation, zusätzlich können Gefühle nicht benannt werden (vgl. Stiglmayr 2017, 15).

Auf biologischer Ebene weisen BPS-Patient*innen neurologische Korrelate einer generellen Hyperreagibilität auf. Diese zeigen sich in deutlichen Veränderungen der HPA-Achse, der verringerten Volumina der Amygdala und des Hippocampus, einer verstärkten Aktivierung der Amygdala und einer eingeschränkten Verbindung zwischen präfrontalem Cortex und der Amygdala (Abb. 1). Stark diskutiert wird hierbei, ob die biologische Disposition genetisch bedingt ist oder sich gewisse Strukturen im

Verlauf der ersten Lebensjahre verändern. Hierzu zählen kindliche traumatische Erfahrungen, wie z.B. sexueller Missbrauch. Im Vergleich zu Kontrollprobanden zeigt sich, dass BPS-Patient*innen ein neunfach erhöhtes emotionales Erregungsniveau haben, dieses häufiger ausgelöst wird und auch doppelt so lange anhält (vgl. Arnsten 1998, 1711). Das bedeutet, dass es öfter zu Stimmungsschwankungen kommen kann, welche sich durch einen rapiden Anstieg der Spannungskurve und durch die deutlich lange Wirkungsdauer auszeichnen. Die Wechselwirkung der bio-sozialen Faktoren kann dazu führen, dass die zu behandelnden Personen die Regulation der Emotionen erlernen müssen. Wenn dies nicht rechtzeitig erlernt wird, kann eine BPS entstehen (vgl. Stiglmayr/ Grathwol/ Linehan/ Ihorst/ Fahrenberg/ Bohus 2005, 375ff).

Um der beschriebenen Problematik entgegenzutreten wurde die DBT entwickelt. Und weil die Wirksamkeit für die Standard-DBT mehrfach erwiesen wurde, passte man das Programm für die Arbeit mit Jugendlichen entsprechend an, und entwickelte daraus die DBT für Adolescent*innen, welche im Folgenden vorgestellt wird.

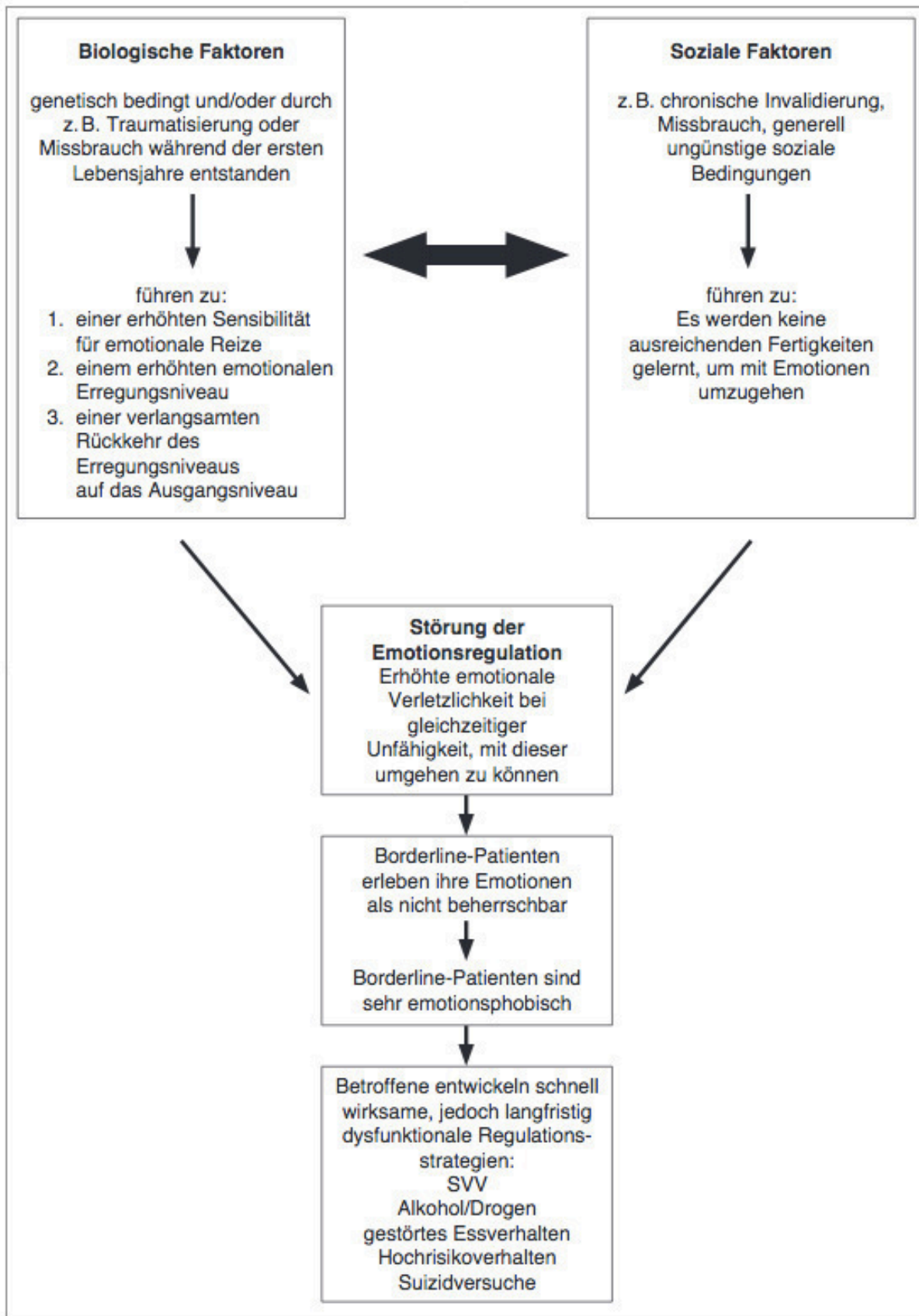


Abbildung 1 Die bio-soziale Theorie der Entwicklung der BPS

(Stiglmayr 2017, 16)

4.2 Dialektisch Behaviorale Therapie – Adoleszenz (DBT-A)

Die Anpassung von der Standard-DBT zu der DBT-A wurde von Miller und Rathus (2000) entwickelt. Die Übersetzung in die deutsche Sprache und die deutschen Gegebenheiten wurde von der Freiburger Arbeitsgruppe für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter vorgenommen (vgl. Fleischhaker/ Sixt/ Schulz 2010, 12).

Die Zielgruppe sind suizidale und sich selbstverletzende Adolescent*innen, welche Symptome einer BPS aufweisen

Die Anpassungen bezogen sich insbesondere auf die verkürzte Behandlungsdauer von einem Jahr auf 16–20 Wochen. Ein weiteres Element der Anpassung ist die Einbeziehung der Eltern und Inhaber*innen der Personensorge. Damit soll die Wirkung der DBT-A verstärkt werden sowie einen vereinfachten Transfer der Lernerfahrungen in den häuslichen Kontext, durch die Unterstützung der Eltern, herstellen.

Es wird außerdem angestrebt, die Familien zu einem funktionalen und validierenden Umfeld zu trainieren.

Insgesamt werden die Inhalte der Standard DBT vereinfacht und die Fertigkeiten werden reduziert. Beide Konzepte bedienen sich der gleichen Methoden, welche in Kapitel 4.2.1 beschrieben werden. Darüber hinaus ist das Manual in einfacher Sprache formuliert und entspricht der Altersspanne.

Um den altersspezifischen Problemen gerecht zu werden, wurde das Modul „Walking the Middel Path“ eingeführt, welches sich auf die Entwicklungsaufgaben in der Adoleszenz bezieht (Fleischhaker et al. 2010, 12).

Um das zu gewährleisten verfolgt die DBT-A folgende Zielsetzung:

1. Ausbauen der Fertigkeiten
2. Auf- und Ausbau von Motivation zur Genesung
3. Transfer der Fertigkeiten in den Alltag
4. Therapeut*innen erhalten kollegiale Beratung und arbeiten nicht allein
5. Einbeziehung des sozialen Netzwerks, welches die neu erlernten Fertigkeiten weiter begünstigt (vgl. Fleischhaker/ Sixt/ Schulz 2010, 12).

Aus dieser Zielsetzung sind die fünf neuen Fertigkeiten entstanden: Achtsamkeit, Stresstoleranz, Emotionsregulation, zwischenmenschliche Fertigkeiten und „Walking the Middle Path“.

4.2.1 Behandlungsablauf

Die erste Behandlungsphase besteht aus der „Diagnosik-Phase“ und der „Commitment-Phase, welche die freiwillige Behandlungsbereitschaft der Adolescent*innen klärt (Fleischhaker et al. 2010, 13). Weiterhin wird mit den Adolescent*innen über das Störungsbild gesprochen und insbesondere die bio-soziale-Theorie erläutert.

Ist die Therapiebereitschaft gemeinsam erarbeitet, startet die zweite Therapiephase. Die Adolescent*innen durchlaufen die DBT-A Behandlung, die aus der wöchentlichen Einzeltherapie und der Familien-Fertigkeiten-Trainingsgruppe besteht. Im ambulanten Setting wird ein Telefoncoaching in Notsituationen angeboten. Außerdem sind Therapeut*innen angehalten, eine Supervision aufzusuchen.

Zunächst werden die Therapieziele hierarchisiert, diese Abfolge wird in jedem therapeutischen Schritt durchlaufen:

1. „Verhindern bzw. Verringern suizidaler und parasuizidaler Verhaltensmuster;
2. Reduktion von Verhaltensmustern, die die Teilnahme an einer effektiven Therapie verhindert oder zu einem Therapieabbruch führen können;
3. Verringern von Verhalten, das die Lebensqualität ernsthaft beeinträchtigt; z.B. Substanzmissbrauch, Schule schwänzen, ungeschützter Geschlechtsverkehr oder anderes Verhalten, das die Lebensqualität nachhaltig senkt;
4. Verbessern von Verhaltensfertigkeiten“ (Fleischhaker et al. 2010, 17f).

Oberstes Ziel ist, dass die Adolescent*innen sich nicht das Leben gewollt oder ungewollt nehmen. Als zweites Ziel gilt die Aufrechterhaltung der Therapie, dabei werden die Adolescent*innen dazu aufgefordert therapiestörendes Verhalten, wie beispielsweise massive Verspätungen oder Nichterscheinen, abzulegen. Das dritte Ziel beinhaltet weitere, dysfunktionale Verhaltensweisen, welche nicht in erster Linie

lebensgefährdend sind. Sind die ersten drei Punkte in der vergangenen Woche nicht aufgetreten, so kann an dem Aufbau neuer Fertigkeiten gearbeitet werden.

Um diese Ziele zu erreichen, werden verschiedene Methoden und Strategien angewendet:

Wochenprotokoll

Im Wochenprotokoll wird das funktionale und dysfunktionale Verhalten von den Adolescent*innen täglich aufgezeichnet. Diese tragen ein, ob sie Alkohol oder Drogen konsumiert haben, ob es zu Selbstverletzungen oder Suizidalität kam und wie hoch der Drang danach war. Zusätzlich wird die Zeit von sportlichen Aktivitäten, Schlaf und Vergnügen abgefragt. In jeder Einzeltherapiesitzung wird dies thematisiert und dient dem Ziel zu lernen, dass funktionales Verhalten den Drang nach dysfunktionalen Verhaltensweisen ausgleicht (vgl. Bohus 2002, 57f).

Verhaltensanalyse

In der Verhaltensanalyse beschreibt die Adolescent*in detailliert, welches dysfunktionale Verhalten aufgetreten ist und welche Auslöser aufgetreten sind. Dabei wird der Fokus auf die situationsbezogenen und mentalen Gründe sowie die darauffolgende Interpretation gelegt. Anschließend werden die Gefühle während und direkt nach der auslösenden Situation beschrieben. Abschließend werden neue Verhaltensweisen erarbeitet (vgl. Bohus 2002, 58ff).

Teilhabe der Familie

Die Teilnahme der Familie am DBT-A Programm bedeutet, dass die Adolescent*innen einen direkten Transfer in den familiären Kontext erleben. Dabei werden die Eltern oder Inhaber*innen der Personensorge in die Einzeltherapie und die Familien-Fertigkeiten-Trainingsgruppe einbezogen. Es wird das Ziel verfolgt, dass die Adolescent*innen die neu erlernten Fertigkeiten direkt anwenden können. Insgesamt ist die jeweilige Situation der Familien zu beachten, es sollte mindestens eine monatliche Familiensitzung stattfinden (vgl. Fleischhaker et al. 2010, 19).

Dialektische Strategien

Die dialektischen Strategien zielen auf die Widersprüche im Denken, Verhalten sowie den Gefühlen und Denkmustern. Die behandelnde Person ist im stetigen Wechsel zwischen verschiedenen dialektischen Strategien, wie beispielsweise dem Wechsel von Veränderung zu Akzeptanz oder sie schafft das Gleichgewicht zwischen Grenzen und Forderung nach Neuem (vgl. Bohus 2002, 64f).

Kontingenzmanagement

Die behandelnde Person bestärkt zeitnah funktionale Verhaltensweisen. Dabei ist es hilfreich, die Verstärkung an der Beziehung auszuführen. Wiederum wird dysfunktionales Verhalten nicht beachtet oder sogar ignoriert. Bei riskanten Verhaltensweisen wie Suizidalität werden „aversive Konsequenzen“ eingesetzt, welche in Form von Ablehnung, konfrontativer Betrachtung und Aufbau von Distanz aufgebaut werden (vgl. Stiglmayr 2017, 44f).

Validierung

Die Therapeut*in validiert die Adolescent*in mit dem Ziel, die Subjektivität der Situation objektiv darzustellen. Das heißt, die Adolescent*in wendet sich mit einem Erlebnis an das behandelnde Personal. Dieses versucht, im Sinn der dialektischen Strategie die Balance zwischen Empathie und einer Intervention zu halten.

Dabei hört die behandelnde Person zunächst aktiv zu, danach wird das Gehörte genau wiedergegeben und die nicht verbalisierten Emotionen werden besprochen. Anschließend wird dies in den Kontext vergangener Lebensereignisse gesetzt, wobei die aktuelle Situation eine subjektive Berechtigung erfährt. Im letzten Schritt wird die „radikale Echtheit“ angewandt, bei der die behandelnde Person, die zu behandelnde Person entsprechend der eigenen Wünsche behandelt (vgl. Bohus 2002, 65).

Familien-Fertigkeiten-Trainingsgruppe

Die wöchentliche, zweistündige Familien-Fertigkeiten-Trainingsgruppe wird von zwei Therapeut*innen moderiert. Es nehmen in der Regel fünf Adolescent*innen und jeweils ein Familienmitglied teil. Jede Sitzung gliedert sich in zwei Schwerpunkte. Zu Beginn werden die Hausaufgaben der letzten Sitzung besprochen und im zweiten Teil werden neue Fertigkeiten vermittelt, welche die Grundlage für die neue Hausaufgabe bieten. Es wird Wert daraufgelegt, dass die Fertigkeiten zunächst in entspannten Situationen

angewendet werden, da sie diese festigen müssen, bevor sie in einer komplizierteren Situation angewendet werden können (vgl. Fleischhaker et al. 2010, 20).

Die Struktur der Familien-Fertigkeiten-Trainingsgruppe wird durch die fünf Module gebildet, welche im Folgenden kurz vorgestellt werden.

Modul: Achtsamkeit

Das Modul Achtsamkeit bildet einen Rahmen für die DBT-A Behandlung. Es findet in insgesamt vier Sitzungen zu Beginn und zwischen den einzelnen Modulen statt, siehe Abbildung 2. Mit einer festen Gruppe im stationären oder geschlossenen Setting können die vier Sitzungen verblockt zu Beginn der Behandlung stattfinden. Außerdem üben die Adolescent*innen regelmäßig Fertigkeiten zur inneren Achtsamkeit ein, welche sie schriftlich im Wochenprotokoll festhalten. Dabei wird das Ziel verfolgt, die eigenen Gedanken zu steuern und zu fokussieren, wodurch das Selbstbewusstsein gesteigert werden kann. Voraussetzung dafür ist, dass die Adolescent*innen stetig trainieren.

Es wird zwischen „Was-Fertigkeiten“, die „beschreiben, was man tun kann, um achtsam zu sein“ und „Wie-Fertigkeiten“, die „beschreiben, worauf man bei den Achtsamkeitsübungen besonderen Wert legen soll“, unterschieden (Fleischhaker 2010, 62).

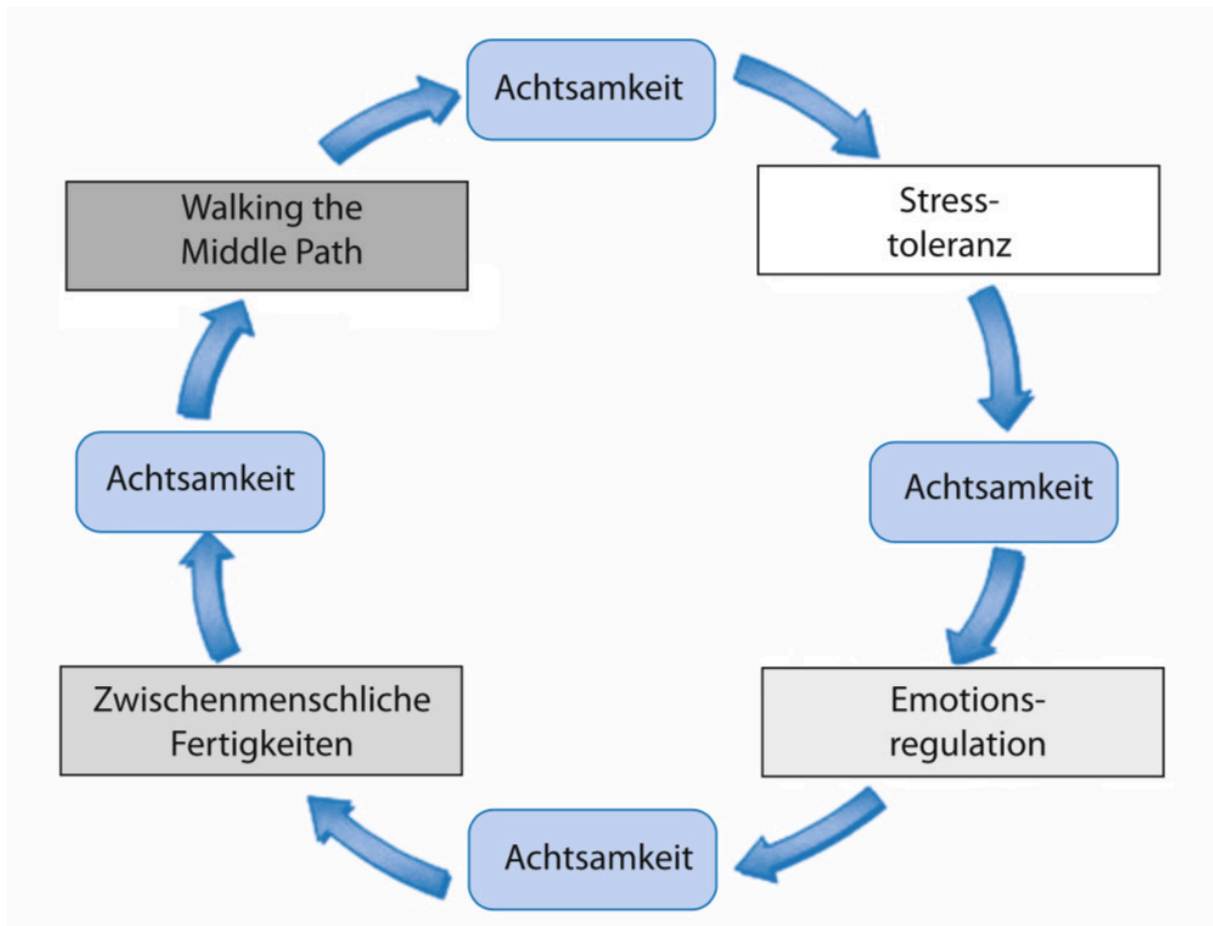


Abbildung 2 Das Ablaufmodell der DBT-A Module

(Fleischhaker et al. 2010, 21)

Modul: Stresstoleranz

Das Modul Stresstoleranz besteht aus drei Sitzungen. Ziel ist es, mit kritischen Situationen umzugehen, die nicht veränderbar sind. Die Inhalte dieses Moduls beziehen sich darauf, weitere Fertigkeiten zur Ablenkung, Beruhigung, Verbesserung des Augenblicks oder der „radikalen Akzeptanz“ von unveränderbaren Situationen zu erlernen (vgl. Fleischhaker et al 2010, 74). Als Beispiel dafür gelten die Fertigkeiten oder umgangssprachlichen „Skills“, wie Igelball, Gummiband, Chilibonbon aber auch kognitive Skills; wie „Hirnflickflacks“. Die Adolescent*innen erstellen sogenannte „Skills-Ketten“, welche aus drei bis vier Skills bestehen und der Reihe nach angewendet werden. Es wird ein „Notfallkoffer“ zusammengestellt, in dem das nötige Material stetig verfügbar ist.

Ein Instrument dazu ist die „Stresskurve“, die den Adolescent*innen verdeutlichen soll, in welchem Anspannungsbereich, eine bestimmte Art von Fertigkeiten anzuwenden

ist. Dabei muss die Individualität der einzelnen Adolescent*innen beachtet werden (vgl. Fleischhaker et al. 2010, 72).

Modul: Emotionsregulation

Das Modul Emotionsregulation oder auch Umgang mit Gefühlen besteht aus drei Sitzungen und soll den Adolescent*innen helfen, mit ihren Gefühlen angemessen umzugehen und diese zu regulieren. Dafür wird das Zusammenspiel von Gefühlen, Gedanken, Körperreaktionen und Verhalten vermittelt. Zusätzlich erlernen die Adolescent*innen weitere Fertigkeiten, welche auf die Selbstfürsorge und angenehme Aktivitäten abzielen (vgl. Fleischhaker 2010, 98ff).

Modul: Zwischenmenschliche Fertigkeiten

Das Modul zwischenmenschliche Fertigkeiten besteht aus drei Sitzungen. Es beschäftigt sich mit der problematischen Beziehungsgestaltung der Adolescent*innen und soll Lösungswege aufzeigen. Gemeinsam wird ein Leitfaden besprochen, mit dem Fokus auf das erhoffte Ziel, die Beziehung und die Selbstachtung (vgl. Fleischhaker et al. 2010, 126).

Modul: „Walking the Middle Path“

Auch das Modul „Walking the Middle Path“ besteht aus drei Sitzungen. Inhaltlich erlernen die Familien die „Löschung“ oder die Nachvollziehbarkeit von Verstärkungs- und Bestrafungsmustern, die das Verhalten der anderen Familienmitglieder positiv oder negativ bestärken (vgl. Fleischhaker et al. 2010, 158). Darüber hinaus wird die Validierung, wie oben beschrieben, erlernt (vgl. Fleischhaker et al. 2010, 164).

4.3 Wirksamkeit der DBT-A: Evaluationsdaten der Station Wellenreiter

Die Station Wellenreiter der Vorwerker Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und –psychotherapie Lübeck hat mit dem DBT-A Konzept gearbeitet und dies evaluiert. Ihre Evaluationsdaten werden in diesem Kapitel zusammengefasst, um die Wirksamkeit des Konzepts zu belegen.

Die Station verfügt über acht stationäre Behandlungsplätze für Mädchen im Alter von 14- 18 Jahren, welche unter den Symptomen einer BPS leiden. Der Inhalt der Therapie

auf Station basiert auf dem Konzept der stationären Therapie von Bohus (2002) und der ambulanten DBT-A nach Fleischhaker et al. (2010) und findet über einen Behandlungszeitraum von drei Monaten statt (vgl. von Auer/ Kleindienst/ Ludewig/ Soyka/ Bohus/ Ludäscher 2015, 303).

Die DBT-A Behandlung auf der Station Wellenreiter wurde von April 2004 bis August 2005 evaluiert. An der Studie haben 44 Patient*innen, mit einem Durchschnittsalter von 16.07 Jahren und einem durchschnittlichen IQ von 105.8, teilgenommen. Die Patient*innen weisen durchschnittlich 5.9 der Kriterien für eine BPS auf. 17 Patient*innen verfügen bereits über stationäre Therapieerfahrungen, mit bis zu sechs stationären Behandlungen bei einer maximalen Aufenthaltsdauer von zehn Monaten in der klinischen Vorgeschichte. 20 Patient*innen hatten bereits Suizidversuche unternommen. Neben den Symptomen für eine BPS litten die Patient*innen unter komorbiden Störungen, dabei war die posttraumatische Belastungsstörung die häufigste, mit einer Betroffenheit von 60%. Ziel der Evaluation war es, die Akzeptanz und Sicherheit der Patient*innen, in Bezug auf das Selbstverletzende Verhalten und die Änderung der Psychopathologie nach Behandlungsabschluss, zu messen (vgl. von Auer et al. 2015, 308).

30 Patient*innen (68%) beendeten die Therapie planmäßig, fünf der 30 Patient*innen wurden für eine Nacht, aufgrund von akuter Suizidalität, auf der geschlossenen Notaufnahmestation untergebracht. Die Therapieabbrüche begründen sich folgendermaßen: „Therapiepausen durch Regelverstöße (2), Therapiepause auf Wunsch (6), Therapieabbruch (1), Fremdunterbringungen (2), Substanzabhängigkeit (1), intellektuelle Überforderung (1), Suizidversuch (1)“ (von Auer et al. 2015, 309).

Die Ergebnisse der Evaluation zeigen eine Reduktion der Symptome auf. Dies beinhaltet auch die Reduktion von nicht suizidalem selbstverletzenden Verhalten, welches sich von 80% auf 41,7% reduziert hat. In den Messungen konnte kein gravierender Unterschied in der Psychopathologie nach der Behandlung festgestellt werden (vgl. von Auer et al. 2015, 309f).

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die DBT-A zwar keine signifikante Änderung der Psychopathologie erreicht hat, jedoch die BPS Diagnosekriterien deutlich reduziert wurden. Besonders die Reduktion des selbstverletzenden Verhaltens durch das Fertigkeitentraining und den Einbezug der Familie ist als Erfolg zu verzeichnen (vgl. von Auer et al. 2015, 310).

5 Vorarbeit zum Thema: Psychische Gesundheit von Heimkindern

Das Ziel dieses Kapitels ist es, die Vorarbeit von Marc Schmid „Psychische Gesundheit von Heimkindern“ vorzustellen, auf der der empirische Teil dieser Bachelorarbeit basiert.

Die Arbeit von Schmid beinhaltet die Fragestellung, wie viele Kinder und Jugendlichen in stationärer Jugendhilfe den Kriterien für eine ICD-10 Diagnose entsprechen. Weiterhin hat er sich mit der Rechtsgrundlage für die Aufnahme in stationäre Jugendhilfe, die besuchten Schulformen sowie die Vorgeschichte in der Jugendhilfe, beschäftigt. Der zweite Schwerpunkt der Fragestellung bezieht sich auf die Lebensqualität der psychisch belasteten Kinder und Jugendlichen und den damit verbundenen Einschränkungen im Leben, im Vergleich zu Gleichaltrigen aus der Allgemeinbevölkerung.

Als dritter Schwerpunkt gilt die Untersuchung, ob sich das Aufnahmealter und die Behandlungsdauer auf die Psychopathologie und die psychische Belastung auswirken (vgl. Schmid 2007, 65).

Die Untersuchungsmethode bestand aus einem zweiteiligen Programm. Zunächst haben die Kinder und Jugendlichen sowie die betreuenden pädagogischen Personen Fragebögen zur Selbst- und Fremdeinschätzung bekommen. Der zweite Schritt in der Untersuchung wurde eingeleitet, wenn die Kinder und Jugendlichen in beiden Fragebögen bei der „Standardabweichung über dem Mittelwert der deutschen Normalisierungsstichprobe“ (Schmid 2007, 68) gelegen haben. In Folge dessen wurden die Kinder und Jugendlichen zu diagnostischen Interviews geladen, um ICD-10 Diagnosen sicherzustellen oder auszuschließen (vgl. Schmid 2007, 180).

Die Untersuchungsgruppe besteht aus 689 Kindern und Jugendlichen, welche zu Untersuchungsbeginn unter 18 Jahre alt waren. Des Weiteren musste die Einverständniserklärung der sorgeberechtigten Personen vorliegen sowie der Aufenthalt in der teilnehmenden 20 deutschen stationären Jugendlicheeinrichtungen gewährleistet sein.

Im folgenden Abschnitt werden die für das Thema dieser Bachelorarbeit „DBT-A im Kontext stationärer Jugendhilfe“ wichtigsten Ergebnisse dieser Untersuchung umschrieben.

Insgesamt wurde festgestellt, dass Kinder und Jugendliche, die in stationärer Jugendhilfe leben, deutlich belasteter sind als Kinder und Jugendliche, die in der Stammfamilie leben. Psychische Störungen erreichen in der stationären Jugendhilfe eine Prävalenzrate von 59,9%. Die Komorbidität liegt bei einer Quote von 37%, was bedeutet, dass mindestens zwei psychische Störungen gleichzeitig auftreten (vgl. Schmid 2007, 129). Dies weist auf ein hohes Aufkommen von „komplexen, schwer zu behandelnden Störungsbildern bei Kindern und Jugendlichen in stationärer Jugendhilfe“ (Schmid 2007, 129) hin. Aus diesem Dilemma entstehen bei den Kindern und Jugendlichen Bindungsstörungen, welche wiederum zu weiteren verschiedenen Symptomen führen. In diesem Zusammenhang diskutiert Schmid die Diagnosevergabe einer Persönlichkeitsstörung im Jugendalter und hieraus resultierend, die Notwendigkeit eines Diagnosesystems für Jugendliche mit einer entsprechenden Symptomatik (vgl. Schmid 2007, 138).

An dem Umfang der Belastung der Kinder und Jugendlichen hat Schmid beobachtet, dass eine „relative kinder- und jugendpsychiatrische/-psychotherapeutische Unterversorgung“ (Schmid 2007, 129) besteht.

Darüber hinaus wurde festgestellt, dass die Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII trotz der hohen Rate von psychischen Störung nur in 13% der Fällen angewandt wurde und bei allen weiteren betroffenen Kindern und Jugendlichen nach § 27 SGB VIII Hilfen zur Erziehung verfügt wurden. Aus dieser Erkenntnis zieht Schmid den Schluss, dass nur wenig fachspezifische Kenntnisse über psychische Störungen vorhanden sind und zusätzlich die Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie ausbaufähig ist (vgl. Schmid 2007, 129). Es wird davon ausgegangen, dass die Rechtsgrundlage abhängig von der Qualität der Kooperation zwischen den Institutionen und deren Aufnahmekriterien ist und sich nicht nach dem individuellen Bedarf der Kinder und Jugendlichen richtet (vgl. Schmid 2007, 147).

Außerdem konnte man beobachten, dass die Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen in zwei Bereichen massiv eingeschränkt ist. Sie gehen beispielsweise nicht zur Schule und entwickeln einen besonderen Förderbedarf.

Des Weiteren wurde ermittelt, dass 29,6% der Kinder und Jugendlichen bereits in einer anderen stationären Jugendhilfemaßnahme gelebt haben und 13,8% aus Pflegefamilien kommen. Ein weiterer Anteil der Kinder und Jugendlichen hatte keine Maßnahmen der Jugendhilfe im Voraus erhalten. Schmid erklärt sich dies dadurch, dass viele Kinder und Jugendliche, die bereits in eine Geschichte in der Jugendhilfe haben, in diesem Sektor weiter nach Hilfe suchen. Auf der anderen Seite hat ein großer Teil der Jugendlichen den direkten Weg in die stationäre Jugendhilfe gewählt, ohne im Voraus ambulante Maßnahmen wahrzunehmen (vgl. Schmid 2007, 130f).

Zusätzlich hat Schmid durch „Temperamentsmessungen“ herausgefunden, dass die in stationärer Jugendhilfe lebenden Jugendlichen ein erhöhtes „Neugierverhalten“ und eine erhöhte „Schadensvermeidung“ haben, im Gegensatz dazu allerdings ein niedriges „Beharrungsvermögen“. Diese Gruppe hat, im Gegensatz zur Vergleichsgruppe, eine massiv eingeschränkte „Selbstlenkungsfähigkeit“ und eine mangelhafte „Kooperativität“ gezeigt. Diese Faktoren weisen wiederum auf einen Aspekt für die Anfälligkeit auf spezifische psychische Störungen hin (vgl. Schmid 2007, 130f).

Aus der Untersuchung hat sich für die Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendhilfe, sowie die Jugendhilfepolitik eine Bedeutung für die Praxis ergeben, welche im Folgenden beschrieben werden:

Aus den Ergebnissen ist hervorgegangen, dass Kinder und Jugendliche mit einer massiven Belastung oft nicht bedarfsgerecht untergebracht werden. Daraus ergibt sich für Schmid, dass die stationären Jugendhilfeeinrichtungen nach § 27 SGB VIII mit dieser Gruppe von psychisch belasteten Jugendlichen Grenzerfahrungen machen und es stets zu Abbrüchen der Maßnahmen kommt. Schmid betont darum, dass diese Gruppe entsprechende Angebote erhält (Schmid 2007, 157).

Des Weiteren erklärt Schmid das Subsidiaritätsprinzip gemäß § 23 Grundgesetzbuch als schädlich für den Hilfeverlauf. Dieses legt nämlich fest, dass zunächst die ambulanten Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe ausgeschöpft werden sollen und dass die Aufnahme in die stationäre Jugendhilfe als letzte Maßnahme gewählt werden soll. Bei einer späten Aufnahme in die stationäre Jugendhilfe ist für Schmid der Erfolg der Maßnahme deutlich erschwert, da sich das Verhalten der Kinder und Jugendlichen

bereits chronifiziert hat (vgl. Schmid 2007, 158). Daraus resultiert, dass der Bedarf zeitig geprüft wird und dementsprechend die Einleitung der Maßnahme vorzunehmen ist, um insbesondere Beziehungsabbrüche zu reduzieren.

Außerdem fordert Schmid eine Professionalisierung der Pflegefamilien, um den belasteten Kindern und Jugendlichen gerecht zu werden.

Darüber hinaus wird in den Schlussfolgerungen die Forderung nach intensiv betreuten Wohngruppen diskutiert. Es wird verdeutlicht, dass nicht alle Kinder und Jugendlichen mit psychischen Störungen dem Bedarf einer Eingliederungshilfe gemäß § 35a SGB VIII entsprechen. Speziell ausgerichtete Wohngruppen bieten laut Schmid einen angemessenen Rahmen, wenn das Konzept „störungsspezifisch und altershomogen“ (Schmid 2007, 160) ausgerichtet ist.

In diesem Zusammenhang fordert Schmid eine bessere Vernetzung der unterschiedlichen Institutionen, beispielsweise durch Fachtagungen, gemeinsame Fortbildungen oder Hospitationen (vgl. Schmid 2007, 160).

Mit Blick auf das Thema dieser Bachelorarbeit „DBT-A im Kontext stationärer Jugendhilfe“ steht die Idee einer „mischfinanzierten Gruppe“, welche den Kindern und Jugendlichen mit Bindungs- und Persönlichkeitsstörungen den Wechsel zwischen den verschiedenen Einrichtungen erspart. Die Kinder und Jugendlichen können im Kontext der stationären Jugendhilfe behandelt werden (vgl. Schmid 2007, 162). Daran anschließend empfiehlt Schmid für die Zielgruppe die Etablierung von Gruppenangeboten, entsprechend des Fertigkeitentrainings der DBT-A, in den stationären Jugendhilfeeinrichtungen. Dies wird dadurch begründet, dass die Behandlungsziele der DBT-A auf den „sozialen Fertigkeiten und der Fähigkeit der Emotionsregulation, [und] besserer Umgang mit emotionalem Stress“ (Schmid 2007, 167) beruhen und die Zielgruppe davon aufgrund der Untersuchungsergebnisse profitiert. Die begleitende, ambulante therapeutische Unterstützung wird impliziert (vgl. Schmid 2007, 167).

Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie schlägt Schmid schlussfolgernd vor, die Kenntnisse der Jugendhilfestrukturen mit in die Ausbildung einzubeziehen. Ebenso führt er die Wichtigkeit der Weiterbildung des Jugendhilfepersonals auf.

Als Fazit seiner Untersuchung benennt Marc Schmid die Notwendigkeit einer Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie, welche den

aktuellen, qualitativen Standards entspricht und somit die Abbruchquote der Aufenthalte in der stationären Jugendhilfe reduziert.

6 Empirischer Anteil

Aufbauend auf den Ergebnissen von Marc Schmidts Untersuchung, prüft dieses Kapitel die Bedürfnisse der Adolescent*innen mit BPS und die Faktoren für einen gelungenen oder misslungenen Aufenthalt in der stationären Jugendhilfe. Dabei wird das Ziel verfolgt: Faktoren zu finden, um die Abbruchquote der stationären Jugendhilfe zu reduzieren. Dafür ist ein leitfadengestütztes Experteninterview geführt und in transkribierter Form, durch die qualitative Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring, bearbeitet wurden.

6.1 Methode

Der folgende Auswertungsbericht beinhaltet die Auswertung eines transkribierten Experteninterviews und wurde durch die „Qualitative Inhaltsanalyse“ nach Philipp Mayring erstellt. Das Interview wurde am 07. März 2019 mit einer Mitarbeiter*in einer Hamburger Kinder- und Jugendhilfeeinrichtung (x)⁴ durchgeführt.

6.1.1 Das leitfadengestütztes Experteninterview

6.1.1.1 Das Experteninterview

Um sich der Fragestellung zu nähern, erscheint das Experteninterview sinnvoll, da die Hypothesen durch das Handlungswissen der interviewten Person beantwortet werden können.

Zur Begründung der Methode wird eine Expert*in beschrieben. Diese hat ein fachspezifisches Wissen, welches sich auf die ausgeübte professionelle oder berufliche Tätigkeit bezieht. Zusätzlich besteht Wissen über die internen Abläufe und Besonderheiten der Einrichtung, auch können Handlungsschritte der beteiligten Personen sicher interpretiert werden (vgl. Bogner/ Menz 2002, 46). Weiterhin besteht nicht nur theoretisches Wissen, die Expert*in verfügt zusätzlich über „den Charakter von Praxis- oder Handlungswissen [...], in das verschiedene und durchaus disparate

⁴ Alle Informationen zu dieser Einrichtung sind anonymisiert dargestellt.

Handlungsmaxime und individuelle Entscheidungsregeln, kollektive Orientierungen und soziale Deutungsmuster einfließen“ (Bogner/Menz 2002, 46).

Da es sich bei der interviewten Person um eine langjährige Mitarbeiterin der Jugendhilfeeinrichtung handelt, ist davon auszugehen, dass sie über das erforderliche theoretische Wissen und, in erster Linie, um das praktische Handlungswissen verfügt. Daher erscheint die Wahl der Methode des Experteninterviews als sinnvoll.

Wie oben bereits beschrieben, stellt die Arbeit mit Adolescent*innen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in vielen Fällen eine Herausforderung dar, die mit persönlichen Gedanken und Gefühlen zu verbinden ist (vgl. Stiglmayr 2017, 23). Daher wird in diesem Experteninterview auch ein Schwerpunkt auf die persönlichen Erfahrungen der interviewten Person gelegt.

6.1.1.2 Leitfadeninterview

Das leitfadengestützte Interview beinhaltet alle themenbezogenen Fragen die zur Beantwortung der Forschungsfrage notwendig sind. Die Formulierung, sowie die Reihenfolge der Fragen ist flexibel, hierbei sind situationsbezogene Änderungen erwünscht. Dadurch wird insbesondere der Redefluss der interviewten Person gefördert, zusätzlich werden Dopplungen im Gesprächsverlauf vermieden. Außerdem sind spontane Nachfragen oft erforderlich, um alle relevanten Facetten einer Antwort zu erhalten (vgl. Gläser/ Laudel 2009, 42).

Die strukturierte Vorbereitung eines leitfadengestützten Interviews hilft zusätzlich, wenn die Expert*innen unter Zeitdruck stehen, beispielsweise bei der Durchführung des Interviews in der Dienstzeit.

In diesem Interview ist der Aspekt der Fokussierung auf die Allgemeinheit nicht notwendig, da wie oben beschrieben, die persönlichen Eindrücke und Gefühle der interviewten Person von hoher Relevanz sind (vgl. Flick 2014, 216).

6.1.2 Transkription des Interviews

Die Transkription wurde mittels des Transkriptionssystem „f4“ verfasst. Dabei wurde vollständig und wörtlich transkribiert, abgekürzte Worte wurden vervollständigt.

Die interviewende Person wurde durch „I“ und die befragte Person durch „B“ gekennzeichnet. Das transkribierte Interview befindet sich im Anhang.

6.1.3 Qualitative Inhaltsanalyse

Die von Philipp Mayring 1982 entwickelte qualitative Inhaltsanalyse ist eine sozialwissenschaftliche Methode mit dem Ziel der „Analyse von Material, das aus irgendeiner Art von Kommunikation stammt“ (Mayring 2015, 11).

Dementsprechend steht Kommunikation, welche meist verschriftlicht wird, im Zentrum der sozialwissenschaftlichen, qualitativen Inhaltsanalyse.

Weiterhin wird gemäß dem allgemeinen, inhaltsanalytischen Ablaufmodell strukturiert vorgegangen und dabei festen Regeln gefolgt. Dies dient dem Zweck der Validität der Methode.

Die Inhaltsanalyse wird theoriegeleitet durchgeführt, das bedeutet, dass eine Verbindung zu den bestehenden Forschungsergebnissen hergestellt wird. Insbesondere soll die qualitative Inhaltsanalyse als ein Bestandteil des Kommunikationsprozesses verstanden werden. Das heißt, die Inhaltsanalyse „will durch Aussagen über das zu analysierende Material Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation ziehen, Aussagen über den “Sender“ (z.B. dessen Absichten), über Wirkungen beim „Empfänger“ oder Ähnliches ableiten“ (Mayring 2015, 13).

Die Aufgabenbereiche der qualitativen Inhaltsanalyse sind:

- Hypothesenfindung und Theoriebildung
- Pilotstudien
- Vertiefungen
- Einzelfallstudien
- Prozessanalysen
- Klassifizierungen
- Theorie- und Hypothesenprüfung (vgl. Mayring 2015, 22ff).

Mayring sieht den Begriff der Inhaltsanalyse problematisch, da er mehr umfasst als die Kommunikation. Seiner Auffassung nach beschreibt „kategoriengeleitete Textanalyse“ das Ziel des Verfahrens genauer.

Die drei Grundformen der Inhaltsanalyse, die „Zusammenfassung“, die „Explikation“ und die „Strukturierung“, beschreiben drei Interpretationsformen zur Materialanalyse.⁵ Zu beachten ist, dass jede Form unabhängig von den anderen Formen zur Anwendung kommen kann, da sich die ausgewählte Form auf die Forschungsfrage und das vorliegende Material bezieht (vgl. Mayring 2015, 67).

Im Folgenden wird diese qualitative Inhaltsanalyse nach Mayrings „Allgemeinen inhaltsanalytischen Ablaufmodell“ bearbeitet:⁶

- a) Festlegung des Materials
- b) Analyse der Entstehungssituation
- c) Formale Charakteristika des Materials
- d) Richtung der Analyse
- e) Theoretische Differenzierung der Fragestellung
- f) Bestimmung der Analysetechniken und des Ablaufmodells
- g) Definition der Analyseeinheiten
- h) Analyseschritte gemäß Ablaufmodell mittels Kategoriensystem
- i) Rücküberprüfung des Kategoriensystems an Theorien und Material
(bei Veränderungen erneuter Materialdurchlauf, beginnend mit e)
- j) Zusammenstellung der Ergebnisse und Interpretation in Richtung der Fragestellung
- k) Anwendung der inhaltsanalytischen Gütekriterien (Mayring 2015, 62).

a) Festlegung des Materials

Das vorgestellte Material ist im Interview zum Thema „DBT-A im Kontext stationärer Jugendhilfe“ entstanden. Es handelt sich um ein Experteninterview mit einer insoweit erfahrenen Mitarbeiterin einer stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtung und der ersten Erhebung des Materials. Das Material behandelt die gesammelten Erfahrungen im professionellen Umgang mit Menschen, die eine BPS haben sowie die Veränderungsvorstellungen für die Arbeit der Interviewteilnehmerin. Bei der Festlegung des Materials liegt zum einen das Augenmerk auf der Feststellung des Ist-Zustandes, zum anderen bezieht es sich auf die Grundlage der Vorarbeit von Marc Schmid zum Thema aus Kapitel fünf. Außerdem umfasst das Material nur eine

⁵ In Kapitel 6.6 wird die relevante Methode ausgeführt.

Interviewsituation, daher kann es, gemäß der Gütekriterien, als nicht ausreichend repräsentativ gelten.

Das Interview wird mit einer Mitarbeiterin einer intensiv betreuten Hamburger Wohngruppe (x) geführt. In dieser werden Kinder und Jugendliche nach §§ 27, 34 SGB VIII und § 35a SGB VIII betreut. Insgesamt ist die Wohngruppe für Kinder und Jugendliche mit einem erhöhten Betreuungsbedarf ausgerichtet. Unter ihnen leben auch Betroffene einer BPS, daher ist die Einrichtung gewählt worden (mündliche Informationen von der interviewten Person (I), Hamburg, 07.03.2019). Die interviewte Person ist weiblich und verfügt über einen Abschluss in Bildungs- und Erziehungswissenschaften mit dem Schwerpunkt Sozialpädagogik und Kinder und Jugendbildung. Sie arbeitet seit fünf Jahren in der Wohngruppe (x).

Zur Kontaktherstellung wurden zuerst die Einrichtungsleitenden von einer wissenschaftlichen Mitarbeiterin der HAW Hamburg, welche bereits in Kooperation mit der Einrichtung steht, kontaktiert. Anschließend wurde die interviewte Person von ihren vorgesetzten Personen informiert (vgl. Mayring 2015, 54f).

b) Analyse der Entstehungssituation

In erster Linie handelte es sich um eine freiwillige Interviewteilnahme. Aufgrund der Kooperation zwischen der Einrichtung und der HAW Hamburg, besteht auch ein beidseitiges Interesse an der Durchführung des Interviews. Das Material ist im Rahmen dieser Bachelor-Thesis von der Autorin hergestellt worden. Es wurde für die Zielgruppe, von insoweit erfahrenen Sozialarbeiter*innen im Umgang mit Adolescent*innen mit BPS im Kontext von stationärer Jugendhilfe, konzipiert. Dabei waren der Autorin, abgesehen von der Berufserfahrung im oben beschriebenen Feld, keine weiteren Kriterien wichtig. Stattdessen war es wichtig, die Zielgruppe so allgemein zu halten, dass damit die gesamte Population der oben benannten Gruppe von Sozialarbeiter*innen erfasst und somit allgemeingültige Aussagen getroffen werden konnten.

Das Interview wurde im Büro einer Wohngruppe der Einrichtung durchgeführt, dabei waren einige Jugendliche zum Erhebungszeitpunkt im Haus, welche von einer weiteren Kollegin betreut wurden (vgl. Mayring 2015, 55f).

c) Formale Charakterisierung des Materials

Dem Auswertungsbericht liegt eine Tonspur des Interviews sowie die transkribierte Textform (Anhang A) zugrunde (vgl. Mayring 2015, 55ff).

Das folgende Transkriptionsmanual wurde verwendet:

I	Interviewerin
B	Interviewpartner*in
s	Straße der Einrichtung
[Text]	Einfügen der Anonymisierung im Text
I_	Beginn einer Überlappung von Redebeiträgen
,	kurze Sprechpause
(.)	kurze Pause
(..)	mittlere Pause
(...)	lange Pause
jaaa	Dehnung von Wörtern; je länger die Dehnung, umso mehr Vokale werden aneinandergereiht
<u>nein</u>	Betonung
nein	Lautstärke

Satzzeichen die nur für die Intonationsveränderung verwendet werden:

nei-	Abbruch
[schluckt]	nonverbale Äußerung (z.B. Husten, Räuspern) oder gesprächsexterne Ereignisse (z.B. Telefon klingelt) bzw. Anonymisierung
@Text@	Text wird lachend gesprochen
@	kurzes Auflachen
@@	mittel langes Lachen
@@@	langes Lachen
<Text>	Text wird schnell gesprochen

d) Richtung der Analyse

Mit dem Interview wird das Ziel verfolgt, das Erleben der Interviewpartnerin im professionellen Umgang mit Adolescent*innen, die von einer BPS betroffen sind, zu

erfahren. Darüber hinaus werden Ideen und Vorschläge für einen verbesserten Umgang eingeholt. Die Richtung der Analyse wird gemäß des von Mayring weiterentwickelten inhaltsanalytischen Kommunikationsmodells bestimmt. In diesem Fall zielt die Analyse auf Aussagen über Erfahrungen und den Handlungshintergrund.

e) Theoretische Differenzierung der Fragestellung

Das Material besteht aus Informationen über die Erfahrungen der interviewten Person mit der Gruppe von Adolescent*innen, die an einer BPS erkrankt sind und in der stationären Jugendhilfe leben.

Die Indikation für die Aufnahme in eine stationäre Jugendhilfeeinrichtung besteht aus den Faktoren einer belasteten Familiensituation und einer nicht bedarfsgerechten Unterstützung durch das ambulante Setting. In der Familiengeschichte der betroffenen Personen kam es meist zu traumatisierenden Ereignissen, wie beispielsweise Scheidung, Tod eines Familienmitglieds, Sucht oder häusliche Gewalt. Daraus entstehen bei den betroffenen Personen häufig psychische Erkrankungen. Das sind Themen, die zwischen den Professionen der Sozialen Arbeit und Psychiatrie zu verorten sind.

Zu der Symptomatik von Adolescent*innen mit BPS gehört, wie in Kapitel 4 beschrieben, dass die Wahrnehmung der Gefühle massiv erhöht ist und sich dies auf die Interaktion mit anderen Personen auswirkt. Aufgrund dieser Probleme kommt es unter anderem häufig zu Abbrüchen der Aufenthalte in stationären Jugendhilfeeinrichtungen. In seiner Arbeit „Psychische Gesundheit von Heimkindern“ hat Marc Schmid bereits festgestellt, dass die Adolescent*innen vor der Aufnahme in eine stationäre Jugendhilfeeinrichtung meist schon mehrere ambulante Maßnahmen durchlaufen und folglich diverse Beziehungsabbrüche durchlebt haben. Dies wirkt sich wiederum auf die Erfolgchance der Maßnahme aus (vgl. Schmid 2013, 36ff).

Daraus entsteht die Frage nach dem passenden Angebot für Adolescent*innen mit einer BPS in der stationären Jugendhilfe und welche Bedürfnisse diese haben. Dafür ist es interessant zu wissen, welche Faktoren für einen gelingenden oder misslingenden Aufenthalt in der stationären Jugendhilfe, in Bezug auf die Zielgruppe, vorliegen. (vgl. Mayring 2015, 59f).

Fragestellung 1: Welche Faktoren bedingen den Erfolg oder Misserfolg einer Maßnahme?

Fragestellung 2: Wie sollte sich ein Angebot einer stationären Jugendhilfeeinrichtung für Adolescent*innen mit BPS gestalten?

f bis h) Bestimmung der Analysetechnik

Für diese Inhaltsanalyse fällt die Bestimmung der Analysetechnik auf die zusammenfassende Inhaltsanalyse. Das Ziel dieser Analyse ist es, das Material möglichst wertfrei und offen zu bearbeiten. Vorteilhaft ist, dass die beste Bezugsmöglichkeit aus bestehenden Forschungsarbeiten, durch die induktive Kategorienbildung, geboten wird. Damit im weiteren Verlauf der Bezug zur Literatur hergestellt werden kann.

Die zusammenfassende Inhaltsanalyse wird folgend erklärt:

Zusammenfassung: „Ziel der Analyse ist es, das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist“ (Mayring 2015, 67). Die Zusammenfassung versucht also systematisch das Material in die relevantesten Bestandteile zu reduzieren, somit entsteht eine „induktive Kategorienbildung“ (Mayring 2015, 67).

Die zusammenfassende Inhaltsanalyse abstrahiert und verallgemeinert das bestehende Material, welches dadurch mit der Theorie verbunden werden kann. Dabei wird die Definition der zusammenzufassenden Elemente exakt festgehalten und das Material wird in größere Bestandteile gegliedert. Diese werden der Reihe nach „verallgemeinert“ (Mayring 2015, 69). Nach der Beschreibung des Materials und der Festlegung der Fragestellung, kann folgend dem Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse nachgekommen werden.

„1.Schritt: Bestimmung der Analyseeinheit

2.Schritt: Paraphrasierung der inhaltstragenden Textstellen (Z1-Regeln)

3.Schritt: Bestimmung des angestrebten Abstraktionsniveaus und Generalisierung der Paraphrasen unter diesem Abstraktionsniveau (Z2-Regeln)

4.Schritt: erste Reduktion durch Selektion, Streichen bedeutungsgleicher Paraphrasen (Z3-Regeln)

5.Schritt: zweite Reduktion durch Bündelung, Konstruktion, Integration von Paraphrasen auf dem angestrebten Abstraktionsniveau (Z4-Regeln)

6.Schritt: Zusammenstellung der neuen Aussagen als Kategoriensystem

7.Schritt: Rücküberprüfung des zusammenfassenden Kategoriensystems am Ausgangsmaterial (3.Schritt)“ (Mayring 2015, 70).

1. Schritt: Bestimmung der Analyseeinheiten

Kodiereinheit: Die Kodierung findet durch relevante Textbausteine statt.

Kontexteinheit: Das vorliegende transkribierte Interview, sowie die theoretischen Vorüberlegungen aus den oberen Kapiteln.

Auswertungseinheit: Das Material besteht aus dem gesamten transkribierten Interview (Anhang A).

2. bis 7.Schritt (Anhang B):

Das Material wird anhand der „Interpretationsregeln“ zusammengefasst. Die „Paraphrasierung“ (Z1-Regel) entfernt alle nicht relevanten Äußerungen. Die „Generalisierung auf das Abstraktionsniveau“ (Z2-Regel) fordert eine Verallgemeinerung auf die beschriebene Kategorie, dabei werden die Paraphrasen, welche über dem erwünschten „Abstraktionsniveau“ stehen, zunächst erhalten. Im Bedarfsfall werden theoriegeleitete Vermutungen genutzt. Das Abstraktionsniveau zielt auf die Beantwortung der Fragestellung ab. In diesem Fall handelt es sich bei dem Abstraktionsniveau um möglichst allgemeine Aussagen der Mitarbeiter*in über Faktoren, die eine Maßnahme in der stationären Jugendhilfe gelingen und misslingen lassen, sowie Aussagen über die Bedürfnisse der Adolescent*innen mit einer BPS. Die „erste Reduktion“ (Z3-Regel) führt eine erneute Entfernung von sinnverwandten oder nicht relevanten Bestandteilen durch, welche aufgrund des neuen „Abstraktionsniveaus“ bestehen. Ausgewählt werden die Paraphrasen, die als zielführend bewertet werden (vgl. Mayring 2015, 72).

Während der Analyse des transkribierten Interviews, konnten, nach der ersten Reduktion⁷ des Materials, acht Kategorien (K) festgelegt werden.

⁷ Anhang B

Im Anschluss wurde eine zweite Reduktion⁸ vorgenommen. Diese führt gleichartige Paraphrasen und mehrteilige Paraphrasen der ersten Reduktion zusammen und bezieht theoretische Vorkenntnisse ein (Z4-Regel) (vgl. Mayring 2015, 72). In diesem Arbeitsschritt sind vier neue Kategorien (K´) entstanden. Sie werden im Schritt i), unter Berücksichtigung der Fragestellung und unter Bezug des Themas DBT-A im Kontext stationärer Jugendhilfe, zusammengefasst und interpretiert werden.

K´1

Adoleszent*innen mit BPS brauchen:

- Aufmerksamkeit für positive Momente
- wenig Aufmerksamkeit für dysfunktionales Verhalten
- klare Strukturen
- sichere und beständige Betreuer*innen
- Beziehungsarbeit mit einem professionellen Nähe- und Distanzverhältnis
- Unterstützung beim Lernen neuer Fertigkeiten

K´2

Maßnahmen gelingen, wenn:

- Betreuer*innen über theoretisches und Handlungswissen verfügen
- Rahmenbedingungen geschaffen werden, in denen sich die Adolescent*innen entwickeln können

K´3

Maßnahmen misslingen, bei:

- mangelhafter Kooperation mit der Psychiatrie oder ambulanten Therapeuten
- häufiger Wechsel des Settings

K´4

Grenzen der Jugendhilfe:

- ausgeprägtes dysfunktionales Verhalten
- rechtliche Rahmenbedingungen
- Elternarbeit

⁸ Anhang C

i) Zusammenstellung der Ergebnisse und Interpretation in Richtung der Fragestellung

K'1 Adolescent*innen mit BPS brauchen:

In dieser Kategorie werden die Bedürfnisse der Adolescent*innen mit BPS beschrieben und interpretiert, die sich aus dem transkribierten Interview und der Reduktion ergeben haben.

Im Interview wird berichtet, dass das Team der Wohngruppe den positiven Ereignissen im Alltag Aufmerksamkeit schenkt. Nur die nötigste Aufmerksamkeit wird auf das jeweilige dysfunktionale Verhalten gelenkt (Anhang A, S. 11 Z. 22-24). Als Effekt dieser Technik beschreibt die interviewte Person, dass sich dysfunktionale Verhaltensweisen im Verlauf der Maßnahme reduzieren (Anhang A, S. 11, Z. 24-27). Es ist zu erwarten, dass dieser Effekt eintritt, da diese Vorgehensweise dem Kontingenzmanagement der DBT-A entspricht (vgl. Stiglmayr 2017, 44f).

Aus dem Interview geht hervor, dass Adolescent*innen mit BPS klare Strukturen benötigen. Die Wohngruppe wird hier auch als intensive Betreuung, mit einem „sehr engen Setting“, beschrieben (Anhang A, S. 3, Z. 1-2). Des Weiteren wird dieser Rahmen weiterhin als ein schützender Ort zum Reflektieren beschrieben (Anhang A, S. 18, Z. 4-9). Als Besonderheit empfindet die interviewte Person den Bereich der „Verselbstständigungsgruppe“, welche auf dem Grundstück integriert ist. Die Bezugspersonen bleiben konstant und es muss, bei einem Wechsel des Settings, keine neue Beziehung aufgebaut werden. Die bestehende Beziehung wird zur weiteren Entwicklung der Adolescent*innen genutzt (Anhang A, S. 3-4, Z. 28-2). Diese Aussagen stimmen mit den Ausführungen in Punkt e) überein, welche besagen, dass die Adolescent*innen schon häufig Beziehungsabbrüche erlebt haben und daraus die Erfolgchancen für eine Jugendhilfemaßnahme sinken (vgl. Schmid 2013, 36ff). Im Endeffekt bedeutet dies für die stationären Jugendhilfeeinrichtungen, dass die Adolescent*innen möglichst lange an einem Standort mit verschiedenen Konzepten bleiben sollten, um eine lange Beziehungskontinuität zu gewährleisten.

Als weiterer Aspekt wird beschrieben, dass das Team insgesamt eine „klare Linie“ fährt und sich gegenseitig unterstützt. Dies ist ein weiterer Anhaltspunkt für eine klare Struktur, diese wird durch die Beständigkeit der Bezugspersonen bestärkt. Auch hat

sich im Interview herausgestellt, dass die klare Kommunikationsform der Betreuer*innen ebenfalls als positiv eingeschätzt wird (Anhang A, S. 10 Z. 9-11). In der bio-sozialen Theorie wird davon ausgegangen, dass Adolescent*innen mit einer BPS, durch das erhöhte Anspannungslevel, bereits mit alltäglichen Aufgaben und der Absolvierung der Entwicklungsaufgaben vor große Herausforderungen gestellt werden, weil sie nicht gelernt haben Gefühle zu regulieren (vgl. Stiglmayr et al. 2005, 375ff). Zusammenfassend scheint eine intensive Betreuung, mit klaren Strukturen und eine sichere Umgebung sehr sinnvoll, um die Anforderungen zu meistern. In diesem Rahmen wird eine angeleitete Reflexion mit Bezugspersonen möglich, um die neuen Aufgaben zu erlernen.

An diesen Punkt anknüpfend berichtet die interviewte Person häufig über den Faktor sichere und beständige Betreuer*innen als Bedürfnis von Adolescent*innen mit BPS. In der Beschreibung der Beziehungsgestaltung äußert sie beispielsweise: „ Wir sind eine Konstante in eurem Leben, [...] - die können sich auch mit uns brechen wollen. Wir sind halt trotzdem da und das Angebot besteht“ (Anhang A, S. 10, Z. 15-17). Das geht mit einem professionellen Nähe- und Distanzverhältnis einher, welches in K'2 genauer beschrieben wird. In Anbetracht der Diagnosekriterien einer BPS nach DSM-V sind Probleme in der Beziehungsgestaltung, mit der Angst verlassen zu werden von großer Bedeutung (vgl. Saß 2018, 908f). Somit kann davon ausgegangen werden, dass die Adolescent*innen mit BPS ein verlässliches Umfeld zum Erlernen von neuen und stabilen Beziehungsmustern benötigen. Hier bietet die stationäre Jugendhilfe einen langfristigen Rahmen (Schmid 2007, 160).

Als besonderes Bedürfnis wird die Unterstützung beim Lernen neuer Fertigkeiten von der interviewten Person beschrieben, welche die Unterstützung bei den Hausaufgaben der DBT-A impliziert (Anhang A, S. 11, Z. 26-30). Dafür stellt die Wohngruppe einen Notfallkoffer mit den im Voraus besprochenen Fertigkeiten, wie beispielsweise Igelbälle oder Gummibänder zur Verfügung. Das soll den Adolescent*innen zusätzlich vermitteln, dass sie sich mit ihren Krisen an die Betreuer*innen wenden können (Anhang A, S. 10-11, Z. 23-2). In der DBT-A ist es üblich, dass die behandelnden Personen den Prozess begleiten. Dafür haben sie verschiedene Werkzeuge und Strategien, wie in Kapitel 4.2.1 beschrieben. Auch für den Bereich der stationären Jugendhilfe erscheint es sinnvoll, Wochenprotokolle und Verhaltensanalysen zu nutzen, um mit den Adolescent*innen neue Fertigkeiten kennenzulernen und zu

erproben. Darüber hinaus scheint, wie in der DBT-A beschrieben, eine Fertigkeiten-Trainingsgruppe sinnvoll. In dieser können alle in der Wohngruppe lebenden gemeinsam neue Fertigkeiten erlernen und sich darüber austauschen. Insgesamt vereinfacht das eine Transferleistung in den Alltag der Adolescent*innen (Fleischhaker et al. 2010, 13ff).

K'2 Maßnahmen gelingen, wenn:

Diese Kategorie bezieht sich auf zwei Faktoren, welche für den positiven Verlauf von Jugendhilfemaßnahmen mitverantwortlich sind.

Die Aussagen des transkribierten Interviews stellten heraus, dass das ausgewogene Verhältnis von theoretischem Wissen und Handlungswissen der Betreuer*innen von großer Bedeutung für einen positiven Verlauf der Hilfe ist. Die interviewte Person berichtet, dass die betreuenden Personen bisher über keine fundierten Kenntnisse über die BPS verfügen, jedoch im Bereich Traumapädagogik ausgebildet werden (Anhang A, S. 5 Z. 24-25). Zusätzlich erhalten die Mitarbeiter*innen Fortbildungen in verschiedenen Bereichen, wie Deeskalationstraining, systemische Beratung oder Coaching (Anhang A, S. 5-6, Z. 26-2). Im weiteren Verlauf beschreibt die interviewte Person den Wunsch nach Fortbildungen zu DBT-A, um „Werkzeug mitkriegen“ zu können (Anhang A, S. 11, Z. 7-8). Diesen Wunsch begründet sie so: „weil das was man dann weiß, ist dann eher auch das was man sich anliest, ähm was dann aber auch nicht immer in der Praxis ausreicht [...]“ (Anhang A, S. 11, Z. 8-12).

Die Relevanz von Handlungswissen wird besonders deutlich bei der Beantwortung der Frage, wie die interviewte Person persönlich mit suizidalen Krisensituation in der Wohngruppe umgeht. Es wird berichtet, dass ihr Berufsstart in der Wohngruppe durch massives selbstverletzendes Verhalten geprägt war. Der daraus resultierende Lernerfolg für sich selbst verschaffte ihr eine Handlungssicherheit, welche sie folgendermaßen beschreibt: „Ich lasse das nicht so nah an mich ran, weil ich weiß, dass ich schon viel gesehen habe und dass es da immer irgendwie schon eine Lösung gibt [...]“ (Anhang A, S. 12, Z. 20-22).

Weiterhin wird erwähnt, wie Situationen nach dem Erlangen von Handlungswissen besser eingeschätzt werden können und nach aktuellem Bedarf gehandelt wird (Anhang A, S. 12, Z. 22-27). Ein weiteres Beispiel für die Relevanz des Handlungswissens wird durch die Beschreibung der Beziehungsgestaltung deutlich. Es wird aufgezeigt, wie sehr die Beziehungsgestaltung von dem betreuenden Personal

abhängig ist (Anhang A, S. 9, Z. 18). Insgesamt wird versucht, eine „Grunddistanz aufzubauen“ (Anhang A, S. 9, Z. 22-23), jedoch beschreibt die interviewte Person, dass insbesondere die neuen Kolleg*innen in problematische Situationen mit den Adolescent*innen mit einer BPS geraten: „[...] weil dann das selbstverletzende Verhalten immer da auftritt, wenn der Kollege ganz alleine im Dienst ist [...]“ (Anhang A, S. 9, Z. 28-29). Als Kriterium für die Bezugsarbeit wird das persönliche Gefühl von Sicherheit im Umgang mit Adolescent*innen genannt (Anhang A, S. 9, Z. 20-21). Auch hier beschreibt die interviewte Person ihren persönlichen Prozess und betitelt sich selbst als „abgeklärter“ (Anhang A, S. 9, Z. 25) im Umgang mit schwierigen Situationen. Die Relevanz von theoriebezogenem Wissen wird durch die Grundannahmen deutlich (vgl. Stiglmayr 2017, 23f). Wie in Kapitel 4.1 beschrieben, wurden diese erstellt, um als Betreuer*in mit den Stimmungsschwankungen und speziellen Verhaltensweisen besser umgehen zu können (vgl. Stiglmayr 2017, 26). Diese Grundannahmen und das Wissen über die bio-soziale Theorie, mit den Besonderheiten in der kindlichen Entwicklung und den daraus resultierenden Veränderungen im Gehirn von Adolescent*innen mit BPS, erleichtern den pädagogischen Alltag enorm. Insgesamt ist, neben einem fundierten theoretischen Wissen, eine lange Berufserfahrung mit Adolescent*innen, welche einen sicheren Umgang und persönliche Reflexionsbereitschaft impliziert, vorteilhaft. Durch die wachsende Erfahrung mit verschiedenen Situationen wächst das Handlungsrepertoire (vgl. Stiglmayr 2017, 15).

K'3 Maßnahmen misslingen, wenn:

Aus der Reduktion des transkribierten Interviews hat sich ergeben, dass der Faktor „mangelhafte Kooperation mit der Psychiatrie oder ambulanten Therapeuten“ gravierend für das Misslingen einer Maßnahme verantwortlich ist, da dies besonders häufig erwähnt wurde (vgl. Anhang A, S. 7, Z. 12-14).

In den Erläuterungen der interviewten Person wird deutlich, dass der Kontakt mit der Psychiatrie nur durch die gemeinsame Behandlung von Adolescent*innen mit psychischen Störungen zustande kommt (Anhang A, S. 7, Z. 1-5). Das heißt, es findet kein, vom Klientel unabhängiger, Austausch statt. Im Interview wird von einer indirekten Kooperation gesprochen, (Anhang A, S. 7, Z. 15-17) jedoch wird auch diese ausschließlich durch einen Kontakt bei kurzen Anliegen beschrieben.

Dementsprechend scheint aus dem fehlenden Austausch ein Gefühl von Missachtung der Arbeit (Anhang A, S. 8, Z. 2-3) zu entstehen. Daraus resultiert, dass sich das Team der Wohngruppe nicht von der Kinder- und Jugendpsychiatrie ernst genommen fühlt (Anhang A, S. 7, Z. 9-10). Darüber hinaus benennt die interviewte Person ein Beispiel von einem misslungenem Aufenthalt, dabei äußert sie: „Ich bin mir sicher, dass das auch mit zum Scheitern bedingt hat, dass der Austausch mit uns und der Klinik, [...], nicht wirklich stattgefunden hat“ (Anhang A, S. 16, Z. 6-7). Dabei bemängelt sie insbesondere, dass sich die Klinik, keine Informationen der Einrichtung über die Adolozent*innen eingeholt hat.

Als Resultat der negativen Erfahrungen in der Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde auch ein häufiger Wechsel der psychiatrischen Kliniken angeführt (Anhang A, S. 18, Z. 21-23), welcher von der interviewten Person als weiterer Grund für das Scheitern einer Maßnahme genannt wurde. Im Interview wird der Wunsch nach einer funktionierenden Kooperation deutlich (Anhang A, S. 19, Z. 16-17).

Den Austausch mit den ambulanten Therapeut*innen beschreibt die interviewte Person als unterschiedlich. Auf der einen Seite gab es in der Vergangenheit positive Erfahrungen, jedoch gab es auf der anderen Seite auch negative Erfahrungen. Insgesamt wird der Wunsch geäußert, am Prozess der Therapie teilzuhaben (Anhang A, S. 9, Z. 5-6). Darüber hinaus wird beschrieben, dass sich das Team der Wohngruppe „nicht unbedingt gewollt“ von den behandelnden Personen (Anhang A, S. 9, Z. 11-13) fühlt.

In Bezug auf die Fragestellung kann davon ausgegangen werden, dass die Kooperation zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie oder ambulanten Therapeut*innen, einen entscheidenden Faktor für den Erfolg einer Maßnahme darstellt. Hierbei wurde beispielsweise in einem Artikel von Schröder und Schmid auf eine langwierige und problematische Kooperation hingewiesen, welche nicht nur aufgrund von finanziellen Gesichtspunkten und der geteilten Sorge begründet wird. Sie stellen ein Plädoyer dafür, dass beide Professionen (Kinder- und Jugendpsychiatrie und stationäre Jugendhilfe) sich den individuellen Herausforderungen stellen sollten, statt über die Paragraphen der Sozialgesetzbücher zu streiten. Darüber hinaus wird als Lösungsvorschlag für eine gelingende Kooperation eine gemeinsame Haltung beider Professionen vorgeschlagen. Als Fazit wird eine interprofessionelle Kooperation als zwingend notwendig für eine erfolgreiche Behandlung von jungen Menschen mit

psychischen Störungen beschrieben (vgl. Schröder/ Schmid 2016, 15ff). Dementsprechend erscheint es sinnvoll, einen regelmäßigen fachspezifischen Austausch zwischen den Professionen einzurichten, um dadurch die jeweiligen Vorurteile zu mindern. So würde eine gelingende Kooperation gewährleistet und ein positiver Verlauf der Maßnahme für die Adolescent*innen zu geebnet.

K´4 Grenzen der stationären Jugendhilfe:

Das transkribierte Interview zeigte aber auch Grenzen der stationären Jugendhilfe auf. Diese werden nun, anknüpfend an die Kategorie 3´, beleuchtet.

Ein Hindernis stellen die rechtlichen Rahmenbedingungen dar, welche insbesondere als erschwerend empfunden werden, wenn für jede Selbstverletzung ein Krankenwagen gerufen werden muss. Dies lenkt zu viel Aufmerksamkeit auf das dysfunktionale Verhalten, welches vermeiden werden soll (Anhang A, S. 19, Z. 25-30). Daran anschließend wird auch ein ausgeprägtes dysfunktionales Verhalten als sehr problematisch beschrieben. Hierbei ist zum einen der Aspekt einer schweren Selbstverletzung schwierig, zum anderen auch die Form der Selbstverletzung problematisch (Anhang A, S. 17, Z. 16-22). Die von der interviewten Person benannten rechtlichen Rahmenbedingungen beziehen sich darauf, dass das Personal in der Jugendhilfe tiefe Verletzungen nicht einschätzen kann, da die entsprechende Ausbildung dafür einem ärztlichen Personal oder dem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal obliegt. Im Hinblick auf das Kontingenzmanagement, ist diese rechtliche Rahmenbedingung eine massive Einschränkung, da entweder eine gemeinsamer Arztbesuch oder ein Besuch eines Notarztes damit verbunden ist, was ein großes Aufsehen auf das dysfunktionale Verhalten lenkt. Die Grenze kann allerdings durch die Anstellung von Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, gemäß § 63 Abs. 3c SGB V, teilweise umgangen werden. Massive Selbstverletzungen, werden weiterhin eine Grenze darstellen, da diese in der Klinik entsprechend versorgt werden müssen (vgl. Stiglmayr 2017, 44f).

Aus dem transkribierten Interview geht als weiterer Aspekt die Elternarbeit hervor, welche meist Grenzen aufweist. Die interviewte Person berichtet, dass zum einen die Eltern verstorben oder nicht vor Ort sind, dort trete Trauerarbeit in Kraft. Zum anderen wird berichtet, dass die Familien seit langer Zeit in Jugendhilfemaßnahmen angebunden sind und dies eine neutrale Arbeit erschwert (Anhang A, S. 6, Z. 17-24).

In Bezug auf das Thema DBT-A im Kontext stationärer Jugendhilfe ist die Elternarbeit von großer Relevanz, da das Eltern-Fertigkeitstraining in die DBT-A eingeführt wurde, um den Adolescent*innen einen möglichst einfachen Alltagstransfer zu gewährleisten (vgl. Fleischhaker et al. 2010, 19). Sind die Elternteile jedoch aus unterschiedlichen Gründen nicht erreichbar, ist der Erfolg einer Maßnahme eingeschränkt. Das schließt jedoch die DBT-A für die betroffene Person nicht aus, da diese durch die Teilnahme und Schulung der Bezugspersonen aus der Einrichtung zunächst einen Alltags-Transfer erleben. Auch für die stationäre Jugendhilfe sind hier Grenzen zu erkennen. Hier könnte, alternativ zur Rückführung in die Familie, auch eine Verselbstständigung oder ein Leben in einer anderen Familie angestrebt werden. In diesem Fall werden die neuen Bezugspersonen in die Familien-Fertigkeitengruppe einbezogen (vgl. Fleischhaker et al. 2010, 19f).

j) Anwendung der inhaltsanalytischen Gütekriterien

Die qualitative Inhaltsanalyse nach Phillip Mayring wurde an einem transkribierten Interview durchgeführt. Der Vorgang der zusammenfassenden Inhaltsanalyse wurde zweimal durchgegangen und damit die Ergebnisse überprüft.

Es wurde ein Parallel-Test mit der Explikation durchgeführt, allerdings wurde diese Methode für das vorliegende Material als hinderlich empfunden. Ein Konsistenz-Test wurde nicht durchgeführt. Unter Berücksichtigung dieser Faktoren, ist die Reliabilität nur teilweise erfüllt, da kein Konsistenz-Test durchgeführt wurde.

Insgesamt handelt es sich um ein nachvollziehbares Verfahren, da die Vorgehensweise dokumentiert wurde und mit den Ergebnissen aus der vorliegenden Vorarbeit von Marc Schmid vergleichbar ist. Die interviewte Person wurde ausgewählt, da durch die Befragung entsprechende Ergebnisse erwartet wurden. Die Reduktion wurde mit bestehenden Vorvermutungen verglichen und interpretiert.

Dementsprechend kann davon ausgegangen werden, dass das Verfahren valide ist, jedoch nicht ausreichend reliabel (vgl. Mayring 2015, 123ff).

7 Schlussfolgerungen

In diesem Kapitel werden die zentralen Schlussfolgerungen hinsichtlich des Themas dieser Bachelor-Thesis „Adoleszent*innen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Dialektisch-Behaviorale-Therapie-Adoleszenz im Kontext stationärer Jugendhilfe“ gezogen. Das Ziel dieses Kapitels ist es, sich der Fragestellung weiter zu nähern.

Die Frage nach der Reduktion von Abbrüchen der stationären Jugendhilfemaßnahmen beantwortet sich durch die Übersetzung der Kategorien (K'1-K'4) in den pädagogischen Alltag, welches im Folgenden ausgeführt wird. Zur Bearbeitung werden die Kapitel zwei bis sechs, sowie erweiterte Literatur zur Hilfe genommen.

7.1 Personal

Die Kategorie K'1 beinhaltet den Bedarf der Adolescent*innen mit einer BPS. Aufgrund dieser Analyse, ist davon auszugehen, dass diese Betreuer*innen benötigen, die sich durch theoretisches Wissen und Handlungswissen auszeichnen.

Um die bedarfsgerechte Arbeit mit Adolescent*innen, die an einer BPS leiden, zu erlernen, ist es unerlässlich über ein spezifisches Wissen zu verfügen. Dies bedeutet: Wissen und Verständnis über die Gründe für das Handeln, Denken und Fühlen der Adolescent*innen, die aufgrund ihrer Störung agieren. Diese haben wegen ihres Verhaltens den Ruf problematisch im Kontakt zu sein und nur schwer mit therapeutischen oder pädagogischen Mitteln erreichbar zu sein. Daher ist eine genaue Kenntnis über das Störungsbild und die expliziten Handlungsstrategien notwendig (vgl. Sachse 2013, 7f). Diese Handlungsstrategien sind in den Methoden und Strategien sowie den Grundannahmen und der bio-soziale Theorie aus der DBT und DBT-A verzeichnet, wie in Kapitel vier beschrieben (vgl. Stiglmayr 2017, 15ff).

Darüber hinaus benötigen die Adolescent*innen sichere und beständige Betreuer*innen, welche die Beziehungsarbeit über ein professionelles Nähe- und Distanzverhältnis aufbauen und dadurch klare Strukturen vermitteln.

Dieser Punkt beinhaltet weiterhin das oben benannte Wissen über das Störungsbild und die spezifischen Handlungsstrategien. Zusätzlich kann eine Lösung dafür in der Kooperation zwischen stationärer Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie gefunden werden (Schmid 2007, 174f). Dieser Aspekt wird im folgenden Unterkapitel beschrieben.

7.2 Kooperation von stationärer Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Im Zusammenhang mit misslingen Maßnahmen wird im Interview am häufigsten die mangelnde Kooperation zwischen stationärer Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie erwähnt.

Schmid zieht in seiner Arbeit das Fazit, dass sich die Behandlungen in beiden Einrichtungen kaum unterscheiden. Daraus folgt er, dass die stationären Jugendhilfeeinrichtungen explizitere Angebote benötigen. Die Grundlage dafür ist die funktionierende Kooperation, welche sich durch einen stetigen Austausch kennzeichnet. Diese beinhaltet, dass in Kooperationsverträgen ein Konzept zur kurzen Kriseninterventionen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie festgehalten wird. Bei dieser Vorgehensweise könnten die Adolescent*innen ihren Platz in der stationären Jugendhilfeeinrichtung behalten und die Austragung des Konflikts im Nachhinein wäre möglich. Hier bietet sich der große Vorteil, dass die Adolescent*innen nach der Krise in der Einrichtung verweilen und die Bezugsbetreuer*innen langfristig erhalten bleiben. So wird den Beziehungsabbrüchen vorgebeugt (Schmid 2007, 165f).

Außerdem ist der „Aufbau von kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsangeboten in Kooperation mit Jugendhilfeeinrichtungen“ (Schmid 2007, 164f) in Form von DBT-A im Kontext stationärer Jugendhilfe denkbar.

Dabei wird das Fertigkeitentraining in die stationäre Jugendhilfeeinrichtung integriert. Sie wird in begleitende ambulante Einzeltherapie, Telefoncoaching, Teambesprechungen und Supervisionen eingebettet sowie durch das Angebot der Krisenintervention in der Kinder- und Jugendpsychiatrie unterstützt. Bei der Kooperation zwischen den Institutionen sollte unbedingt darauf geachtet werden, dass auch die behandelnden Psychotherapeut*innen und Psychiater*innen als feste Bestandteile des therapeutischen Prozesses bestehen bleiben, um auch in diesem Bereich den Beziehungsabbrüchen vorzubeugen.

Das Fertigkeitentraining folgt mit seiner Zielsetzung der Jugendhilfeplanung nach § 36 SGB VIII, dadurch ist die Umsetzung des Erlernens sozialer Fertig- und Fähigkeiten, in den Rahmen der stationären Jugendhilfe möglich (vgl. Schmid 2007, 166f).

Darüber hinaus ist die Elternarbeit sowohl in der Zielsetzung der Jugendhilfe aufgrund der Rückführung in die Stammfamilie, als auch durch die Zielsetzung der DBT-A, welche die Teilnahme der Eltern voraussetzt, zu finden. In beiden Bereichen stellt sich die Behandlung als problematisch heraus, sodass hier spezifische Konzepte erschaffen werden müssen (vgl. Schmid 2007, 169).

Als positiver Nebeneffekt werden durch die Reduktion der Behandlungsabbrüche, die Kosten reduziert, da beispielsweise mehrere Vorgespräche vermieden werden (vgl. Schmid 2007, 167f).

7.3 Jugendhilfepolitik

Zur Umsetzung der in diesem Kapitel beschriebenen Punkte, sind Änderungen in der Jugendhilfepolitik impliziert.

Wie in Kapitel 2 beschrieben, wird nach §35a SGB VIII die Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe festgelegt. Jedoch findet bisher keine stringente Umsetzung statt, die betroffenen Adolescent*innen werden erst in Krisensituationen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgestellt. Schmid schlägt daher in seinem Fazit vor, dass, wenn 60% der Adolescent*innen in stationärer Jugendhilfe an psychischen Störungen leiden, eine psychiatrische Diagnostik impliziert ist, um den Betroffenen eine zielführende Maßnahme zu gewähren (vgl. Schmid 2007, 170).

Außerdem appelliert Schmid an die Jugendhilfepolitik, dass die Wahl der stationären Jugendhilfeeinrichtung zielgerichtet stattfindet und nicht ausschließlich von den Erfahrungswerten der fallzuständigen Fachkraft abhängig sein sollte. Da viele Adolescent*innen an traumatischen Erlebnissen leiden, benötigen diese, über den familiären Kontext und die Regelschule hinaus, eine intensivere pädagogische und therapeutische Begleitung. Um weiteren Traumatisierungen vorzubeugen und den Adolescent*innen mit Bindungsstörungen einen festen Rahmen zu bieten, empfiehlt sich die zielgerichtete Wahl der Heimerziehung (vgl. Schmid 2007, 170).

Dabei sollten folgende Faktoren berücksichtigt werden:

- gut ausgebildetes Personal, welches schon in der Grundausbildung um kinder- und jugendpsychiatrische Störungsbilder weiß,
- Kooperation mit Kinder- und Jugendpsychiatrie, sowie weiteren relevanten Einrichtungen,
- Partizipation von Kindern- und Jugendlichen,
- Einbeziehung der Erziehungsberechtigten,
- ausreichende biographische Diagnostik zur Bedarfsklärung,
- individuelle und frühzeitige Entlassungsplanung (vgl. Blandow 2004, 158f).

Das bedeutet, die Maßnahme ist vor Maßnahmenbeginn durch das Hilfeplangespräch nach § 36 SGB VIII mit den entsprechenden Zusatzleistungen, der gesicherten Kostenfinanzierung, einer angemessenen Planung des Hilfeverlaufs und der Festlegung der zu erreichenden Ziele bis zur Beendigung der Maßnahme zu besprechen (vgl. Schmid 2007, 170)

Zusammenfassend ist festzustellen, dass alle beteiligten Institutionen gemeinsam durch zielgerichtete und kooperative Projekte einen sicheren und langfristigen Rahmen herstellen sollten, in denen sich die Adolescent*innen mit einer BPS entwickeln können.

Dabei soll das Ziel verfolgt werden, den Adolescent*innen einen „sicheren Ort“ zu bieten, in welchem sie neue Beziehungserfahrungen machen können und vor neuen Verletzungen möglichst geschützt werden. Dafür ist auch ein maximales Maß an Partizipation und Selbstbemächtigung notwendig (vgl. Schmid, Lang, Gahleitner, Weiß, Kühn 2010, 244).

8 Schluss

Am Beispiel von Adolescent*innen mit BPS, hat sich diese Bachelorarbeit mit der Frage beschäftigt, wie Faktoren, welche einen Abbruch der stationären Jugendhilfemaßnahme auslösen, reduziert werden können.

Um einen Gesamtüberblick zu schaffen, sind theoretische Ausführungen zu den Rahmenbedingungen der stationären Jugendhilfe, der Zielgruppe und der DBT-A dargestellt worden. Daran anschließend wurde ein leitfadengestütztes Experteninterview, anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring, interpretiert. Dieses beschäftigte sich mit der Fragestellung nach den Bedürfnissen der Adolescent*innen mit einer BPS in der stationären Jugendhilfe sowie mit den Faktoren für Gelingen und Misslingen einer stationären Jugendhilfemaßnahme.

Anhand der Vorarbeit von Marc Schmid (2007) wurde erkannt, dass der Hauptfaktor für den Abbruch von stationären Jugendhilfemaßnahmen sich aus den stetigen Beziehungsabbrüchen in der Laufbahn der Jugendhilfemaßnahmen ergibt. Die Adolescent*innen sind durch die daraus resultierende Bindungsproblematik immer schwerer erreichbar. Als weiterer Aspekt für misslingende Jugendhilfemaßnahmen

wurde im Interview die mangelnde Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie als sehr bedeutend bewertet. Laut der interviewten Person liegt die Ursache hierfür in mangelnden Absprachen und fehlender Einbeziehung der stationären Jugendhilfe.

Dahingegen verdeutlicht die qualitative Inhaltsanalyse des transkribierten Interviews, dass die Verbindung von theoretischem Wissen und Handlungskompetenz der Mitarbeiter*innen für einen erfolgreichen Verlauf der Maßnahme von tragender Relevanz ist. Die entsprechenden Strategien und Methoden der DBT-A können die Adolescent*innen mit einer BPS zielgerichtet unterstützen und dadurch langfristig die Abbrüche von Jugendhilfemaßnahmen reduzieren.

Die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse dieser Bachelorarbeit und Schlussfolgerungen aus der Untersuchung von Marc Schmid zeigen, dass ein kooperatives Projekt von stationärer Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie ein Lösungsweg sein kann. Dieses Projekt kann die Implementierung einer (Familien-) Fertigkeitengruppe in die stationäre Jugendhilfe, begleitende Einzeltherapiesitzungen sowie gemeinsame Teambesprechungen und Supervisionen beinhalten. Grundlage dafür ist das vorhandene Wissen über das Störungsbild sowie die Methoden und Strategien der DBT. Darüber hinaus kann ein Kooperationsvertrag die Bedingungen und den Umfang von Kriseninterventionen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie festhalten.

Aus der Reduktion des transkribierten Interviews hat sich als Grenze ergeben, dass die Eltern der Adolescent*innen aus verschiedenen Gründen oft nicht verfügbar sind und dies eine Elternarbeit im Rahmen der stationären Jugendhilfe erschwert. Dies stellt auch ein Hindernis für die Implementierung der DBT-A in die stationäre Jugendhilfe dar, da in diesem Konzept die Mitarbeit der Eltern oder engen Bezugspersonen vorausgesetzt wird. Für die weitere Umsetzung dieser Prinzipien muss das Konzept entsprechend angepasst und neu überprüft werden.

Die Implementierung einer DBT-A Fertigkeitengruppe in Verbindung mit dem entsprechenden Handlungswissen und theoretischen Wissen der Mitarbeiter*innen der stationären Jugendhilfe, kann die Abbruchquote der stationären Jugendhilfe

reduzieren. Unbedingt erforderlich ist hierbei allerdings eine festgelegte Kooperation aller beteiligten Institutionen. Außerdem muss garantiert sein, dass alle beteiligten Personen an einer Veränderung und der Erarbeitung eines angepassten Konzepts der DBT-A Fertigkeitengruppe im Kontext der stationären Jugendhilfe interessiert sind.

9 Literaturverzeichnis

Arnsten, Amy (1998): The Biology of Being Frazzled. In: Science Nr. 280, 1711-1712. Washington, D.C.: The American Association for the Advancement of Science.

Auer, Anne Kristin von/ Kleindienst, Nikolaus/ Ludewig, Sonia/ Soyka, Oliver/ Bohus, Martin/ Ludäscher, Petra (2015): Zehn Jahre Erfahrung mit der Dialektisch-Behavioralen Therapie für Adoleszente (DBT-A) unter stationären Bedingungen – die station Wellenreiter. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Nr. 43, 301-315. Bern: Hogrefe AG.

Bogner, Alexander/ Menz, Wolfgang (2002): Das theoriegeleitete Experteninterview. Erkenntnisse, Wissensform, Interaktion. in: Bogner, Alexander/ Littig, Beate/ Menz, Wolfgang (Hrsg.): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. 33-70. Opladen: Leske & Buchrich.

Bohus, Martin (2002): Borderline Störung. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe-Verlag GmbH & Co. KG.

Dilling, Horst/ Freyberger, Harald (Hg.) (2016): ICD-10. Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. 8. überarbeitete Auflage Bern: Hogrefe Verlag.

Fend, Helmut (2000): Entwicklungspsychologie des Jugendalters. Opladen: Leske + Budrich.

Fleischhaker, Christian/ Munz, Michael/ Böhme, Renate/ Sixt, Barbara/ Schulz, Eberhard (2006): Dialektisch-Behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A) – Eine Pilotstudie zur Therapie von Suizidalität, Parasuizidalität und selbstverletzenden Verhaltensweisen bei Patientinnen mit Symptomen einer Borderlinestörung. in: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Nr. 34, 15-27. Bern: Verlag Hans Huber und Hogrefe AG.

Fleischhaker, Christian/ Sixt, Barbara/ Schulz, Eberhard (2010): DBT-A. Dialektisch-behaviorale Therapie für Jugendliche. Ein Therapiemanual mit Arbeitsbuch auf CD. Berlin und Heidelberg: Springer-Verlag GmbH.

Flick, Uwe (2014): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 6. Auflage Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Freeman, Arthur/ Reinecke, Mark/ Yuma, Tomes (2007): Introduction. in: Freeman, Arthur/ Reinecke, Mark (Hg.) Personality disorders in childhood and adolescence 3-29 Hoboken: Wiley.

Gahleitner, Silke/ Hahn, Gernot (Hg.) (2010): Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit – Risiko, Resilienz und Hilfen. 1. Auflage Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH.

Gahleitner, Silke (2017): Das pädagogisch-therapeutische Milieu in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Trauma- und Beziehungsarbeit in stationären Einrichtungen. 2. Auflage Bonn: Psychiatrie Verlag.

Gläser, Jochen/ Laudel, Grit (2009): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. 4. Auflage Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Koglin, Ute/ Petermann, Franz (2007): Aktuelle Kontroverse. Psychopathie im Kindesalter. In: Kindheit und Entwicklung Nr. 16, 260-266. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Lieb, Klaus/ Zanarini, Mary/ Schmahl, Christian/ Linehan, Marsha/ Bohus, Martin (2004): Borderline personality disorder. In: The Lancet, Medicine, Crime, and Punishment Nr. 364, 453-461. Freiburg, Belmont, Mannheim, Seattle: Elsevier Ltd.

Linehan, Marsha/ Armstrong, Hubert/ Suarez, Alejandra/ Allmon, Douglas/ Heard, Heidi (1991): Cognitive-Behavioral Treatment of Chronically Parasuicidal Borderline Patients. In: Archives of General Psychiatry Nr. 48, 1060-1064. Chicago: American Medical Association.

Mayring, Philipp (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12. überarbeitete Auflage Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Petermann, Franz/ Winkel, Sandra (2007): Selbstverletzendes Verhalten. Diagnostik und psychotherapeutische Ansätze. In: Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie Nr. 55, 123-133. Bern: Verlag Hans Huber und Hogrefe AG.

Sachse, Rainer (2013): Persönlichkeitsstörungen verstehen. Zum Umgang mit schwierigen Klienten. Köln: Psychiatrie-Verlag GmbH.

Schmid, Marc/ Schmeck, Klaus/ Petermann, Klaus (2008): Persönlichkeitsstörungen im Kindes- und Jugendalter? In: Kindheit und Entwicklung Nr. 17, 190-202. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Schmid, Marc (2010): Psychisch belastete Heimkinder – eine besondere Herausforderung für die Schnittstelle zwischen Klinischer Sozialarbeit und Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie. In: Gahleitner, Silke/ Hahn, Gernot (Hg.): Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit – Risiko, Resilienz und Hilfen. 1. Auflage, 113-122. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH.

Schmid, Marc/ Lang, Birgit/ Gahleitner, Silke/ Weiß, Wilma/ Kühn, Martin (2010): Trauma – ein psychosoziales Geschehen: Die Bedeutung traumapädagogischer Konzepte für die stationäre Kinder- und Jugendhilfe. In: Gahleitner, Silke; Hahn, Gernot (Hg.): Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit – Risiko, Resilienz und Hilfen. 1. Auflage, 238-250. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH.

Schmid, Marc (2007): Psychische Gesundheit von Heimkindern. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Schröder, Martin/ Schmid, Marc (2016): Aktuelle Herausforderung oder Dauerbrenner? Interprofessionelle Kooperation am Beispiel Sozialer Arbeit und Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: SozialAktuell. Nr. 1, 15-18. Bern: AvenirSocial.

Shapiro, Theodore (1990): Resolved: borderline personality exists in children under twelve. Negative. In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Nr. 29, 480-482. Amsterdam: Elsevier.

Skodol, Andrew/ Johnson, Jeffrey/ Cohen, Patricia/ Sneed, Joel/ Crawford, Thomas (2007): Personality disorder and impaired functioning from adolescence to adulthood. In: British Journal of Psychiatry Nr. 190, 415-420. London: Royal College of Psychiatrists.

Statistisches Bundesamt (2018): Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe. Erzieherische Hilfe, Eingliederungshilfe für seelischbehinderte junge Menschen, Hilfe für junge Volljährige- Heimerziehung, sonstige betreute Wohnform. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, Statistischer Informationsservice.

Stiglmayr, Christian/ Grathwol, M./Linehan, Marscha/ Ihorst, G./ Fahrenberg, J./ Bohus, Martin (2005): Aversive tension in patients with borderline personality disorder: a computer-based controlled field study. in: Acta Psychiatrica Scandinavica Nr. 111, 372-379. Hoboken: John Wiley & Sons.⁹

Stiglmayr, Christian/ Gunia, Hans (2017): Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Ein Manual für die ambulante Therapie. 1. Auflage Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.

Wiesner, Reinhard (2004): Hilfen für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (§35a SGB VIII) In: Fegert, Jörg/ Schrapper, Christian (Hg.): Handbuch Jugendhilfe- Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. 1. Auflage Weinheim und München: Juventa Verlag.

Zanarini, Mary/ Frankenburg, Frances/ Hennen, John/ Reich, Bradford/ Silk, Kenneth (2006): Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. In: American Journal of Psychiatry Nr. 163, 827-832. Washington: American Psychiatric Association Publishing.

⁹ Ohne Vornamen.

10 Anhang

Anhang A - Ein leitfadengestütztes Experteninterview

Anhang B - Tab.1: Erster Durchgang der Zusammenfassung

Anhang C - Tab. 2: Zweiter Durchgang der Zusammenfassung

Anhang D - Eidesstattliche Erklärung

1 Anhang A

2 Ein leitfadengestütztes Experteninterview

3 Am 07.03.2019

4

5 I: Ok. Ääh. Ich bin (I) und studiere Soziale Arbeit an der HAW Hamburg und im
6 Rahmen meiner Bachelorarbeit zum Thema Adolescent*innen mit Borderline-
7 Persönlichkeitsstörung möchte ich mehr über die Besonderheiten in der Arbeit
8 mit Adolescent*innen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung in der stationären
9 Jugendhilfe herausfinden. Und wie wir im Voraus schon besprochen haben wird
10 das Interview anonymisiert und in meiner Bachelorarbeit veröffentlicht. Ähmmm.
11 Zu Beginn möchte ich dir ein paar allgemeine Fragen stellen. Wie verlief deine
12 Berufslaufbahn?

13 B: Ähm. Soll ich das starten schon mit Studiuuum? Ähmm_

14 I: Genau. Gerne auch wie deine Motivation war.

15 B: @mh spannende Frage@, also ich habe tatsächlich nach der Schule erstmal
16 angefangen ähm, Jura zu studieren oder Rechtswissenschaften und ziemlich
17 schnell gemerkt, dass das überhaupt gaaar nicht meins ist. Also wirklich keinen
18 Zugang gefunden für mich, also und hab´ mich dann also hab
19 Orientierungsmaßnahmen gewählt und den ich mich wirklich in irgendwelche
20 Vorlesungen mitrein´ gesetzt habe an der Uni in verschiedenen Fachbereichen
21 und habe in verschiedenen Fachbereichen geguckt was mir da irgendwie ähm
22 gefällt und habe mich dann für Erziehungs-, oder Bildungs- und
23 Erziehungswissenschaften ähm entschieden. Auch aus dem Grund, weil ich
24 schon ziemlich viel in dem sozialen Bereich vorher gemacht habe, ähm vorher
25 also so Jugendgruppen und sowas geleitet

26 I: mh.

27 B: Und das ist natürlich der Zugang, oft dass man denkt, ja gut da habe ich ja
28 schon voll die Ahnung was sich ja dann doch immer @anders rausstellt im
29 Laufe@ so einer Ausbildung, [tief einatmen] ähm genau dann habe ich
30 angefangen das zu studieren Bildungs- und Erziehungswissenschaften

1 Schwerpunkt Sozialpädagogik ähm Kinder und Jugendbildung, ein sehr langer
2 (.)

3 I: mhm.

4 B: Begriff, genau und ähm meine Schwerpunkte waren tatsächlich Partizipation
5 ähm und auch darin habe ich dann meine Bachelorarbeit geschrieben. Habe
6 in meinem Studium ein Praktikum beim [Einrichtung des Jugendamts 1] gemacht,
7 das ähm ich weiß, nicht ob du das kennst?

8 I: Ich hab da auch mein Praktikum gemacht.

9 B: @Ja? Genau. Ähm habe dadurch auch glaub ich meine Leidenschaft für die
10 Jugendhilfe entdeckt, weil man dadurch natürlich sehr, sehr viele Einblicke in
11 verschiedene Hilfeformen und in Träger hatte und ähm genau und da war dann
12 für mich klar, dass es in diese Richtung geht. Zwar erstmal in die ausführende
13 Kinder- und Jugendhilfe also so im FIT sitzen oder im ASD sitzen, dass kann ich
14 mir auch immer noch nicht so vorstellen. Ähm genau und dann (..) war mein
15 Studium vorbei und ich habe mich noch für gar nichts beworben, dann war ich
16 kurze Zeit in der Kita, hab da ziemlich schnell gemerkt, dass äh (..) das auch nicht
17 unbedingt, was für mich ist, dass ich eher mit Älteren zusammenarbeiten möchte,
18 also mit Jugendlichen und hab mich dann hier beworben und bin jetzt seit fünf
19 Jahren auch schon hier im [s] in der Wohngruppe.

20 I: ok. Dankeschön. Ähmm (..) Und wann ist dir das erste Mal bei der Arbeit eine
21 Adolescent*in mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung über den Weg
22 gelaufen?

23 B: Ähm. Direkt bei meiner Hospitation hier @. Also ich kann es kann sein, dass
24 vorher über die Praktika auch ähm schon Jugendliche oder Adoleszente dabei
25 waren mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung aber da war mein Fokus
26 überhaupt noch gar nicht (..) darauf (..) oder auf psychische Erkrankungsbilder.
27 Ähm und tatsächlich war es hier so als ich hier angefangen habe, sehr viele ähm
28 Jugendliche mit zumindest Tendenzen in diese Richtung gelebt haben. Ähm also
29 da war der Alltag hier auch ganz anders als er heute jetzt zum Beispiel ist.

30 I: Ähm. Nach welchem Konzept arbeitet die Wohngruppe?

1 B: Ähm. Also wir sind eine intensiv betreute Wohngruppe, dadurch haben wir ein
2 sehr enges Setting.

3 I: mh.

4 B: Ähm, wir arbeiten sehr eng, dadurch dass eben auch viele Jugendliche mit
5 ähm (.) ja äh auch depressiven Erkrankungen also Depressionen hier leben, sehr
6 eng mit Therapeut*innen oder auch mit Kliniken zusammen. Also in dem Fall oft
7 das [Klinik a] weil das hier das Sektorkrankenhaus auch ist. Ähm (...) und ähm
8 was bei uns relati-, oder sehr wichtig ist, ist der systemische Ansatz also wir
9 versuchen auch sehr (.) ja(.) sehr systemisch zu arbeiten und das auch mit
10 einfließen zu lassen ähm in Gespräche mit den Jugendlichen ja @

11 I: @

12 B: Darüber macht man sich selber sehr wenig Gedanken, wenn man schon so
13 lange hier arbeitet, wie arbeiten wir eigentlich. Ähm wahrscheinlich könnten
14 meine jüngeren Kollegen, also die noch nicht so lange dabei sind, das eher
15 beantworten als ich @

16 I: @ ok, super, äh wer lebt in der Wohngruppe und welche Aufnahmekriterien gibt
17 es?

18 B: Ähm, ich würde jetzt einfach einmal die Strukturen hier erklären. Zu wer lebt
19 hier, also wir haben hier den intensiv betreuten Bereich, also das ist da wo auch
20 ähm wo unser Büro, unser Hauptbüro ist und wir auch ähm nachts schlafen.
21 Weils eben ja 24/7 betreut ist. Ähm, in dem intensiv betreuten Haus sind zehn
22 Plätze. Zurzeit sind die Jugendlichen zwischen 13 und 19. Ähm
23 Mindestaufnahmealter ist aber Zehn (..) für unser Konzept. Und drüben auf dem
24 Hof, das hattest du ja wahrscheinlich gesehen, da steht auch noch ein Haus, das
25 ist unsere Teilbetreuung. Da wohnen dann auch noch vier Jugendliche zwischen
26 16 und gerade auch 19 aber, genau da ist das Mindestalter auch 16 weil es eben
27 viel selbstständiger und eben auch weniger betreut ist. Und das sind meistens
28 auch Jugendliche, die vorher eben auch hier gewohnt haben. Ähm, das ist eben
29 auch das was wir mit denen erarbeiten wollen, dass man eben von dieser intensiv
30 Betreuung in die Selbstständigkeit (.) übergehen kann dann aber trotzdem – wir

1 haben den Vorteil, dass die dann auch noch durch uns betreut werden also sie
2 nicht wieder in ein ganz neues Betreuungssetting wechseln müssen.

3 I: okay.

4 B: genau. Ähm was war dann? @

5 I: Was die ähm Aufnahmekriterien_ für die Wohngruppe sind?

6 B: _ah ja genau. (..) [lautes ausatmen] also es gibt eigentlich in dem Sinne keine
7 Aufnahmekriterien also ich glaube (..) es gibt nichts wo wir grundsätzlich nicht
8 sagen würden, der darf oder soll hier nicht wohnen also @ irgendwie ist jeder
9 hier willkommen das muss natürlich ins Alter passen. Ähm und dann ist glaub ich
10 eher von dem Jugendlichen auch, dass das er das möchte vorausgesetzt @

11 I: _mhm.

12 B: so, also wir zwingen auch niemanden hier zu wohnen. Ähm und sonst ähm ist
13 eigentlich also da wir auch viele Jugendliche mit psychischen Erkrankungen hier
14 wohnen haben gibt es da auch eigentlich nicht die Grenze, dass wir sagen, der
15 ist uns zu instabil oder so, da wir es ja auch eigentlich gewohnt sind @

16 I: mhm.

17 B: also da gibt es jetzt wirklich nichts, dass wir sagen, ne, das geht jetzt nicht.

18 I: okay.

19 B: also hier wohnen kann erstmal jeder @

20 I: Okay. Und wie lange leben die Jugendlichen dann ungefähr hier?

21 B: Das ist super unterschiedlich, ich glaube man müsste mal eine Zeiterfassung
22 machen von den Jugendlichen hier, es gibt wirklich welche die relativ kurz hier
23 wohnen, das sind dann vielleicht ein paar Monate aber es gibt auch einige die
24 auch sehr lange hier wohnen, also ich glaub die älteste mit oder am längsten hier
25 wohnende Bewohnerin gerade, lebt auch schon seit vier Jahren hier. (..) Ähm die
26 ist auch schon von der intensiv Betreuung schon rüber in die Teilbetreuung und
27 der nächste Schritt wäre dann jetzt der Auszug.

28 I: mhm.

1 B: Ähm und auch sonst haben wir viele die auch schon über zwei Jahre hier
2 wohnen. Also das ist schon recht lang.

3 I: mhm (.) Du hast jetzt schon gesagt, dass viele von den Jugendlichen
4 psychische Erkrankungen haben und du hast gesagt Depressionen und wohl
5 auch Borderline- Störung, welche Erkrankungen gibt es noch?

6 B: Ähmm, da wir hier auch ähm geflüchtete Jugendliche hier wohnen ist natürlich
7 Traumatisierung auch viele von denen oder gerade eigentlich alle an der
8 [Ambulanz A] angebunden. Ähm. (..) Und dann gibt's natürlich auch
9 selbstverletzendes Verhalten ist natürlich auch ein großes Thema, wo natürlich
10 auch nicht immer eine Diagnose hinter steht. Ähm das ist dann, auch schwe-,
11 ähm also das will ich gar nicht anmaßen, da zu sagen dass da irgendwer ne
12 Borderline-Störung dann schon hat aber es sind auf jeden Fall dann auch schon
13 Tendenzen_

14 I: mhm.

15 B: zu erkennen. So,

16 I: Okay. Wie viele Mitarbeiter*innen arbeiten in der Wohngruppe?

17 B: Zurzeit, (.) is-(.) besteht unser Team aus neun Betreuern. Ähm nicht alle sind
18 Vollzeit angestellt (..) aber ähm wir sind neun Leute. Das ist ein ganz guter
19 Schnitt.

20 I: Okay. Und welche Berufsgruppen sind vertreten?

21 B: Ähm Soziale Arbeit, ähm ein Kollege ist Erzieher, ähmm, dann eben Bildungs-
22 und Erziehungswissenschaftler und einen Psychologen haben wir auch im Team.

23 I: Ok. Und ähm, über welche Zusatzqualifikationen verfügt ihr?

24 B: Ähm, also wir machen alle vom Träger angeboten ähm traumpädagogische
25 Weiterbildung, die zwei Jahre geht. Also bei mir ist es jetzt schon ein @bisschen
26 länger her@. Und dann gibt es eben auch immer wieder Angebote wie
27 Deeskalationstraining oder so, ähm (.) die wir auch(.) ich glaube mehr als die
28 Hälfte hat diese Weiterbildung auch schon gemacht ähm ich mache zum Beispiel
29 nebenbei noch eine Weiterbildung zur systemischen Beratung ähm und dann
30 haben wir auch noch einen Kollegen der bereits auch schon die Coaching

1 Weiterbildung hat, also wir sind da relativ weit schon aufgestellt, was
2 Weiterbildungen oder Fortbildungen.

3 I: Ok. Wie viele Teammeetings habt ihr, also wöchentlich? Und finden
4 Supervisionen statt?

5 B: Ja, wir haben Dienstbesprechung, die findet immer einmal die Woche statt.
6 Dienstags vier Stunden und Supervision haben wir einmal im Monat für
7 anderthalb Stunden aber das findet auch immer regelmäßig statt.

8 I: Okay. Sind das Supervisionen für die Wohngruppe oder geht das in den Träger
9 weiter hinaus?

10 B: Ähh, das ist nur für uns, als Team. Also es gibt oder gab @ auch mal für den
11 Träger also wo, aus verschiedenen Einrichtungen und Betreuungsformen, die
12 Mitarbeiter hingehen konnten aber das ist tatsächlich die, die nur für uns ist als
13 Team.

14 I: Okay.

15 B: Auch ohne Leitung.

16 I: Wie gestaltet sich die Elternarbeit?

17 B: Schwierig, also bei einigen ist es auch nicht möglich, weil die Eltern, nicht da
18 sind. Gerade bei den geflüchteten. Ähm wir haben aber auch ähm (...) viele
19 Jugendliche hier leben gehabt, oder hier leben wo die Elternteile verstorben sind,
20 wo dann der Fokus eben auf viel Trauerarbeit liegt. Ähm, genau, auch die wo die
21 Eltern vielleicht in Hamburg sind, da gestaltet es sich oft schwierig, ähm (..) weil
22 aus Erfahrung sind es oft auch Familien, die auch schon länger in der Jugendhilfe
23 sind und ähm an die es dann total schwer ist positiv ran zutreten, weil das Bild
24 einfach schon @ von Anfang an schon sehr negativ geprägt ist, genau. Es gibt
25 natürlich aber auch einen kleinen Teil, mit dem es total gut funktioniert und auch
26 das Besprochene oder Bearbeitete gut umgesetzt wird. Das ist aber der kleinste
27 Teil, ehrlich gesagt @@.

28 I: @ Ähm besteht eine Kooperation zu einer Kinder- und Jugendpsychiatrie?

29 B: Na. Kooperation würde ich es nicht nennen. Also keine, keine direkte
30 Kooperation, dass wir sagen, wir haben da irgendwie da unseren direkten

1 Ansprechpartner bei Fragen. Da viele Jugendliche zu vor stationär im [Klinik b]
2 zum Beispiel angebunden waren, hatten wir eine Zeit eine recht enge Verbindung
3 zum [Klinik b], es gab auch mal ne Zeit, da waren viele im [Klinik a]. Also, Es ist
4 ein bisschen Zeit abhängig oder auch Bewohnerabhängig ähm und wie wir auch
5 belegt werden. Aber es gibt jetzt ähm keine abgesprochene Kooperation.

6 I: Wie ist deine Einstellung gegenüber der Psychiatrie?

7 B: Ähm, gespalten @@. Da tatsächlich oft die Zusammenarbeit schwierig ist und
8 sich auch <sehr sehr sehr> schwierig gestaltet. Ähm, ich habe da jetzt bewusst
9 sehr oft sehr angewendet, weil ähm also wir fühlen uns schon oft übergangen als
10 Einrichtung oder ähm einfach nicht mit einbezogen, was es dann oft schwierig
11 macht im Trugschluss mit den Jugendlichen was zu erarbeiten, ähm gerade
12 vielleicht auch in Bezug auf Borderline-Störung ähm kann das vielleicht für die-,
13 für die Jugendlichen zum Vorteil genutzt werden. In der Situation aber im
14 Endeffekt sich eben aber auch als Nachteil zeigen.

15 I: Wie könnte sich das dann besser gestalten?

16 B: Ähm (..), also ich glaub grundlegend (.) [schlucken] ähm haben viele
17 Mitarbeiter in Psychiatrien kein richtiges Bild was wir als Betreuer machen. Also
18 ich glaub, denen ist gar nicht bewusst, dass wir nicht-, nur dafür da sind den
19 Alltag in irgendeiner Struktur zu halten. Also sie zu wecken, ähm ihnen Essen (..)
20 zu geben oder dafür zu sorgen @, dass sie richtig ernährt sind. Sondern dass wir
21 eben auch ähm Gespräche mit ihnen führen oder auch in Krisensituationen deren
22 Ansprechpartner Nummer Eins sind. Ich glaube da, da muss da noch ein Gefühl
23 für entstehen, weil wir so da noch nicht wichtig genug für genommen werden.
24 Also das ist jetzt meine Wahrnehmung. Ja, ich glaube, da müsste mehr ähm
25 Austausch grundsätzlich, also-

26 I: mhm. Okay. Wie verläuft der pädagogische Alltag bei euch? Also du hast jetzt
27 schon viel gesagt. Gibt es darüber hinaus noch Besonderheiten, feste Termine,
28 die ihr habt?

29 B: Ähm, das ist (.) schon von Jugendlichen, zu Jugendlichen individuell, wie der
30 Alltag gestaltet wird, weil da ja immer, ja, weil der Bedarf da auch unterschiedlich
31 ist. Ähm, @natürlich@ wecken wir auch Jugendliche, das gehört auch zu

1 unseren Aufgaben. Wir machen aber auch Wochenpläne mit denen, also wir
2 versuchen da eben auch eine Struktur herzustellen, weil da eben oft auch keine
3 richtige Struktur vorhanden ist. Ähm, führen Reflektionsgespräche regelmäßig,
4 ähm sind aber auch Ansprechpartner für ähm, allgemeine Fragen ähm, die
5 irgendwie ähm ihren Alltag oder ihre Organisation betreffen. Also eigentlich@
6 machen wir irgendwie alles, was irgendwie (.) an Bedarf da ist, versuchen wir
7 irgendwie abzudecken oder auch eine Lösung zu finden. Also wir suchen auch
8 mit denen Beratungsstellen, wenn eben wir nicht mehr weiterkommen oder ähm
9 eben auch Therapeutensuche, da sind wir auch sehr nah mit dran, weil wir die
10 da eben auch begleiten.

11 I: Arbeitet ihr in einem Bezugssystem?

12 B: Ja. Wir haben ein Bezugssystem, wir versuchen immer, dass das möglichst
13 ein, ein männlicher und ein weiblicher Betreuer ist aber da wir gerade nur @noch
14 zwei männliche@ Betreuer dahaben, ist das natürlich super schwer und dann
15 wägen wir immer ab, wo das dann vielleicht auch mal passend ist, wenn dann
16 zwei weibliche sind. Dass das so ein bisschen, ja auch nach (..) den
17 Jugendlichen, dann irgendwie, dass das passt.

18 I: Mh. Okay, jetzt im nächsten Teil geht es um die Adolescent*innen mit der
19 Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Mhm, da hast du gerade schon gesagt,
20 dass ihr zusammen mit den Jugendlichen Therapieplätze sucht. Da würde mich
21 interessieren, nehmen die Jugendlichen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen
22 Einzel- oder Gruppentherapie wahr?

23 B: mhm. Sowohl als auch. Ähm, also würde ich, da habe ich, da gerade aktuell
24 kein Jugendlicher mit so hohem Bedarf (.) in diese Richtung hier lebt, hätte ich,
25 habe ich eine Jugendliche die zuletzt hier gelebt hat, die eine Borderline-Störung
26 hatte, vor Augen. Und das ist super schwer da zu sagen, ob sie das eine oder
27 das andere wahrnimmt, weil sie von sich aus schon alles an Therapie
28 mitgenommen hat, was geht. Dass wir eigentlich eher schon das Gefühl hatten,
29 dass da ne über-, also das da zu viel Therapie drin ist ähm, da die eben auch,
30 was ja auch ein bisschen für dieses Krankheitsbild spricht, von Klinik zu Klinik
31 gewandert ist und wenn sie da austherapiert war in der Einen, dann hat sich einen
32 Grund dafür gefunden, warum sie in eine Ander-, in ein neues Setting kommen

1 muss. Hatte aber nebenbei auch immer ihre Einzel- also ihre eigene Therapeutin,
2 die sie regelmäßig getroffen hat. Ähm also oft ist da auch beides installiert,
3 versetzt zueinander.

4 I: Okay. Findet dann ein Austausch mit den ambulanten Therapeuten statt?

5 B: Ja, wir sind da immer sehr bemüht das zu tun (.) oder den Austausch auch zu
6 haben. Wir haben oft auch tatsächlich-, also das ist auch unterschiedlich, es gibt
7 welche mit denen funktioniert das total toll und die beziehen uns auch von Anfang
8 an mit ein. Es gibt aber auch das Gegenteil, es kommt auch oft vor, dass wir ähm
9 Anrufe bekommen von Therapeuten, die uns dann eigentlich nur anrufen, um uns
10 zu sagen, was wir falsch machen in der Arbeit mit den Jugendlichen. Aufgrund
11 dessen was der Jugendliche ihnen erzählt. Ähm und da ist dann natürlich auch
12 immer schwierig, ne richtige Zusammenarbeit aufzubauen, weil da ist, dass dann
13 nicht unbedingt- oder- (.) ja eine ist nicht @ unbedingt gewollt. Ähm genau, da
14 werden wir eher als hinderlich betrachtet, ähm zumindest wird uns das Gefühl
15 gegeben, dass wir da eher hindern, als dass wir helfen könnten.

16 I: Mhm. Ok. Wie gestaltet sich mit den Adolescent*innen mit der Borderline-
17 Persönlichkeitsstörung die Beziehungsarbeit?

18 B: Ähm. Das ist sehr unterschiedlich, von Betreuer zu Betreuer würde ich sagen.
19 Also uns ist es auch immer recht wichtig, dass wir bei Jugendlichen, die neu ähm
20 einziehen und wo wir schon wissen das die Tendenzen da sind. Ähm das wir
21 vorher im Team gucken, wer traut sich das auch ein Stück weit zu. Ähm und (.)
22 wir sind dann auch immer bemüht, dass wir gerade am Anfang ähm schon so
23 eine Grunddistanz aufbauen, zu den Jugendlichen. Weil wir auch schon oft
24 gemerkt haben, >und so war es bei mir sicherlich ganz am Anfang auch,
25 mittlerweile bin ich da glaub ich mittlerweile für mich abgeklärter< aber gerade
26 neue Kollegen, ähm dass man da eben schon die oft zu nah an einen ran lässt
27 und dass das dann auch Situationen- unangenehme Situationen im Dienst für die
28 Kollegen gibt, <weil dann das selbstverletzende Verhalten immer dann da
29 auftritt>, wenn der Kollege ganz alleine im Dienst ist oder ähnliches. Von daher
30 sind wir da immer ganz bemüht, dass wir da alle im Team eine (.) Linie fahren
31 und eine ganz klare Linie ähm und sind für uns auch immer abrufbereit in solchen
32 Situationen, dass ähm man sagt, also bei uns kann sich jeder bei jedem melden

1 ähm wenn jemand alleine im Dienst ist und für sich selber sagt: „Ich weiß nicht,
2 das ist für mich schwierig da im Umgang.“ Dass man sich da Rückmeldungen
3 holen kann, bei den Kollegen.

4 I: ok. Wie geht es dir als Bezugsbetreuerin, wenn du eine Jugendliche mit einer
5 Borderline-Störung hast?

6 B: @So wie mit jedem anderen Jugendlichen auch@ also, mh, wie gesagt, am
7 Anfang glaube ich, kann ich mich so- so- vor fünf Jahren wenn ich mich da so
8 zurück besinne, dann war ich da glaube ich auch noch naiver ähm jetzt, würde
9 ich behaupten, dass ich da glaube ich auch sehr klar in meiner Kommunikation
10 bin den Jugendlichen gegenüber ähm und habe sogar das Gefühl dass das sogar
11 hilfreich ist, auch für den Jugendlichen. Und hatte tatsächlich keine ähm Situation
12 in den ich dachte: „Ok das war jetzt zu viel oder da-nöh, da muss man jetzt
13 irgendwie gucken, dass das vielleicht nicht funktioniert.“ Ähm genau. Wir sind
14 natürlich auch immer bestrebt, dass wir den konstant- also, dass wir den
15 Jugendlichen oder den Adoleszenten zeigen, wir sind eine Konstante in eurem
16 Leben, also die sich können- die können sich auch mit uns brechen wollen. Wir
17 sind halt trotzdem da und das Angebot besteht auch aber es ist jetzt nicht so (..)
18 - dass ich, solange ich jetzt zurückdenken kann, unwohl gefühlt habe oder so,
19 weil ich dann glaube ich auch gut abschalten kann, wenn ich rausgehe aus dem
20 Dienst zum Beispiel. Dann lasse ich das auch hier.

21 I: mh. Ok. Erarbeitest du in der Bezugarbeit Skills oder Notfallkoffer?

22 B: Ja, also wir unterstützen-, viele sind eben schon in stationären Therapien
23 gewesen und kommen aus dieser dann zu uns. Ähm und dann ist es auf jeden
24 Fall auch so, dass was die schon erarbeitet haben (.) bei ihnen erfragen und
25 wenn es auch schon Skills gibt, dass man-, dass wir uns darüber auch bewusst
26 sind, was die Skills sind. Dass wir im Büro auch ne Kiste haben mit Skills, wenn
27 eben ja, wenn eben was ist, was eben nicht in deren Zimmer passiert, sodass,
28 so dass die wissen, wir haben es eben auch bei uns. Wir können da auch
29 irgendwie unterstützend helfen ähm und ähm wenn die in der Klinik sind, während
30 sie bei uns leben, dann machen wir oft mit denen die Hausaufgaben. Ähm
31 gerade, wenn sie in der Tagesklinik sind, im Sinne von, wir gucken mit denen,
32 was kommt als Skill in Frage. Was hilft dir? Probieren vielleicht auch Sachen,

1 also (.) ermutigen sie vielleicht auch Sachen auszuprobieren, die vielleicht auch
2 nicht so konventionell erscheinenden, ähm ja. Das ist so.

3 I: Welche Kenntnisse habt ihr als Mitarbeiter*innen über DBT, über sowas wie
4 DBT-Grundannahmen und weitere Erklärungsmodelle?

5 B: Nicht so viel, behaupte ich jetzt mal. Also ich selber habe mal am [Klinik a] vor
6 drei Jahren, so eine ein Tag Fortbildung @ähm gemacht @ ja. Es ist glaube ich
7 auch so ein bisschen der Wunsch, dass wir in die Richtung, also in die Richtung
8 DBT-A, ähm auch vielleicht ein bisschen mehr Werkzeug mitkriegen. Weil das
9 was man dann weiß, ist dann eher auch das was man sich anließt, ähm was dann
10 aber auch nicht immer in der Praxis ähm @ausreicht@ von daher ist das eben
11 auch was, wo wir einen großen Bedarf für uns sehen. Das da noch was passieren
12 könnte.

13 I: Ok. Und ihr macht standardmäßig die Traumfortbildung? Das hattest du ja
14 gesagt?

15 B: Genau, ja.

16 I: Wenn sich im Dienst eine Jugendliche oder ein Jugendlicher mit einer
17 Selbstverletzung meldet, wie geht ihr damit um?

18 B: Ähm. Also wir lassen sich die Jugendlichen sich dann in der Regel selbst
19 verarzten, also wir machen das nicht. Ähm, je nachdem, also, wenn´s sehr
20 oberflächlich ist, wenn´s halt weniger oberflächlich ist, dann rufen wir auch-, dann
21 rufen wir den Krankenwagen oder Notarzt, weil wir das ja nicht einschätzen
22 können @. Ähm, versuchen aber auch schon, dem nicht zu viel Bedeutung im
23 Alltag bei zu geben, sondern uns dann eben auch ähm eher auf die positiven
24 Kontakte zu konzentrieren. Ähm was auch bisher auch immer ganz gut
25 funktioniert hat, gerade zu Beginn, wenn die einziehen, dann wird natürlich auch
26 immer sehr viel ausgetestet aber man merkt schon dann auch in der Kurve, dass
27 das dann auch sehr schnell wieder abnimmt. Ähm weil das dann nicht die
28 Kontakte mit der größten Aufmerksamkeit sind. Und ähm wir reflektieren natürlich
29 dann mit denen, danach deren Befinden, um abzuchecken, wir uns, **ist da noch**
30 **Bedarf** ähm oder wurde da der Druck jetzt schon soweit abgebaut, dass der/die

1 Jugendliche vielleicht auch erstmal jetzt ähm für sich sein möchte oder muss.
2 Das ist auch sehr unterschiedlich, nach Jugendlichen.

3 I: Okay. Wie wird mit suizidalen Krisen umgegangen?

4 B: Ähm, das kommt-. Also auch da, müssen wir auch gucken, wie akut das auch
5 ist. Wenn´s ähm so akut ist, dass der Selbstmord @ schon in der Planung ist, äh,
6 dann sind wir auch nicht mehr der richtige Ansprechpartner. Dann ähm, äh, dann
7 ist auch das [Klinik a] erstmal der nächste Ort, an dem wir dann mit denen sind,
8 um zu gucken, ähm ja ob das dann noch abgefangen werden kann oder ähm die
9 Akutstation vielleicht auch gerade der richtige Ort ist. Ähm und ansonsten
10 arbeiten wir dann auch eben mit den Skills, mit den Jugendlichen, um da wieder
11 Entspannung reinzubringen, (.) in die Situation des Jugendlichen.

12 I: Wie gehst du persönlich mit solchen Situationen um, welche Gedanken und
13 Gefühle kommen da bei dir auf?

14 B: Mhm. (...) nicht mehr @@. Das klingt jetzt doof, aber ich glaube, ich bin da
15 abgestumpft. Also als ich angefangen habe, da war hier selbstverletzendes
16 Verhalten so sehr, sehr krass, um das zu benennen. Also, ähm, meine ersten
17 Dienste waren direkt mit ähm tiefen, klaffenden Wunden und ich habe irgendwie
18 die Nächte mit auf der Ak- oder die >Nächte im [Klinik a] in der Notaufnahme
19 verbracht< und ähm (.) das hat glaube ich, schon so viel bewirkt, dass das für
20 mich alles-, also ich lasse das nicht nah an mich ran, glaube ich, weil ich da auch
21 für mich weiß, dass ich schon viel gesehen habe und dass es da auch immer
22 irgendwie (.) schon auch eine Lösung gibt, also dass das auch die Suizidalität,
23 das die damit nicht für immer alleine sind, sondern, dass man auch da handeln
24 kann, deswegen, ähm schockt mich das in dem Moment vielleicht auch nicht, weil
25 ich weiß, gerade wenn sie es schaffen mit uns darüber zu sprechen, dann ist da
26 auf jeden Fall die Möglichkeit, dass da was positives passieren kann. Auch wenn
27 wir dann vielleicht irgendwann nicht mehr der sind, der helfen kann aber es ist
28 nichts was ich dann mit mir rumtragen, und dann denke, dass ich dann @die
29 Person sein muss, die das irgendwie gut machen kann@. Ich weiß, dass da ein
30 großes Helfersystem ist, was irgendwie unterstützen kann.

31 I: Habt ihr dann, wenn solche Situationen aufgetreten sind, finden
32 Nachbesprechungen im Team statt?

1 B: Ja, also es kommt drauf an (..) wie extrem die Situation auch war, also es gab
2 einmal eine Jugendliche, die hat versucht sich nachts zu erhängen ähm, und das
3 war dann schon ein großes Thema, wo dann auch extra Supervision einberufen
4 wurden für das Team ähm und sonst reicht meistens auch der Rahmen einer
5 Übergabe, im Dienst oder eben die Dienstbesprechung aus, das ist ganz
6 unterschiedlich, je nachdem >was passiert ist<.

7 I: Wie häufig kommt es dazu, dass die Jugendlichen mit einer Borderline-
8 Persönlichkeitsstörung in die Notaufnahme von einer Psychiatrie kommen?

9 B: Es gibt Zeiten, da passiert-, also da ist es fast täglich so. Jetzt gerade ist es
10 sehr ruhig. Also auch die Jugendlichen, die schon lange hier wohnen und am
11 Anfang starke, ähm Suizidalität gezeigt haben und sich auch stark selbstverletzt
12 haben, haben das schon ziemlich reduziert, bis fast gar nicht mehr. Also wir
13 haben eine Jugendliche, die ähm, die am längsten hier wohnt gerade, vor vier
14 Jahren eingezogen ist, da ist sie fast jeden Tag in der Notaufnahme gewesen,
15 wegen tiefen Selbstverletzungen und ähm Selbstmordgedanken und ähm, die
16 hat sich jetzt glaube ich das letzte Mal selbstverletzt vor einem Jahr. Also, da,
17 also da gibt es auch immer mal wieder Krisen, wie dann wird gegen die Wand
18 geschlagen aber das hat sich einfach schon ähm - sie hat gute andere Kanäle
19 gefunden und das hat sich auch einfach für sie, glaub ich, auch schon deutlich
20 gebessert, ich glaube auch für sie vom Gefühl her.

21 I: Wie ist es, wenn es zu so häufigen Krisen kommt, kommt es dann auch hier
22 mal zu einem Abbruch des Aufenthalts und was führt zu einem Abbruch bei
23 euch?

24 B: Mh. Ja, es kommt tatsächlich auch zu Abbrüchen. Also es gibt die Jugendliche,
25 von der ich vorhin erzählt hatte, die so das jüngste Beispiel einer krassen @
26 Borderline-Störung ist. Ähm, bei der war der Abbruch ähm, gar nicht weil sie bei
27 uns zu sehr in der Krise war, aber ähm, das hat sie selber auch so benannt, dass
28 sie das irgendwie-, das sie sich hier auch zu wohl gefühlt hat und das darf sie
29 nicht. Also die hat dann ähm (.) Gründe gesucht, warum sie hier nicht mehr
30 wohnen kann und hat dann abgebrochen. Gar nicht aus der Krise raus, sondern
31 das war für sie ganz wichtig einen Grund zu finden warum sie hier wegmuss und
32 die hat uns auch schon besucht und ist aber da- ist zu einem Teil ihrer Familie,

1 zu ihrer Tante gezogen und ist auch da nicht glücklich. Also, ähm, wir hoffen,
2 dass sie jetzt so ein bisschen für sich lernt, ja was sie eigentlich sucht, oder dass
3 sie sich darauf konzentriert was sie eigentlich sucht und dass es da nicht das
4 Zimmer- also hier war es das Zimmer, was-, was sie nicht mehr mochte. Und bei
5 ihrer Tante wird es auch einen Grund haben, der aber vielleicht nicht der
6 tatsächliche Grund ist. Ähm aus so einer tatsächlichen Krise raus, erinnere ich
7 mich gerade an niemanden, der gegangen ist.

8 I: Okay. Welche Schwierigkeiten gibt es im Alltag mit den Jugendlichen, die
9 insbesondere an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden?

10 B: Mhhh. Ja [schlucken], das selbstverletzende Verhalten ist, ja ist auch eine
11 Schwierigkeit, weil hier eben äh auch noch andere Jugendliche wohnen, ähm die
12 das auch eigentlich auch nicht zu genau mitbekommen sollen und natürlich ist
13 das auch wieder eine Aufmerksamkeit, die sie ja trotzdem irgendwie kriegen, weil
14 was gemacht werden muss ja in dem Moment, die Andere dann eben, ähm, nicht
15 haben, obwohl da vielleicht auch der Bedarf da ist. Das ist schon eine Störung
16 dann im Alltag. Ähm, (..) und es gibt natürlich auch hier und da Jugendliche, die
17 sich auf einen bestimmten Betreuer eingeschossen haben und diesen dann stark
18 austesten. Das ist dann für den auch eine große Belastung, weil äh man dem ja
19 auch Stand halten muss @@, und den zeigen muss, äh, dass man länger
20 durchhält irgendwie@@@, auch das. Ähm, ansonsten finde ich sind viele
21 Eigenschaften jetzt auch nicht anders als die der anderen Jugendlichen @ und
22 normale Alltags-(..)problematiken, will ich es auch nicht nennen aber normale
23 Dinge, die man im Alltag mit denen bewältigen muss oder die, die auch selber
24 bewältigen müssen.

25 I: Welche positiven Entwicklungen hast du erlebt bei den Jugendlichen mit
26 Borderline-Persönlichkeitsstörung?

27 B: Mhh. Also was, wenn sie für sich lernen, Skills tatsächlich auch anzuwenden,
28 die auch Abhilfe schaffen, das auch für längere Zeit. Ähm das hat man hier- oder
29 das haben wir hier schon öfter auch miterlebt. Ähm, dass (..) die vielleicht ähm
30 auch- denn wir sind ja nicht für immer @, also das- wir sind ja nur so ein Teil,
31 aber das sie trotzdem so in dem Maße vertrauen zu uns fassen können, dass
32 ähm sie auf jeden Fall ihren Alltaaaag, mit unserer Hilfe bewältigen können. Und

1 dann auch das so ein Stück weit das allein zu lernen, die zu bewältigen, weil ähm
2 (.) wir den eben schon zeigen, dass auch wenn wir eben irgendwann weg sind,
3 für die Zeit, die Konstante sind und das wir da sind. Ähm, das sind auch positive
4 Entwicklungen. Ich muss erstmal nachdenken, was noch so positiv ist (...).

5 Vielleicht, also einige zeigen auch reflektierteres Handeln oder auch Verhalten,
6 nachdem sie auch gehandelt haben. Aber auch das manchmal schon ein großer
7 Schritt, dass die besser reflektieren können, warum- oder wie es dazu kam, dass
8 sie so gehandelt haben, dann vielleicht schon vorher ähm, Wege für sich finden,
9 dass es gar nicht dazu kommt, so. Ähm, ist auch ne Art von-, geht auch in diese
10 Skills-Richtung aber manchmal ist es ja auch wirklich nur eine Situation, der sie
11 entgegen müssen, oder, in die sie sich gar nicht einlassen müssen, so. Und das
12 merkt man auch, dass sich das entwickelt, bei Einigen.

13 I: Abschließend würde ich dich gerne nochmal nach Fallbeispielen fragen, zuerst
14 fällt dir aus der Vergangenheit vielleicht ein gelungenes Beispiel von einem
15 Aufenthalt einer Adoeleszent*in mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ein?
16 Mit Hinblick auf die positiven Momente und vielleicht auch auf die schwierigen
17 Situationen?

18 B: Also ich glaube, die Jugendliche, die hier jetzt noch wohnt, ist ein sehr
19 positives Beispiel. Ähm, die hat natürlich noch andere Baustellen @@ aber ähm
20 wäre auch komisch wenn nicht. Aber die ist zumindest mit ihrer, ja mit ihrem
21 Störungsbild sie sehr gut zurecht. Äh, kann sich viel besser steuern, ähm (...).
22 Und ähm, ja die ist auch echt einfach ein gutes Beispiel von ähm täglich ins
23 Krankenhaus zu einmal im Jahr. Ähm, vielleicht hat sie auch immer mal kleine
24 Krisen aber ähm auch die kann sie viel besser überwinden. Auch ähm, vielleicht
25 nur durch sich selbst, als ähm sich da fallen zu lassen und zu warten, bis
26 irgendwer sie hochzieht, so. Also, dass hat die schon gut gemacht. Und dann gibt
27 es eben die Beispiele, die lieber flüchten in ein anderes Setting, bevor man ähm
28 weiter kommt (.) in der Zusammenarbeit mit denen. Also die gibt es natürlich auch
29 sehr oft, die Jugendlichen, die dann zwar versuchen sich darauf einzulassen aber
30 wenn es dann auch zu @positive@ Entwicklungen einnimmt, das sie dann doch
31 den anderen Weg wählen und sagen, ich muss jetzt aber doch aber ganz schnell
32 woanders hin, was es dann natürlich auch schwierig macht, das dann da auch

1 wieder genau angeknüpft wird, wo man aufgehört hat. Weil die eben auch ihre
2 Instrumente haben, und da die Richtung angeben, wo sie sind an dem neuen Ort.
3 Genau, das wäre zum Beispiel, die Jugendliche, die ausgezogen ist im letzten
4 Jahr. Und ähm, die hat auch schon vorher viel Zeit in Kliniken verbracht, auch in
5 unterschiedlichen stationären Bereichen @ in Hamburg. Und da war es auch
6 einfach immer super schwer. Ich bin mir sicher, dass das auch mit zum Scheitern
7 bedingt hat, dass der Austausch mit uns und der Klinik, in der sie gerade zur
8 Therapie war, nicht wirklich stattgefunden hat. Ähm, und da dann auch eben mit
9 der Jugendlichen Dinge besprochen wurden, wo bei uns- also in die wir nicht
10 einbezogen wurden. Wo wir, nicht auch vielleicht auch unsere Ansicht dazu,
11 preisgeben konnten und dann auch eben schon was gelaufen ist, ohne dass wir
12 da auch schon intervenieren hätten können oder sagen können: „Aber wir kennen
13 sie aus einer ganz anderen Situation und schätzen das so und so ein.“ Und damit
14 mein ich gar nicht, dass wir sie irgendwie in ihrer Psyche einschätzen wollen,
15 aber das Verhalten der Jugendlichen kennen wir ja schon sehr gut, weil wir ja
16 24/7, das erleben, so. Aber ich glaube, da ist dann so ein scheitern auch mal
17 bedingt, eben bei Kommunikation und dem Austausch.

18 I: Was macht das für Gedanken bei dir, wenn der Austausch so schlecht ist?

19 B: Das ärgert uns sehr oft. Also das ist auch was, worüber wir uns im Team
20 austauschen. Und das ist dann natürlich auch was, worüber wir uns natürlich
21 auskotzen @. Ähm, weil- weil es könnte ja-, es ärgert uns ja nicht weil wir ähm
22 dann uns in unserer Position [tief einatmen] unter Wert verkauft sehen, sondern
23 weil man ja diesem Jugendlichen hätte helfen können@@. Also, so weil man da
24 ja viel mehr erreichen könnte, wenn da irgendwie ein positiver und vor allem ein
25 enger Austausch stattfindet. Es war zum Beispiel bei dieser Jugendlichen, die
26 hatte hier im intensiv betreuten Bereich gewohnt und war dann in der Klinik, im
27 stationären Aufenthalt und hat dort erarbeitet, [einatmen] mit ihren Therapeuten,
28 dass sie in den äh teilbetreuten Bereich ziehen muss, weil das hier-, das ist ihr
29 zu eng. Und ähm unsere-, also wir wurden darüber eigentlich darüber in Kenntnis
30 gesetzt, als es schon hieß, entweder sie macht das jetzt oder ähm sie muss ganz
31 woanders hin zu beziehen. Und ähm unsere Einschätzung war eigentlich, dass
32 das nicht das Ende war-, oder dass, das nicht ihre Suche beendet, sondern sie
33 dann ganz schnell für sich merkt, sie möchte doch wieder woanders hin, weil

1 auch das ist nicht das, was irgendwie die Heilung bringt, dieser Umzug. Und ähm,
2 naja, ähm wir haben dann in dem Sinne verloren, gegen die Therapeuten, die
3 Jugendliche ist eigentlich auch relativ-, oder die kannten wir so gut, dass sie uns
4 auch gesagt hat, ich sage ja, ich krieg was ich will. Und wir haben gesagt: „Ja,
5 schade, hätte auch anders laufen können.“ Also die war da schon mit uns
6 eigentlich ganz gut im Austausch, wusste daher auch dass wir-, das sie-, dass
7 wir das ganz anders sehen und da vielleicht auch Recht haben. Ähm, und dass
8 ist dann die, die dann eben ganz aus Hamburg rausgezogen ist, da aber auch
9 schon wieder in einem Klinikkontext ist, weil das natürlich auch wieder nicht ihre
10 Suche beendet, so. Ähm, das ist eigentlich ein richtig gutes Beispiel, dass das
11 mies gelaufen ist einfach aufgrund der nicht vorhandenen Kommunikation und
12 Kooperation zwischen uns und der Klinik und den Therapeuten.

13 I: Bleiben wir vielleicht bei dieser Jugendlichen, fallen dir da noch weitere
14 Beispiele ein, von Grenzen, die ihr erlebt habt, Dinge die schwierig sind in einem
15 Kontext von einer stationären Jugendhilfe?

16 B: Mhh, also die Jugendliche, die hat sich-, die hatte auch ein sehr ausgetüfteltes
17 selbstverletzendes Verhalten, die hatte nicht dieses klassische, „Ich schneide mir
18 den Arm auf“ und ist es ganz offensichtlich, ich habe mich selbstverletzt. Ähm,
19 die kam fast wöchentlich, mit einer Sache, die aus irgendeiner mechanischen
20 Sache, die sie getan hat, hervorhin. Wie, die hat sich den ganzen Arm verbrannt,
21 weil: „Oh, ich bin mit dem Wasserkocher ausgerutscht, und dann ist da ähm, das
22 ganze Wasser rüber gegossen.“ Das ist eben was, was passiert ist nachdem sie
23 drüben gewohnt hat, also nachdem wir eben nicht mehr eng dran waren und ähm,
24 was wir so natürlich-, also natürlich hätten wir sagen können, ja, das stimmt ja
25 nicht, aber du verletzt dich ja nur selbst. Aber das war eigentlich auch klar @@.
26 @Also das musste man gar nicht@ mehr aussprechen, und mit der war das sehr
27 schwierig, weil ähm, dadurch war sie auch sehr oft im Krankenhaus, noch wieder
28 ab von der Klinik, weil eben auch diese Verletzungen da waren und da wurde das
29 dann eben auch oft gar nicht als dieses gewertet. Weil sie auch da genau wusste,
30 dass sie einfach zu verschiedenen Leuten gehen muss, dann fällt das nicht auf.
31 Ähm, die hat auch eine Knie Operation gehabt. Ähm, und diese Narbe hat sich
32 ähm immer wieder entzündet, einfach was, was aus einfach rein biologischen
33 Gründen, also wenn sie die Wunde einfach ganz normal heilen lässt, nicht

1 passieren könnte. Also, es war allen schon bewusst, dass da-, dass sie da, auf
2 jeden Fall mit irgendwie daran beteiligt ist, dass da der Heilungsprozess
3 schwierig ist aber dadurch, dass sie dann eben auch dann nicht mehr so eng
4 war, konnte man das auch schwer mit ihr begleitend reflektieren oder sagen:
5 „Guck mal, du hast jetzt nä, das gemacht und ich habe jetzt gesehen, du bist, du
6 hast da jetzt an deiner Narbe rumgepult.“ Oder also, dass wäre total schwierig.
7 Das wäre glaub ich fast sogar besser gewesen, wenn sie hier in der intensiv
8 Betreuung gewohnt hätte, aber eben drüben hat man nicht mehr ganz so den
9 Blick drauf. Ähm, ansonsten in der stationären Jugendhilfe glaub ich, manchmal
10 habe ich das Gefühl, dass sie da sogar ganz gut aufgehoben sind, ähm im
11 Gegensatz als bei den Eltern. Weil, wir das nicht so nah an uns ranlassen,
12 natürlich, wie die Familie. Die da natürlich einen ganz anderen Bedarf zu decken
13 hat und die sich vielleicht auch Vorwürfe oft macht, wie das sein kann, dass
14 dieses Störungsbild entwickelt wurde und wir da eben, ähm die Dritten und
15 Unabhängigen sind, deswegen denk ich dass das Setting sogar eigentlich
16 hilfreich sein kann. Ähm, weil da der Abstand viel mehr gegeben ist, (..) auch
17 emotional, (..) der Abstand.

18 (...)

19 I: Hast du im Aufenthalt von dieser Jugendlichen noch weitere Möglichkeiten
20 gesehen, um sie hier zu halten, um etwas zu verändern?

21 B: Mhmm. (.) Ja, ich glaub, also einmal hätte dieses Klinikhopping vielleicht nicht
22 so extrem stattfinden sollen. Ähm, was man-, also, was immer sehr schwierig ist,
23 also wenn wir da als Betreuer intervenieren, weil man da oft gar nicht erst
24 reinkommt, an diesen Punkt, dass man sagt: „Ähm aber vielleicht, guckt man,
25 vielleicht fordert man erstmal die Akten aus Klinik XY an.“ Bevor man jetzt mit ihr
26 weiter arbeitet. Und da haben wir dann tatsächlich dann auch öfter ähm gegen
27 Ende der Therapieaufenthalte, eine Rückmeldung bekommen: „Oh, das hätten
28 wir vielleicht doch mal früher machen sollen.“ @@ So, weil-, also es wurde-, wir
29 saßen, ab und zu in Gesprächen, da haben wir genau das Gleiche gehört, wie
30 zu vor auch schon drei Monate zu vor in einer anderen Klinik, wo dann, einfach-
31 , also, da kam es dann zu einem Stillstand. Den die Jugendliche dann aber ganz
32 bewusst so für sich herbei-, also, dass konnte die total gut steuern, dass das

1 dann auch so bleibt. Ähm, und sie wusste aber, dass wir da (.) anders (.)
2 reagieren, reagiert hätten und wir konnten ihr auch, weil sie auch schon relativ
3 lange auch hier gewohnt hat, ähm ihr auch viel ehrlicher Rückmeldung geben
4 und das konnte sie auch annehmen. Also, ich glaube dieses Klinikhopping hätte
5 (.) nicht stattfinden dürfen, dann hätte sie, ähm [schlucken], dann hätte sie für
6 sich einen viel stabileren Weg finden können, weil das war ähm (.) alles andere
7 als stabil. Also auch sie war alles andere als stabil. Dieses- ähm, dieses, selbst-
8 , selbstverletzende Verhalten im Sinne von „Ich bin gestolpert“ oder „Ich habe mir
9 den Wasserkocher ausversehen über die Hände“. Das hat auch krass
10 zugenommen, sie hat sich nicht mehr offensiv selbstverletzt aber sehr, sehr
11 häufig defensiv. Ähm, weil das vielleicht auch für sie eine Strategie war, die sie
12 dann für sich erlernt hat, durch diese Aufenthalte. Genau.

13 I: Stell dir mal vor, du könntest ohne, dass du irgendwelche Vorgesetzten hast,
14 dir Vorschläge zur Verbesserung der Arbeit mit Adoelszent*innen mit einer
15 Borderline-Persönlichkeitsstörung machen. Welche Vorschläge hättest du?

16 B: (..) Mh. (...) Das ähm eine-, dass ein Austausch zwischen Therapeuten und
17 Betreuern von Anfang an stattfindet. Ähm, natürlich müssen die Jugendlichen
18 auch ernstgenommen werden aber das auch die Betreuer ähm damit einbezogen
19 werden. Oder vielleicht müssen sie nicht mal die Betreuer sein, oder
20 grundsätzlich die, die mit den Jugendlichen zusammenarbeiten oder
21 zusammenleben. Ähm, dass das besser funktioniert, das hat jetzt aber nichts mit
22 einem Vorgesetzten, vielleicht zu tun, sondern mit Allen die da irgendwie daran
23 beteiligt sind, an dem Setting. Ähmmm, (..) dass man vielleicht nicht immer gleich
24 @den Rettungswagen rufen muss@, ähm auch wenn es mal tiefer ist. Da würde
25 ich jetzt mal voraussetzen, dass das ja auch eine Entscheidung ist. Ähm und die
26 Narbe sowieso bleibt und manchmal glaub ich, dass das sogar helfen kann, da
27 überhaupt keine Aufmerksamkeit, drauf zu legen. Ist jetzt viel behauptet,
28 @müsste man vielleicht eine Studie zu machen@ aber das könnte ich mir sehr
29 gut vorstellen, weil alleine dieses Krankenwagen kommt, ist ja auch einfach auch
30 schon eine Szene, also die so eine, Bühne bietet. Also. Jetzt müsste ich mal
31 überlegen (..). Das ist eine schwierige Frage, über die man sich gerne vorher
32 hätte, lange Gedanken gemacht@@. Ähm, (...) mhh, ich glaub, aber das mit
33 diesem Krankenwagen rufen sind glaub ich so Grenzen, die das natürlich die

1 natürlich auch gesetzt sind, weil wir sind in der Jugendhilfe und ähm wir haben
2 irgendwie so einen Rahmen einzuhalten und ein Kindeswohl zu sichern, dass
3 man da tatsächlich, das könnte man in einigen Bereichen lockern in Betracht auf
4 Adoelszente mit Borderline-Störung, jetzt ähm ja. Aber jetzt müsste ich mir
5 wahrscheinlich sehr lange Gedanken dazu machen, wahrscheinlich fällt mir
6 morgen gaaanz viel ein @ was man da noch machen könnte, jetzt gerade wäre
7 das aber das, was mir als erstes in den Sinn kommt.

8 I: Ok, das ist aber schon super. Mhh, wir sind jetzt soweit durch. Ich würde gerne
9 von dir noch wissen ob dir noch was einfällt zu dem Thema, ob wir was vergessen
10 haben, ob es noch was gibt, was du dringend noch loswerden möchtest.

11 B: Mh, jetzt wo wir so schon drüber gesprochen hatten, habe ich mir eben so ein
12 bisschen im Verlauf überlegt, dass eigentlich, das ziemlich gut wäre für neue
13 Mitarbeiter, direkt, eine Fortbildung oder das kann ja auch so ein Crashkurs sein
14 oder so. Zu dem Thema anzubieten, weil glaub ich, gerade wenn man anfängt
15 ähm, weiß man überhaupt nicht was das bedeutet und was das tatsächlich für
16 einen selber ausmachen kann und in welche schwierigen Situationen man
17 kommen kann, für sich aber auch vor dem Team, also auch das kann es ja
18 schwierig machen. Ähm das das schon auch vielleicht was wäre, was man mal
19 andenken sollte so grundsätzlich als Jugendhilfeträger, ähm oder auch alle die
20 da zusammenarbeiten, dass das eigentlich schon relativ wichtig ist. Auch für eine
21 gelingende Zusammenarbeit mit denen, den Jugendlichen dann. Sonst fällt mir
22 gerade nichts ein @.

23 I: Okay, dann bedanke ich mich für das Interview, dass du dir die Zeit genommen
24 hast und wie gesagt, das Ganze wird anonymisiert und wenn du möchtest dann
25 sende ich dir gerne das Protokoll zu.

Anhang B - Tab.1: Erster Durchgang der Zusammenfassung

Seite	Zeilennummer	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
2	17-19	1	Dass ich mit Jugendlichen zusammenarbeiten möchte	Motivation der Betreuer*innen	K1 Rahmenbedingungen
3	4-6	2	Enge Zusammenarbeit mit Therapeut*innen und Sektorkrankenhaus	Zusammenarbeit mit Therapeut*innen und zuständiger Klinik	-intensive Betreuung -begrenzte Gruppengröße -keine Ausschlusskriterien
3	12-15	3	Mit Berufserfahrung macht man sich wenig Gedanken, wie man arbeitet	Handlungswissen	-motivierte Betreuer*innen und Adoleszent*innen
3	21-23	4	In der intensiv betreuten Wohngruppe gibt es 10 Plätze für das Alter von 10-19 Jahren	Intensive Betreuung in der Wohngruppe mit zehn Plätzen im Alter von 10-19 Jahren	-Aufenthaltsdauer bis zu mehreren Jahren -geplanter Auszug
3	25-27	5	In der Teilbetreuung leben vier Jugendliche im Alter von 16-19 Jahren, ab 16 Jahren.	Vier Plätze ab 16 Jahren	-verschiedene psychische Störungen
3	29-30	6	Ziel ist das Erlernen von Selbstständigkeit	Selbstständigkeit als Ziel	-Bezugsbetreuer*innen
3	30-32	7	Der Vorteil von Intensiv- und Teilbetreuung an einem Standort, gewährleistet die Beständigkeit der Betreuer*innen	Beständigkeit der Betreuer*innen	-rechtliche Rahmenbedingungen
4	4-6	8	Keine Ausschlusskriterien für die Aufnahme in Wohngruppe [x]	Keine Ausschlusskriterien	K2 Handlungswissen und Fortbildungen
4	7-8	9	Voraussetzung ist die Motivation der Jugendlichen	Motivierte Jugendliche	-bedarfsgerechter Alltag
4	11-12	10	Mit Instabilität bei psychischen Erkrankungen wird gearbeitet	Keine Ausschlusskriterien	
4	19-23	11	Aufenthaltsdauer beträgt einige Monate bis mehrere Jahre	Einige Monate bis mehrere Jahre Aufenthaltsdauer	
4	23-25	12	Stufenmodell Auszug: von intensiver Betreuung zur Teilbetreuung bis zum Auszug	geplanter Auszug	

5	4-11	13	Themen des Klientel: Flucht, Trauma, selbstverletzendes Verhalten, Depressionen, Borderline-Persönlichkeitsstörung	Verschiedene psychische Störungen	<p>K3 Teamarbeit im Multiprofessionellen Team -Dienstbesprechungen und Supervisionen - Einarbeitung neuer Mitarbeiter*innen</p> <p>K4 Betreuerabhängige Beziehungsgestaltung -Sicherer Umgang mit Adolozent*innen mit BPS -Nähe- und Distanzverhältnis -wichtigste Ansprechpartner -Handlungswissen</p>
5	15	14	Neun Betreuer arbeiten in Wohngruppe [x]	Team	
5	19-20	15	Berufsgruppen: Sozialarbeiter*innen, Erzieher*innen, Bildungs- und Erziehungswissenschaftler*innen und Psycholog*innen	Multiprofessionelles Team	
5	22-30	16	Zweijährige Pflichtfortbildung in Traumapädagogik, Deeskalationstraining, Weiterbildung systemische Beratung, Weiterbildung Coaching	Fortbildungen	
6	3	17	wöchentliche Dienstbesprechung, vier Stunden	Dienstbesprechungen	
6	4-5	18	Teaminterne, monatliche Supervision, 1,5 Stunden, ohne Leitung	Supervision	
6	15-16	19	Elternarbeit nicht möglich, weil die Eltern nicht da sind oder verstorben	Elternarbeit nicht möglich	
6	18-21	20	Elternarbeit erschwert, aufgrund langer Jugendhilfeeferfahrungen der Familie, Probleme in der neutralen Beziehungsgestaltung	Lange Jugendhilfeeferfahrungen erschweren Elternarbeit	
6	22-25	21	Positive Elternarbeit, weil Umsetzung von Besprochenen und Erarbeiteten	Mitarbeit der Eltern ist positive Elternarbeit	
6	27-29	22	Indirekte Kooperation mit Psychiatrie, als Ansprechpartner bei Fragen	Keine fixierte Kooperation	
6-7	29-2	23	Kontakt zur Psychiatrie nur durch Voraufenthalte, oder Aufenthalte während der Zeit in der Wohngruppe des Klientels. Die Kooperation ist abhängig vom Klientel.	Bedarfsabhängige Kontakte zur Psychiatrie	

7	4-6	24	Zusammenarbeit mit Psychiatrie sehr schwierig, weil die Wohngruppe sich übergangen fühlt	fühlt sich übergangen	<p>K5</p> <p>Adoleszent*innen mit BPS brauchen</p> <ul style="list-style-type: none"> -Klare Kommunikation -Hausaufgabenhilfe -keine Aufmerksamkeit auf Selbstverletzungen -Aufmerksamkeit auf positive Momente -klare Strukturen -Therapie -Unterstützung beim Lernen neuer Fertigkeiten -sichere und beständige Beziehungen zu Betreuer*innen -Reflexionsgespräche
7	9-11	25	Jugendliche mit BPS, nutzen mangelnde Kooperation der Einrichtungen zu ihrem Vorteil	Jugendliche mit BPS nutzen Übergabefehler	
7	13-14	26	Mitarbeiter*innen in der Psychiatrie haben kein richtiges Bild von Betreuer*innen in der Wohngruppe	Kein richtiges Bild der Arbeit in Wohngruppen	
7	15-19	27	Aufgaben: Alltagsstruktur, Ernährung, Gespräche führen, Ansprechpartner Nummer eins in Krisensituationen	Aufgaben und wichtigster Ansprechpartner	
7	19-21	28	Wohngruppe fühlt sich nicht wichtig genug genommen von Psychiatrie	Fühlt sich nicht wichtig genommen	
7	21-22	29	Da müsste mehr Austausch grundsätzlich	Wunsch nach mehr Austausch	
7	26-28	30	Von Jugendlichen zu Jugendlichen individueller Alltag, weil der Bedarf unterschiedlich ist	Bedarfsgerechter pädagogischer Alltag	
7-8	28-6	31	Aufgaben: Jugendliche wecken, Wochenpläne, Struktur herstellen, Reflexionsgespräche, Ansprechpartner, bedarfsgerechte Leistungen, aufsuchen von Beratungsstellen, Therapeutesuche	Reflexionsgespräche, Struktur, Ansprechpartner, Unterstützung	
8	9-10	32	Zwei Bezugsbetreuer*innen, männlich und weiblich für jeden Jugendlichen	Zwei Bezugsbetreuer*innen männlich und weiblich für jeden Jugendlichen	
8	23-24	33	Klientin mit BPS hat alles an Therapie mitgenommen, es ist der Eindruck entstanden, dass es zu viel ist	Zu viel Therapie	
8	26-28	34	Häufiger Klinikwechsel: Betreuer*innen sagen, sie habe immer einen Grund dafür gefunden. Das spreche für das Krankheitsbild	Hat immer einen Grund für Wechsel des Settings	

8	29-31	35	Klient*in mit BPS hat eine begleitende Behandlung durch ambulante Therapeutin	Begleitende ambulante Therapie
9	1-2	36	Wohngruppe ist bemüht um Kooperation mit ambulanten Therapeut*innen	Bemüht um Kooperation
9	2-4	37	Positive Kooperation mit ambulanten Therapeut*innen: Wohngruppe wird in die Behandlung einbezogen	Einbezug der Wohngruppe führt zu positiver Kooperation
9	4-7	38	Negative Kooperation mit ambulanten Therapeut*innen: kein Einbezug der Wohngruppe, Telefonate über Fehlverhalten der Wohngruppe, auf Grundlage der Äußerungen der Jugendlichen	Ausschluss der Wohngruppe und Belehrungen führt zu negativer Kooperation
9	9-11	39	Bei negativer Kooperation mit ambulanten Therapeut*innen entsteht der Eindruck, dass eine Kooperation nicht gewollt ist	Kooperation nicht gewollt von ambulanten Therapeut*innen
9	14	40	Beziehungsgestaltung mit Jugendlichen mit BPS ist abhängig von den Betreuer*innen	Betreuerabhängige Beziehungsgestaltung
9	16-17	41	Bezugsbetreuer wird danach ausgesucht, wer es sich zutraut mit Jugendlichen mit BPS zu arbeiten	Sicherheit im Umgang mit Jugendlichen mit BPS
9	18	42	Grunddistanz aufbauen	Nähe- und Distanzverhältnis
9	19-25	43	Unangenehme Situationen, wenn das Nähe- und Distanzverhältnis nicht gewahrt wird, wie beispielsweise selbstverletzendes Verhalten nur wenn eine bestimmte Kolleg*in im Dienst ist	Dysfunktionales Verhalten nur bei bestimmten Betreuer*innen
9	26-27	44	Bemüht, dass wir im Team eine Linie fahren	Teamarbeit
10	4-6	45	Jugendliche mit BPS benötigen klare Kommunikation	Klare Kommunikation
10	10-11	46	„Wir sind eine Konstante in deren Leben und die können mit uns brechen.“	Tragfähige, langfristige Beziehung

K6
Zum Gelingen der
Maßnahme führt:
- positive Elternarbeit

10	17-23	47	Wir haben einen Koffer mit Fertigkeiten/Skills im Büro. Und erarbeiten mit den Jugendlichen bestehende und neue Fertigkeiten und austesten von ungewöhnlichen Skills	Arbeit mit Fertigkeiten	K7 Grenzen der stationären Jugendhilfe: -sehr durchdachte Selbstverletzungen -Vorsorgung von Selbstverletzungen
10	23-29	48	Gemeinsam die Hausaufgaben für die Tagesklinik machen	Hausaufgabenhilfe für Therapie	
10-11	32-1	49	Nur wenig Kenntnisse über DBT und Erklärungsmodelle von einer BPS, das Wissen wird angelesen	Angelesenes Wissen	
11	1-2	50	Wunsch nach Fortbildung DBT	Wunsch nach Fortbildung	
11	12-14	51	Jugendliche verarzten Wunden selbst oder der Notarzt wird gerufen	Jugendliche versorgen sich selbst, oder der Notarzt wird gerufen	
11	15-16	52	Weil wir das ja nicht einschätzen können	dürfen keine Einschätzung geben zur Selbstverletzung	
11	16-17	53	Selbstverletzungen bekommen nicht viel Bedeutung im Alltag	wenig Aufmerksamkeit auf Selbstverletzungen	
11	17-18	54	Auf positive Kontakte konzentrieren	Augenmerk auf positive Momente	
11	18-21	55	Bei Einzug testen die Jugendlichen die Betreuer*innen aus, auch mit Selbstverletzungen	Austesten durch Selbstverletzungen	
11	21-26	56	Besprechung des individuelle Bedarfs nach Selbstverletzung mit den Jugendlichen	Bedarfsklärung nach Selbstverletzung	
11-12	28-3	57	Mit suizidalen Krisen werden situationsabhängig umgegangen, bei akuter Suizidalität findet eine Vorstellung in der Psychiatrie statt. Bei latenter Suizidalität Arbeit mit Skills	Situativer Umgang mit suizidalen Krisen	
12	6-8	58	Nach vielen Selbstverletzungen denen gegenüber abgestumpft	Handlungssicherheit durch viele Selbstverletzungen	

12	8-11	59	Als neue Kollegin viele Selbstverletzungen erlebt	Neue Kolleg*innen werden ausgetestet
12	13	60	Dass ich schon viel gesehen habe	Handlungssicherheit
12	22	61	Großes Helfersystem	Großes Helfersystem
12	25-30	62	Nachbesprechung von Krisen ist situationsabhängig	Situationsabhängige Nachbesprechung
13	2-8	63	Reduktion von suizidalen Krisen und dysfunktionalem Verhalten, während des langen Aufenthalts in der Wohngruppe, bei einer Jugendlichen	Reduktion von suizidalen Krisen und dysfunktionalem Verhalten in Wohngruppe
13	20-21	64	Jugendliche mit BPS hat Aufenthalt in der Wohngruppe abgebrochen, weil sie sich zu wohl gefühlt hat und sich dies verboten hat	Jugendliche hat sich verboten, sich wohl zu fühlen
13	30-31	65	Keine Abbrüche des Aufenthalts in der Wohngruppe nach Krise	Krisen führen nicht zum Abbruch
14	1-7	66	Selbstverletzendes Verhalten stört den Alltag, weil da noch andere Jugendliche sind	Selbstverletzendes Verhalten stört den Alltag
14	7-11	67	Probleme im Alltag: Jugendliche mit BPS, die sich auf einen Betreuer fixiert haben und nur dort ihr dysfunktionales Verhalten zeigen	Dysfunktionales Verhalten nur bei bestimmten Betreuer*innen
14	13-15	68	Normale Alltagsproblematiken bei Jugendlichen mit BPS	Alltagsproblematiken
14	18-19	69	Positive Entwicklung, wenn hilfreiche Skills gelernt werden	Lernen von hilfreichen Skills ist positiv
14	20-22	70	Positive Entwicklung, wenn Vertrauen aufgebaut wird	Vertrauen aufzubauen ist positiv
14	23-27	71	Positive Entwicklung, wenn sie ihren Alltag alleine bewältigen können	Alltag alleine bewältigen ist positiv
14-15	28-2	72	Positive Entwicklung, wenn Fertigkeiten zum Umgang mit schwierigen Situationen	Fertigkeiten zum Umgang mit schwierigen Situationen ist positiv

15	9	Positives Beispiel hat trotzdem noch Baustellen	Weiterhin Probleme vorhanden	<p>K8</p> <p>Zum Misslingen einer Maßnahme führt:</p> <ul style="list-style-type: none"> -mangelhafte Elternarbeit -mangelhafte Kooperation mit der Psychiatrie und ambulanten Therapeuten -häufiger Wechsel des Settings
15	11	Positive Entwicklung, kommt mit ihrem Störungsbild zurecht und kann sich steuern	Positiver Umgang mit Störungsbild	
15	12-13	Abnahme der Notfallkontakte in der Klinik	Reduktion der Notaufnahmen	
15	13-14	Kann kleine Krisen alleine bewältigen	Eigene Bewältigung kleiner Krisen	
15	17	Negativer Verlauf: Flucht aus dem Setting	Flucht aus dem Setting ist negativ	
15	26-28	Aufenthalte in verschiedenen Psychiatrien führen zum Scheitern der Maßnahme	Verschiedene Psychiatrieaufenthalte führen zum Scheitern der Maßnahme	
15	28-30	Scheitern der Maßnahme wegen fehlendem Austausch mit Psychiatrie	Fehlender Austausch mit Psychiatrie	
16	4-5	Verhalten der Jugendlichen über einen langen Zeitraum bekannt in Wohngruppe	Lange Beziehung zu Jugendlichen	
16	12	Weil man den Jugendlichen hätte helfen können	Jugendlichen helfen	
16	13-14	Gemeinsam mehr erreichen mit Austausch	Wunsch nach zielorientiertem Austausch	
16	14-23	Unterschiedliche Ansichten und Ziele der Institutionen, wegen mangelnder Absprache	Unterschiedliche Ansichten und Ziele der Institutionen	
16	24	Wir haben verloren gegen die Therapeut*innen	Gefühl verloren zu haben	
16	26	Jugendliche sagt: „Ich krieg was ich will.“	Jugendliche bekommen ihren Willen	
17	1-2	Schlechter Verlauf wegen mangelnder Kooperation und Kommunikation zwischen Wohngruppe und Psychiatrie	Mangelhafte Kooperation führt zu schlechtem Verlauf	
17	6-15	Grenzen der Wohngruppe: Ausgetüfteltes selbstverletzendes Verhalten	Durchdachtes selbstverletzendes Verhalten zeigt Grenzen auf	

17	16	88	Man musste das gar nicht mehr aussprechen	Unausgesprochene Annahmen
17	17-20	89	Geht mit Selbstverletzungen zu unterschiedlichen Ärzten	Mit Selbstverletzungen zu unterschiedlichen Ärzten
17	30-32	90	Reflektion von selbstverletzendem Verhalten besser in intensiver Betreuung	Intensive Betreuung ermöglicht bessere Reflektion
17-18	32-7	91	Jugendliche mit BPS sind besser in der stationären Jugendhilfe aufgehoben weil Betreuer*innen neutraler im Umgang als Eltern	Betreuer*innen sind neutraler als Eltern
18	11-12	92	Häufiger Klinikwechsel macht es schwierig	Klinikwechsel führt zu Schwierigkeiten
18	14-21	93	Mangelnde Übergabe zwischen Psychiatrien	Mangelnde Übergabe zwischen Psychiatrien
18	21-23	94	Mangelnde Kooperation bietet Jugendlichen mit BPS Raum für Stillstand der Behandlung	Mangelhafte Kooperation führt zu Stillstand
18-19	26-2	95	Jugendliche hat dysfunktionales Verhalten erlernt durch häufige Klinikwechsel	Häufiger Klinikwechsel führt zu neuen dysfunktionalen Verhaltensweisen
19	6-11	96	Wunsch nach Austausch mit Psychiatrie während der Behandlung	Wunsch nach Austausch
19	11-20	97	Wunsch nicht immer den Rettungswagen rufen müssen bei Selbstverletzung, damit keine Aufmerksamkeit auf dysfunktionales Verhalten stattfindet	Wunsch nach weniger Aufmerksamkeit für SVV durch Änderung der Richtlinien
19	25	98	Aufgabe: Kindeswohl sichern	Kindeswohl
20	1-12	99	Wunsch nach Fortbildung für neue Mitarbeiter*innen für den Umgang mit Jugendlichen mit BPS	Einarbeitung der neuen Mitarbeiter*innen

Anhang C - Tab. 2: Zweiter Durchgang der Zusammenfassung

Kategorie		Generalisierung	Reduktion
K1	<p>Rahmenbedingungen</p> <ul style="list-style-type: none"> -begrenzte Gruppengröße -keine Ausschlusskriterien -motivierte Betreuer*innen und Adolescent*innen -Aufenthaltsdauer bis zu mehreren Jahren -geplanter Auszug -verschiedene psychische Störungen -Bezugsbetreuer*innen -rechtliche Rahmenbedingungen <p>Handlungswissen und Fortbildungen</p> <p>-bedarfsgerechter Alltag</p>	<p>Rahmenbedingungen in denen sich die Jugendlichen entwickeln können sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> -ein sicherer und langfristiger Ort zum Leben -geplanter Auszug -Bezugsbetreuer*innen -rechtliche Rahmenbedingungen <p>Handlungswissen und Fortbildungen</p> <p>Teamarbeit im Multiprofessionellen Team</p>	<p>K'1</p> <p>Adoleszent*innen mit BPS brauchen:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Aufmerksamkeit für positive Momente -wenig Aufmerksamkeit für dysfunktionales Verhalten -klare Strukturen -Unterstützung beim Lernen neuer Fertigkeiten -sichere und beständige Betreuer*innen <p>-Rahmenbedingungen in denen sich die Adolescent*innen entwickeln können</p> <ul style="list-style-type: none"> -Beziehungsarbeit mit einem professionellen Nähe- und Distanzverhältnis
K2	<p>Handlungswissen und Fortbildungen</p> <p>-bedarfsgerechter Alltag</p>	<p>Rahmenbedingungen</p> <p>Handlungswissen und Fortbildungen</p>	<p>-Unterstützung beim Lernen neuer Fertigkeiten</p> <p>-sichere und beständige Betreuer*innen</p>
K3	<p>Teamarbeit im Multiprofessionellen Team</p> <p>-Dienstbesprechungen und Supervisionen</p> <p>- Einarbeitung neuer Mitarbeiter*innen</p>	<p>Teamarbeit im Multiprofessionellen Team</p>	<p>Betreuer*innen</p> <p>-Rahmenbedingungen in denen sich die Adolescent*innen entwickeln können</p>
K4	<p>Betreuerabhängige Beziehungsgestaltung</p> <p>-Sicherer Umgang mit Adolescent*innen mit BPS</p> <p>-Nähe- und Distanzverhältnis</p> <p>-wichtigste Ansprechpartner</p> <p>-Handlungswissen</p>	<p>Beziehungsarbeit braucht ein professionelles Nähe- und Distanzverhältnis und einen sicheren Umgang mit den Jugendlichen mit BPS</p>	<p>Aoleszent*innen entwickeln können</p> <ul style="list-style-type: none"> -Beziehungsarbeit mit einem professionellen Nähe- und Distanzverhältnis
K5	<p>Adoleszent*innen mit BPS brauchen</p> <ul style="list-style-type: none"> -Klare Kommunikation -Hausaufgabenhilfe -keine Aufmerksamkeit auf Selbstverletzungen -Aufmerksamkeit auf positive Momente -klare Strukturen -Therapie -Unterstützung beim Lernen neuer Fertigkeiten -sichere und beständige Beziehungen zu Betreuer*innen 	<p>Jugendliche mit BPS brauchen:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Aufmerksamkeit für positive Momente -wenig Aufmerksamkeit für dysfunktionales Verhalten -klare Strukturen -Unterstützung beim Lernen neuer Fertigkeiten 	<p>K'2</p> <p>Maßnahmen gelingen, wenn:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Betreuer*innen über theoretisches und Handlungswissen verfügen -Teamarbeit im Multiprofessionellen Team

		-sichere und beständige Betreuer*innen	K'3 Maßnahmen misslingen, bei: -mangelhafter Kooperation mit der Psychiatrie oder ambulanten Therapeuten -häufiger Wechsel des Settings
K6	Zum Gelingen der Maßnahme führt: -positive Elternarbeit -gute Zusammenarbeit mit zuständigem Klinik	Zum Gelingen der Maßnahme führt: -positive Elternarbeit -gute Zusammenarbeit mit Therapeut*innen und zuständigem Klinik	
K7	Grenzen der stationären Jugendhilfe: -sehr durchdachte Selbstverletzungen	Grenzen der Jugendhilfe -sehr durchdachte Selbstverletzungen -Fixierung auf eine Betreuer*in	K'4 Grenzen der Jugendhilfe -ausgeprägtes dysfunktionales Verhalten -Elternarbeit
K8	Zum Misslingen einer Maßnahme führt: -mangelhafte Elternarbeit -mangelhafte Kooperation mit der Psychiatrie und ambulanten Therapeuten -häufiger Wechsel des Settings	Zum Misslingen einer Maßnahme führt: -mangelhafte Elternarbeit -mangelhafte Kooperation mit der Psychiatrie und ambulanten Therapeuten -häufiger Wechsel des Settings	

Anhang D

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, 25.04.2019