

Die Bedeutung einer unbefristeten Wohnunterstützung für  
den Autonomiegewinn einer Frau mit langjähriger  
Psychiatrieerfahrung

Johannes Endler  
0710416006

Zweite Bachelorarbeit

Studiengang Soziale Arbeit

FH JOANNEUM  
Graz 2009

Fachgutachter  
DSA Christian Derler

Graz, den 7. Juni 2010

## **Abstract**

### **Die Bedeutung einer unbefristeten Wohnunterstützung für den Autonomiegewinn einer Frau mit langjähriger Psychiatrieerfahrung**

Beobachtungen des Autors in einem betreuten Wohnhaus für Menschen mit psychischen Problemen in Liverpool warfen die Frage auf, ob vereinfachte Erreichbarkeit professioneller Hilfen Selbstverantwortung und -bestimmung der BewohnerInnen fördert, oder Abhängigkeit verlängert (vgl. auch Schlichte 2006, S.78). Ziel der Arbeit war es herauszufinden, was für die nun selbstständig lebende Frau B, die acht Jahre lang im vollzeitbetreuten Wohnhaus Seidenhofstraße der steirischen Wohnplattform gelebt hatte, besonders hilfreich war, um zu ihrer jetzigen relativ hohen Selbstständigkeit und Zufriedenheit zu gelangen. Anhand von teilstrukturierten Interviews mit Frau B und vier ihrer ehemaligen Betreuerinnen wurden umweltbezogene und individuelle Wirkfaktoren herausgefiltert, die Frau Bs Autonomiegewinn fördernd bzw. hemmend beeinflussten. Danach wurden die Ergebnisse in eine strukturelle, eine psychodynamische und eine psychiatrische Ebene eingeteilt. Die vorliegende Arbeit kann die Ergebnisse der Berliner Enthospitalisierungs-Studie, wonach Personen, die sich länger als fünf Jahre im betreuten Wohnen befinden, Merkmale stationärer Langzeitpatienten zeigen (vgl. Hoffmann 2003, S.223), nicht bestätigen. Für Frau B wäre eine Rehabilitation im gegebenen Ausmaß ohne eine zeitlich unbegrenzte intensive Wohnunterstützung kaum möglich gewesen.

### **The significance of unlimited assisted living for the gain in autonomy of a woman with long years of psychiatric experience**

The author's observations in an assisted living residence in Liverpool for persons with mental health problems led him to inquire into whether the ease of being able to reach professional help promotes the occupants' self-reliance and self-determination or whether it prolongs their state of dependence (cf. Schlichte 2006, p .78). The purpose of the present study was to find out what it was that helped Ms. B, now living self-sufficiently, to gain her relatively high level of independence and life satisfaction after

having spent eight years in a full-time assisted living residence run by the Steirische Wohnplattform in Seidenhofstraße (Graz). In partially structured interviews with Ms. B and four of her former carers a number of environmental and personal factors were identified which had had supportive or hampering effects on her way to greater autonomy. The results were classified into a structural, a psychodynamic and a psychiatric level. The present study does not confirm the results of the Berlin dehospitalisation study, according to which persons living in assisted living residences for more than five years develop traits typical of long-term in-patients (cf. Hoffmann 2003, p. 223). Without the unlimited intensive living assistance afforded to her, Ms. B would hardly have achieved the degree of rehabilitation she did.

# Inhalt

<b>1</b>	<b><i>Einleitung / Theoretischer Teil</i></b> .....	<b>5</b>
<b>1.1</b>	<b>Finden der Forschungsfrage und Ziel der Arbeit</b> .....	<b>5</b>
<b>1.2</b>	<b>Überblick Psychosoziale Versorgung und Wohnunterstützung</b> .....	<b>7</b>
1.2.1	Stationäre Versorgung .....	7
1.2.2	Betreutes Wohnen – intensive Unterstützungsformen .....	8
1.2.3	Betreutes Wohnen – mobile sozialpsychiatrische Betreuung .....	9
1.2.4	Versorgungssituation in der Steiermark .....	10
<b>1.3</b>	<b>Historische Entwicklung und Definitionen</b> .....	<b>11</b>
1.3.1	Leben im Großkrankenhaus .....	11
1.3.2	Psychiatriereform .....	11
1.3.3	Enthospitalisierung .....	12
1.3.4	Gemeindepsychiatrie .....	13
<b>1.4</b>	<b>Gegenüberstellung stationärer und gemeindenaher Angebote</b> .....	<b>13</b>
<b>1.5</b>	<b>Gemeindenaher Wohnbetreuung in Graz</b> .....	<b>15</b>
<b>2</b>	<b><i>Methodik / Praktischer Teil</i></b> .....	<b>17</b>
<b>2.1</b>	<b>Entwicklung der Methode</b> .....	<b>17</b>
<b>2.2</b>	<b>Übersicht</b> .....	<b>18</b>
<b>2.3</b>	<b>Einzelinterview mit der Klientin</b> .....	<b>18</b>
2.3.1	Auswahl der interviewten Person .....	18
2.3.2	Erhebungsmethode und mögliche Schwierigkeiten .....	19
<b>2.4</b>	<b>Gespräche mit BetreuerInnen</b> .....	<b>20</b>
<b>3</b>	<b><i>Ergebnisse</i></b> .....	<b>21</b>
<b>3.1</b>	<b>Zusammenfassung des Interviews mit Frau B.</b> .....	<b>21</b>
3.1.1	Anamnese .....	21
3.1.2	Subjektive Wahrnehmung des Lebens im Wohnhaus, Gruppendynamik, Angebote .....	23
3.1.3	Beziehung zu BetreuerInnen, Empowerment .....	24
3.1.4	Übergang .....	25
3.1.5	Jetzige Situation .....	27
<b>3.2</b>	<b>Fördernde und hemmende Faktoren</b> .....	<b>29</b>
3.2.1	Umweltbezogene fördernde Faktoren .....	30
3.2.2	Individuelle fördernde Faktoren .....	34

3.2.3	Umweltbezogene hemmende Faktoren .....	35
3.2.4	Individuelle hemmende Faktoren .....	37
<b>3.3</b>	<b>Zusammenfassung der Gespräche mit Betreuerinnen.....</b>	<b>37</b>
3.3.1	Zum Projekt.....	37
3.3.2	Zu Frau B .....	39
3.3.3	Erfolgsindikatoren.....	40
<b>3.4</b>	<b>Fördernde und hemmende Faktoren.....</b>	<b>40</b>
3.4.1	Umweltbezogene fördernde Faktoren .....	40
3.4.2	Individuelle fördernde Faktoren .....	41
3.4.3	Umweltbezogene hemmende Faktoren .....	42
3.4.4	Individuelle hemmende Faktoren .....	42
<b>4</b>	<b><i>Diskussion</i>.....</b>	<b>43</b>
<b>4.1</b>	<b>Zusammenfassung und Schwerpunktsetzung der Ergebnisse .....</b>	<b>43</b>
4.1.1	Zusammenfassung.....	43
4.1.2	Strukturell-Psychodynamisch-Psychiatrisches Modell .....	44
<b>4.2</b>	<b>Verknüpfung von Ergebnissen und Theorie.....</b>	<b>47</b>
<b>4.1</b>	<b>Kritische Beurteilung des Aussagewertes der Arbeit und Schlussfolgerungen für die Praxis .....</b>	<b>47</b>
<b>5</b>	<b><i>Eidesstattliche Erklärung</i>.....</b>	<b>48</b>
<b>6</b>	<b><i>Verzeichnisse</i> .....</b>	<b>49</b>
<b>6.1</b>	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>49</b>
<b>6.2</b>	<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>50</b>
<b>6.3</b>	<b>Internetquellen .....</b>	<b>50</b>
<b>6.4</b>	<b>Mündliche Quellen .....</b>	<b>50</b>

# **1 Einleitung / Theoretischer Teil**

## **1.1 Finden der Forschungsfrage und Ziel der Arbeit**

Bei meiner 1. Bachelorarbeit, einer Fallstudie über eine Klientin des BZ Graz West, wurde eine Lebensgeschichte im Hinblick auf Beziehungsmuster und Korrelationen zwischen sozialen und psychischen Gegebenheiten untersucht. Dabei wurde unter anderem deutlich, welchen großen Einfluss das direkte Umfeld, im speziellen die Wohnsituation, auf das subjektive Wohlbefinden der Frau hatte.

Dieser scheinbar einfache Zusammenhang und meine noch frischen Eindrücke aus Liverpool, wo ich im Herbst 2009 in Praktikum bei einem betreuten Wohnhaus bzw. mobiler psycho-sozialer Wohnbetreuung verbracht habe, weckten mein Interesse und den Wunsch mich in meiner Abschlussarbeit eingehender mit dem Thema Wohnen und Menschen mit psychischen Problemen zu beschäftigen.

Beim Entwickeln einer konkreten Fragestellung war ich gezwungen, meine eigenen Werte und Lebensentwürfe kritisch zu hinterfragen und teilweise auch neu zu überdenken. Zu Beginn der Arbeit war es mein vordergründiges Ziel, herauszufinden, was es Bewohnern von intensiv betreuten Wohneinrichtungen so schwer machte, diese wieder zu verlassen. Diese Stoßrichtung implizierte aber bereits, dass ich es von vornherein für richtig und wichtig hielt, dass jeder Mensch eigenständig und ohne Betreuung in einer Wohnung lebt.

Je mehr ich mich mit dem Thema beschäftigte, desto deutlicher wurde aber, dass es so einfach nicht ist. Mehrere Überlegungen beeinflussten mich dabei.

Gemeindenaher Wohnbetreuung im Sinn der Psychiatriereform der 1970er als Gegenstück zur stationären Unterbringung ist für mich prinzipiell positiv besetzt (im 1. Teil der Arbeit findet sich ein Überblick über Geschichte und aktuelle Situation der psychosozialen Versorgung und Wohnunterstützung für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Dies soll als Einführung in die Thematik und die Begriffe dienen und Vor- und Nachteile verschiedener Angebote aufzeigen).

Allerdings habe ich begonnen, auch das Thema Enthospitalisierung differenzierter zu sehen. „Im Rahmen der Berliner Enthospitalisierungsstudie wurde eine Teilstichprobe der ins betreute Wohnen entlassenen Patienten nach fünf Jahren erneut untersucht (Kaiser et al.2001). Es zeigte sich, dass dieselben Merkmale, die länger stationär verbliebenen Patienten charakterisierten, auch mit einer längeren Betreuungsdauer im betreuten Wohnen einhergingen“ (Hoffmann 2003, S.223). Das Ergebnis dieser Studie deckt sich auch mit meinen Beobachtungen aus Liverpool – also doch raus aus der Wohnbetreuung um jeden Preis?

Andererseits gilt für manche Bewohnerinnen und Bewohner: Nur ohne den Druck einer zeitlichen Begrenzung können jene Fortschritte im sozialen Bereich auch tatsächlich erzielt werden, die wir mit unserem Wirken beabsichtigen und fördern wollen. Schließlich ist betreutes Wohnen ein Angebot für chronisch psychisch Kranke, denen zeitlich befristete Angebote es bisher nicht ermöglichten, ein umfassend selbstverantwortliches Leben zu führen (vgl. Schlichte 2006, S.24).

Es bleibt die Frage „Wie viel (Sozial-)Psychiatrie benötigt jemand tatsächlich? Fördert die vereinfachte Erreichbarkeit und Inanspruchnahme professioneller Hilfen Selbstverantwortung und –bestimmung oder verlängert sie die Abhängigkeit?“ (Schlichte 2006, S.78).

Durch die Einmaligkeit eines jeden Einzelnen kann die Frage nach der „besten“ Betreuungsform für Menschen mit psychischen Problemen allerdings kaum letztgültig geklärt werden (ähnlich wie die Frage nach dem „weltbesten Schachzug“). Auch auf Grund der durch den Rahmen der Arbeit begrenzten Stichprobe ist es nur möglich zu klären, was für eine konkrete Person mit einer bestimmten Vergangenheit und Gegenwart hilfreich war und ist.

**Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit dem Versuch herauszufinden, was für eine nun selbstständig lebende Frau mit langjähriger Psychiatrieerfahrung besonders hilfreich war, um zu ihrer jetzigen relativ hohen Selbstständigkeit und Zufriedenheit zu gelangen.**

Für ihre fachliche und persönliche Unterstützung, die für die Erstellung dieser Abschlussarbeit nötig war, möchte ich danken: Herrn Derler, Herrn Laskowski, Herrn

Hödl, Herrn Sitter, Frau Schörgi, Frau Schirgi, Frau Vellacher, Frau Proksch, SAM 07, Regina, Christian, Tobias, Tamara und natürlich Frau B, die mich an ihrem bewegten Leben Teil haben ließ.

## **1.2 Überblick Psychosoziale Versorgung und Wohnunterstützung**

In den letzten 30 Jahren ist eine Vielzahl von extramuralen Angeboten für Menschen mit psychischen Problemen entstanden, darunter auch verschieden Formen des unterstützten Wohnens. 1998 wurde das „Konzept für die psychosoziale Versorgung in der Steiermark“ vom Landtag beschlossen, eine Richtlinie, nach der sich der weitere Ausbau des sozialpsychiatrischen/psychosozialen Versorgungssektors ausrichten sollte. Eckpfeiler einer sozialpsychiatrischen Versorgung sind demnach Angebote in den Bereichen Beratung, mobile sozialpsychiatrische Betreuung, Tagesstruktur, betreutes Wohnen, Arbeit und Krisendienst sowie stationäre psychiatrische Angebote und niedergelassene Fachärzte, Psychologen und Psychotherapeuten (Plattform Psyche 2006, S. 21). Wie auch immer geartete Wohnunterstützungen werden also nie isoliert, sondern immer als Teil eines umfassenden Helfersystems betrachtet.

Im Folgenden sollen die unterschiedlich konzeptionierten Wohneinrichtungen nach Betreuungsintensität unterteilt werden.

### **1.2.1 Stationäre Versorgung**

In dieser betreuungsintensivsten Form werden Menschen untergebracht, die sich in einer akuten psychiatrischen Krise befinden und in ihrem eigenen Wohnumfeld nicht ausreichend betreut werden können. Ein multiprofessionelles Team steht rund um die Uhr zu Verfügung, wobei die Angebote von Krisenintervention über medikamentöse Einstellung und psychotherapeutischer Behandlung bis zu klinisch-psychologischer Diagnostik und verschiedenen Therapieformen führen. In psychiatrischen Anstalten gibt es offene Abteilungen, in denen sich Patienten befinden, die von sich aus um Hilfe gebeten haben und das Krankenhaus jederzeit wieder verlassen können; und geschlossene Abteilungen, in denen Menschen auch gegen ihren Willen untergebracht werden können, sofern auf Grund ihrer psychischen Erkrankung eine ernstliche Gefahr für Leben oder Gesundheit des Patienten selbst oder anderer besteht und außerhalb einer



Anstalt keine ausreichende Behandlung möglich ist (vgl. §3 UbG). Der stationäre Aufenthalt ist heute, außer in Ausnahmefällen, keine langfristige Strategie, sondern ein Werkzeug der akutpsychiatrischen Versorgung und zählt somit nicht zu den eigentlichen betreuten Wohnformen. Den Großteil der stationären psychiatrischen Versorgung in der Steiermark leisten aktuell die Landesnervenklinik Sigmund Freud in Graz (LSF) sowie die Universitätsklinik für Psychiatrie und das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Graz-Eggenberg (Plattform Psyche 2006, S. 14).

### 1.2.2 Betreutes Wohnen – intensive Unterstützungsformen

Übergeordnetes Ziel aller Formen des betreuten Wohnens ist es, die Klienten möglichst wenig aus ihrer gewohnten Umgebung zu reißen bzw. sie weitestgehend in die Gemeinde zu reintegrieren und zu selbstständiger und von Institutionen unabhängiger Lebensführung zu befähigen. Die Angebote in allen Bereichen des betreuten Wohnens zielen darauf ab „Unterstützung in vereinbarten Bereichen, Krisenbegleitung, Tagesstrukturierung, Beschäftigungsangebote, sowie Freizeitgestaltung [...] zu bieten. Menschen mit psychischen Schwierigkeiten, die unter ihrer Isolation leiden, sollen die Möglichkeit erhalten, sich auszutauschen oder an Gruppenaktivitäten teilzunehmen. Statt früheren Modellen von Betreuungsketten (Übergangwohnheim-, Wohngemeinschaft-, selbstständiges Wohnen) bzw. Einrichtungen, die bezüglich der Aufenthaltsdauer differenziert werden (Dauerwohnheim, Übergangwohnheim), sollen individuelle, flexible Betreuungsmodelle geschaffen werden“ (ebd., S. 166).

Menschen, die auf Grund ihrer psychischen Erkrankungen intensive Unterstützung und Betreuung benötigen, könne diese in einem vollzeitbetreuten Wohnhaus finden. „Die ständige Anwesenheit von qualifiziertem Fachpersonal und die enge Kooperation mit psychiatrischen und therapeutischen Einrichtungen ermöglichen eine Betreuung auch in Krisenzeiten und Phasen schwerer psychischer Erkrankung“ (<http://www.wohnplattform.at/start.aspx>).

Für Menschen, die etwas weniger Betreuung benötigen, stehen teilzeitbetreute Wohnhäuser und Wohngemeinschaften zu Verfügung, etwa mit Rufbereitschaft in der Nacht und an Wochenenden.

Isolation und Einsamkeit wird durch die genannten Wohnformen entgegengewirkt, das Leben in der Gemeinschaft bringt aber auch einen Verlust an Privatsphäre mit sich. Die Integration mit der Umwelt kann zudem erschwert werden, da ein Zusammenleben Erwachsener in einem Wohnhaus nicht der gesellschaftlichen Norm entspricht (vgl. Schlichte 2006, S. 50).

„Ein spezielles Angebot im Bereich des betreuten Wohnens ist die "Psychiatrische Familienpflege", die als eigenständige Organisationseinheit der KAGes, stationiert in der Landesnervenklinik Sigmund Freud, positioniert ist. Diese Betreuungsform, die - ebenso wie Pflegeheime und Pflegeplätze - dem Steiermärkischen Pflegeheimgesetz unterliegt, hat es sich zur Aufgabe gemacht, durch die soziale Integration in geeignete Gastfamilien, eine sinnvolle Alternative zu einer Heimunterbringung für Langzeitpatienten der Landesnervenklinik Sigmund Freud anzubieten. Die Entwicklung von lebensechten, persönlichen, emotionalen Beziehungen innerhalb einer Gastfamilie wird angestrebt und durch ein multiprofessionelles Team begleitet“ (Plaattform Psyche 2006, 181).

### 1.2.3 Betreutes Wohnen – mobile sozialpsychiatrische Betreuung

Von der mobilen sozialpsychiatrischen Betreuung können Menschen profitieren, die auf Grund einer psychischen Erkrankung Wohnbetreuung benötigen und in der Lage sind alleine zu leben bzw. über ein dichtes soziales Netz verfügen, oder Menschen, die durch Nähe oder den Kontakt zu vielen Menschen überfordert sind (vgl. ebd., S. 56).

In Form von regelmäßigen Besuchen in der eigenen Wohnung der Betroffenen werden lebenspraktische und psychosoziale Hilfestellungen angeboten. Die meisten Klienten wünschen diese Form der Betreuung, da sie eine größere „Normalität“ darstellt. Eine weitere Möglichkeit ist die Untervermietung von Wohnungen durch eine Trägereinrichtung an Klienten.



## 1.3 Historische Entwicklung und Definitionen

### 1.3.1 Leben im Großkrankenhaus

„Soziale Arbeit soll die Unterstützten entmutigen, [Unterstützungen] dauerhaft in Anspruch zu nehmen“ (Müller 2009, S.13). Der längere Aufenthalt in einem psychiatrischen Krankenhaus kann, so notwendig diese Maßnahme manchmal auch sein mag, diesem Anspruch jedoch oft nicht gerecht werden. Und mehr noch: Lange Krankenhausaufenthalte, die der Individualität der Patienten nicht genügend Rechnung tragen, wirken nicht nur nicht heilend, sondern setzen auch Sekundärschäden, die „in ihren Konsequenzen oft schwerwiegender sind als die ursprüngliche Krankheit – Hospitalisierungsschäden“ (Finzen 1974, S.7).

Bereits 1939 sprach Meyerson von „Gefängnisstupor“ und „Gefängnispsychose“ im Zusammenhang mit der üblichen Krankenhausbehandlung schizophrener Patienten. In der Zeit des Nationalsozialismus wurde psychisch Kranken und geistig Behinderten oft generell das Recht auf Leben abgesprochen, aber auch nach 1945 wurde vorerst wenig unternommen, um psychisch kranken Menschen bestmögliche Unterstützung zukommen zu lassen und ihnen ein Leben in Würde zu ermöglichen. Unwissenheit und Angst gegenüber „dem Kranken“ waren in der Bevölkerung weit verbreitet, und so herrschte weiterhin eine Politik der Ausgrenzung und des Wegsperrens. Psychisch Kranke wurden überall in Europa in Großkrankenhäusern „verwahrt“, oft über Jahrzehnte hinweg. Als Folge litten viele Patienten unter einer „Anstaltsneurose“, einer „Krankheit, die durch Apathie und Antriebslosigkeit charakterisiert wird, durch Unterwürfigkeit und allgemeinen Interessensverlust – vor allem im Hinblick auf Dinge und Ereignisse, die nicht unmittelbar persönlich betreffen oder gegenwärtig sind“ (Barton, 1974, S. 11).

### 1.3.2 Psychiatriereform

Die Psychiatriereform ist ein bis heute andauernder Prozess der Umstrukturierung der psychiatrischen Landschaft [...] mit dem Ziel, die Situation psychisch erkrankter Menschen maßgeblich zu verbessern (Schott, Heinz & Tölle, Rainer 2006, S. 306). Hauptgrund für diese Bewegung war die wachsende Kritik an den oben genannten Zuständen in den psychiatrischen Großkrankenhäusern. Ausgehend von Italien, wo die

Reformbewegung besonders mächtig war, vollzog sich in den letzten Jahrzehnten ein tiefgreifender Strukturwandel des psychiatrischen Versorgungssystems, wobei sich der Schwerpunkt der Behandlung psychiatrischer Patienten mehr und mehr vom stationären zum ambulanten Sektor verlagerte (vgl. Hoffmann 2003, S.14). Ein Meilenstein der Bewegung war die Psychiatrie Enquete 1975, in der schwerwiegende Mängel in der psychiatrischen Versorgung festgestellt wurden (Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, 1975).

„Die wichtigsten Reformziele des Enquete-Berichts von 1975 waren gemeindenaher vor stationärer Versorgung, Kooperation und Koordination aller Versorgungsdienste, bedarfsgerechte Versorgung aller psychisch Kranken, Auf- und Ausbau ambulanter Dienste und psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, Enthospitalisierung der Langzeitpatienten, Gleichstellung psychisch Kranker mit somatisch Kranken“ (Bühning, Petra 2001).

### 1.3.3 Enthospitalisierung

Enthospitalisierung ist ein Prozess „[...] in dem psychiatrische Langzeitkrankenhäuser ersetzt werden durch kleinere, weniger isolierte Dienste in der Gemeinde. Dieser Prozess schließt drei Komponenten mit ein:

1. die Entlassung psychiatrischer Langzeitpatienten aus der Klinik
2. die Verhütung stationärer Neu- oder Wiederaufnahmen
3. die Entwicklung spezieller, alternativer gemeindepsychiatrischer Angebote.“ (Hoffmann 2003, S.17)

Dieser Prozess begann in den USA bereits in den 1960er Jahren, in Deutschland erlebte er etwa 1995 seinen Höhepunkt. Fast alle Langzeitbereiche in psychiatrischen Krankenhäusern sind inzwischen aufgelöst (vgl. ebd., S.220).

Hoffmann (2003) belegt in ihrer Studie, dass sich die subjektive Lebensqualität der Patienten nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus deutlich verbessert, sofern für eine adäquate extramurale Betreuung gesorgt ist.

### 1.3.4 Gemeindepsychiatrie

Der Grundgedanke der Gemeindepsychiatrie ist es, Unterstützung dort anzubieten, wo die KlientInnen leben und arbeiten. Dörner formuliert dies in einer Rede in der Universitätsklinik Tübingen wie folgt. „Der Begriff Gemeindepsychiatrie ist eigentlich eine ökologische Konstruktion. Er bedeutet, die Gemeinde in ihrer Unwirtlichkeit und nicht die Menschen zu verändern. Wie Mitscherlich sagt: sie in ihrer Unwirtlichkeit so zu verändern, dass sie wirtlich wird (!), unter anderem auch für diese früher einmal ausgestoßene Gruppe ihrer psychisch behinderten Bürger [...]“ (<http://psychiatrie.de/data/pdf/9f/06/00/Doernerrede.pdf>).

Alle oben genannten nicht stationären Angebote sind somit der Gemeinde- bzw. Sozialpsychiatrie zuzuordnen. Der Aufbau solcher Dienste in den letzten Jahrzehnten hat, wenn er auch längst nicht abgeschlossen ist, die Situation von Menschen mit psychischen Problemen erheblich verbessert. Allerdings fällt es den KlientInnen oft nicht leicht, aus dem Versorgungssystem wieder auszusteigen. Gut gemeinte Betreuung kann in wechselseitiger Abhängigkeit und nicht hinterfragter Alltagsroutine erstarren. Ohne Mut zu Veränderung und Weiterentwicklung können Betreuungsbeziehungen, trotz grundsätzlich psychiatriekritischer Haltung, zu Einbahnstraßen werden.

## 1.4 Gegenüberstellung stationärer und gemeindenaher Angebote

Die folgende kurze Gegenüberstellung folgt Haberfellners Artikel (2009) zur Indikationsfrage wohnortferner bzw. wohnortnaher Rehabilitation, wobei die Überlegungen für alle stationären bzw. gemeindenahen Angebote herangezogen werden können. Die Tabelle dient als abschließender Überblick über Vor- und Nachteile der beiden sich ergänzenden Hilfesysteme.

<b>wohntferne Rehabilitation</b>	<b>wohntnahe Rehabilitation</b>
Distanz von häuslichen Problemen	Fortbestehende Beziehung zum eigenen Lebensumfeld
Neuorientierung in neuer Umgebung	Neuorientierung in vertrauter Umgebung
Ungestörtes therapeutisches Milieu	Einbeziehung von Familie oder Arbeitgeber bzw. Kollegen in die Therapie
Städte und Landschaft mit Erholungswert	Entdecken von Ressourcen im eigenen Lebensumfeld
Erleichterung der Herstellung einer Patientenkooperation bei passiven Behandlungserwartungen von Rehabilitanten	Nutzung einer primär hohen Therapiemotivation
Fokussierung des Klienten auf sein eigenes Erleben	Aufmerksamkeitslenkung des Patienten auf Veränderungen in seinem täglichen Leben

Wie oben beschrieben ist die stationäre Unterbringung heute nicht mehr zur eigentlichen Wohnversorgung, sondern zur Akutpsychiatrie zu zählen. Mangels ausreichender Alternativen ist sie aber in einigen Fällen immer noch relevant. Das Ziel des betreuten Wohnens ist, im Sinn eines gemeindenahen Angebotes, die Teilhabe der Klienten am gesellschaftlichen Leben sowie die Förderung von Selbstständigkeit und Unabhängigkeit von Institutionen. Ohne kritische Reflexion aller Beteiligten über die Betreuungssituation kann es aber auch hier zu Abhängigkeitsverhältnissen und einem zu starken Machtgefälle zwischen BetreuerInnen und BewohnerInnen kommen. Als dritten Bereich kann die mobile sozialpsychiatrische Betreuung angesehen werden, der in letzter Zeit mehr und mehr Bedeutung zukommt. Sie ermöglicht den Adressaten das größte Maß an Selbstbestimmung, setzt aber auch viel Verantwortungsbewusstsein voraus.

Alternativen zeigen Vertreter der Antipsychiatriebewegung auf. Vorläufer dieses Ansatzes waren unter anderem therapeutische Gemeinschaften, wo in Kliniken Entscheidungsprozesse weitgehend kollektiviert wurden und „in der sozialen Interaktion [...] so die Grenzen zwischen Lernen, Zusammenleben und Therapie [verschmolzen]. Insbesondere Konflikte und Krisen sollten in der direkten Konfrontation bearbeitet und somit als lebendige Lerngelegenheit begriffen und genutzt werden“ (Jones 1976, S.86). Vertreter wie Laing (1972) und Cooper (1972) fordern eine Auflösung der Rollen von Erkrankten und Therapierenden sowie ein radikales Infrage stellen der Kategorien Gesundheit und Krankheit. In dieser Tradition kommen Selbsthilfegruppen, Betroffenenorganisationen und Beschwerdestellen eine besondere Bedeutung zu. Psychiatrie-Erfahrene treten gegen eine Bevormundung durch Experten und für ihre eigenen Interessen ein.

## **1.5 Gemeindenahe Wohnbetreuung in Graz**

Es gibt mehrere Träger von Angeboten betreuten Wohnens in der steirischen Landeshauptstadt, besonders im Bereich der mobilen Wohnbetreuung. Ich verzichte an dieser Stelle auf eine vollzählige Auflistung aller Einrichtungen und beschränke mich auf die Beschreibung des Vereins Steirische Wohnplattform. Dieser verfügt über das umfangreichste Konzept und hat mit seiner Unterstützung den praktischen Teil dieser Arbeit erst möglich gemacht.

„1985 wurde in Graz der Verein Steirische Wohnplattform gegründet, 1992 wurde das Angebot um die erste Wohngemeinschaft für psychisch kranke Menschen und in den folgenden Jahren um weitere Angebote erweitert und differenziert (1998 — mobile Wohnbetreuung; 2000 —Wohnhaus)“ (Plattform Psyche 2006, S. 15).

„Die Wohnplattform stellt einen Verbund von Wohneinrichtungen mit unterschiedlichen Betreuungskonzepten und Betreuungsintensitäten zur Verfügung und leistet selbst die fachliche Betreuung“ (<http://www.wohnplattform.at/start.aspx>).

Die verschiedenen Angebote werden im Folgenden lediglich im Überblick dargestellt, näheres findet sich bereits im Kapitel 1.3.



Die betreuten Wohneinrichtungen gliedern sich in Wohngemeinschaften (4 WGs für insgesamt 17 Personen.), ein Wohnhaus mit Teilzeit-Betreuung (7-8 Personen. Betreuung steht unter der Woche tagsüber zur Verfügung, zu allen anderen Zeiten ist ein telefonischer Bereitschaftsdienst erreichbar) und 2 betreute Wohnhäuser (29 Personen in mehreren Wohngruppen). Für alle drei Wohnformen gilt: „Die Aufenthaltsdauer wird auf den individuellen Bedarf abgestimmt. Allen BewohnerInnen stehen Einzelzimmer und Gemeinschaftsräume zur Verfügung. Miete und Lebensunterhalt werden von den BewohnerInnen selbst getragen. Die Betreuungskosten werden aus Tagsätzen nach dem Steiermärkischen Behindertengesetz übernommen“ (ebd.).

Die Wohnplattform stellt außerdem derzeit 35 sanierte und mit einer Grundausstattung eingerichtete Kleinwohnungen zur Verfügung. Die von einer der Partnereinrichtungen zugewiesenen KlientInnen können diese befristet mieten und erhalten mobile Betreuung. Für Mieten und laufende Betriebskosten kommen die BewohnerInnen selbst auf. Die Betreuungskosten erfolgen aus Mitteln der Wohnbauförderung des Landes Steiermark, des Wohnungs- und des Sozialamtes der Stadt Graz und des Sozialressorts des Landes Steiermark (vgl. ebd.).

Die mobile sozialpsychiatrische Betreuung richtet sich an Personen, die in ihrer eigenen Wohnung Betreuung benötigen. „Die Finanzierung erfolgt zum Teil mit Stundensätzen nach dem Steiermärkischen Behindertengesetz, zum Teil über öffentliche Förderungen“ (ebd.).

Für Klientinnen des Vereins NEUSTART (Straffälligenhilfe) stehen 15 betreute Übergangswohnungen zur Verfügung. Finanziert wird der Bereich WohnStart aus Mitteln des Sozialressorts des Landes Steiermark und des Bundesministeriums für Justiz (vgl. ebd.).

## **2 Methodik / Praktischer Teil**

### **2.1 Entwicklung der Methode**

Nachdem die ungefähre Richtung der Fragestellung – was erschwert bzw. begünstigt für LangzeitbewohnerInnen den Auszug aus dem Wohnhaus– feststand, war es an der Zeit, eine Entscheidung über die Art des zu erhebenden Datenmaterials zu treffen.

Eine quantitative Vollerhebung mittels Fragebogen hätte den Vorteil, alle 29 BewohnerInnen der beiden in Graz situierten Wohnhäuser zu Wort kommen zu lassen. Methodische Überlegungen sprachen jedoch dagegen: Ein schriftliches Abfragen der operationalisierten Fragestellung schien nicht geeignet, um die Komplexität des Themas zu erfassen, auch würde Erstellung und Auswertung eines solchen Fragenkatalogs den Umfang der Arbeit sprengen. Dazu kam eine gewisse Unzufriedenheit des Forschers: Ist es überhaupt sinnvoll, quantitativ zu beschreiben, was einen Auszug erschwert oder begünstigt? Vielleicht sind für manche BewohnerInnen die Anforderungen des Wohnhauses gerade hoch genug, um gefordert, aber nicht überfordert zu werden. Bei dieser Forschungsfrage gehe ich ja bereits von einem gewünschten Normalzustand aus, der die tatsächlichen Bedürfnisse und Lebensumstände der BewohnerInnen negiert. Die statistische Auswertung der Fragebögen würde womöglich eine Scheingenauigkeit vorspiegeln, die kaum Rückschlüsse auf andere BewohnerInnen bzw. praktisch umsetzbare fördernde und hemmende Faktoren in der Arbeit in gleichartigen Wohnhäusern zuließe.

So entstand zunächst die Idee, zwei BewohnerInnen persönlich zu befragen und im Sinn einer vergleichenden Fallstudie Ähnlichkeiten und Unterschiede in ihrer subjektiven Wahrnehmung der Hilfsangebote herauszufiltern. Auch dieses Vorhaben wurde verworfen, mit der Befürchtung, die Aufmerksamkeit auf den Vergleich würde die Wahrnehmung der Einzigartigkeit trüben, auch im Hinblick auf den begrenzten Umfang der Arbeit. Zudem wären zwei Interviews hinsichtlich einer Verallgemeinerung der Ergebnisse nur wenig aussagekräftiger als eines.

## **2.2 Übersicht**

So wurde die Arbeit schließlich als Einzelfallstudie an einer Bewohnerin des Wohnhauses konzipiert. Diese wurde mit einem teilstrukturierten Fragebogen interviewt. Das Gespräch wurde am 7.4.2010 geführt, umfasste insgesamt etwa 1,5 Stunden, wurde digital aufgezeichnet und anschließend vollständig transkribiert (siehe Anhang). Das Transkript wurde anschließend, in Hinblick auf die Oberkategorien der zuvor formulierten Leitfragen, zusammengefasst.

Weiters wurden an Hand von Leitfragen Gespräche mit den vier hauptamtlichen Betreuerinnen des Wohnhauses geführt. Die Inhalte wurden mittels Gedächtnisprotokoll (siehe Anhang) festgehalten und anschließend anhand der Oberkategorien der Leitfragen zusammengefasst. Auch wurden anschließend Sequenzen aus den Gesprächen bezugnehmend auf die Fragestellung unterschiedlichen Kategorien zugeordnet und zusammengefasst.

## **2.3 Einzelinterview mit der Klientin**

### **2.3.1 Auswahl der interviewten Person**

Nach der Kontaktaufnahme zum Wohnhaus Seidenhofstraße und der Übermittlung der Rohfassung des Konzepts, wurde ich zu einem Gespräch mit zwei Mitarbeiterinnen eingeladen. Zur Auswahl der Interviewperson wurden zwei Szenarien angesprochen. Zum einen die Suche nach einem im Wohnhaus lebenden Gesprächspartner durch die Mitarbeiterinnen (Ansprechen in der Morgenrunde bzw. gezieltes Ansprechen), zum anderen die Kontaktaufnahme mit einer ehemaligen Bewohnerin. Die zweite Variante hatte den Vorteil, den Standpunkt einer Person, die nach langjähriger Psychiatrieerfahrung das Wohnhaus tatsächlich wieder verlassen hatte, in die Arbeit einbringen zu können. So wurde meine Telefonnummer an Frau B weitergegeben und bald darauf konnten wir einen Termin vereinbaren.

### 2.3.2 Erhebungsmethode und mögliche Schwierigkeiten

Um gezielt Informationen zu erfragen, wurden Leitfragen erarbeitet, die dem Gespräch Orientierung geben sollen. Insgesamt 32 Fragen wurden in 6 Oberkategorien zusammengefasst (Leitfragen Interview siehe Anhang).

**1) Anamnese:** 5 Fragen zu biografischen Ereignissen, speziell in Verbindung mit Wohnen und der Zeit unmittelbar vor dem Einzug ins Wohnhaus.

**2) Subjektive Wahrnehmung vom Leben im Wohnhaus:** 5 Fragen zur Lebenswelt und positiven und negativen Erfahrungen.

**3) Gruppendynamik und Angebote:** 5 vertiefende Fragen zum sozialen Umfeld und fördernden und hemmenden Faktoren.

**4) Beziehung zu BetreuerInnen, Empowerment:** 5 Fragen um herauszufinden, ob BetreuerInnen, in der subjektiven Sicht der Klientin, Vertrauen in die Fähigkeiten der Klientin haben. Die Frage nach dem Vertrauen erscheint mir wichtig, da „dieses Vertrauen in die Stärken der Menschen, in produktiver Weise die Belastungen und Zumutungen der alltäglichen Lebenswirklichkeit zu verarbeiten, [...] der Kern und Kristallisationspunkt aller Empowerment Gedanken [ist]“ (Herriger, 2002, S. 70).

Theoretischer Unterbau zu den formulierten Fragen ist das Phänomen der sich selbst erfüllenden Prophezeiung, wonach Verhalten durch Erwartungshaltungen (hier der BetreuerInnen gegenüber der Klientin) beeinflusst wird. Rosenthal, der 1971 in seinen diesbezüglichen Forschungen an Schulen zu eindrücklichen Ergebnissen gekommen ist, entwickelte dazu eine 4 Faktoren Theorie.

„Personen, die eine positive Erwartung in ihre Kinder, Schüler, Klienten [...] setzen, scheinen um diese Gruppe herum auch ein wärmeres sozio-emotionales Klima zu erzeugen; scheinen dieser Gruppe mehr Rückmeldungen (Feedback) über ihren Leistungsstand zu geben; scheinen dieser Gruppe mehr Informationen (Input) zu geben und höhere Anforderungen an sie zu stellen; scheinen dieser Gruppe mehr Gelegenheit zu Frage und Antwort (Output) einzuräumen“ (Birkenbihl 1992, S. 96).

**5) Übergang:** 6 Fragen zu den äußeren und inneren Umständen des Auszugs.

## **6) Jetzige Situation:** 6 Fragen zur Lebenswelt und abschließender Reflexion.

Eine mögliche Schwierigkeit bei dieser relativ starken Strukturierung ist, dass das Gespräch unnatürlich wirkt und ein spontanes Eingehen auf Frau B erschwert wird. Dem sollte durch möglichst offene Fragestellungen entgegengewirkt werden. Es besteht zudem nicht der Anspruch, alle Fragen beantwortet zu bekommen, Raum für Unerwartetes ist durchaus eingeplant. Ein weiteres Problem ist die Tendenz zu sozial erwünschten Antworten (Frau B ist immer noch in Betreuung bei der Wohnplattform). Daher fand unser Gespräch auf neutralem Terrain im FH Gebäude statt und die Mitarbeiterinnen der Wohnplattform gaben Frau B für die Kontaktaufnahme lediglich meine Telefonnummer weiter. So sollte der Eindruck vermieden werden, ich sei Mitarbeiter der Wohnplattform.

## **2.4 Gespräche mit BetreuerInnen**

Für die Gespräche mit den vier hauptamtlichen Mitarbeiterinnen wurden 8 Leitfragen, zusammengefasst in 3 Oberkategorien, erarbeitet (Leitfragen Gespräch Betreuerinnen siehe Anhang).

**1) Zum Projekt:** 3 Fragen zu Ablauf, Umständen und möglichen Zukunftsperspektiven des Projekts „Auszug“.

**2) Zu Frau B:** 3 Fragen zu Frau Bs Persönlichkeit und fördernden Faktoren

**3) Erfolgsindikatoren.** 2 Fragen zur subjektiven Wahrnehmung, wann eine Betreuungsbeziehung als erfolgreich angesehen wird.

Auch hier könnten die vorbereiteten Fragen den Gesprächsfluss behindern, zudem ist bestehender Zeitdruck seitens meiner Gesprächspartnerinnen möglich.

Die Gespräche wurden am 17.5.2010 (mit Frau Proksch und Frau Schirgi) und am 25.5.2010 (mit Frau Vellacher und Frau Schörgi) geführt, wobei ausreichend Zeit zur Verfügung stand.

### **3 Ergebnisse**

#### **3.1 Zusammenfassung des Interviews mit Frau B**

##### **3.1.1 Anamnese**

Frau B ist derzeit 48 Jahre alt. Sie wurde in einem Dorf im Mürztal/Obersteiermark geboren. Ihre Mutter trennt sich von Frau Bs leiblichem Vater als diese 1 Jahr alt ist, sie hat keinen Kontakt mehr zu ihm. Ihre Mutter hat insgesamt 5mal geheiratet, was Frau B als sehr belastend beschreibt, insbesondere vom 10. bis zum 14. Lebensjahr, da sie in diesem wichtigen Entwicklungsabschnitt einem pädophilen Stiefvater ausgesetzt ist.

Frau B möchte im Rahmen unseres Gesprächs nicht näher auf die Situation in ihrer Kindheit und Jugend eingehen, sie wirkt diesbezüglich aber ziemlich reflektiert. Sie meint lediglich, dass sie sehr froh war, von zuhause wegzukommen. Der Auszug dürfte sehr abrupt und möglicherweise turbulent von statten gegangen sein.

Auf Grund der schwierigen Situation im Elternhaus zieht Frau B unmittelbar nach dem Abschluss an der Handelsschule mit ihrem Freund nach Graz. Dort wird sie Angestellte bei einer Bank, während ihr Freund zu studieren beginnt. Danach macht sie ein Jahr eine Kindergärtnerinnenschule, bricht jedoch ab und arbeitet bei einem Zahnarzt als Hausmädchen. Die Beziehung zu ihrem Freund geht nach einigen Jahren in die Brüche und Frau B lebt vorerst alleine, bis sie ihren zukünftigen Ehemann kennen lernt. Mit 23 bekommen die beiden eine Tochter und kurz darauf kommt Frau B in ihre erste Manie. Sie wird im LSF stationär behandelt und wieder entlassen. Das ist der Auftakt zu über 40 weiteren stationären Aufenthalten in den nächsten 13 Jahren. Frau B kann sich noch an „Zwangsjacken und Bauchgurte und Gitterbetten und sogenanntes Niederspritzen“ (T, S. 34) erinnern, anerkennt aber auch die zeitweilige Notwendigkeit der stationären Aufenthalte. Ihre manischen und depressiven Phasen gehen nahezu nahtlos ineinander über, Frau B hat dazwischen kaum ruhigere Phasen und ihr Leben wird in hohem Maß von ihrer Krankheit bestimmt (T, S. 1). Sie versucht eine Reihe von Kursen und Praktika zu besuchen, es gelingt ihr aber nicht, ein Arbeitsverhältnis aufrecht zu erhalten. Schließlich wird ihr eine Invaliditätspension bewilligt.

Der Vater ihres Kindes leidet ebenfalls unter einer psychischen Erkrankung. Das überfordert die beiden, wegen der Beanspruchung durch ihre Krankheit können sie sich nicht länger auch noch gegenseitig stützen und es folgt die Trennung. Die gemeinsame Tochter bleibt beim Vater, der später wieder heiratet. Kontakt zu ihrer Tochter hat Frau B erst wieder Jahre später.

Zwischen den Krankenhausaufenthalten besucht Frau B die Tagesklinik im Beratungszentrum für psychische und soziale Fragen und wohnt in verschiedenen betreuten Wohngemeinschaften. Diese sind alle befristet und bringen keine wirkliche Verbesserung für Frau B's Zustand. Einige Zeit wohnt sie auch alleine, was allerdings keine gute Erfahrung für sie ist. In der eigenen Wohnung ist sie sehr depressiv und unterbindet alle sozialen Kontakte.

Bei ihrem letzten Aufenthalt in der Psychiatrie stellt ein Mitarbeiter der steirischen Wohnplattform das Wohnhaus vor. Frau B bespricht sich mit ihrer behandelnden Ärztin und zieht im Wohnhaus ein (T, S.2). Anfangs ist Frau B noch depressiv und auch ängstlich wegen der neuen Situation, schon bald fühlt sie sich in ihrer neuen Umgebung aber sehr wohl.

Sie wohnt dort achteinhalb Jahre lang in einer vollzeitbetreuten WG. In dieser Zeit gibt es keine weiteren manischen oder depressiven Episoden und keine Krankenhausaufenthalte. Nach 8 Jahren nimmt Frau B an einem Projekt zum Thema „wie könnte ein Leben ohne Wohnhaus aussehen“ teil. Ein halbes Jahr später ziehen 3 BewohnerInnen vom Wohnhaus in jeweils eine eigene Wohnung in einem Haus. Frau B wird in ihrer neuen Umgebung anfangs noch von Betreuern vom Wohnhaus regelmäßig besucht und hält losen Kontakt zum Wohnhaus (Ausflüge, Sommerfest etc.). Heute, 2 Jahre später, hat sie alle 2 Wochen Kontakt zu einer Betreuerin vom mobilen Dienst der Wohnplattform und geht weiterhin zu ihrer Therapeutin, bei der sie seit 24 Jahre in Behandlung ist. Sie nimmt Medikamente in niedriger Dosierung und strukturiert sich ihren Alltag selbst. Frau B verfügt über ein breites soziales Netz und beschreibt sich selbst als äußerst zufrieden mit ihrer Situation.

### 3.1.2 Subjektive Wahrnehmung des Lebens im Wohnhaus, Gruppendynamik, Angebote

Frau B verbrachte ihre Zeit im Wohnhaus in einer abgeschlossenen Wohneinheit mit vier Zimmern, einer Damendusche und -WC, einer Herrendusche und -WC, einer Gemeinschaftsküche und einem großen Vorraum. Das Gemeinschaftswaschbecken für vier Personen gab immer wieder Anlass zu Diskussionen bezüglich unterschiedlicher Auffassungen von Sauberkeit (T, S. 23).

Frau B konnte im Wohnhaus „eigentlich Großteils selbstständig leben“ (T, S. 4). Fixpunkte waren Termine bei der Ärztin und ihrer Therapeutin, dazu vom Wohnhaus organisierte Freizeitaktivitäten (Ausflüge etc.) und Haushaltsdienste, wie gemeinsames Kochen, Putzen und Gartenarbeiten. Frau B nahm an diesen Aktivitäten regelmäßig teil und beschreibt sie als gute Erfahrung. Vor allem in der ersten Zeit waren diese strukturgebenden Angebote und Tätigkeiten wichtig für sie. Später wurden die Angebote teilweise als langweilig erlebt. Frau B gibt an, bei alltagspraktischen Dingen kaum Unterstützung gebraucht zu haben, im Gegensatz zu anderen Bewohnern.

Sie trifft auch Freunde außerhalb des Wohnhauses, geht spazieren oder ins Kino. Diese Sozialkontakte kommen noch von der Zeit vor dem Wohnhaus, sie gewinnt im Wohnhaus aber auch 2 neue gute Freundinnen. Mit ihrer Tochter, die mittlerweile als Stewardess in der Schweiz arbeitet und lebt, hat sie auch immer wieder Kontakt.

Frau B betont immer wieder, wie sehr sie das Wohnhaus geschätzt hat. Besonders Spaß gemacht hat ihr das gemeinsame Kochen und ins Kino gehen und die Urlaube in ganz Österreich (T, S.9).

Negativ empfindet sie rückblickend den Mangel an Privatsphäre und das Aufgeweckt werden am Morgen. Sie ist froh, dass sie sich Dinge wie z.B. Putzen heute selbst einteilen kann.

kann sich nicht daran erinnern, auch überfordernde Situationen erlebt zu haben. Sie kam im Allgemeinen gut mit den an sie gestellten Anforderungen zurecht, wenn sie z.B. an Freizeitaktivitäten nicht teilnehmen wollte, lag das eher daran, dass ihr diese auf Grund der langen Aufenthaltsdauer nichts Neues mehr bieten konnten (T, S.13).



Frau B gibt an, nach einigen Jahren im Wohnhaus nicht im Entferntesten daran gedacht zu haben, jemals wieder auszuziehen, der Gedanke hätte sie sehr verunsichert. Sie habe sich dort wohl gefühlt und konnte sich nicht vorstellen, die Sicherheit, Verlässlichkeit und Kontinuität wieder zu verlassen (T, S.11). Auch seien die achteinhalb Jahre wie im Flug vergangen.

### 3.1.3 Beziehung zu BetreuerInnen, Empowerment

Die Beziehung zu den Betreuern war für Frau B sehr hilfreich. Sie sei „nie aus einem Gespräch hinausgegangen, wo ich mir gedacht hab, das war jetzt um sonst“ (T, S.14). Frau B hatte das Gefühl, Betreuer jederzeit ansprechen zu können und hat diese Möglichkeit tagsüber auch genutzt. Thema der Gespräche waren zu Beginn z.B. Rechnungen, welche Frau B sehr beunruhigt haben. Hier wurde sachlich und alltagspraktisch geholfen. Ein wichtiger Themenbereich waren erlittene Kränkungen, die in einem Entlastungsgespräch bearbeitet werden konnten. Die Beziehung zu ihrer Tochter und ihrer Mutter war immer wieder Thema. Frau B hatte über 10 Jahre keinen Kontakt zu ihrer Mutter, nachdem sie ihr in einer manischen Phase gesagt hatte, sie möchte sie nicht sehen. Ihre Mutter hatte kein Verständnis für die Krankheit ihrer Tochter, legte ihr Verhalten wohl als Böswilligkeit aus und war zutiefst getroffen und beleidigt. Auch der damalige Mann ihrer Mutter konnte Frau Bs Verhalten nicht als Symptom ihrer Krankheit begreifen. Sie versuchte in den folgenden Jahren immer wieder Kontakt aufzunehmen und schrieb ihrer Mutter Briefe, diese reagierte allerdings nicht darauf. Erst als ihr Schwager ebenfalls psychisch erkrankte, begann langsam ein Umdenken in der Familie stattzufinden, so dass „psychisch Kranke auch noch als vollwertige Menschen“ angesehen wurden (T, S.16). Trotz der ablehnenden Haltung ihrer Mutter sehnte sich Frau B nach einer Mutter-Tochter Beziehung, und es gelang ihr nach vielen Jahren tatsächlich auch den Kontakt wieder herzustellen. Bei diesem schwierigen Prozess standen ihr die BetreuerInnen vom Wohnhaus stützend und entlastend zur Seite. Aber auch einfache „Alltagsgeschichten“ hatten ihren Platz in Gesprächen mit BetreuerInnen.

Am Anfang war es für Frau B noch öfter wichtig, in das Büro der BetreuerInnen zu einem Gespräch zu kommen, im Lauf der Zeit kam sie immer seltener. Sie betont, dass es nicht erwünscht war, zu kommen nur „weil einem fad war“ (T, S. 17). Ihre

Freundinnen waren auch wichtig für sie, bei Problemen wandte sie sich aber doch zuerst an die BetreuerInnen, auch wegen der ständigen Erreichbarkeit.

Als ein besonderes Ereignis nennt Frau B einen Kurs zum Abnehmen, den sie erfolgreich belegt hat. Die BetreuerInnen hätten sie dabei sehr unterstützt und „sowieso alles [unterstützt], was einem gut tut“ (T, S. 18).

Frau B gibt an, im Allgemeinen sehr selbstständig gewesen zu sein. Zu Situationen, in denen „Betreuer darauf bestanden haben, dass sie etwas Schwieriges selbst tut“ (T, S. 19) sei es kaum gekommen, da sie ohnehin das meiste selbstständig erledigt hätte.

#### 3.1.4 Übergang

Auf Anregung der BetreuerInnen wurde von einigen BewohnerInnen, darunter Frau B, eine Arbeitsgruppe zum Thema „wie könnte ein Leben nach dem Wohnhaus aussehen?“ gebildet. Im Rahmen einer Ideenwerkstatt wurden die Gespräche der Gruppe mit Hilfe eines Betreuers protokolliert, wobei die Teilnehmer aufgefordert wurden, ihrer Fantasie keine Grenzen zu setzen und sich nicht mit möglichen Schwierigkeiten in der Umsetzung zu befassen. Ein zentraler Punkt war, dass die BewohnerInnen nicht einzeln ausziehen, sondern als kleine Gruppe in Einzelwohnungen, die im besten Fall in *einem* Haus sind (T, S. 21). Weiters wurde eine Nachbetreuung und eine langsame Loslösung vom Wohnhaus als sehr wichtig angesprochen.

Frau B ging davon aus, dass ein solches Projekt frühestens in einigen Jahren realisiert werden könnte und war dementsprechend überrascht, als ihr einige Monate später mitgeteilt wurde, dass das Projekt startbereit sei und sie sich anmelden könne. Ihre Gefühle den Auszug betreffend waren gemischt, sie konnte sich nur schwer vorstellen diesen Schritt tatsächlich zu schaffen. Frau Bs letzter Versuch, alleine zu leben, hatte in einer schweren Depression geendet und sie fürchtete, dies würde sich wiederholen. Auch ihre Freundin, die ebenfalls am Projekt beteiligt war, teilte Frau Bs Ängste, wobei die beiden Frauen sich gegenseitig ein wenig stützen konnten. Der männliche Auszugspartner sah die Situation als einziger gelassen und freute sich sehr auf die neue Situation.

Kurzfristig war es aus Gründen, die Frau B nicht mitgeteilt wurden, unsicher, ob das Projekt tatsächlich realisiert werden könnte, schließlich kam es aber doch rasch zu einem ersten Besichtigungstermin. Frau B konnte sich anfangs kaum vorstellen, dass „aus dieser Bruchbude [...] eine Wohnung wird“ (T, S. 22), in so einem schlechten Zustand habe sich das Haus befunden. Aus fünf Wohnungen konnte sich Frau B eine aussuchen und nach nur einem halben Jahr nach der ersten Konfrontation mit der Möglichkeit, das Wohnhaus zu verlassen, in die eigene Wohnung einziehen.

Um Frau B etwas zu entlasten, wurde vereinbart, dass ihr Zimmer im Wohnhaus für einige Monate frei gehalten wird, um ihr im Falle einer massiven Verschlechterung ihrer psychischen Probleme eine Rückkehr zu ermöglichen.

Besonders gefreut habe sich Frau B auf ihr „eigenes Reich, eigene Dusche, eigenes WC [...]“ (T, S. 23), da die Bedürfnisse der WG BewohnerInnen sehr unterschiedlich seien, besonders bezüglich Sauberkeit.

Als besonders hilfreich beschreibt Frau B die Gespräche mit den BetreuerInnen. Aufgrund ihrer Ängste habe sie oft Entlastungsgespräche gesucht und es sei immer wieder gelungen, sie aufzubauen, zu bestärken und ihr die Angst zu nehmen. Dabei sei sehr genau hingesehen worden, wovor genau sie Angst hätte. Das Gefühl, ernst genommen zu werden, sei in dieser Zeit besonders wichtig für sie gewesen (T, S. 24). Frau B scheint große Dankbarkeit gegenüber den BetreuerInnen zu verspüren.

Wie Frau B erzählt verließ sie weinend auf ihrem Fahrrad, begleitet von einer Betreuerin, das Wohnhaus. Schon nach kurzer Zeit in der mittlerweile vollständig renovierten Wohnung stellte sich heraus, dass ihre Ängste allesamt unbegründet gewesen waren. Anfangs trafen sich die drei Neuankömmlinge oft im Gemeinschaftsraum, auch, weil sich in den Wohnungen noch wenige Möbel und vor allem kein Fernsehgerät befanden, danach wurden die einzelnen Wohnungen zu Treffpunkten. „Und wir haben es so genießen können und genießen es noch immer...und führen jetzt doch ein ganz ein anderes Leben. Mit Privatsphäre und man kann Leute einladen und es ist einfach...ein Schritt in die Normalität kann man sagen“ (T, S. 23), beschreibt Frau B ihre Eindrücke.

### 3.1.5 Jetzige Situation

Frau B ist heute in der Lage sich ihren Tag selbst zu strukturieren. Neben Terminen bei Ärzten und Therapeuten verbringt sie Zeit mit Freunden. „[...] wir treffen uns im Schlosspark und gehen zwei Runden spazieren und setzen uns ins Pavillon auf einen Kaffee und gehen ins Kino oder Nordic Walken oder Radfahren oder gehen zusammen einkaufen, fahren zu Ikea frühstücken [...]“ (T, S. 26). Einer Vollzeitarbeit nachzugehen traut sie sich momentan nicht zu, zudem schätzt sie ihre Chancen am Arbeitsmarkt nicht besonders gut ein. Frau B ist froh einen Pensionsanspruch erworben zu haben und so nicht im Alltagsstress stehen zu müssen. Nebenbei strickt sie in ihrer Wohnung ehrenamtlich für Kinder in Moldawien.

Frau B versucht im Allgemeinen gut auf sich zu achten, regelmäßig zu schlafen und zu essen. Dieses „auf sich achten können“ meint Frau B im Wohnhaus etwas besser gelernt zu haben. Durch ihre Erfahrungen in der Manie lebt sie oft in dem Gefühl, ihre gesundheitliche Situation selbst nicht realistisch einschätzen zu können und bittet Bezugspersonen daher um kontinuierliche Rückmeldungen.

Besonders schätzt sie an der jetzigen Situation, dass sie selbst ihren Tagesrhythmus, besonders das Aufstehen, einteilen kann. Die größere Privatsphäre hebt Frau B immer wieder hervor, jetzt kann sie ungestört Gäste einladen etc. Auch glaubt, sie noch selbstständiger geworden zu sein, „ich muss mich ja jetzt um alles kümmern“ (T, S. 26) meint sie. Frau Bs Lebensgeister seien jetzt wesentlich mehr geweckt und sie fühle sich auch nicht einsam.

Frau B vermisst das Wohnhaus nicht, sieht ihren langen Aufenthalt dort aber als unbedingt notwendige Vorbereitung für ihr jetziges Leben an. Ein solcher Schritt wäre für sie nach nur ein oder zwei Jahren im Wohnhaus undenkbar gewesen. „[...] auch so von der inneren psychischen Sicherheit, ich hätte mich nicht getraut, ich habe da anscheinend diese Nestwärme gebraucht (lacht) bis sogar die Wohnplattform ein Projekt startet und uns dann hinüberhebt, in dieses neue Nest (lachend)“ (T, S. 27) meint Frau B.

Noch ein Jahr nach dem Auszug kam eine Betreuerin vom Wohnhaus wöchentlich zu Frau B, heute trifft sie sich 14tägig mit einer Frau von der mobilen Betreuung der

Wohnplattform. Mit ihr wird der Alltag reflektiert, Probleme können angesprochen werden. Auch in dieser Betreuungsbeziehung ist Frau B die Fremdeinschätzung über ihren Gesundheitszustand wichtig, wie oben erwähnt fürchtet sie immer noch in eine Manie zu kommen, ohne es selbst zu bemerken, auch wenn das letzte derartige Ereignis über 10 Jahre her ist. Sie hat dabei großes Vertrauen in die Urteilsfähigkeit der Experten.

Auf Nachfragen kann Frau B sich an einige wenige Situationen erinnern, in denen ihr der Gesprächsstil der BetreuerInnen etwas zu forsch war. So wurden vor dem Auszug beispielsweise Ziele vereinbart, bei deren Nichterreichung laut Frau B seitens eines Betreuers Erklärungen von ihr gefordert und „Druck gemacht“ (T, S. 28) wurde. Frau B schien sich in dieser Situation nicht besonders wertgeschätzt gefühlt zu haben, was sie auch ihrer Hauptbetreuerin mitteilte.

Frau B meint rückblickend „[...] das Wohnhaus ist zu einem gewissen Grad auch verführerisch [...] da kann man so verschwinden darin, ohne dass das auffällt“ (T, S. 30). Sie kann sich an eine Zeit erinnern, in der sie nur mehr das Allernotwendigste selbst erledigt hätte, da sie sich so wohl fühlte und die BetreuerInnen ihr auch einiges abgenommen hätten. Jetzt ist sie wesentlich aktiver und hat selbst das Bedürfnis, etwas zu unternehmen. Meine Deutung, die oben erwähnten fordernden Gespräche wären ein Versuch der Betreuer, dem es sich „zu gemütlich machen“ (T, S. 30) entgegenzuwirken, kann Frau B etwas abgewinnen, nichtsdestotrotz seien diese Gespräche bei ihr wie eine „Schocktherapie angekommen“ (T, S. 30).

Der Inhalt der fordernden Gespräche war oft der gleiche: Der Wunsch der BetreuerInnen, Frau B möge doch ihren Bekanntenkreis um Menschen ohne Psychiatrieerfahrung erweitern. Da Frau B die Lebensgeschichten ihrer Freunde und Bekannten selbst nicht als Problem ansah und sich zudem durch die Forderung, „normale“ Leute kennenzulernen gekränkt fühlte, kam es bei diesem Thema immer wieder zu Konflikten (T, S. 31-32).

Am meisten Kontakt abseits der professionellen Beziehungen hat Frau B heute zu drei, vier Freundinnen, ihrer Mutter und ihrer Tochter, mit ihrem Exmann telefoniert sie gelegentlich.

Wenn sie Probleme beschäftigen, kann Frau B diese mit der im selben Haus wohnenden Freundin besprechen, die Hauptbezugsperson scheint aber ihre Therapeutin zu sein. Akute Krisen treten momentan nicht auf und Frau B hat mittlerweile auch die Fähigkeit, bis zum nächsten Gesprächstermin „Probleme aufzuheben“ (T, S. 33).

Auf die Frage nach einer „Überschrift“ oder einem Schlüsselerlebnis nennt Frau B die Wichtigkeit des unbefristeten Wohnangebots und die Notwendigkeit, jedem Menschen individuell unterschiedlich viel Zeit für einen Heilungsprozess zuzugestehen (T, S. 35).

Frau B kann sich vorstellen, einmal ganz ohne Betreuung auszukommen, will aber nichts übereilen. Eine Verlängerung der Abstände zwischen den Betreuungskontakten in den nächsten Jahren hält sie für realistisch.

Wie oben beschrieben traut sich Frau B einen Ganztagsjob nicht zu und könnte von einem Halbtagsjob nicht leben. Da sich aber auch so ihr Tag gut ausfüllt und sie unter keinem finanziellen Druck steht, wirkt diese Situation nicht belastend. Vielleicht wird Frau B in Zukunft beim Verein ERFA andocken. Alles in ihrer eigenen Geschwindigkeit.

### 3.2 Fördernde und hemmende Faktoren

Im folgenden Kapitel sollen Sequenzen aus dem transkribierten Interview zwei Kategorien zugeordnet und dann zusammengefasst werden. Die erste Kategorie soll alle Sequenzen enthalten, die einen Hinweis darauf liefern, was für Frau B hilfreich war, um zu ihrer jetzigen relativ hohen Selbstständigkeit und Zufriedenheit zu gelangen. Der Text wird bei der Auswahl der relevanten Abschnitte nach Äußerungen wie „das war hilfreich, stützend, hat mir gut gefallen etc.“ bzw. Hinweise, die sich aus dem Kontext schließen lassen, durchsucht (vgl. Mayring, Galeitner 2010, S. 299-302).

Zudem wird versucht, eine Unterteilung in umweltbezogene (äußerliche, von Frau B nicht steuerbare) und individuelle (Frau Bs Persönlichkeit entstammende) Faktoren zu treffen

Fördernde Faktoren		Hemmende Faktoren	
Umweltbezogen	Individuell	Umweltbezogen	Individuell

Dabei kann es auch vorkommen, dass Frau B etwas langfristig „Förderliches“ zunächst durchaus als langweilig empfunden hatte oder ungern tat. In der Deutung der Transkribierung fiel es hier oft nicht leicht, eindeutige Zuordnungen zu treffen, oft musste ich versuchen, den Sinn intuitiv zu erschließen.

Analog dazu soll die zweite Kategorie alle Äußerungen zusammenfassen, die Hinweise darauf liefern, was für Frau B hemmend war, um zu ihrer jetzigen relativ hohen Selbstständigkeit und Zufriedenheit zu gelangen, wobei auch hier zwischen umweltbezogenen und individuellen Faktoren unterschieden wird.

Es wird dabei bewusst nach allen von Frau B als hilfreich bzw. hemmend empfundenen Faktoren gesucht, nicht nur nach denen, die sich konkret auf den Auszug aus dem Wohnhaus beziehen.

### 3.2.1 Umweltbezogene fördernde Faktoren

#### 3.2.1.1 Institutionelle Unterstützung

Die Erfahrungen im Krankenhaus waren für Frau B notwendig, um Schlimmeres zu verhindern, auch wenn sie sich noch an „Zwangsjacken, Bauchgurte und Gitterbetten und sogenanntes Niederspritzen“ (T, S. 35) erinnern kann und in der jeweiligen Situation auch Widerstand geleistet hatte.

Es macht den Eindruck, das Wohnhaus hätte für Frau B in den ersten Jahren vor allem die Funktion gehabt, sie zu entlasten und ihr einen sicheren Ort zu bieten, den sie bisher noch nicht gefunden hatte. Trotz dem Mangel an Privatsphäre und der manchmal eintönigen Routine (T, S. 14) „war [anfangs] kein Gedanke daran auszuziehen, der Gedanke hat mich eher verunsichert und...also wenn mich jemand von den Betreuern gefragt hat ob ich daran denke auszuziehen hab ich gesagt das kommt gar nicht in Frage, ich meine, das wäre mein Untergang“. Erst nach Jahren des zur Ruhe Kommens hatte sie ausreichend Sicherheit gewonnen, sodass sie mit weniger intensiver Betreuung auskam.

Auf die Frage nach einer Art „Überschrift“ für ihr Leben meint Frau A „dass jeder seine Zeit braucht um irgendetwas zu erreichen und zu verwirklichen und dass eben jeder Mensch unterschiedlich ist, ich meine, für den einen genügt 1 Jahr, für den nächsten, der

braucht 7 oder 8, also ich bin halt froh, dass darauf Rücksicht genommen worden ist, dass ich das Tempo bestimmen hab können“ (T, S. 35), und betont somit die Wichtigkeit der Möglichkeit einer unbefristeten Betreuung.

#### 3.2.1.2 Finanzielle Situation

Der Pensionsanspruch ermöglicht Frau B ein Leben ohne „Alltagsstress“ (T, S. 26). Da sie kaum finanziellen Sorgen ausgesetzt ist, kann sie ihren Tag beinahe nach Belieben gestalten, was sie auch genussvoll tut.

#### 3.2.1.3 Projekt „Wie könnte ein Leben ohne Wohnhaus aussehen“

Das mehr oder weniger genau auf Frau B zugeschnittene Projekt ermöglichte ihr einen geordneten Übergang vom Wohnhaus in die eigene Wohnung. Durch die Partizipation an Planung und Durchführung (mittels des genannten Ideenworkshops), wurden Frau Bs persönliche Vorstellungen berücksichtigt und es entstand nicht der Eindruck einer einseitigen Beendigung der Betreuungsbeziehung. Durch den gemeinsamen Auszug mit Freunden wurde Gemeinschaftsgefühl gefördert und einer Isolation entgegengewirkt. Die langsame Loslösung vom und die örtliche Nähe des neuen Wohnverbandes zum Wohnhaus bildeten zudem gute Rahmenbedingungen, um einer psychischen Überlastung entgegenzuwirken.

#### 3.2.1.4 Betreuungsbeziehungen

Frau B beschreibt, durch die Angebote im Wohnhaus eine „große Sicherheit“ und „das Gefühl, man ist gut aufgehoben“ zu verspüren. Ein Grund dafür sei die Betreuung rund um die Uhr gewesen, „man hat irgendwie gewusst, im 1. Stock ist jemand da und auch in der Nacht ist jemand da und alleine das hat einem schon das Gefühl einer Sicherheit gegeben“ (T, S. 17). Ein weiterer Grund sei die Gesprächsbereitschaft der BetreuerInnen (T, S. 3). Sie sei „nie aus einem Gespräch hinausgegangen wo ich mir gedacht habe, das war jetzt umsonst“ (T, S. 14). Besprochenen Themen waren z.B. „wenn ich Kränkungen erlebt habe und mich das zu sehr belastend hab, dann bin ich zu einem Entlastungsgespräch ins Büro und am Anfang haben mich irgendwelche Rechnungen beunruhigt und dann ist das einfach sehr sachlich und bürokratisch (lacht) erledigt und aufgeklärt worden und das war dann irrsinnig entlastend [...] Oder wenn es



Probleme mit meiner Mutter gegeben hat oder mit meiner Tochter, oder auch so Alltagsgeschichten (lacht)“ (T, S. 15). Laut Frau B wurden ihre manischen Phasen durch unverarbeitete Kränkungen ausgelöst, im Wohnhaus hatte sie genügend Zeit alte Kränkungen aufzuarbeiten und neue sofort zu besprechen (T, S. 20). Gespräche mit BetreuerInnen gab es dabei nicht zur Unterhaltung, sondern meist nur im konkreten Bedarfsfall (T, S. 18). Frau B hatte im Allgemeinen das Gefühl, von BetreuerInnen bei allen Vorhaben gut unterstützt worden zu sein, z.B. einem Kurs zur Gewichtsreduktion (T, S. 18). Vor dem Auszug gab es wieder vermehrt Beratungsgespräche, in denen Frau Bs diesbezügliche Ängste thematisiert und langsam abgebaut wurden (T, S. 24).

Die Nachbetreuungsphase sei „recht gut gelaufen [...] es war nicht zu viel und nicht zu wenig und das war eigentlich für mich optimal“ (T, S. 34).

Die momentane 14tägige Betreuung vom mobilen Dienst ist für Frau B wichtig um zu reflektieren und, wie bei allen ihren Betreuungsbeziehungen, um eine professionelle Rückmeldung über ihren Gesundheitszustand zu erhalten – „Dass man selber vielleicht gar nicht merkt, wenn man in irgendeine Psychose hineinrutscht, dass das aber jemand vom Fach durchaus erkennen kann und man kann gleich reagieren“ (T, S. 28).

Die Beziehung zu ihrer Therapeutin, die seit 24 Jahren besteht, scheint sehr positiv besetzt, und wohl auch durch die Betreuungskonstanz über einen so langen Zeitraum besonders hilfreich zu sein.

Immer wieder spricht Frau B die Wichtigkeit der Fremdeinschätzung durch Experten an (T, S. 10). Z.B. „Ja ich glaube eher, dass ich das nicht gewusst habe, dass ich krank bin“ (T, S. 13). „Das war auch meine Bitte an die Betreuer, dass sie mir das immer rückmelden sollen auch, ah wie es mir geht und wenn ihnen etwas auffällt, mich auch gleich darauf aufmerksam zu machen“ (T, S. 26).

#### 3.2.1.5 Soziales Netz

Als Frau B nach der Geburt ihrer Tochter krank wurde, übernahm der Kindsvater das Sorgerecht, was unter den gegebenen Umständen wohl als fördernder Faktor angesehen werden kann (T, S. 12). Frau B wäre in ihrem damaligen Zustand mit einem Kind überfordert gewesen. Wenn Unterstützung nicht aus dem privaten Umfeld gekommen

wäre, hätte vermutlich das Jugendamt einschreiten müssen, was weitere Belastungen bedeutet hätte.

Hilfreich während der Zeit im Wohnhaus war auch ihr soziales Umfeld – „Habe Freunde getroffen, ins Kino gegangen, ein paar Freizeitaktivitäten [...]“ (T, S. 5). Anfangs verbrachte sie viel Zeit im Wohnhaus, schaffte es aber dennoch, den Kontakt zu Freunden von früher aufrecht zu erhalten, auch zur in der Schweiz lebenden Tochter. Im Wohnhaus fand Frau B zwei neue Freunde, die ihr heute noch nahe stehen.

Der Rückhalt der Mitbewohner war entscheidend für den Auszug. „[...] wir haben ja untereinander auch viel geredet, die Leute die ausziehen, dann haben wir gesagt ok, zu dritt trauen wir uns, alleine wäre es wahrscheinlich noch einmal etwas anderes gewesen“ (T, S. 11). Frau Bs „irrsinniges Bedürfnis nach Sicherheit, Kontinuität und Verlässlichkeit“ (T, S. 11), welches im Wohnhaus befriedigt wurde, wurde durch den gemeinsamen Auszug nicht zu stark erschüttert.

#### 3.2.1.6 Privatsphäre in der eigenen Wohnung

Schwer einzuordnen sind Frau Bs Äußerungen über die Vorteile des eigenständigen Lebens. „Also man hat erstens einmal wieder Privatsphäre, man wird nicht mehr aufgeweckt man hat keine Putzdienste, man lebt einfach frei und kann sich das einteilen so wie man möchte. Das empfinde ich schon sehr angenehm dass ich den Sprung geschafft habe“ (T, S. 10). Eine (polarisierende) Deutung lautet, dass die fehlende Privatsphäre im Wohnhaus einen Anreiz darstellt, Eigeninitiative zu ergreifen und das Wohnhaus zu verlassen, um selbstständig zu leben. (Unter diesem Gesichtspunkt stellt sich die Frage, inwiefern die „Lebensqualität“ im Wohnhaus als Erfolgsindikator für die Einrichtung bzw. als fördernder Faktor für die Erlangung von mehr Selbstständigkeit gesehen werden kann)

#### 3.2.1.7 Medikamentöse Behandlung

Frau B war in der Anfangszeit im Wohnhaus, als sie direkt aus dem Krankenhaus kam, medikamentös relativ hoch eingestellt, was nach und nach auf eine Mindestdosis reduziert wurde, die sie auch heute noch einnimmt (T, S. 21). Sie scheint großes Vertrauen in die begleitende medikamentöse Behandlung zu haben und glaubt daran,

einen neuerlichen manischen Schub, wenn rechtzeitig erkannt, mit adäquater Medikation am Ausbruch hindern zu können. Unklar ist, wie regelmäßig sie ihre Medikamente in der Zeit *vor* dem Wohnhaus genommen hatte. Möglicherweise hat also auch die, von den BetreuerInnen geförderte, regelmäßige Medikamenteneinnahme im Wohnhaus einiges zur Reduzierung ihrer Krankheitssymptome beigetragen.

### 3.2.2 Individuelle fördernde Faktoren

#### 3.2.2.1 Fähigkeit zur Tagesstruktur

Es ist für Frau B nicht belastend, keiner Erwerbsarbeit nachzugehen. Sie kann somit ihren Tag beinahe frei nach ihren Wünschen gestalten (T, S. 26), da sie gut in der Lage ist, ihre Zeit selbst zu strukturieren. Sie macht verschiedene Freizeitbeschäftigungen, vereinbart Termine und beweist hohe soziale Kompetenz im Umgang mit einigen Freundinnen und mittlerweile auch ihrer Mutter und Tochter.

#### 3.2.2.2 Bindungsfähigkeit

Trotz des instabilen Umfelds ihrer Kindheit mit häufig wechselnden und zumindest teilweise höchst ungeeigneten Bezugspersonen beweist Frau B immer wieder die Fähigkeit, vertrauensvolle Beziehungen zu Mitmenschen einzugehen. Das zeigt sich nicht nur im langjährigen Kontakt zu ihrer Therapeutin und zu BetreuerInnen, sondern z.B. auch in der als sehr stützend empfundenen Beziehung zu einer guten Freundin. In unserem Gespräch wirkt sie zudem sehr reflektiert und kann selbstbestimmt Grenzen setzen (sie deutet z.B. traumatische Ereignisse in der Kindheit an und gibt klar zu verstehen, dass sie im Rahmen dieses Gesprächs nicht weiter darauf eingehen möchte).

#### 3.2.2.3 Wille zur Selbstständigkeit

Frau B war nach ihrer eigenen Aussage „immer danach bestrebt ein selbstbestimmtes Leben zu führen und unabhängig zu werden“ (T, S. 19). Während der Zeit im Wohnhaus versuchte sie ihre Angelegenheiten, wenn möglich, selbst zu erledigen und BetreuerInnen nur im Bedarfsfall um Hilfe zu bitten. Auch wenn mit dem Auszug viele Ängste verbunden waren, hatte Frau B doch den starken Wunsch danach, sich ihre Wohnumgebung selbst gestalten zu können und autonom zu leben.

#### 3.2.2.4 Umgang mit Belastungen

Frau B ist heute gelassener und kann sich „Probleme aufheben“ (T, S. 34), d.h. sie ist nicht mehr auf Betreuung rund um die Uhr angewiesen und kann auftauchende Schwierigkeiten selbst verarbeiten bzw. warten bis zum nächsten Termin bei ihrer Therapeutin. Sie hat mittlerweile gelernt, achtsam mit sich umzugehen und Stress zu vermeiden (T, S. 26).

#### 3.2.2.5 Compliance

Frau B setzt alles daran, um einen Rückfall wie in der turbulenten Zeit vor dem Wohnhaus zu verhindern. Rückmeldungen über ihren Zustand von Professionisten nimmt sie ernst und fordert diese auch ein. Die Zusammenarbeit mit psychosozialen und medizinischen Helfern scheint gut zu funktionieren.

### 3.2.3 Umweltbezogene hemmende Faktoren

#### 3.2.3.1 Institutionelle Unterstützung

Frau B hatte wie beschrieben vor ihrer Zeit im Wohnhaus in einer betreuten WG gewohnt, dort gab es aber „scheinbar [...] nicht genug Betreuung“ (T, S. 3). Diese WG war ebenfalls ein Angebot der steirischen Wohnplattform, allerdings nur teilzeitbetreut. Da Frau B in einer manischen Episode nicht krankheitseinsichtig und daher behandlungsunwillig war, musste sie die WG verlassen und sich für 4 Monate in stationäre Behandlung begeben (T, S. 4). Die genauen Umstände dieses Wohnortwechsels gehen aus dem Interview nicht hervor, jedenfalls kehrte Frau B nicht mehr zurück. Betreuungsintensität und Befristung des Angebotes waren für diesen Lebensabschnitt unpassend und können als hemmender Faktor für Frau Bs weitere Entwicklung gesehen werden.

#### 3.2.3.2 Über- und Unterforderung der HelferInnen

Als kränkendes Moment in der Betreuungsbeziehung beschreibt Frau B - sehr seltene - „forsche Gespräche“ (T, S. 29), in denen sie, ihrem Empfinden nach, verurteilt wurde, da sie bestimmte vorher vereinbarte Ziele nicht erreicht hatte. Ein in diesem Zusammenhang immer wieder auftauchendes Thema ist die schon genannte Forderung

der BetreuerInnen, Frau B möge doch ihren Bekanntenkreis um Personen ohne Psychiatrieerfahrung erweitern. Diese Gespräche waren hinderlich für die Beziehungsarbeit der BetreuerInnen, da sich Frau B unter Druck gesetzt fühlte und sie und ihre Freunde stigmatisiert wurden.

Laut Frau B ist das Wohnhaus wie beschrieben „zu einem gewissen Grad auch verführerisch [...] da kann man so verschwinden darin ohne dass das auffällt. Also ich kann mich an eine Zeit erinnern da habe ich wirklich nur so Sachen gemacht, die unbedingt notwendig sind, so dringend jetzt einkaufen gehen weil, und hab mich so wohl gefühlt im Wohnhaus, dass ich gar nicht mehr raus wollte, da war, wenn was war waren immer die Betreuer da [...]“ (T, S. 30).

Frau B beschreibt in diesen Sequenzen anschaulich die schwierige Balance zwischen einer zu fordernden und einer zu fürsorglichen professionellen Haltung.

### 3.2.3.3 Familiensituation

Über die Auswirkungen biografischer Erlebnisse, insbesondere der Kindheit, auf das Zustandekommen ihrer jetzigen Selbstständigkeit und Zufriedenheit kann nur gemutmaßt werden. Auf einen möglichen kausalen Zusammenhang zwischen den traumatischen Erlebnissen mit ihrem pädophilen Stiefvater und dem späteren Krankheitsbild soll hier nicht näher eingegangen werden. Was die wechselnden Partner ihrer Mutter betrifft, so ist es bemerkenswert, dass Frau B trotz der eher instabilen und von häufigen Beziehungsabbrüchen geprägten Kindheit im Erwachsenenalter sehr wohl zu konstanten Beziehungen fähig ist.

### 3.2.3.4 Stigmatisierung

Frau B ging es schon vor ihrer ersten „offiziellen“ Erkrankung nicht gut, sie kam aber nicht auf die Idee, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Das bringt sie mit der gesellschaftlichen Haltung dieser Zeit in Verbindung, die ihrer Meinung nach wesentlich intoleranter gegenüber Menschen mit psychischen Problemen war als heute (T, S. 13). Ein früheres Andocken an ein professionelles Helfersystem, am besten bereits im Jugendalter, hätte vielleicht einiges verhindern können.

Auf Grund ihrer Krankheit unterbrach ihre Mutter den Kontakt zu Frau B über Jahre hinweg. Die Mutter - vom Land stammend, wo laut Frau B Menschen mit psychischen Problemen als „Spinner und Idioten“ (T, S. 16) angesehen werden - fand keinen konstruktiven Umgang mit der Tatsache, dass ihre eigene Tochter unter einer psychischen Krankheit litt und konnte Frau Bs Verhalten während einer manischen Episode auch nicht als krankheitsbedingt einordnen. Es kostete Frau B viel Kraft, den Kontakt zu ihrer Mutter wieder herzustellen und das in einer Zeit, in der sie eigentlich Unterstützung seitens ihrer Familie dringend benötigt hätte. Erst als ihr Schwager ebenfalls erkrankte, fand langsam ein Umdenken in der Familie statt.

### 3.2.4 Individuelle hemmende Faktoren

#### 3.2.4.1 Krankheitsbild

Bei Frau B liegt vermutlich von vornherein eine hohe Vulnerabilität durch ihre bipolar affektive Störung vor. Die traumatischen Erfahrungen ihrer Kindheit und Jugend und weitere, im Rahmen des Interviews nicht vollständig erfasste, Einflüsse im jungen Erwachsenenalter haben den Krankheitsverlauf zusätzlich negativ beeinflusst. Mit etwa 23 Jahren, kurz nach der Geburt ihrer Tochter, war es wegen ihrer manischen und depressiven Schübe nicht mehr möglich, ihren erlernten Beruf auszuüben und ihre Wohnsituation (zwischen Wohngemeinschaften und Krankenhaus) wurde stark durch die Krankheit beeinflusst. Die Beziehung zu ihrer Mutter, die kein Verständnis für den Zustand ihrer Tochter aufbringen konnte, litt massiv unter Frau Bs Krankheit, ebenso die Ehe mit dem Vater ihres Kindes (T, S. 2). Über die Lebenssituation in den zehn Jahren in der „Drehtürpsychiatrie“ geht aus dem Interview nichts Genaueres hervor, jedenfalls wurde diese Zeit als äußerst belastend erlebt.

## 3.3 Zusammenfassung der Gespräche mit Betreuerinnen

### 3.3.1 Zum Projekt

Die Betreuerinnen des Wohnhauses hatten bereits zwei oder drei Jahre vor dem Auszug das Gefühl, Frau B würde auch ohne intensive Wohnbetreuung gut auskommen. Bei diesbezüglichen Gesprächen wurde thematisiert, wofür die Betreuung noch wichtig für

sie sei. Frau B reagierte mit großen Ängsten und konnte sich damals nicht vorstellen, die Sicherheit des Wohnhauses zu verlassen (GP, GV). Da später auch zwei weitere Bewohner anscheinend reif für einen Auszug waren (eine sehr gute Freundin von Frau B und ein Mann, für den das Wohnhaus von vornherein nur als Übergangslösung gedacht war), wurde beschlossen ein Projekt zu initiieren. Bei einer Teamklausur wurden Überlegungen angestellt, wie der Übergang am besten zu gestalten sei. Die wichtigsten Punkte waren dabei die langsame Loslösung vom Wohnhaus. Frau B sollte im ersten Jahr noch von ihrer Bezugsbetreuerin besucht und dann von den Mitarbeitern des mobilen Teams übernommen werden. An offenen Veranstaltungen im Wohnhaus könnte sie weiterhin teilnehmen. Jede der drei Personen sollte eine eigene Wohnung erhalten, diese Wohnungen sollten aber gemeinsam in einem Haus situiert und mit einem Gemeinschaftsbereich ausgestattet sein; der Wohnverband sollte weiterhin im Bezirk Eggenberg und die Wohnungen in gutem Zustand sein. Die Hauptpunkte wurden in einem kurzen Konzept zusammengefasst und eine geeignete Wohneinheit gesucht und gefunden. In der Hausversammlung wurden die BewohnerInnen gebeten, Arbeitsgruppen zu bilden und sich darüber Gedanken zu machen, wie ein Leben ohne Wohnhaus aussehen könnte, was nötig wäre um so etwas zu realisieren etc. Wie erwartet zeigten sich die drei genannten BewohnerInnen besonders engagiert. Die Ergebnisse aus der „Visionsgruppe“ deckten sich Großteils mit dem Konzept der Betreuerinnen. Kurz darauf wurde den drei KandidatInnen mitgeteilt, dass dies kein fiktives Projekt sei, sondern dass ihre Ideen bereit für die Umsetzung wären. Im Folgenden gab es vermehrt Gespräche, um Unsicherheiten und Ängste anzusprechen. Es wurde aber bewusst nicht zu viel Zeit gegeben, um Ängste nicht weiter zu aktivieren, sodass die BewohnerInnen schließlich bald im Rahmen eines Bewerbungsgesprächs ihre Zusage erteilten. Bald darauf kam es tatsächlich zum Auszug, die Betreuungsintensität (in Form von Besuchen zuhause oder im öffentlichen Raum) wurde im Lauf des darauffolgenden Jahres langsam reduziert und eine Mitarbeiterin des mobilen Teams übernahm die Betreuung (GSi).

Als Voraussetzungen für den Erfolg des Projekts wurden genannt: die psychische Stabilität der BewohnerInnen; die Fähigkeit mit nur wenig Unterstützung den Alltag zu meistern (Wohnen, Selbstversorgung, Finanzen) (GSi); die Fähigkeit, Krisensituationen selbst zu erkennen; ausreichende Compliance (Krankheitseinsicht, Medikamente

nehmen, Termine einhalten); stützendes soziales Umfeld; Vertragsfähigkeit. Grundsätzlich müssen zudem geeignete Rahmenbedingungen gegeben sein (ein fördernder und partizipativer Ansatz der Leitung gegenüber den MitarbeiterInnen, damit Ideen für derartige Projekte überhaupt entstehen können; finanzielle Ressourcen) (GP).

Momentan ist nicht geplant ein derartiges Projekt zu wiederholen. Zum einen gibt es, laut Einschätzung der BetreuerInnen, derzeit keine geeigneten KandidatInnen; zum anderen fehlen finanzielle Ressourcen und andere Projekte haben Vorrang (ein neues Haus soll entstehen, in dem teilzeit- und vollzeitbetreutes Wohnen angeboten wird).

### 3.3.2 Zu Frau B

Als besonders hilfreich für Frau Bs jetziges selbstständiges und zufriedenes Leben wurde von den BetreuerInnen angesprochen: die gegenseitige Unterstützung der Personen, mit denen sie gemeinsam ausgezogen ist und die langsame Loslösung vom Wohnhaus; die verschiedenen Ansprechpartner im Wohnhaus und die Möglichkeit, heilsame Beziehungen einzugehen; die reale Erfahrung, dass sie nicht wieder verlassen wird, dass ihr Vertrauen entgegengebracht wird und dass sie acht Jahre lang keine manisch-depressiven Spitzen erleben musste; Frau Bs Fähigkeit, vertrauensvolle und konstante Bindungen einzugehen (GSö); ihre hohe Reflexionsfähigkeit und realitätsnahe Einschätzung ihrer Situation; das strukturgebende Setting Wohnhaus (hier habe sie zum ersten Mal ein richtiges Zuhause gefunden und gelernt, schwierige Situationen und Gefühle anzusprechen und zu klären) (GP); das Feedback der BetreuerInnen, welches ihr zu der nötigen Zuversicht für den Schritt zum selbstständigeren Leben verholfen habe; die Qualität der jetzigen Wohnung; die Möglichkeit, ihr Leben in ihrer eigenen Wohnung selbst zu bestimmen, ohne dabei ganz auf Unterstützung verzichten zu müssen (GV).

Voraussetzung, um eine hilfreiche Betreuungsbeziehung anbieten zu können, ist dabei ein funktionierendes Team, welches der Gefahr der „Überversorgung“ der BewohnerInnen durch einzelne Teammitglieder als wichtiges Korrektiv entgegen tritt. Um dies zu gewährleisten findet sechswöchig eine Fallsupervision und ein Mal im Monat eine Einzelsupervision statt. Für ein gutes Teamklima ist es zudem wichtig, dass den Mitgliedern seitens der Leitung viel Freiraum bezüglich der Arbeitsweise und



Rahmenbedingungen (z.B. Dienstplan) gegeben wird und die Leistungen auch entsprechend entlohnt werden (GSö, GP).

### 3.3.3 Erfolgsindikatoren

Übergeordnetes Ziel ist die größtmögliche Selbstständigkeit der BewohnerInnen, wobei es dafür keine objektiven Erfolgskriterien gibt. Durch das unbefristete Angebot entsteht kein Handlungsdruck seitens der BetreuerInnen oder BewohnerInnen. So kann eine sichere Basis geschaffen werden, auf der für manche BewohnerInnen ein Auszug möglich wird. Als individueller Erfolg wurde genannt: sichtbare Stabilisierung der BewohnerInnen; wenn die Krankheit, der Wahn von vormals verschlossenen Personen offen gezeigt wird und besprochen werden kann (als Zeichen für vertrauensvolle Beziehung); neue Aktivitäten und Netzwerke der BewohnerInnen (Tagesstruktur, Kontakte zum Beratungszentrum, Arbeitstraining, Betroffenengruppe, Volkshochschulkurse); erhöhte Compliance; (wieder-) erlernte Fähigkeit von Menschen, Begegnungen zu erleben, in Diskussionen zu gehen, Bedürfnisse anzusprechen (GP); Vermeidung von stationären Aufenthalten; Selbstständigkeit bezüglich Tagesstruktur und Medikamenteneinnahme (GSi).

## 3.4 Fördernde und hemmende Faktoren

In diesem Abschnitt sollen nun auch aus den Gesprächen mit den Betreuerinnen *fördernde* und *hemmende* Faktoren, gegliedert in *umweltbezogene* und *individuelle* Bereiche, herausgefiltert werden.

### 3.4.1 Umweltbezogene fördernde Faktoren

#### 3.4.1.1 Institutionelle Rahmenbedingungen

Die von Frau B angesprochene im Allgemeinen gute Balance zwischen Über- und Unterforderung in der Betreuungsbeziehung kann aus Sicht der Betreuerinnen nur durch ein funktionierendes Team gewährleistet werden, welches den Teammitgliedern als Korrektiv zur Verfügung steht. Förderlich dafür sind Supervisionen, adäquate Bezahlung und Rahmenbedingungen, die selbstständiges Arbeiten ermöglichen. Wenn dazu noch finanzielle Ressourcen vorhanden sind, können auf diesem Boden Projekte

wie das genannte realisiert werden, auch wenn das einen Mehraufwand für die BetreuerInnen bedeutet. Voraussetzung für beides – angemessene Beziehungsgestaltung und innovative Projekte – ist eine wertschätzende und vertrauensvolle Haltung der Vereinsleitung.

#### 3.4.1.2 Setting Wohnhaus

Im geschützten Rahmen des Wohnhauses war Frau B weitgehend von den Anforderungen des Alltags geschützt und konnte so erstmals zur Ruhe kommen. Das unbefristete Angebot war wichtig, um ohne Handlungsdruck eine sichere Basis zu schaffen. Durch die ständige Präsenz der BetreuerInnen konnten Kränkungen und belastende Gefühle sofort bearbeitet werden, was für Frau B wohl eine neue Bewältigungsstrategie darstellte. Die Routinen im Wohnhaus gaben ihr Sicherheit und sie hatte die Möglichkeit, verständnisvolle Bindungen zu MitbewohnerInnen und BetreuerInnen einzugehen. Auch durch (begründetes) kontinuierlich positives Feedback ihren Gesundheitszustand betreffend konnte sie ausreichend (Selbst-) Vertrauen gewinnen, um schließlich auszuziehen.

#### 3.4.1.3 Projekt „wie könnte ein Leben ohne Wohnhaus aussehen?“

Die positive Wirkung des Projekts wurde von den BetreuerInnen ähnlich wie von Frau B begründet. Die wichtigsten Punkte waren die langsame Loslösung vom Wohnhaus, eine allmähliche Übergabe an das mobile Team und der gemeinsame Auszug dreier BewohnerInnen als gegenseitige Stütze. Durch die Nähe des (gut ausgestatteten) Wohnverbandes zum Wohnhaus blieb die bekannte Umgebung erhalten. Die bereits genannte Partizipation aller Beteiligten war dabei von großer Bedeutung.

### 3.4.2 Individuelle fördernde Faktoren

#### 3.4.2.1 Alltags- und Krisenkompetenz

Frau B verfügt über ausreichend alltagspraktische Fähigkeiten (z.B. im Bereich Selbstversorgung und finanziellen Angelegenheiten) um mit nur wenig professioneller Unterstützung ihren Alltag zu meistern. Sie kann Bedürfnisse und Krisen selbst wahrnehmen und sich im Bedarfsfall entsprechende Hilfe holen. Zudem verfügt sie wie

bereits angeführt über eine ausreichende Bindungsfähigkeit, um tragfähige freundschaftliche und helfende Beziehungen eingehen zu können.

#### 3.4.2.2 Compliance

Wie bereits erwähnt, weiß Frau B gut um ihre Krankheit Bescheid und arbeitet bereitwillig mit Helfersystemen zusammen. Es besteht gute Vertragsfähigkeit, Termine und Vereinbarungen werden eingehalten und Medikamente selbstständig eingenommen.

#### 3.4.3 Umweltbezogene hemmende Faktoren

##### 3.4.3.1 Belastende Beziehungen

Obwohl Frau B viel Kraft aus Freundschaften gewinnen konnte, waren ihre Beziehungen zu anderen Menschen mit psychischen Problemen nicht immer nur stützend. Insbesondere Phasen mit heftigen Symptomen, die diese Personen durchlebten, und die damit oft verbundenen Kontaktabbrüche waren für Frau B eher belastend.

#### 3.4.4 Individuelle hemmende Faktoren

##### 3.4.4.1 Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten

Die BetreuerInnen glaubten bereits zwei bis drei Jahre vor dem tatsächlichen Auszug an die Möglichkeit einer gelingenden Loslösung vom Wohnhaus. Frau B hatte diesbezüglich allerdings massive Ängste, da sie nicht glaubte, ohne ständige Betreuung leben zu können. Die Erinnerung an die gescheiterten Versuche alleine zu leben war noch sehr präsent und sie fürchtete, abermals einen Krankheitsschub zu bekommen. Ein Auszug barg in Frau Bs Augen wohl das große Risiko, die hart erkämpfte Stabilität wieder zu verlieren.

## **4 Diskussion**

### **4.1 Zusammenfassung und Schwerpunktsetzung der Ergebnisse**

#### 4.1.1 Zusammenfassung

Im vorigen Kapitel wurden das Interview mit Frau B und die Gespräche mit vier ehemaligen Betreuerinnen zusammengefasst. Im Folgenden sollen die Inhalte der vier im Anschluss daran gebildeten Kategorien im Überblick dargestellt werden, wobei die Ergebnisse des Interviews und der Expertengespräche zusammengeführt werden.

- *Umweltbezogene fördernde Faktoren*

Institutionelle Rahmenbedingungen im Wohnhaus bilden die Basis für professionelles Arbeiten der MitarbeiterInnen. Es stehen ausreichend Ressourcen und Angebote zur Verfügung.

Das Setting Wohnhaus bietet Struktur, Verlässlichkeit und die Möglichkeit zum sozialen Lernen durch Beziehung, was in Summe sehr heilsam wirken kann.

Durch kontinuierliche Begleitung wird die regelmäßige und adäquate Einnahme von Medikamenten gefördert.

- *Individuelle fördernde Faktoren*

Frau B ist in der Lage vertrauensvolle Bindungen zu ihren Mitmenschen einzugehen. Sie ist organisiert genug um sich selbstständig äußere Strukturen zu schaffen und kann im Bedarfsfall Hilfe suchen und annehmen.

Sie weiß gut über ihre Krankheit Bescheid und arbeitet bereitwillig mit Helfersystemen zusammen.

- *Umweltbezogene hemmende Faktoren*

Betreuungsintensität und Befristung des Angebotes in einer Teilzeit-betreuten WG entsprachen nicht Frau Bs damaligen Bedürfnissen.

Auch wenn die Balance zwischen Über- und Unterforderung seitens der Betreuer im Allgemeinen gut ausgeglichen war, wurden manchmal in Frau Bs Augen nicht erfüllbare Anforderungen an sie gestellt bzw. konnte Frau B eine Zeitlang in der „verführerischen Sicherheit“ des Wohnhauses untertauchen.

Die psychiatrische Diagnose und die damit verbundenen gesellschaftlichen Zuschreibungen stellten für Frau B eine zusätzliche Belastung dar.

- *Individuelle hemmende Faktoren*

Die traumatischen Ereignisse in Frau Bs Kindes- und Jugendalter und die bipolare affektive Störung haben ihr Leben massiv beeinflusst.

Frau B fiel es lange Zeit schwer, Vertrauen in sich selbst und die eigenen Fähigkeiten zu fassen, wodurch sie sich ein Stück weit von anderen abhängig machte.

#### 4.1.2 Strukturell-Psychodynamisch-Psychiatrisches Modell

Es erscheint sinnvoll, nun ein weiteres Analyseraster einzuführen. Darin sollen die bisherigen Ergebnisse in eine strukturelle Ebene (Elemente des Hilfesystems wie Rahmenbedingungen und vorhandene Angebote), eine psychodynamische (Beziehungsmuster und innere Konflikte) und eine psychiatrische Ebene (medizinische Diagnostik und Therapie) eingeteilt werden. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Zuordnungen. Die angeführten Zahlen beziehen sich auf die Unterkapitel im Ergebnisteil.

Fördernde Faktoren		Hemmende Faktoren		
umweltbezogen	individuell	umweltbezogen	individuell	
3.2.1.1 3.2.1.2 3.2.1.3 3.4.1.1 3.4.1.2 3.4.1.3		3.2.3.1		strukturell
3.2.1.3 3.2.1.4 3.2.1.5 3.2.1.6 3.4.1.2 3.4.1.3	3.2.2.1 3.2.2.2 3.2.2.3 3.2.2.4 3.4.2.1	3.2.3.2 3.2.3.3 3.4.3.1	3.4.4.1	psychodynamisch
3.2.1.7	3.2.2.5 3.4.2.2	3.2.3.4	3.2.4.1	psychiatrisch

Aus diesen drei Bereichen soll nun auf einige, in meinen Augen für den Hilfeprozess besonders relevante, Punkte näher eingegangen werden.

- *Strukturelle Ebene*

Wie bereits mehrfach angesprochen ist es nur möglich, angemessene Hilfsangebote zu machen, die den individuellen Bedürfnissen der BewohnerInnen entsprechen und sie möglichst wenig in Abhängigkeiten bringen, wenn im Team die Möglichkeit zum offenen und reflektierten Austausch über die gemeinsame Arbeit besteht. Dieses gute Teamklima entsteht nicht nur auf Grund der Persönlichkeiten der MitarbeiterInnen, sondern auch durch von der Vereinsleitung vorgegebene Rahmenbedingungen (Supervision, Gehalt) bzw. den Führungsstil. Sowohl innerhalb des Wohnhauses als auch zwischen Wohnhaus und übergeordneter Leitung der Wohnplattform scheint ein demokratischer Führungsstil, wie in Kurt Lewin (Zimmermann 2000) beschreibt, gelebt zu werden. Entscheidungen werden nach dem Prinzip Management by Exception getroffen, das bedeutet die MitarbeiterInnen können in ihrem Kompetenzbereich flexibel agieren (Einteilung Dienstplan etc.), die Leitungsebene greift nur bei Ausnahmeentscheidungen (z.B. beim genannten Projekt) ein. Dadurch wird Kreativität und Selbstständigkeit gefördert, sowie Identifikation mit dem Verein, was sich z.B. in der niedrigen Fluktuation widerspiegelt. Hilfreich sind zudem die breite Palette der Angebote der Wohnplattform und die Kooperation mit anderen Einrichtungen.

- *Psychodynamische Ebene*

Frau Bs Sozialisation war, wie bereits dargestellt, geprägt von häufig wechselnden Bezugspersonen und massiven Eingriffen in ihre Integrität. Diese Belastungen beeinflussten zum einen den Verlauf ihrer Krankheit, zum anderen beeinträchtigten die Erfahrungen von Instabilität bei Frau B die Ausbildung eines sicheren psychischen Kerns. Die basalen Zuwendungen Wärme, Rhythmus und Konstanz, wie sie Bartl (1989) beschreibt, fehlten ihr in dieser wichtigen Entwicklungsperiode zum Teil, daher waren diese Aspekte im Wohnhaus besonders wichtig für sie. Dies kommt unter anderem in ihrem „irrsinniges Bedürfnis nach Sicherheit, Kontinuität und Verlässlichkeit“ (T, S. 11) zum Ausdruck. Trotz der schwierigen Erfahrungen entwickelte Frau B allerdings die Fähigkeit, konstante Bindungen zu ihren

Mitmenschen einzugehen. Welche Ressourcen dafür verantwortlich waren, wäre Gegenstand einer eigenen Arbeit zum Thema Resilienz. Die vorhandenen Ressourcen wurden jedenfalls durch die Betreuung im Wohnhaus optimal genutzt.

Ein adäquates Angebot an Wärme bekam Frau B im Wohnhaus durch die einfühlsame Zuwendung der BetreuerInnen und die verständnisvolle Gesellschaft von Menschen in ähnlichen Situationen. Der Beziehung zu der Mitbewohnerin, mit der sie später zusammen auszog, aber auch der Erfahrung, abseits einer Zweierbeziehung in eine Gruppe aufgenommen zu werden, kommt hier besondere Bedeutung zu.

Rhythmus bestand z.B. in der teilweise vorgegebenen Tagesstruktur. Das geordnete Aufstehen, die immer wiederkehrenden Aufgaben und Ausflüge waren für Frau B nicht nur positiv besetzt, vermittelten ihr aber zweifelsfrei ein Gefühl von Vorhersagbarkeit und Orientierung. Auch die regelmäßigen Kontakte mit ihrer Bezugsbetreuerin und Psychiaterin sowie die über 24 Jahre mehr oder weniger kontinuierliche Beziehung zu ihrer Therapeutin sind hier relevant.

Konstanz boten unter anderem die Rahmenbedingungen des Wohnhauses. Frau B konnte sich darauf verlassen, nicht hinausgeworfen und verlassen zu werden, wie es ihr früher schon oft passiert war. Die BetreuerInnen waren auch außerhalb der vereinbarten Zeiten immer erreichbar. Auch wenn Frau B dieses Angebot in der Nacht nicht nutzte, konnte sie doch sicher sein, dass im Fall des Falles immer jemand für sie da war.

Die selbstverständlich arglose Atmosphäre im Wohnhaus entspricht auch der „primären Liebe“ nach Balint (1952, 1960) und ist Basisstruktur des Urvertrauens (vgl. Bartl, 1989, S. 15). Es macht den Eindruck, dass Frau B sich erst ganz auf die rückhaltlose Unterstützung verlassen können musste, um den nächsten Schritt, die allmähliche Loslösung vom professionellen Helfersystem, wagen zu können.

- *Psychiatrische Ebene*

Ein möglicher Erklärungsansatz für die schlagartige Verbesserung ihres Zustandes mit dem Einzug ins Wohnhaus und die weitere Entwicklung ist, dass Frau B im Wohnhaus erstmals regelmäßig Medikamente eingenommen hat und somit eine angemessene Einstellung möglich war. Über die 10 Jahre in der „Drehtürpsychiatrie“ ist nicht viel

bekannt, ein mögliches Szenario ist, dass Frau B während den stationären Aufenthalten medikamentös sehr hoch eingestellt war, die Medikamente mangels entsprechender Nachbetreuung dann aber aufhörte zu nehmen.

## **4.2 Verknüpfung von Ergebnissen und Theorie**

Die Ergebnisse der Arbeit lassen den Schluss zu, dass eine Rehabilitation im gegebenen Ausmaß ohne eine zeitlich unbegrenzte intensive Wohnunterstützung kaum möglich gewesen wäre. Die Ergebnisse der Berliner Enthospitalisierungsstudie, wonach die in der Einleitung beschriebenen Merkmale stationärer Langzeitpatienten sich auch bei Personen, die sich länger als fünf Jahre im betreuten Wohnen befinden, zeigen (vgl. Hoffmann 2003, S.223), können im Rahmen dieser Arbeit demnach nicht bestätigt werden. Zwar beschreibt Frau B Phasen im Wohnhaus, in denen bei ihr passives und vermeidendes Verhalten vorherrschte, diese konnten jedoch überwunden werden. Was als statistisches Maß seine Richtigkeit hat, muss im Einzelfall unter geeigneten Bedingungen also nicht zutreffen.

Die Frage, ob vereinfachte Erreichbarkeit und Inanspruchnahme professioneller Hilfen Selbstverantwortung und -Bestimmung fördert oder die Abhängigkeit verlängert (vgl. Schlichte 2006, S.78) kann für den Fall von Frau B klar beantwortet werden. Gerade ständige Erreichbarkeit verhalf ihr zu einer sicheren Basis, von der aus ein großer Schritt in Richtung Selbstständigkeit gewagt werden konnte.

## **4.1 Kritische Beurteilung des Aussagewertes der Arbeit und Schlussfolgerungen für die Praxis**

Die Ergebnisse der Arbeit - die Wirkfaktoren für Frau Bs selbstständiges und zufriedenes Leben - wurden in diesem Kapitel analytisch nach strukturellen („der richtige Rahmen“), psychodynamischen („die richtige Beziehungsgestaltung“) und psychiatrischen („die richtigen Medikamente“) Kriterien getrennt. Das Material dazu stammt aus einem Interview mit der Betroffenen selbst und vier am Hilfeprozess beteiligten Personen. Abgesehen von Fehlern, die sich aus der Tendenz zu sozial erwünschten Antworten seitens meiner Gesprächspartnerinnen bzw. der selektiven



Wahrnehmung seitens des Forschers ergeben, ist die Arbeit, so hoffe ich, frei von systematischen Fehlern.

Zu erwähnen sind dennoch zwei Dinge. Erstens handelt es sich um eine Einzelfallarbeit, die daher nicht den Anspruch von Allgemeingültigkeit stellt. Zweitens ist das gewählte Modell natürlich nichts als eben ein Modell, das versucht, die Wirklichkeit so gut wie möglich abzubilden, dieser aber niemals entsprechen kann. Um dieser Unschärfe zumindest einen Namen zu geben, soll an dieser Stelle ein vierter, nicht beeinflussbarer, Wirkfaktor eingeführt werden: Das günstige Zusammentreffen von Umständen (es findet sich gerade zum richtigen Zeitpunkt eine geeignete Wohnung etc.) und Personen (z.B. Frau B mit der ihr sehr sympathischen Mitbewohnerin).

Den MitarbeiterInnen des Wohnhauses Seidenhofstraße und Personen in ähnlichen Einrichtungen kann wohl nur bestätigt werden, dass ihre Arbeit im Sinne der genannten Wirkfaktoren sehr erfolgreich ist. Hervorgehoben sei noch die dafür notwendige Wichtigkeit der multiprofessionellen Vernetzung. Nur durch flexible Zusammenarbeit von SozialarbeiterInnen, TherapeutInnen, Menschen in Leitungspositionen, ÄrztInnen und ExpertInnen in eigener Sache kann ein am Individuum orientierter ganzheitlicher Hilfeprozess erfolgen.

## **5 Eidesstattliche Erklärung**

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungskommission vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Johannes Endler

## **6 Verzeichnisse**

### **6.1 Literaturverzeichnis**

Birkenbihl, Michael (1992): Train the Trainer. Arbeitshandbuch für Ausbilder und Dozenten. Landsberg/Lech: Verlag Moderne Industrie.

Bartl, Günther & Pesendorfer, Friedrich (1989): Strukturbildung im Therapeutischen Prozess. Wien: Literas Universitätsverlag.

Bundesgesetz vom 1. März 1990 über die Unterbringung psychisch Kranker in Krankenanstalten (Unterbringungsgesetz - UbG).

Bühning, Petra (2001): Psychiatrie-Reform. Auf halbem Weg stecken geblieben. Deutsches Ärzteblatt, 98(6).

Cooper, David (1971): Psychiatrie und Antipsychiatrie. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Finzen, Asmus (1974): Hospitalisierungsschäden in psychiatrischen Krankenhäusern. Ursachen. Behandlung. Prävention. München: Piper.

Flade, Antje (2006): Wohnen psychologisch betrachtet. Bern: Verlag Hans Huber.

Haberfellner, Egon Michael (2009): Stationäre versus gemeindenahere psychiatrische Rehabilitation. Überlegungen zur Indikationsfrage. Neuro-Psychiatrie, 23(1). 1-3.

Herringer, Norbert (2002): Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Stuttgart: Kohlhammer.

Hoffmann, Karin-Maria (2003): Enthospitalisierung und Lebensqualität. Ergebnisse aus der Berliner Enthospitalisierungsstudie. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Jones, M. (1976): Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft. Soziales Lernen und Sozialpsychiatrie. Bern: Verlag Hans Huber

Laing, Ronald D. (1972): Das geteilte Selbst. Eine existentielle Studie über geistige Gesundheit und Wahnsinn. Köln: Kiepenheuer und Witsch

Müller, C.W. (2009): Wie Helfen zum Beruf wurde. Weinheim: Juventa.

Plattform Psyche (2006): Psychiatriebericht Steiermark. 2006. Graz: Amt der Steiermärkischen Landesregierung FA8B.

Rosenthal, Robert & Jacobson, Lenore (1971): Pygmalion im Unterricht. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Schlichte, Gunda (2006): Betreutes Wohnen. Hilfen zur Alltagsbewältigung. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Schott, Heinz & Tölle, Rainer (2006): Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren - Irrwege - Behandlungsformen. München: Beck.

Zimmermann, Klaus (2000): Kreative Mitarbeiterführung. Niedernhausen: Gabler Verlag.

## **6.2 Abbildungsverzeichnis**

Plattform Psyche (2006): Psychiatriebericht Steiermark. 2006. Graz: Amt der Steiermärkischen Landesregierung FA8B.

## **6.3 Internetquellen**

[http://www.dgppn.de/de\\_enquete-1975\\_39.html](http://www.dgppn.de/de_enquete-1975_39.html)

[http://www.opus.haw-hamburg.de/volltexte/2007/278/pdf/sp\\_d.07.1330.pdf](http://www.opus.haw-hamburg.de/volltexte/2007/278/pdf/sp_d.07.1330.pdf)

<http://www.psychiatrie.de/data/pdf/9f/06/00/Doernerrede.pdf>

<http://www.wohnplattform.at>

## **6.4 Mündliche Quellen**

T Transkript des Interviews mit Frau B vom 7.4.2010, Johannes Endler

GP Gesprächsprotokoll mit Frau Proksch (Betreuerin Wohnhaus Seidenhofstraße) vom 17.5.2010, Johannes Endler

- GSi Gesprächsprotokoll mit Frau Schirgi (Betreuerin) vom 17.5.2010, Johannes Endler
- GV Gesprächsprotokoll mit Frau Vellacher (Frau Bs Bezugsbetreuerin) vom 25.5.2010, Johannes Endler
- GSö Gesprächsprotokoll mit Frau Schörgi (Leiterin und Betreuerin) vom 25.5.2010, Johannes Endler