

Sperlich, André

Sozialpädagogische Arbeit in der Behandlung von Patienten mit  
Borderline-Störung

**BACHELORARBEIT**

HOCHSCHULE MITTWEIDA

---

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2018

Sperlich, André

Sozialpädagogische Arbeit in der Behandlung von Patienten mit  
Borderline-Störung

eingereicht als

**BACHELORARBEIT**

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA

---

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2018

Erstprüfer: Prof. Dr. phil. Barbara Wedler  
Zweitprüfer: Prof. Dr. phil. Christoph Meyer

## **Bibliografische Beschreibung:**

Sperlich, André:

Sozialpädagogische Arbeit in der Behandlung von Patienten mit Borderline-Störung.  
33 S.

Mittweida, Hochschule Mittweida (FH), Fakultät Soziale Arbeit, Bachelorarbeit, 2018

## **Referat:**

Die Bachelorarbeit befasst sich mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung in Bezug auf das Wirken der Sozialen Arbeit. Dabei wird aufgezeigt, welche Symptomatik für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung vorliegen muss, wie diese durch die Dialektisch Behaviorale Therapie behandelt wird und welche Tätigkeitsfelder sich dabei für die Sozialpädagogik ergeben. Es wird dabei auch der Frage nachgegangen, ob die Soziale Arbeit derzeit eindeutige und klare Handlungsansätze zu diesem Störungsbild bietet.

# Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung .....	1
2. Vorstellung der Borderline-Störung .....	2
2.1. Persönlichkeitsstörungen nach ICD 10 .....	2
2.2. Differenzierung zwischen Impulsiven und Borderline-Typ .....	4
2.3. Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV-TR.....	5
2.4. Symptomatik der Borderline- Persönlichkeitsstörung (BPS).....	7
2.5. Epidemiologie der BPS .....	9
2.6. Komorbidität und Entstehungsmodell bei BPS.....	10
3. Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) .....	12
3.1. Die Methodik der Dialektisch-Behavioralen Therapie.....	12
3.2. Verlauf, Prognose und Wirksamkeit der DBT .....	21
4. Soziale Arbeit bei Borderline Persönlichkeitsstörung .....	22
4.1. Definition/Konzepte von Gesundheit und Krankheit.....	22
4.2. Definition Sozialer Arbeit und Klinische Sozialarbeit.....	24
4.3. Tätigkeitsfelder und Methoden der sozialen Arbeit bei BPS.....	25
5. Schlussfolgerungen .....	31
6. Literaturverzeichnis.....	34

# 1. Einleitung

Seit 2011 bin ich als Krankenpfleger in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Sophien- und Hufeland Klinikums Weimar tätig. Während dieser Zeit bin ich vielen Menschen mit einer Borderline- Persönlichkeitsstörung (BPS) in unterschiedlichen Settings begegnet. Dabei fiel mir eine besondere Dynamik in der Behandlung auf. Waren die Patienten zu Beginn der Behandlung angepasst und motiviert, so veränderte sich dieses Bild im Laufe des Aufenthaltes mitunter stark. So kam es immer wieder zu Krisen der Patienten und in Folge dessen zu teilweiser Lagerbildung im Patiententeam. Auch auf Seite der Behandelnden kam es zu Polarisierungen gegenüber den Patienten. So gab es einerseits sehr verständnisvolle Therapeuten, Ärzte und Pflegekräfte, aber auch eher unempathische Kollegen, die sich über diese Patienten ärgerten. Auseinandersetzungen diesbezüglich fanden eher oberflächlich statt, meist geprägt von Äußerungen wie: „Typisch Borderliner“, „Denen kann man nicht Helfen“ oder „Sie bringen die ganze Station durcheinander und müssen entlassen werden“. Resultierend aus diesen Spannungen fanden stationsinterne Weiterbildungen (Umfang eine Stunde) zum Thema BPS statt. Diese wurden vorrangig von Ärzten oder Psychologen gehalten und führten nur zu mäßigen Verbesserungen im Umgang mit den Borderline-Patienten im gesamten Behandlungsteam. Auch von den Mitarbeitern des psychiatrischen Sozialdienstes wurden immer wieder von Schwierigkeiten bei der Kontaktaufnahme oder bei der Umsetzung der konkreten Hilfestellungen berichtet, da z.B. die Patienten mitunter nicht offen über alle Problemlagen berichteten oder eigene Aufgaben nur ungenügend umsetzten. Zudem zeigten sich gelegentlich diskrepante Einschätzungen zwischen Sozialdienst und Bezugstherapeut zu den Veränderungsmöglichkeiten der Patienten.

In einem Gespräch mit meinem Chefarzt, Dr. med. R. Serfling, über den Stand meines Studiums, gab er mir die Anregung mich mit diesem Thema zu befassen. Zur Erlangung eines eigenen besseren Verständnisses und Umganges mit der BPS habe ich mich für dieses Thema meiner Bachelorarbeit entschieden.

In der Rückschau meines Studiums habe ich festgestellt, dass ich bisher keine spezifischen Kenntnisse zu dem Thema BPS erlangt habe. So möchte ich in dieser Arbeit die besonderen Anforderungen an die Soziale Arbeit bei BPS aufzeigen. Dazu

habe ich mich im ersten Teil zunächst den Diagnosekriterien gewidmet, auch im Hinblick darauf, dass die BPS in der Bevölkerung meist mit Vorverurteilungen und Stigmatisierungen zu kämpfen hat. Im zweiten Abschnitt stelle ich das Behandlungskonzept der Dialektisch Behavioralen Therapie (DBT) vor, da es zurzeit das Behandlungskonzept mit der besten Evidenz darstellt und das Vorgehen sowie die Grundhaltung auch auf die Sozialpädagogik adaptiert werden kann. Der dritte Teil skizziert die Tätigkeitsfelder der Sozialen Arbeit in Bezug auf die Borderline-Persönlichkeitsstörung und die Möglichkeiten in der Unterstützung der Behandlung, aber auch Hilfestellungen bei den spezifischen Problemlagen der Betroffenen.

## **2. Vorstellung der Borderline-Störung**

„Der Begriff „Borderline“ wurde 1938 von Adolf Stern (1938) geprägt. Er basiert auf einem von Freud entwickelten psychoanalytischen Grundverständnis, das ein Kontinuum zwischen neurotischen und psychotischen Störungen postuliert. Der Terminus „Borderline“ meint eine unscharfe und fluktuierende „Grenzlinie“ zwischen diesen beiden Zuständen, also eine Art Übergangsbereich von der Neurose zur Psychose“ (Bohus 2002, S. 3).

### **2.1. Persönlichkeitsstörungen nach ICD 10**

Die Internationale statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10 German Modification (ICD-10-GM) ist die amtliche Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland. Hier wird die Persönlichkeitsstörung allgemein beschrieben als:

#### **F60.- Spezifische Persönlichkeitsstörungen**

Persönlichkeitsstörungen sind schwere Störungen der Persönlichkeit und des Verhaltens der betroffenen Personen, die nicht direkt auf eine Hirnschädigung oder -krankheit oder auf eine andere psychiatrische Störung zurückzuführen sind. Sie erfassen verschiedene Persönlichkeitsbereiche und gehen beinahe immer mit ausgeprägten persönlichen Leiden und sozialen Beeinträchtigungen einher.

Persönlichkeitsstörungen treten meist in der Kindheit oder in der Adoleszenz in Erscheinung und bestehen während des Erwachsenenalters weiter (Weltgesundheitsorganisation 2006, S.220).

Diagnostische Kriterien:

- G1. Die charakteristischen und dauerhaften inneren Erfahrungs- und Verhaltensmuster der Betroffenen weichen insgesamt deutlich von kulturell erwarteten und akzeptierten Vorgaben («Normen») ab. Diese Abweichung äußert sich in mehr als einem der folgenden Bereiche:
1. Kognition (d. h. Wahrnehmung und Interpretation von Dingen, Menschen und Ereignissen; entscheidende Einstellungen und Vorstellungen von sich und anderen);
  2. Affektivität (Variationsbreite, Intensität und Angemessenheit der emotionalen Ansprechbarkeit und Reaktion);
  3. Impulskontrolle und Bedürfnisbefriedigung;
  4. Die Art des Umganges mit Menschen und die Handhabung zwischenmenschlicher Beziehungen.
- G2. Die Abweichung ist so ausgeprägt, dass das daraus resultierende Verhalten in vielen persönlichen und sozialen Situationen unflexibel, unangepasst oder auch auf andere Weise unzweckmäßig ist (nicht begrenzt auf eine speziellen auslösenden Stimulus oder eine bestimmte Situation).
- G3. Persönlicher Leidensdruck, nachteiliger Einfluss auf die soziale Umwelt oder beides sind dem unter G2. beschriebenen Verhalten zuzuschreiben.
- G4. Nachweis, dass die Abweichung stabil, von langer Dauer ist und im späten Kindesalter oder der Adoleszenz begonnen hat.
- G5. Die Abweichung kann nicht durch das Vorliegen oder die Folge einer anderen psychischen Störung des Erwachsenenalters erklärt werden. Es können aber episodische oder chronische Zustandsbilder der Kapitel F0-F5 und F7 neben dieser Störung existieren oder sie überlagern.
- G6. Eine organische Erkrankung, Verletzung oder deutliche Funktionsstörungen des Gehirns müssen als mögliche Ursache für die Abweichung ausgeschlossen werden (falls eine solche Verursachung nachweisbar ist, soll die Kategorie F07 verwendet werden) (ebd., S. 220 f.).

## **2.2. Differenzierung zwischen Impulsiven und Borderline-Typ**

In dem Punkt F60.3 klassifiziert der ICD-10-GM die Persönlichkeitsstörung genauer.

### **F60.3- Emotional instabile Persönlichkeitsstörung**

Eine Persönlichkeitsstörung mit deutlicher Tendenz, Impulse ohne Berücksichtigung von Konsequenzen auszuagieren, verbunden mit unvorhersehbarer und launenhafter Stimmung. Es besteht eine Neigung zu emotionalen Ausbrüchen und eine Unfähigkeit, impulshaftes Verhalten zu kontrollieren. Ferner besteht eine Tendenz zu streitsüchtigem Verhalten und zu Konflikten mit anderen, insbesondere wenn impulsive Handlungen durchkreuzt oder behindert werden. Zwei Erscheinungsformen können unterschieden werden: Ein impulsiver Typus, vorwiegend gekennzeichnet durch emotionale Instabilität und mangelnde Impulskontrolle; und ein Borderline-Typus, zusätzlich gekennzeichnet durch Störung des Selbstbildes, der Ziele und der inneren Präferenzen, durch chronische Gefühle innerer Leere, durch intensive, aber unbeständige soziale Beziehungen und eine Neigung zu selbstdestruktivem Verhalten mit parasuizidalen Handlungen und Suizidversuchen.

Dazugehörige Begriffe:

- aggressive Persönlichkeit(ssstörung)
- Borderline-Persönlichkeit(ssstörung)
- Reizbare (explosive) Persönlichkeit(ssstörung) (ebd., S. 225 f.).

### **F60.30 Impulsiver Typ**

Diagnostische Kriterien:

- A. Die allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung (F60) müssen erfüllt sein.
- B. Mindestens drei der folgenden, darunter Item 2.:
  1. deutliche Tendenz zu unerwartet und ohne Berücksichtigung der Konsequenzen zu handeln;
  2. deutliche Tendenz zu Streitereien und Konflikten mit anderen, vor allem dann, wenn impulsive Handlungen unterbunden oder getadelt werden;
  3. Neigung zu Ausbrüchen von Wut oder Gewalt mit Unfähigkeit zur Kontrolle explosiven Verhaltens;



4. Schwierigkeiten in der Beibehaltung von Handlungen, die nicht unmittelbar belohnt werden;
5. Unbeständige und launische Stimmung (ebd., S. 226).

### **F60.31 Borderline Typ**

Diagnostische Kriterien:

- A. Die allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung (F60) müssen erfüllt sein.
- B. Mindestens drei der oben unter F60.30 B. erwähnten Kriterien müssen vorliegen und zusätzlich mindestens zwei der folgenden Eigenschaften und Verhaltensweisen:
  1. Störungen und Unsicherheit bezüglich Selbstbild, Zielen und «inneren Präferenzen» (einschließlich sexueller);
  2. Neigungen sich in intensive, aber instabile Beziehungen einzulassen, oft mit der Folge von emotionalen Krisen;
  3. übertriebene Bemühungen, das Verlassenwerden zu vermeiden;
  4. wiederholt Drohungen oder Handlungen mit Selbstschädigung;
  5. anhaltende Gefühle von Leere (ebd., S.227).

## **2.3. Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV-TR**

Vor allem in der Forschung wird zur genaueren Diagnosestellung der DSM-IV verwendet, da dieser eine ausführlichere und spezifischere Beschreibung der Persönlichkeitsstörung aufweist. Im DSM-IV wird die Borderline-Persönlichkeitsstörung als eine Achse II, Cluster B Störung codiert. Nachfolgend werden die Diagnosekriterien aus dem DSM-IV-TR (2003) benannt.

Persönlichkeitsstörungen

- Allgemeine diagnostische Kriterien einer Persönlichkeitsstörung
  - A. Ein überdauerndes Muster von inneren Erleben und Verhalten, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht. Dieses Muster manifestiert sich in mindestens 2 der folgenden Bereiche:

1. Kognition (also die Art, sich selbst, andere Menschen und Ereignisse wahrzunehmen und zu interpretieren),
  2. Affektivität (also die Variationsbreite, die Intensität, die Labilität und Angemessenheit emotionaler Reaktionen),
  3. Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen,
  4. Impulskontrolle.
- B. Das überdauernde Muster ist unflexibel und tiefgreifend in einem weiten Bereich persönlicher und sozialer Situationen.
- C. Das überdauernde Muster führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- D. Das Muster ist stabil und langdauernd, und sein Beginn ist zumindest bis in die Adoleszenz oder ins frühe Erwachsenenalter zurückzuführen.
- E. Das überdauernde Muster läßt sich nicht besser als Manifestation oder Folge einer anderen psychischen Störung erklären.
- F. Das überdauernde Muster geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z.B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z.B. Hirnverletzung) zurück (Saß, Wittchen, Zaudig, Houben 2003, S. 255)

## Cluster B-Persönlichkeitsstörungen

### 301.83 (F60.31) Borderline Persönlichkeitsstörung

Ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität. Die Störung beginnt im frühen Erwachsenenalter und tritt in den verschiedensten Situationen auf. Mindestens 5 der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

1. verzweifelt Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden. **Beachte:** Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind,
2. ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist,

3. Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung,
4. Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgaben, Sexualität, Substanzmißbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Freßanfälle“). **Beachte:** Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt die in Kriterium 5 enthalten sind,
5. wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder –drohungen oder Selbstverletzungsverhalten,
6. affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z.B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern),
7. chronische Gefühle von Leere,
8. unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen),
9. vorübergehende, durch Belastung ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwer dissoziative Symptome (ebd., S. 259 f.).

## 2.4. Symptomatik der Borderline- Persönlichkeitsstörung (BPS)

Die Symptomatik der Patienten mit BPS lässt sich nach Bohus (2002) in fünf Problembereiche gliedern:

- Problembereich Affektregulation
  - Problembereich Selbstbild
  - Problembereich psychosoziale Integration
  - Problembereich kognitive Funktionsfähigkeit
  - Problembereich Verhaltensebene.
- 
- Problembereich Affektregulation  
Hierbei geht es um die gestörte Verarbeitung von Gefühlen und die Versuche diese zu kompensieren bzw. zu intensiv erlebte Emotionen zu vermeiden. Die Betroffenen werden von ihren Gefühlen überflutet oder haben zur gleichen

Zeit unterschiedliche, widersprüchliche Gefühle und Handlungsimpulse. Beschrieben wird auch, dass es zu stark aversiven Anspannungszuständen (starke innere Erregung) kommt, welche mehrmals am Tag auftreten können und es dadurch mitunter zu dissoziativen Symptomen oder paranoiden bzw. halluzinatorischen Vorstellungen kommen kann. Die Bewältigungsversuche bestehen in Form unterschiedlicher dysfunktionaler Verhaltensmuster, wie z.B. Selbstverletzung oder impulsive Verhaltensweisen.

- Problembereich Selbst und Selbstbild

Patienten mit BPS beschreiben ein tiefgreifendes Gefühl der Unsicherheit in Bezug auf die eigene Identität und Integrität, welches vielfach als eine frühe Störung verstanden wird. Dies zeigt sich z.B. in schwankenden oder unklaren Zielen, in der Ablehnung des eigenen Körpers oder in starken Selbstabwertungen. Weiterhin bestehen tiefgreifende negative Grundannahmen über sich selbst und über zwischenmenschliche Beziehungen.

- Problembereich psychosoziale Integration

Die von der BPS Betroffenen berichten sich anders zu fühlen als ihre Mitmenschen, nicht zugehörig zu dem Rest der Gesellschaft. Immer wieder treten Probleme in zwischenmenschlichen Beziehungen auf, die sich mit Schwierigkeiten von Nähe und Distanz zeigen. Ursächlich besteht eine starke Angst vor dem Verlassenwerden, die dazu führt wichtige Personen an sich zu binden oder sich in seinen Bedürfnissen diesen unter zu ordnen, bei gleichzeitiger Angst durch diese verletzt oder verlassen zu werden. Dadurch sind Beziehungen von vielen Trennungs- und Wiederannährungsprozessen gekennzeichnet. Auf sich selbst stolz zu sein, da sie z.B. etwas geleistet haben, führt häufig zu Scham und der Befürchtung, dass die eigene Minderwertigkeit von anderen erkannt werden könnte. Weiterhin besteht die Tendenz zur aktiven Passivität, d.h. die Demonstration von Hilflosigkeit und Leid dient dazu, Unterstützung zu erlangen und Kontakte aufzunehmen bzw. aufrecht zu erhalten. Dieses Verhalten führt meist zu einer Überlastung der Mitmenschen.

- Problembereich kognitive Funktionsfähigkeit

Untersuchungen haben gezeigt, dass ca. 60% der Borderline- Patienten dissoziative Symptome (Verzerrung von Zeit-, Raum- und

Körperwahrnehmung) aufweisen. Hierbei kommt es zu Depersonalisations- und Derealisationserleben, auch somatoforme dissoziative Phänomene (z.B. Dysphonie, Katatonie) werden beschrieben, welche durch Intrusionen im Rahmen einer komorbid bestehenden posttraumatischen Belastungsstörung begleitet werden können. Die neuropsychologische Leistung bei einer BPS ist in der Regel nicht eingeschränkt.

- Problembereich Verhaltensebene

Bei ca. 70% bis 80% der Betroffenen zeigt sich ein selbstschädigendes Verhalten in Form von Schnittverletzungen, Schlagen des Schädels gegen harte Flächen, Verbrennen mit Zigaretten oder Bügeleisen, Verbrühen und Verätzen oder das Zufügen von Stichwunden. Des Weiteren wird von einem Hochrisikoverhalten berichtet wie z.B. ungeschützter Geschlechtsverkehr, Medikamentenmissbrauch, Balancieren auf Baukränen, Hochhäusern oder Brückengeländern, Rasen auf der Autobahn oder das Sitzen auf Bahnschienen, bis die Vibration zu spüren ist. Regelmäßige Blutentnahmen oder Insulinapplikationen führen zu einer leichten Euphorie bzw. Abschwächung der emotionalen Verwundbarkeit. Diese Verhaltensmuster dienen der Reduktion aversiver Anspannungszustände oder schwerer dissoziativer Phänomene, was im Sinne der instrumentellen Konditionierung als negative Verstärkung zu erklären ist. Beobachtet werden auch Störungen des Essverhaltens (Binge-Eating, Bulimia nervosa, Anorexia nervosa) und mangelnde Flüssigkeitszufuhr, was vor allem die Dissoziationsneigung verstärken kann (vgl. Bohus 2002, S. 6 ff.).

## **2.5. Epidemiologie der BPS**

Nach Bohus wird die Häufigkeit der Borderline- Störung mit etwa 0,7% bis 1,8% in der Allgemeinbevölkerung angegeben. Dies würde bei einer Rechnung mit einer Prävalenzrate von 0,7% und einer Bevölkerung in der BRD von 83 Millionen Einwohnern 485.000 behandlungsbedürftige Borderline- Patienten ergeben. Aus den Untersuchungen ist zu entnehmen, dass etwa 50% der Betroffenen, also 242.500 Patienten, psychiatrische und/oder psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen. Daraus resultiert eine Gesamtsumme der jährlichen stationären Behandlungskosten von 3,5 Milliarden Euro. Dies entspricht etwa 15% der Gesamtkosten, die für psychische und andere Verhaltensstörungen aufgewendet werden sowie 25% der

Gesamtkosten, die für die stationäre Behandlung psychisch Kranker in Deutschland ausgegeben werden.

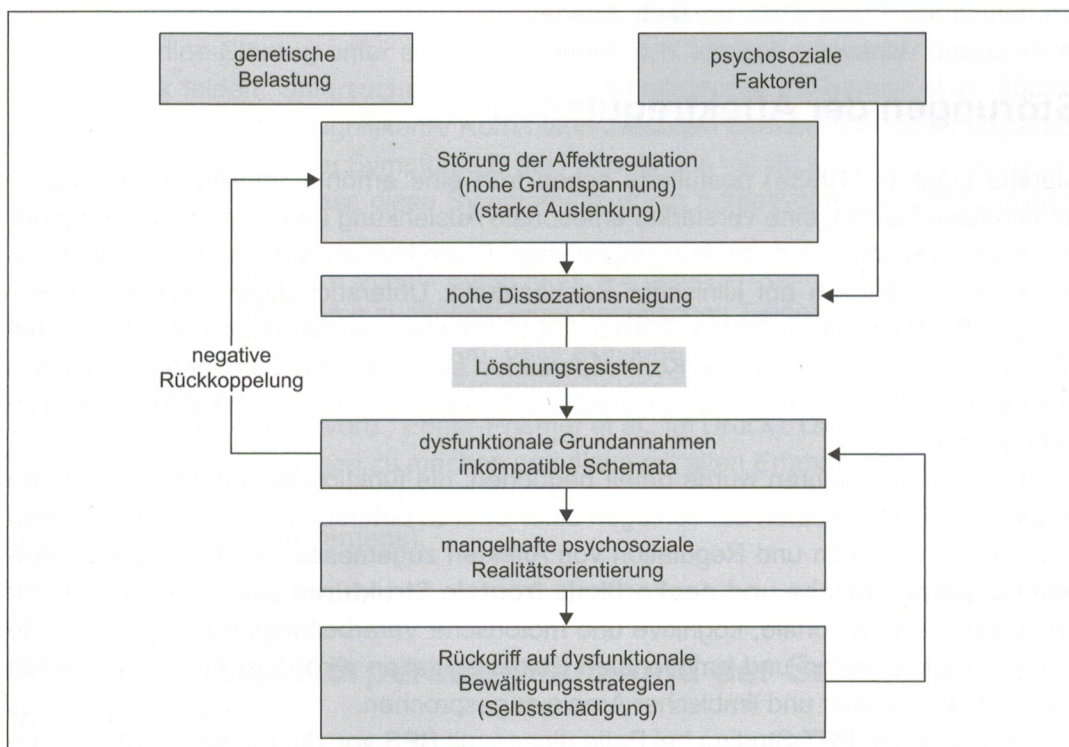
Das Geschlechterverhältnis von 55% Frauen zu 45% Männern unterliegt wohl eher dem klinischen Eindruck, da sich vorwiegend weibliche Patienten eine psychiatrische und/oder psychotherapeutische Behandlung suchen und männliche Borderline-Patienten eher zur Fremdaggression tendieren und somit in forensischen Abteilungen zu finden sind oder mit der Justiz in Berührung kommen. Borderline-Patienten gaben eine signifikante höhere Erfahrung von körperlicher und/oder sexueller Gewalt sowie Gewalt am Arbeitsplatz an, als die Normalpopulation. Des Weiteren kommen finanzielle Probleme, Obdachlosigkeit und Kontakt mit dem Jugendamt zum Tragen, welche nicht durch die Versorgung im medizinischen Bereich abgedeckt sind. Bei einer repräsentativen Umfrage an 300 nach DSM-IV diagnostizierten Patientinnen (Altersdurchschnitt: 30 Jahre) ergab sich, dass nur 20% mit einem Partner zusammenlebten, 13% verheiratet waren und der erworbene Schulabschluss noch im Normbereich liegt. Lediglich 5% hatten keinen Schulabschluss. Bei der Erhebung gingen 20% einer Vollzeitbeschäftigung und 8% einer Teilzeitbeschäftigung nach, wobei sich in erster Linie Sozialberufe wie Krankenschwester, Altenpflegerin und Erzieherin widerspiegeln (vgl. Bohus 2002, S. 10; Bohus 2007, S. 149 ff.; Bohus, Wolf-Arehult 2014, S. 385).

## **2.6. Komorbidität und Entstehungsmodell bei BPS**

Bei der Borderline- Persönlichkeitsstörung zeigt sich, dass im hohen Maße komorbid psychiatrische Störungen vorliegen. 96% der Patienten zeigen affektive Erkrankungen, 88,5% weisen eine Angststörung auf, 64% berichten von Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit, 50% haben Schlafstörungen und 53% leiden an einer zusätzlichen Essstörung. Des Weiteren werden mitunter gleichzeitig die Kriterien für weitere spezifische Persönlichkeitsstörungen erfüllt. So erfüllen 50% die Kriterien für die abhängige Persönlichkeitsstörung (F60.7), 40% zeigen zudem eine ängstlich (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (F60.6), 40% haben zusätzlich eine paranoide Persönlichkeitsstörung (F60.0), 25% erfüllen die Kriterien für eine dissoziale Persönlichkeitsstörung (F60.2) und 15% zeigen zusätzlich Züge einer histrionischen Persönlichkeitsstörung (F60.4). Bei den komorbid auftretenden paranoiden Persönlichkeitsstörungen zeigt sich eine höhere

Auftretenswahrscheinlichkeit bei den Männern. Zusätzlich findet sich zudem sehr häufig die Störung der Aufmerksamkeit und der Hyperaktivität (ADHS), die teilweise bis ins Erwachsenenalter fortbesteht (vgl. Bohus, Wolf-Arehult 2014, S. 385 f.).

Als derzeitiges Entstehungsmodell der BPS wird aktuell das Bio-Soziale Entstehungsmodell zu Grunde gelegt. Dieses berücksichtigt genetische Komponenten, belastende Erfahrungen sowie dysfunktionale Lernprozesse und Verhaltensmuster (vgl. Bohus, Wolf-Arehult 2014, S. 387).



**Bio-Soziales Entstehungsmodell (Bohus, Wolf-Arehult 2014, S.387)**

In dem Bio-Sozialen Entstehungsmodell wird davon ausgegangen, dass sowohl genetische, als auch soziale Faktoren, wie belastende oder traumatische Erfahrungen durch das soziale Umfeld, die Anfälligkeit zur Entstehung der Störung der Emotionsregulation begünstigen. Entscheidend in der Lerngeschichte ist die rezidivierende Invalidierung eigener Gefühlszustände und Bedürfnisse. Auf Grund dessen entstehen negative Grundannahmen über das Selbst und über zwischenmenschliche Beziehungen, aber auch eine aversive Einstellung zu den eigenen Gefühlen, da diese häufig als unkontrollierbar und zu der Situation nicht passend erlebt werden. Kompensatorisch entwickeln die Betroffenen im Laufe ihres Lebens s. g. dysfunktionale Verhaltensweisen, um Anspannungs- und Gefühlszustände zu regulieren. Dies führt kurzfristig zu einer Erleichterung,

langfristig werden jedoch v. a. die negativen Grundannahmen über das Selbst und über zwischenmenschliche Beziehungen im Sinne einer selbsterfüllenden Prophezeiung gestärkt. Weiterhin festigen sich dadurch die entsprechenden neuronalen Verbindungen im Gehirn, was dazu führt, dass v. a. in Hochspannungszuständen eher auf das dysfunktionale Verhalten, statt auf neue Lösungsstrategien zurückgegriffen wird. Daraus entsteht ein sich immer wiederholender Teufelskreis und die Störung bleibt bestehen (vgl. Bohus, Wolf-Arehult 2014, S. 394).

### **3. Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)**

#### **3.1. Die Methodik der Dialektisch-Behavioralen Therapie**

Nachfolgend werde ich mich bei der Darstellung des Behandlungsansatzes der DBT auf die Ausführungen von Bohus (2002) und Bohus, Wolf-Arehult (2014) beziehen. Im Text wird die Patientin genannt, was den Ausführungen der verwandten Autoren zugrunde liegt und wie oben bereits beschrieben dem vorwiegenden Vorkommen von weiblichen betroffenen BPS im stationären und ambulanten Setting geschuldet ist.

„Die DBT wurde in den 80er Jahren von Marsha Linehan (University of Washington, Seattle, USA) als störungsspezifische ambulante Therapie für chronisch suizidale Patientinnen mit BPS entwickelt [...]. Sie integriert ein weites Spektrum an therapeutischer Methodik aus dem Bereich der Verhaltenstherapie, der kognitiven Therapie, der Gestalttherapie, der Hypnotherapie und der Zen-Meditation. Um den Anforderungen an eine wissenschaftlich überprüfbare Therapie für dieses komplexe Störungsbild zu entsprechen, mussten eine Vielzahl von strukturbildenden Richtlinien entwickelt werden [...]“ (Bohus, Wolf-Arehult 2014, S. 395).

Bohus und Wolf-Arehult (2014, S. 396) definieren die Grundannahmen für das therapeutische Konzept der DBT wie folgt:

- Borderline-Patientinnen versuchen das Beste aus ihrer gegenwärtig verheerenden Situation zu machen.



- Borderline-Patientinnen wollen sich verbessern.
- Borderline-Patientinnen müssen sich stärker anstrengen, härter arbeiten und stärker motiviert sein, um sich zu verändern – dies ist ungerecht.
- Borderline-Patientinnen haben ihre Probleme in der Regel nicht alle selbst verursacht, aber sie müssen sie selbst lösen.
- Das Leben suizidaler Borderline-Patientinnen ist so, wie es gegenwärtig gelebt wird, in der Regel unerträglich.
- Borderline-Patientinnen müssen neues Verhalten im relevanten Kontext erlernen.
- Patientinnen können in der DBT nicht versagen.
- Therapeuten, die mit Borderline-Patientinnen arbeiten, brauchen Unterstützung.

Weiterhin ist die dialektische Haltung in der Therapie von zentraler Bedeutung. Dies bedeutet, dass eine Balance zwischen Akzeptanz und Veränderungen, zwischen Validierungs- und Veränderungsstrategien sowie zwischen wohlwollendem Sorgen und Fordern gefunden werden sollte. Zudem ist es wichtig mit den Patienten in dem Moment zu sein, aber auch die Zielhierarchie zu berücksichtigen sowie im Kontakt warm und zugewandt zu sein, aber auch provokativ.

Die Behandlung wird in vier Bestandteile gegliedert:

- Einzeltherapie
- Skillstraining in der Gruppe
- Telefonberatung
- Supervisionsgruppe für Therapeuten

„Die ambulante Einzeltherapie erstreckt sich in der Regel über einen Zeitraum von zwei Jahren mit einer Frequenz von ein bis zwei Stunden pro Woche“ (Bohus 2002, S. 20).

Die Einzeltherapie richtet zuerst seinen Fokus auf die Beziehungsgestaltung zwischen Therapeut und Patientin, da dies bei einer BPS als schwierig gilt. Dabei weist Bohus (2002) auf grundlegende Beziehungsmuster hin, die von den Therapeuten zu berücksichtigen sind. Der Therapeut übernimmt die Rolle eines Trainers oder Coachs und trägt damit die Verantwortung für den Verlauf und das

Ergebnis. Die eigenen Emotionen des Therapeuten werden benannt, um somit für die Patientin authentisch zu erscheinen. Das manifestierte Verhalten der Patientin bezieht der Therapeut auf seine eigene emotionale Reaktion mit ein und klärt dies durch gezielte Nachfrage mit der Patientin ab. Es wird mehr auf verbale als auf nonverbale Äußerungen bzw. Signale geachtet, da BPS- Patientinnen Schwierigkeiten haben ihre Emotionen nonverbal auszudrücken und dabei häufig fassadär wirken. Die Therapiesitzung wird durch Video und/oder Audio-Geräte aufgezeichnet. Dies gibt der Patientin die Möglichkeit die Sitzung nachzubereiten, um Missverständnisse besser betrachten und gegeben falls nochmals besprechen zu können. In der Anfangsphase sollte der Therapeut für „Objektkonstanz“ bei der Überbrückung von Abwesenheit sorgen, z.B. durch ein Bild, einen Stein oder eine Audio-Aufnahme des Therapeuten. Dennoch muss der Therapeut seine eigenen Grenzen beachten und mit der Patientin besprechen. Dabei hilft der Therapeut der Patientin mit seinen Grenzen umzugehen, indem er sie transparent macht.

Das dialektische Ausbalancieren zwischen Akzeptanz und Drängen auf Veränderung ist eine weitere wichtige Aufgabe des Therapeuten. „Emotionales Leid schreit nach Lösung, nach rascher Beseitigung und Abhilfe. Häufig erweisen sich kurzfristige Bewältigungsversuche jedoch als dysfunktional, da sie nur kurzzeitig zu einer Erleichterung führen, langfristig jedoch dysfunktionale Verhaltensweisen und Grundannahmen festigen. Der erste Schritt in die Veränderung eines aktivierten dysfunktionalen kognitiven-emotionalen Schemas ist immer die innere Distanz: [...]“ (Bohus 2002, S. 24). Das heißt die eigenen inneren Denkmuster achtsam wahrzunehmen, ohne zunächst dem Handlungsimpuls zu folgen. Ebenso wichtig ist die Balance zwischen Rigidität und Flexibilität sowie Unterstützung und Forderung des Therapeuten, da ein Ungleichgewicht dessen die therapeutische Arbeit gefährden würde.

Fehler, die in der Behandlung der BPS von Seiten des Therapeuten gemacht werden, sind nützlich und zu zugeben. Dadurch wirkt der Therapeut als Modell, wie mit Fehlern umgegangen werden kann und bietet der Patientin die Möglichkeit dies zu adaptieren. Die DBT kostet der Patientin viel Kraft, dies sollte vom Therapeuten anerkannt und gewürdigt werden, um dabei auftretende Selbstabwertungen der Patientin zu korrigieren. Widersprüchliche Beziehungsmuster von „Verschmelzung“ und „absoluter Einsamkeit“ sollte der Therapeut versuchen auszubalancieren. Dabei

wird versucht die alternierenden Extreimbereiche parallel zu aktivieren, um so der Patientin eine Kompromissbildung zu ermöglichen.

Die Behandlung wird in verschiedene Phasen untergliedert, wobei die Einhaltung der Reihenfolge einzuhalten ist. In der Vorbereitungsphase wird zunächst eine ausführliche Diagnostik erhoben, über das Krankheitsbild der BPS Informationen gegeben und Grundzüge der DBT erklärt sowie eine Ziel- und Motivationsklärung aufgezeichnet. Die Borderline-Patientinnen erleben durch die Psychoedukation und das Erklären des Bio-Sozialen Entstehungsmodells eine erste Entlastung, da sie sich und ihr Verhaltensmuster besser einordnen können. Das anschließende Klären der Behandlungsziele sollte hierarchisch geschehen, dabei hat sich die Methode des Zettelkastens bewährt. Die Ziele werden hier nach kurzfristig und langfristig erreichbaren Zielen unterteilt und gewichtet. Die kurzfristigen Ziele werden in den ersten 6 Monaten bearbeitet, während die langfristigen Ziele im Jahresplan vorgesehen sind. Nun klärt der Therapeut über den Behandlungsfokus und den Modus der Bearbeitung auf, dabei wird verdeutlicht, dass eine regelmäßige Teilnahme an der Behandlung unabdingbar ist. Er bespricht des Weiteren den Begriff „therapieschädigendes Verhalten“, die Handhabung der Diary Card (tägliches Erfassen u. a. von Problem- und Zielverhalten), Regeln zur Telefonberatung, Art und Zusammensetzung der Skills-Gruppe sowie das Vorgehen der Supervisionsgruppe. Es folgt ggf. eine genaue Verhaltensanalyse des letzten Suizidversuches und des letzten Behandlungsabbruchs, um so rechtzeitig drohende Entwicklungen zu erkennen und gegenzusteuern. All dies wird nun in einem Behandlungs- und Non-Suizid-Vertrag schriftlich festgehalten und unterzeichnet. Im Falle eines Suizidversuches würde die Therapie beendet werden.

In der anschließenden Therapiephase werden die hauptsächlich dysfunktionalen Verhaltensweisen hinsichtlich ihrer kurz- und langfristigen Konsequenzen betrachtet und Strategien zur Steigerung der Lebensqualität abgeleitet. Die Bearbeitung der dysfunktionalen Verhaltensweisen erfolgt hierarchisch (suizidales und parasuizidales Verhalten, therapiezerstörendes Verhalten, therapiefortschrittgefährdendes Verhalten, krisengenerierendes Verhalten, selbst verletzendes Verhalten, Verhaltensweisen, die die Lebensqualität beeinträchtigen) und wird in jeder Therapiestunde an Hand der Diary Card festgelegt. Zur genaueren Betrachtung

werden s. g. Ketten- oder Verhaltensanalysen genutzt, an Hand dessen die entsprechenden Lösungsstrategien abgeleitet werden (vgl. Bohus 2002, S. 35).

Da bei Borderline- Patientinnen, die sich selbst verletzen die Suizidrate doppelt so hoch ist, wie bei denjenigen ohne selbstverletzendes Verhalten, muss hierauf ein besonderes Augenmerk bei der Behandlung gelegt werden. Deshalb wird in der Therapie zunächst darauf geachtet, dass es zu einer Reduktion von Selbstschädigungen und Suiziddrohungen kommt sowie eine Kommunikation in der Therapie über Suizidabsichten stattfindet. Krisenhafte Situationen können so genutzt werden, um die Problemlösekompetenz der Patientin zu verbessern. Verhaltensmuster von Patientinnen oder Therapeuten, die den Therapiefortschritt gefährden bzw. den Rahmen der Behandlung überschreiten, werden als therapiegefährdendes Verhalten definiert. Therapiegefährdende Verhaltensweisen des Therapeuten sind zum einen Ängste und Sorgen im Umgang mit der Patientin, aber auch das nicht Einhalten von Terminen, unprofessionelles Auftreten und die nicht ausreichende Sorgfalt der Patientin gegenüber. Es gibt drei Kategorien von therapiegefährdendem Verhalten durch die Patientin. Zum einen sind dies Verhaltensweisen, die die Patientin daran hindern, die Termine wahrzunehmen, die Unfähigkeit oder Weigerung, in der Therapie mitzuarbeiten und Compliance-Probleme in der Umsetzung neuer Strategien (vgl. Bohus 2002).

In der DBT wird eine Hierarchie der zu behandelnden Themen festgelegt, da Borderline- Patientinnen eine Vielzahl von Verhaltensweisen aufweisen, welche die Lebensqualität beeinträchtigen bzw. vermindern. Die in der Skills-Gruppe erlernten Fertigkeiten nutzt der Therapeut, um dadurch im Alltag auftretendes Problemverhalten zu reduzieren.

In der folgenden Therapiephase werden komorbide psychische Erkrankung wie z.B. die posttraumatische Belastungsstörung, affektive Störungen oder Angsterkrankungen behandelt. Weiterhin wird auf die dysfunktionalen Grundannahmen über das Selbst und über zwischenmenschliche Beziehungen eingegangen. Dabei sollen zunächst die inneren Schemata beispielsweise durch Verhaltensanalysen an Hand konkreter Problemsituationen transparent gemacht werden. Durch gezielte Verhaltensexperimente sollen neue selbstwertsteigende Verhaltensweisen erprobt oder korrigierende Erfahrungen im zwischenmenschlichen

Bereich gemacht werden. Dadurch kann der o.g. Teufelskreis durchbrochen und alternative Grundannahmen etabliert werden.

Weiterhin ist während der Therapiesitzung darauf zu achten, dass Dissoziationen und „Stuck-States“ (kognitiv-emotionale Sackgassen) unterbrochen werden, da in diesen Zuständen die Patientin nicht mehr zugänglich für Erkenntnis- und Informationsverarbeitung ist. Die Betroffene sollte in diesem Zusammenhang lernen, diesen Handlungstendenzen entgegenzuwirken und auf wirksame „Notfall-Skills“ zurückzugreifen. Die dialektische Strategie nutzt aktivierte Widersprüche und verstärkt dies gezielt, um so eine schrittweise Entwicklung von Lösungsstrategien zu entwickeln. Das beständige Validieren der Patientin, was über die Empathie hinausgeht, vermittelt ihr das Gefühl der subjektiven Stimmigkeit ihrer Schemata, bestätigt aber nicht die Funktionalität in der Realität und ermöglicht dem Therapeuten so zu intervenieren. Als eine Schlüsselstrategie hat sich das Problemlösen in der DBT etabliert. Hier wird jedes dysfunktionale Verhalten als fehlerhafte Problemlösung definiert und wird in die Phase der Problemdefinition, die Phase der Lösungsanalyse und in die Phase der Umsetzung gegliedert.

Jede Intervention des Therapeuten kann als Kontingenzmanagement angesehen werden. Die Konsequenzen wirken bei der Patientin mit BPS nur verstärkend, wenn sie schemakonform sind. So ist nicht jedes Lob automatisch ein Verstärker und bedingt dadurch eine Änderung. Verhaltensmuster werden geändert bzw. gelöscht, wenn die Verstärker, die das Verhalten bedingen, wegfallen. Die reine Absicht ein Verhalten zu ändern führt nicht zwangsläufig zu einer Veränderung des Verhaltens und sollte so auch vom Therapeuten benannt werden. Aversive Konsequenzen belasten die Beziehungsebene und können sich negativ auswirken. Deshalb wird in der DBT nur bestraft, wenn die verstärkenden Konsequenzen von Verhalten mit hoher Priorität nicht unter der Kontrolle des Therapeuten und keine anderen wirksamen Verstärker zur Verfügung stehen. Wird es angewandt, muss aber gleichzeitig die Beziehungsebene gestärkt werden. Ein sehr drastischer Schritt wäre z.B. eine Therapiepause einzulegen. Dies kann bei der Patientin die Motivation steigern, indem sie sich bemüht die Therapie fortzuführen, was dann therapeutisch genutzt werden kann. Eine Beendigung der Therapie ist die äußerste aversive Konsequenz und sollte erst dann stattfinden, wenn auch mit Hilfe der Supervisionsgruppe eine Weiterentwicklung ausgeschlossen ist.

Das Fertigkeitentraining (Skillstraining) als Bestandteil der DBT- Behandlung hat für die Borderline- Patientinnen einen sehr hohen Stellenwert und hat für den Erfolg der Therapie eine entscheidende Bedeutung. Das Ziel dabei ist die Vermittlung, das Üben und das Generalisieren von spezifischen Fertigkeiten. Das Skillstraining geht über ein Jahr und das gesamte Programm wird dabei zweimal durchlaufen. Es wird von zwei Therapeuten bei einer Gruppengröße von 8 bis 10 Patientinnen geleitet. Um an dem Fertigkeitentraining teilzunehmen, ist es Bedingung zeitgleich eine DBT- Einzeltherapie zu absolvieren. Das Training ist in fünf Module gegliedert (Innere Achtsamkeit, Stresstoleranz, Emotionsmodulation, Zwischenmenschliche Fertigkeiten, Selbstwert). Jedes Modul umfasst ca. 8 Sitzungen mit einem Zeitrahmen von zwei bis zweieinhalb Stunden. Die Sitzungen laufen immer nach dem gleichen Schema ab. Zunächst werden die Teilnehmerinnen begrüßt. Im Anschluss daran wird eine Achtsamkeitsübung durchgeführt und die Hausaufgabe besprochen. Nach einer Pause werden neue Skills entsprechend des Moduls vermittelt. Zum Abschluss („Wind-down“) wird erneut eine Achtsamkeitsübung angeleitet (vgl. Bohus 2002, S. 72 ff.).

Das Modul Innere Achtsamkeit zielt auf eine Balance von Gefühl und Vernunft, um dadurch das intuitive Selbstverständnis zu stärken. Dabei wird die Philosophie und Methodik des Zen in die DBT integriert. Es wird hier eine Einteilung in Was- und Wie-Fertigkeiten vorgenommen. Bei den Was-Fertigkeiten werden die Aspekte Wahrnehmen, Beschreiben und Teilnehmen zu Grunde gelegt. Diese haben das Ziel, eine Bewusstheit im Alltag zu sich selbst und zu den Dingen der Welt zu schaffen, ohne sich dabei in emotionale Belange zu verstricken. Die Wie-Fertigkeiten bauen darauf auf und ermöglichen der Patientin ohne Attributionen zu beschreiben, sich nur auf eine Sache zu fokussieren und wirkungsvoll zu handeln.

Die Fertigkeiten der Stresstoleranz gehen mit radikaler Akzeptanz einher. „In der DBT hat das Ertragen von Schmerzen auf annehmende Weise eine wichtige, tiefgreifende Bedeutung. Stresstoleranz ist die Fähigkeit, die Umgebung und die eigene innere Befindlichkeit, so wie sie im Augenblick sich darstellt, gewahr zu werden und anzunehmen“ (Bohus 2002, S. 81). Zudem gibt es Stresstoleranzskills zur Veränderung des Augenblicks, die dazu dienen, eine schwierige Situation zu überstehen und nicht weiter zu verschlimmern. Folgende Reihenfolge bei der Anwendung von Stresstoleranzskills sollte eingehalten werden:

- Wahrnehmung und Akzeptanz des aktivierten Schemas

- „Schritt zurück“
- Bewusste Wahl einer Strategie (eines Skills)
- Einsatz einer Strategie, die zur Abschwächung oder Veränderung des Schemas führt
- Realitätsorientierung

Stresstoleranzskills zur Veränderung des Augenblicks werden nochmals in vier Ebenen gegliedert: die sensorische Ebene, welche die fünf Sinne anspricht, die physiologische Ebene, welche die eigene Motorik und Atmung in den Fokus rückt, die kognitive Ebene, welche den Augenblick verändert sowie die Handlungsebene, die zur Überbrückung dient.

Bei den Fertigkeiten zur Emotionsregulation sollen die Patientinnen dazu angeleitet werden, die Angemessenheit ihrer Gefühle und der dazu gehörigen Handlungsimpulse zunächst zu prüfen und gegebenenfalls abzuschwächen. Dies kann z.B. durch Realitätsprüfung dysfunktionaler Gedanken, durch entgegengesetztes Denken und Handeln oder durch Diskrimination früherer Erfahrungen mit aktuellen Situationen erfolgen. Der Erwerb angemessener Fertigkeiten zur Emotionsregulation ist der Hauptbestandteil der DBT und erfordert von der Patientin viel Übung und Durchhaltevermögen im Alltag.

Im Modul zwischenmenschliche Fertigkeiten sollen soziale Kompetenzen, v.a. das Validieren des Gegenübers, theoretisch vermittelt, im Rollenspiel erprobt und im Alltag geübt werden.

Im Modul Selbstwert stehen die Veränderung dysfunktionaler Glaubenssätze sowie die Implementierung selbstwertförderlicher Aktivitäten im Vordergrund.

Die Telefonberatung ist ein weiterer Bestandteil der Behandlung und versteht sich als ein Netzwerk für Krisenfälle. Dabei wird der BPS- Patientin die Möglichkeit eingeräumt bei Bedarf den Therapeuten anzurufen. Um einen Missbrauch vorzubeugen, werden vorher klare Regeln vereinbart. Diese betreffen zum einen die zeitliche Erreichbarkeit des Therapeuten und zum anderen die Gründe eines Anrufes. Vorgesehen ist es bei der Lösung akuter suizidaler oder parasuizidaler Krisen, die Belohnung nach schwierigen Veränderungsschritten oder die kurze Klärung der therapeutischen Beziehung.

Die Supervisionsgruppe für Therapeuten ist fester Bestandteil in der DBT und erweitert herkömmliche Beratungskonzepte, indem sie die Therapie in den Vordergrund stellt. Um dies zu gewährleisten, müssen alle Informationen der Therapie zugänglich gemacht und die vorhandenen Videoaufzeichnungen gezeigt werden, um sie zu analysieren.

Die Supervisionsregeln nach Bohus lauten (2002, S. 96):

1. Die Therapeuten berücksichtigen die dialektischen Grundprinzipien
  - Es gibt kein „Richtig oder Falsch“.
  - Gegensätzliche Meinungen sind erwünscht und sollen verstärkt werden.
  - Die Supervisionsgruppe „balanciert“ den Einzeltherapeuten:
    - Sie betont die Fragilität der Patientin, wenn der Therapeut zu sehr auf Veränderung drängt.
    - Sie betont die Kompetenz der Patientin, wenn der Therapeut sie zu fragil behandelt.
    - Sie betont die Bedeutung der „Realität“, wenn der Therapeut zu sehr die subjektive Sichtweise der Patientin übernimmt.
    - Sie betont die Bedeutung der subjektiven Sichtweise, wenn der Therapeut sich zu weit von der Patientin entfernt hat.
2. Die Therapeuten beraten ihre Patientinnen, wie sie die jeweiligen Therapeuten dazu bringen können, sie adäquat zu behandeln  
Es sollte also möglichst vermieden werden, „im Namen der Patientin“ bei anderen Therapeuten, Sozialarbeitern oder ähnlichen Hilfsorganisationen zu intervenieren.
3. Die Supervisionsgruppe hilft den Therapeuten ihre jeweiligen Grenzen wahrzunehmen und diese ihren Patientinnen mitzuteilen
4. Die Supervisionsgruppe beschreibt das Verhalten der jeweiligen Patientinnen phänomenologisch und nicht bewertend, als ob die Patientin anwesend wäre
5. Wenn die Supervisionsgruppe Deutungen oder Hypothesen entwickelt, so sind diese als solche zu benennen und mit der Patientin zusammen auf deren Stimmigkeit abzuklären
6. Alle Therapeuten machen Fehler, die Supervisionsgruppe nützt diese, um gemeinsam zu lernen



Das Konzept der DBT ist für die ambulante Behandlung von Patientinnen mit BPS entwickelt worden. Es zeigt sich in Deutschland eine Diskrepanz von angebotenen ambulanten Therapieplätzen und dem benötigten Bedarf. Aus diesem Grund sind viele BPS- Patienten im stationären Bereich zu finden, was zu vielschichtigen Problemen in der Behandlung führt, da das Setting in den Kliniken meist nicht für die Behandlung von BPS- Patienten ausgelegt ist. Es ist also wünschenswert, wenn die Kliniken in Deutschland auf diese Situation reagieren und spezielle Stationen für Patienten mit Borderline- Persönlichkeitsstörung einrichten würden. Wie die Ausgestaltung und Behandlung im stationären Bereich, nach den Richtlinien der Dialektisch Behavioralen Therapie, gestaltet werden müsste, beschreibt Bohus (2002) in dem Kapitel 9 (S. 98 ff.) ausführlich.

### **3.2. Verlauf, Prognose und Wirksamkeit der DBT**

#### **Verlauf und Prognose:**

Zurzeit wird davon ausgegangen, dass die Borderline- Störung sich bereits in der frühen Adoleszenz entwickelt. Bereits im Alter von 14 Jahren zeigt eine große Gruppe der später Betroffenen Verhaltensauffälligkeiten, die zu einer stationären Behandlung führen. Durchschnittlich mit 24 Jahren zeigt eine weitere Gruppe, eine erstmalige stationäre Behandlung. Bei einer Untersuchung gaben etwa 30% der erwachsenen Borderline-Patienten an, sich bereits im Grundschulalter absichtlich selbstverletzt zu haben. Die Suizidrate wird mit 5% bis 8% bei BPS angegeben. Studien ergaben, dass zwei Jahre nach Diagnose nur noch 60%, nach vier Jahren 50%, nach sechs Jahren 33% und nach acht Jahren 20% die DSM-IV-Kriterien erfüllten. Die Rückfallrate ist mit 6% als sehr gering einzustufen. Jedoch bleibt die affektive Instabilität bestehen, die dysfunktionalen Verhaltensmuster reduzieren sich aber deutlich (vgl. Bohus, Wolf-Arehult 2014, S. 386).

#### **Wirksamkeit:**

In zahlreichen randomisiert-kontrollierten klinischen Studien ist die Wirksamkeit der DBT bewiesen worden. Die DBT ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt das einzige Verfahren, das bereits mehrere dieser Studien durchlaufen hat. Dadurch wird die

DBT als ein Verfahren mit höchster Evidenz deklariert. Einer Studie zur Wirksamkeit der DBT unter realen Versorgungsbedingungen kam zu dem Ergebnis, dass es zu einer deutlichen Reduktion des Selbstverletzungsverhalten kommt, die Anzahl der stationären Aufenthalte sinkt, die Schwere der Borderline- Symptomatik abnimmt und die allgemeine Psychopathologie reduziert wird. Des Weiteren kommt es bei einer Durchführung der DBT zu einer deutlichen Senkung der Krankheitskosten (vgl. Stiglmayr 2017, S. 160 f.).

## **4. Soziale Arbeit bei Borderline Persönlichkeitsstörung**

Bei der Bearbeitung dieser Arbeit habe ich keine genauen Handlungsrichtlinien bei BPS in Bezug auf Beratung, Gesprächsführung und therapeutischer Unterstützung seitens der Sozialen Arbeit gefunden. Dennoch bietet die Soziale Arbeit ein breites Spektrum an Möglichkeiten, die auch derzeit genutzt werden. Ich vertrete jedoch die Auffassung, dass die im Kapitel 3.1. beschriebene Methode der DBT und ihren dazugehörigen Regelungen in der Behandlung der BPS auch in der Sozialen Arbeit verwendet werden sollten, da diese Vorgaben sowohl für die Betroffenen, als auch für die Helfenden transparent sind. Die Helfenden können sich zum einen vor Überforderung schützen und ihr eigenes Handeln reflektieren. Den Betroffenen selbst hilft es, sich und ihr Handeln besser zu verstehen.

Soziale Arbeit kann somit durch eine spezifische Unterstützung bei BPS die Teilhabefähigkeit ermöglichen und damit entscheidend am „Heilungsprozess“ mitwirken.

### **4.1. Definition/Konzepte von Gesundheit und Krankheit**

#### **Die WHO**

Die WHO hat 1948 Krankheit/Gesundheit wie folgt definiert:

„Gesundheit ist ein Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen ist ein Grundrecht jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung,

der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung“ (www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit\_und\_Gesundheitsfoerderung, 07.01.18 aufgerufen). Mit dieser Definition hat die WHO erstmals den Fokus auf die Gesundheit gelegt und auch auf soziale und psychische Aspekte hingewiesen, die zur Gesundheit unabdingbar sind.

### **Die Salutogenese**

Dieses Konzept, welches von Aaron Antonovsky (1923-1994) entwickelt wurde, sieht Gesundheit als eine Ermöglichung des sozialen, körperlichen, seelischen und geistigen Wohlbefindens an. Durch diese Betrachtung wird deutlich, dass ein Leben mit einer Krankheit, einer chronischen Erkrankung oder einer Behinderung durchaus einen Zustand der Gesundheit erlangen kann. Dazu verweist Antonovsky auf das Kohärenzgefühl. Dieses zeigt, wie es Menschen gelingt gesund zu bleiben bzw. wie es möglich ist, trotz körperlicher oder seelischer Erkrankung und belastender Lebensumstände, gesund zu werden (vgl. Ningel 2011, S. 16 ff.). „Kohärenz (lat.: zusammenhängen, Halt geben) zeigt sich in einem positiven Grundgefühl und den daraus resultierenden Überzeugungen eines Menschen, zwischen Alternativen wählen zu können, von anderen Menschen unterstützt zu werden, dem Leben gegenüber nicht hilflos zu sein und selbst zweckmäßig zu handeln“ (Ningel 2011, S. 17). Hierbei wird deutlich, dass ein Vorhandensein eines sozialen Netzwerkes unabdingbar ist. Bei der sozialen Unterstützung wird sich die positive Wirkung der sozialen Netzwerke angeeignet. Es wird in primäre (Familie, Freunde usw.), sekundäre (Vereine, Selbsthilfegruppen usw.) und tertiäre Netzwerke (Kliniken, Beratungsstellen usw.) unterschieden. Die primären und sekundären Netzwerke stellen somit eine emotionale Unterstützung sowie die soziale Integration zur Verfügung, während die tertiären Netzwerke professionelle Hilfen bieten. Hat ein Mensch gut aufgebaute Netzwerke und kann diese auch nutzen, so kann sich dies positiv auswirken, indem er Überforderungen kaum wahrnimmt oder diese besser kompensieren kann, um so seltener daran zu erkranken.

Konnte sich das Kohärenzgefühl nicht entwickeln, kann es zu der von Seligman benannten erlernten Hilfslosigkeit kommen. Wenn die Zuversicht fehlt, dass eigene Leben zu bestimmen und verändern zu können, kann es zu Störungen kommen (ebd.). „Die salutogenetische Fragestellung ist also: Wie finde ich zu dem, was tragender Sinngrund in meinem Leben sein kann?“ (ebd., S. 22).

„Hier hat die Klinische Sozialarbeit die Chance, sich selbst als spezielle Form sozialer Unterstützung einzubringen, mit dem Klienten Ressourcen zu entdecken und nutzbar zu machen, Dialogpartner zu sein und Dialoge zu moderieren, Kommunikation zu ermöglichen oder zu verflüssigen und, weil dies nicht einseitig möglich ist, mit einem ganzheitlichen Blick auf die Situation die Rolle des Klienten aus der «Problemecke herauszuholen» und ihn in seiner Rolle als Kommunikationspartner und Rolleninhaber innerhalb seiner Bezugssysteme zu begleiten“ (ebd., S. 23).

Für mich hat dieses Modell in Bezug auf Sozialpädagogische Arbeit bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung eine enorm wichtige Bedeutung. Da hier gezeigt wird, dass die Betroffenen gesunde Anteile in sich tragen, welche gefördert werden müssen, um so bei der Bewältigung der Problemlagen professionelle Hilfestellung zu leisten.

## **4.2. Definition Sozialer Arbeit und Klinische Sozialarbeit**

Definition Sozialer Arbeit:

„Soziale Arbeit fördert als praxisorientierte Profession und wissenschaftliche Disziplin gesellschaftliche Veränderungen, soziale Entwicklungen und den sozialen Zusammenhalt sowie die Stärkung der Autonomie und Selbstbestimmung von Menschen. Die Prinzipien sozialer Gerechtigkeit, die Menschenrechte, die gemeinsame Verantwortung und die Achtung der Vielfalt bilden die Grundlage der Sozialen Arbeit. Dabei stützt sie sich auf Theorien der Sozialen Arbeit, der Human- und Sozialwissenschaften und auf indigenes Wissen. Soziale Arbeit befähigt und ermutigt Menschen so, dass sie die Herausforderungen des Lebens bewältigen und das Wohlergehen verbessern, dabei bindet sie Strukturen ein. Diese Definition kann auf nationaler und/oder regionaler Ebene weiter ausgeführt werden“ ([www.dbsh.de/fileadmin/downloads/20161114\\_Dt\\_Def\\_Sozialer\\_Arbeit\\_FBTS\\_DBSH\\_02.pdf](http://www.dbsh.de/fileadmin/downloads/20161114_Dt_Def_Sozialer_Arbeit_FBTS_DBSH_02.pdf), 04.01.18 aufgerufen).

Soziale Arbeit setzt dort an, wo die gegenwärtige Situation des Einzelnen bis zur gesamten Gesellschaft gestört und deshalb eine Änderung bzw. Entwicklung von Nöten ist. Dies geschieht unter den Richtlinien der Menschenwürde, keinem Menschen zu schaden, der Akzeptanz der Vielfalt

und der sozialen Gerechtigkeit. Das Wissen, welches die Soziale Arbeit dabei anwendet, bezieht sie sowohl aus eigenen wissenschaftlichen Theorien und wissenschaftlicher Forschung, als auch aus Theorien anderer Gesellschaftswissenschaften. Dadurch verfügt die Soziale Arbeit in der Praxis über ein breites Spektrum von Tätigkeitsfeldern, inklusive vielfältiger Arten der Therapie und Beratung, Gruppenarbeit und Gemeinwesenarbeit, Formulierung und Analyse von politischen Maßnahmen, Fürspracheaktivitäten und politische Intervention (vgl. [www.dbsh.de/fileadmin/downloads/2014\\_DBSH\\_Dt\\_Übersetzung\\_Kommentar\\_Def\\_SozArbeit\\_02.pdf](http://www.dbsh.de/fileadmin/downloads/2014_DBSH_Dt_Übersetzung_Kommentar_Def_SozArbeit_02.pdf), 04.01.18 aufgerufen).

Definition Klinische Sozialarbeit:

„«Klinisch» kennzeichnet Tätigkeiten, die sich unmittelbar, im direkten Kontakt mit Personen befassen. Die Vorrangigkeit der direkten Praxis mit Klienten kennzeichnet die Klinische Sozialarbeit. Gegenstand der Klinischen Sozialarbeit ist die professionelle und sozialarbeitswissenschaftlich fundierte Kunst der psychosozialen Beratung“ (Ningel 2011, S. 42).

„Die Klinische Sozialarbeit ist eine behandelnde oder im Behandlungskontext stehende Sozialarbeit, die dazu beiträgt, Krankheiten, Behinderungen oder psychosoziale Krisen zu bewältigen oder ihre Folgen zu lindern. Sie konzentriert sich auf die psychosoziale Situation von Menschen und berücksichtigt die Wechselwirkung zwischen psychischen und sozialen Belastungen“ (ebd.).

### **4.3. Tätigkeitsfelder und Methoden der sozialen Arbeit bei BPS**

In der Sozialen Arbeit sind Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung in vielen Arbeitsfeldern anzutreffen, z.B. im Gefängnis, in der Bewährungshilfe, in der Forensik, in der Drogenhilfe, in Einrichtungen für Obdachlose, in Betreuungsvereinen, in psychiatrischen Kliniken, in gemeindepsychiatrischen Einrichtungen, in Kliniken für Menschen mit Essstörungen, Kliniken zur Behandlung von traumatischen Erfahrungen, in Einrichtungen für Asylanten und Migranten, in speziellen Abteilungen für Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen und in

Einrichtungen der Jugendhilfe, z.B. in Heimen für schwer erziehbare Jugendliche (vgl. Bosshard, Ebert, Lazarus 2010, S. 362 ff.).

### **Krankenhaussozialarbeit**

Aufgrund von starken Krisensituationen befinden sich die meisten Patienten mit BPS in psychiatrischen Abteilungen des Krankenhauses. Hier sind sie auf Suchtstationen, Akutstationen, Depressionsstationen oder speziellen Stationen für BPS anzutreffen. Im Rahmen der Behandlung hat der Sozialdienst des Krankenhauses zunächst die Auswirkungen der Störungen auf die soziale Situation zu ermitteln, um so spezifische Einzelfallhilfen einzuleiten. Hierbei kann es im Erstkontakt zunächst um die Klärung des Versicherungsstatutes gehen, drohende Wohnungslosigkeit abzumildern, Kontakt zum Arbeitgeber herzustellen, um eine Fortführung des Arbeitsverhältnisses zu klären, einen ersten Überblick über die finanzielle Lage zu erhalten oder die Versorgung der Kinder während des stationären Aufenthaltes zu klären. Hier stellt der Soziale Dienst ein Bindeglied zwischen Klinik und Umfeld dar, indem er Integrationsarbeit leistet und Hilfen zur Selbsthilfe aufzeigt. Der psychiatrische Sozialdienst des Krankenhauses braucht eine gute Kommunikations- und Kooperationsfähigkeit, um die gesammelten Informationen an alle im Therapieprozess beteiligten Therapeuten weiter zu leiten, um so die Therapieplanung bedarfsgerecht zu gestalten. Netzwerkarbeit und persönliche Kontakte zu anderen unterstützenden Hilfseinrichtungen ist auch Aufgabe des Sozialdienstes. Dadurch sind sie am Gesamtbehandlungsplan stark beteiligt.

Für den Patienten selbst stellt der Sozialdienst vorrangig Beratungsangebote zur Verfügung, wie z.B. psycho-soziale Beratung, Krisenintervention, Suchtberatung, sozialrechtliche Beratung, Beratung zu persönlichen Belangen, Vermittlung von Kontakten zu Beratungsstellen, Aufzeigen ambulanter Hilfsangebote oder Information über Tagesstätten und betreutes Wohnen. Ein großer Aspekt ist die Arbeitsplatzsicherung bzw. eine geeignete Berufsausbildung anzuregen, dies kann durch Arbeitserprobung, berufliche Rehabilitation, Vermittlung von Praktikumsplätzen oder stufenweise Wiedereingliederung durch Kooperation mit Arbeitsvermittlern und Rentenversicherungsträgern geschehen. Ein weiterer Tätigkeitsbereich in der psychiatrischen Behandlung ist die Gruppenarbeit, worunter z.B. sozialtherapeutische Gruppen (z.B. soziales Kompetenztraining), psychoedukative Patienten- und Angehörigengruppen oder Angehörigenseminare zählen.

Die Kontakte zu den Patienten sollten eher kurz dauern, aber häufiger stattfinden, um so einen Überblick über den Verlauf des stationären Aufenthaltes zu erhalten und um die Fortschritte der Eigenverantwortung und Eigeninitiative zu überblicken (vgl. Bretzner 2014, S. 50 ff.).

### **Teilstationäre und ambulante Einrichtungen**

Hierzu zählen vor allem Tageskliniken und Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA), die sich auf Borderline-Persönlichkeitsstörungen spezialisiert haben. In diesen Einrichtungen, wenn sie nach dem Konzept der Dialektisch- Behavioralen Therapie arbeiten, sollte auch der Sozialdienst über eine DBT-Zertifizierung bzw. über DBT-Kenntnisse und über Inhalte verhaltenstherapeutischer Theorien verfügen, da hier der Sozialdienst eher als Co-Therapeut agiert. Eine weitere wichtige Aufgabe ist es, das Netzwerk, was sich der Borderline-Betroffene im Laufe der Zeit aufgebaut hat, genau zu eruieren, um hier Synergieeffekte zu erkennen und zu nutzen, dysfunktionale Zusammenhänge aufzuzeigen und dieses Netzwerk als übergeordnete Stelle zu koordinieren und moderieren. Ein weiterer Fokus ist es, die berufliche Situation zu klären und gegebenenfalls Unterstützung zu leisten, da im Rahmen der Behandlung in der DBT es ein hochrangiges Lebensqualitätsziel sein kann einer befriedigenden Arbeitstätigkeit nachzugehen (vgl. Stiglmayr, Leihener 2015, S. 327).

Als Spezialeinrichtungen im Umgang und der Therapie bei BPS kann der dort tätige Sozialdienst auch als Ansprechpartner für andere Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit dienen, um diese zu unterstützen. Auch eine Schulungs-/Informationsveranstaltung für andere unterstützende Professionen in Bezug auf BPS und deren Umgang ist ein Tätigkeitsfeld.

Sozialpsychiatrische Wohnformen als ambulante Einrichtung verfügen auch über spezielle Wohngruppen für Menschen mit BPS. „Da Menschen mit Persönlichkeitsstörungen vielmals Verletzungen und Traumatisierungen in frühen Beziehungen erlitten haben, aktualisieren sich diese Beziehungsschwierigkeiten oft in therapeutischen Wohngemeinschaften besonders, da diese Wohnform deutlich an das Wohnen in der Primärfamilie erinnert. So werden nicht nur Mitarbeitende, sondern auch Mitbewohner in oft extrem kräftezehrende Übertragungsdynamiken verwickelt“ (Plößl, Knuf 2010, S. 11). Hier besteht die Aufgabe der Sozialarbeiter zum einen in der Intervention bei auftretenden Konflikten innerhalb der

Wohngemeinschaft und der Überprüfung und gegebenenfalls der Veränderung der bestehenden Richtlinien und Abläufe der Einrichtung. Daran müssen alle Helfenden der Wohngruppe mit einbezogen werden, um so einer Spaltung des Teams vorzubeugen.

Auch beratende Einzelfallgespräche und das Leiten von Therapiegruppen ist ein Themenfeld der Sozialarbeiter in Wohngemeinschaften. So könnten die Betreuer beispielsweise auch die Bewohner in der Skillsanwendung unterstützen bzw. diese mit ihnen üben. Zudem sind ein enger Austausch und Absprachen mit den stationären oder teilstationären Einrichtungen zu führen, um über klare Handlungsrichtlinien zu verfügen, wann ein Bewohner zur Krisenintervention auf eine Station aufgenommen wird und wie der dortige Aufenthalt gestaltet ist. Außerdem ist ein Austausch zwischen den Sozialarbeitern der Kliniken, der teilstationären Einrichtungen und Wohngemeinschaften wichtig, um so über die Behandlung und den Umgang bei BPS informiert zu sein (Netzwerkarbeit), damit eine bestmögliche Versorgung gewährleistet wird und die Helfenden vor Überforderungen geschützt werden (vgl. Schmidt, Rahn 2010, S. 13 ff.).

### **Selbsthilfegruppen und Internetportale**

„Alle Borderline-Betroffenen können durch Selbsthilfe in ihrem Leben so manches verändern und sich persönlich stabilisieren. Wir jedenfalls haben bisher niemanden kennen gelernt, der nicht durch eigenes Verhalten Einfluss auf seine Symptome und deren Konsequenzen nehmen konnte. Niemand ist Borderline hilflos ausgeliefert!“ (Knuf, Tilly 2011, S. 7). „Selbsthilfe ist kein Therapieersatz und soll auch keine Fremdhilfe ersetzen. Beides sind verschiedene, wenn auch sich ergänzende Hilfen bei psychischen Problemen“ (ebd., S. 9 f.).

Aus diesen vorangestellten Aussagen lässt sich ein weiteres Arbeitsfeld für die Soziale Arbeit ableiten, die in der Etablierung und Betreuung von Selbsthilfegruppen ihren Ausdruck findet. In den Selbsthilfegruppen können Betroffene die Erfahrung machen, nicht allein zu sein mit belastenden Konflikten und sich ständig wechselnden Gefühlslagen. Zudem können sie sich gegenseitig unterstützen und voneinander lernen. Dabei wäre jedoch auf jeden Fall darauf zu achten, dass ein lösungsorientierter Austausch bei Problemen besteht und dysfunktionale Interpretationen dessen nicht verstärkt werden. Selbsthilfegruppen bieten auch die Möglichkeit, die Öffentlichkeit über das Krankheitsbild zu informieren und



aufzuklären. Dies wäre im Hinblick auf die BPS von enormer Bedeutung, da die allgemeine Meinung in der Öffentlichkeit über Borderline- Störung eher mit negativen Assoziationen belegt ist (vgl. Bretzner 2014, S. 55 f.).

Eine sich bereits etablierte Form der Selbsthilfegruppe ist der Trialog. Dieser dient als Erfahrungs- und Wissensaustausch zwischen Angehörigen, Fachleuten und Betroffenen. Diese Form eröffnet eine weitere Dimension des gegenseitigen Verstehens, was zu einer Motivationssteigerung führen kann, die noch kommenden Krisen und Schwierigkeiten gemeinsam zu meistern. Um so einen Prozess in Gang zu bringen, ist es wichtig, dass sich alle Beteiligten, Betroffenen, Angehörigen und Fachleute auf Augenhöhe begegnen und so ihre Erfahrungen und ihr Wissen austauschen. Dies führt nicht nur zu Erkenntnisgewinnen aller Beteiligten, sondern auch zu einem neuen Umgang miteinander (vgl. Link 2010, S. 30 ff.). „Die trialogische Arbeit im Kontext der Borderline- Störung bedeutet beispielsweise, dass Hilfsangebote auch für Angehörige erarbeitet werden, Erfahrungswissen in Fortbildungen für Fachleute genutzt wird und Betroffene eine Vorbildfunktion für jüngere Betroffene einnehmen können“ (Link 2010, S. 31).

Die heutige Zeit wird mehr und mehr von der Digitalisierung geprägt und macht somit nicht Halt vor der Sozialen Arbeit. So besteht und erwächst immer mehr ein neuer Raum der sozialpädagogisch genutzt und begleitet werden kann und muss. In Bezug auf die Borderline- Persönlichkeitsstörung können die Etablierung und der Ausbau eines Internetportales durch Sozialarbeiter sehr sinnvoll sein. Hier können sich Betroffene und Angehörige austauschen und Informationen zu Anlaufstellen erhalten oder erste Hilfen bekommen. Um einen Missbrauch, Austausch von Selbstverletzungen oder Suizidabsichten vorzubeugen, sollte die Internetseite durch einen administrativen Sozialarbeiter überwacht und gegebenenfalls korrigierend eingegriffen werden (vgl. Bretzner 2014, S. 55 f.).

### **Öffentlichkeitsarbeit**

Um Veränderungen in der Gesellschaft gegenüber psychisch kranken Menschen zu erreichen, bedarf es der Öffentlichkeitsarbeit, welche auch ein Bereich der Sozialen Arbeit darstellt. Die derzeitige Meinung in der Bevölkerung über Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung ist überwiegend von Vorurteilen und Stigmatisierungen bis hin zu Diskriminierung geprägt. So werden sie nicht selten als „die Borderliner“ oder „Bordis“ oder „Emos“ bezeichnet, was die Betroffenen selbst

stark belasten kann. Zudem wird ihnen mitunter unterstellt unberechenbar, aggressiv, nicht heilbar oder aufmerksamkeitsüchtig zu sein. Diese Stigmata können zu einer sozialen Isolation führen und die dysfunktionalen Verhaltensmuster verstärken. Auch vor den Angehörigen, Freunden und Partnern von Menschen mit BPS machen solche Anfeindungen nicht halt und können die Beziehung zueinander stark beeinträchtigen. Aus diesen Gründen ist es wichtig, dass hier die Soziale Arbeit als eine Profession, die über Soziale Lagen berichtet und aufklärt, tätig wird. Als Methoden bieten sich hier objektive Berichte/Dokumentationen in den allgemeinen Medien an, Informationsveranstaltungen, bei denen Betroffene selbst mit anwesend sind, um aufzuklären, aber auch eine Petition zu Verbesserung der Situation der Betroffenen ist möglich (vgl. Bretzner 2014, S. 56 f.).

### **Angehörigenarbeit**

Da Familie, Freunde und Partner meist selbst unter der Erkrankung des Betroffenen leiden, ist die Beziehung zueinander oft ambivalent und konfliktbeladen. Auch können die Angehörigen unter der Belastung selbst erkranken und sich dann abwenden. Hier kann eine Unterstützung seitens der Sozialen Arbeit entlastend und unterstützend wirken. Möglichkeiten der Intervention sind wie bereits beschrieben der Dialog, die Vermittlung von Hilfsangeboten, geleitete Angehörigengruppen oder eine begleitende Zusammenführung. Bei der Zusammenführung der Betroffenen mit der Herkunftsfamilie oder dem Partnern ist darauf zu achten, dass keine Retraumatisierung stattfindet, falls komorbid eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) vorliegen sollte, da hier manchmal der Grund der Traumatisierung begründet ist. Deshalb sollte dies vorher genau mit dem Betroffenen und dem behandelnden Psychologen besprochen und geprüft werden und das mögliche Ziel bzw. Thema des Gespräches mit dem Patienten im Vorfeld besprochen werden (vgl. Bretzner 2014, S. 57 ff.).

### **Erlebnispädagogik**

„Erlebnispädagogik ist eine handlungsorientierte Methode und will durch exemplarische Lernprozesse, in denen junge Menschen vor physische, psychische und soziale Herausforderungen gestellt werden, diese jungen Menschen in ihrer Persönlichkeitsentwicklung fördern und sie dazu befähigen, ihre Lebenswelt verantwortlich zu gestalten“ (Michl 2011, S. 11).

Erlebnispädagogik kann unterstützend bei der Behandlung und Betreuung von BPS wirken, da hier die Menschen mit BPS einen neuen Bezug zu sich selbst, ihrer Umwelt sowie einen anderen Umgang mit Personen und Gruppen erfahren und dadurch verinnerlichen. Hierbei können die direkten Bezugstherapeuten mit den Erlebnispädagogen in Form eines Netzwerkes sich austauschen und ein spezifisches Programm entwickeln.

## **5. Schlussfolgerungen**

Die Versorgungssituation in Deutschland von Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung ist noch nicht zufriedenstellend. Derzeit gibt es noch nicht ausreichend Einrichtungen, die sich auf dieses Störungsbild spezialisiert haben und somit eine qualifizierte Behandlung und Unterstützung anbieten. Dadurch finden sich die Betroffenen in vielen Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit wieder, da bedingt durch ihr Störungsbild es zu Problemen kommt, die eine Unterstützung erforderlich machen. Hierbei kommt es in den verschiedenen Tätigkeitsfeldern der Sozialpädagogik zu teilweise starken Verwerfungen auf Seite der Helfenden, da meist nicht erkannt wird, dass bei dem Hilfesuchenden eine BPS vorliegt und spezielle Formen in der Hilfestellung sowie der Vorgehensweise nötig wären.

In der vorliegenden Arbeit wurden die diagnostischen Kriterien, das Behandlungskonzept der Dialektisch-Behavioralen Therapie und der Bezug der Sozialen Arbeit bei der BPS aufgezeigt. Hierbei stellte sich eine deutliche Diskrepanz zwischen den Professionen Medizin, Psychologie und Sozialer Arbeit dar. Während das Störungsbild der BPS und die Behandlung bei BPS von den Psychologen und Psychiatern gut untersucht und erforscht wurde, ist auf Seiten der Sozialen Arbeit nur wenig diesbezüglich zu finden. Es zeigt sich, dass die Klinische Sozialarbeit ihren Sachverstand auch in der Behandlung von BPS darstellen muss, um sich so als eigenständiger Bereich in der Behandlung abgrenzen zu können. Es wird sogar darüber diskutiert, ob die Klinische Sozialarbeit hier nicht die Rolle des Koordinators bei der Behandlung der BPS übernehmen könnte bzw. sollte. Eine Anlehnung an das Konzept der DBT wäre hier hilfreich, da dieses sehr viel Aspekte beinhaltet, die auch Anwendung in der Sozialen Arbeit finden könnte und eine Zusammenarbeit mit anderen Professionen erleichtern würde. Dabei wäre vor allem auf die dialektische

Grundhaltung und die Grundannahmen für das therapeutische Konzept der DBT zu achten. Ein einheitliches Konzept seitens der Sozialpädagogik kann zum einen als Forschungsgrundlage dienen, aber auch den tätigen Sozialarbeitern mehr Handlungsoptionen geben und somit mehr Sicherheit bieten im Umgang mit BPS. Eine zusätzliche Hilfestellung wäre die Anwendung von diagnostischen Hilfsmitteln in der Sozialen Arbeit, um es allen Arbeitsfeldern in der Sozialen Arbeit zu ermöglichen, das Vorliegen einer BPS zu erkennen und gezielt darauf zu reagieren. Dies ist deswegen von Bedeutung, da sich die Symptomatik bereits während der Adoleszenz entwickelt und etwa die Hälfte aller Betroffenen nicht durch stationäre oder ambulante Behandler vordiagnostiziert sind. Hieraus kann man ableiten, dass die Soziale Arbeit auch eine Vorsorgefunktion erfüllt. In Bezug auf die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist ein frühzeitiges Erkennen von sich anbahnenden Problemlagen und damit verbunden das erste Auftreten von dysfunktionalen Verhaltensmustern ein Schlüssel, um der Chronifizierung der Störung entgegenzuwirken.

Ein weiterer Schritt sich der Thematik BPS zu nähern und der sich daraus resultierenden Haltung der Sozialen Arbeit, wäre eine stärkere Einbindung von klinischen Aspekten in dem Bachelor Studiengang Soziale Arbeit. Hier kann schon sehr früh den zukünftig Tätigen Sozialpädagogen erweiterte Handlungsoptionen mitgegeben werden, um so den an sie gerichteten Forderungen gerecht zu werden. Als Einwand kann hier sicherlich die bereits jetzt schon sehr verdichtete Wissensvermittlung, bedingt durch den Bologna-Prozess reformierten Studienaufbau, angebracht werden und die Möglichkeiten sich nach dem Studium weiter zu qualifizieren oder sogar ein Masterstudiengang mit der Ausrichtung Klinische Sozialarbeit zu absolvieren. Jedoch besteht die hohe Wahrscheinlichkeit, dass auch in den Tätigkeitsfeldern der Kinder- und Jugendarbeit, der Leitung einer Kindereinrichtung, der Schuldner- oder Suchtberatung u.v.a.m. man mit Menschen mit BPS in Kontakt kommt. Des Weiteren dient eine Integration dessen in den Bachelor Studiengang als ein Schutz vor Überforderung und Überlastung im späteren Berufsleben und kann so eine Abkehr vom Berufsfeld Sozialer Arbeit und/oder einer Erkrankung vorbeugen.

Ein flächendeckender Aufbau eines Netzwerkes von den bereits tätigen Sozialarbeitern in der Behandlung von BPS ist durch die derzeit noch prekäre Lage bei der Versorgung ein wichtiges Instrument, um dies abzumildern. Auf ein solches

Netzwerk könnten dann alle aus den Tätigkeitsfeldern der Sozialen Arbeit zurückgreifen, vor allem diejenigen, die bereits jetzt in der direkten Betreuung von Menschen mit BPS arbeiten und nur ungenügenden Zugang zu Supervision und Intervention haben.

Abschließend bleibt festzuhalten, dass die Soziale Arbeit in der Behandlung von Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung noch eine klare Position finden muss, verbunden mit einer auf die speziellen Bedürfnisse angepassten Behandlungsstrategie. Keine andere Profession kann dies so sicherstellen, wie die Soziale Arbeit, da sie die Bezüge zu den Lebenswelten und Problemlagen herstellen kann, um dann Antworten zu finden, die für eine gemeinsame Entwicklung der Gesellschaft notwendig sind. Somit ist die Sozialpädagogik für die Betroffenen mit BPS eine Schlüsselfunktion in ihrer Behandlung, bei der Bewältigung ihrer Problemlagen und der Integration in die Gesellschaft.

## 6. Literaturverzeichnis

- Bohus, Martin (2002): Borderline-Störung. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe Verlag (Fortschritte der Psychotherapie. Band 14) (E-Book)
- Bohus, Martin; Reicherzer, Markus (2012): Ratgeber Borderline-Störung. Informationen für Betroffene und Angehörige. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe Verlag (Ratgeber zur Reihe Fortschritte der Psychotherapie. Band 24)
- Bohus, Martin; Wolf-Arehult, Martina (2014): Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten. Das Therapeutenmanual. 1. korrigierter Nachdruck der 2. Auflage 2013. Stuttgart: Schattauer GmbH
- Bosshard, Marianne; Ebert, Ursula; Lazarus, Horst (2010): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. 4. Überarbeitete Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH
- Bretzner, Damaris (2014): Die Borderline-Persönlichkeitsstörung im Handlungsfeld der sozialen Arbeit. Ein Überblick über Ursachen, Verlaufsformen und Interventionsmöglichkeiten. Hamburg: Diplomica Verlag GmbH
- Jungnitsch, Georg (2009): Klinische Psychologie. 2. überarbeitete Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH (Psychologie in der Sozialen Arbeit. Band 2) (E-Book)
- Kernberg, Otto F.; Dulz, Birger; Sachsse, Ulrich (2001): Handbuch der Borderline-Störungen. 1. unveränderter Nachdruck. Stuttgart: Schattauer GmbH
- Knuf, Andreas (Hg.) (2009): Leben auf der Grenze. Erfahrungen mit Borderline. 2. Auflage. Bonn: BALANCE buch + medien verlag GmbH & Co. KG
- Knuf, Andreas; Tilly, Christiane (2011): Borderline-Das Selbsthilfebuch. 5. Auflage. Bonn: BALANCE buch + medien verlag
- Koerner, Kelly (2013): Praxisbuch DBT. Strategien der Dialektisch-Behavioralen Therapie. 1. Auflage. Basel: Beltz Verlag

- Link, Anja (2010): Den Blickwechsel ändern, verstehen und lernen. Der dialogische Austausch über die Borderline-Störung. In: Kerbe. Forum für Sozialpsychiatrie. Themenschwerpunkt: Persönlichkeitsstörungen. Jg. 28, S. 30-32
- Michl, Werner (2011): Erlebnispädagogik. 2. Auflage. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag
- Mostisch, Brigitte-Karina (2011): Klinische Sozialarbeit und Soziale Arbeit im Krankenhaus. Gemeinsamkeiten und Unterschiede. Bachelorarbeit an der Hochschule Esslingen Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege.
- Ningel, Rainer (2011): Methoden der Klinischen Sozialarbeit. 1. Auflage. Bern, Stuttgart, Wien: Haupt Verlag
- Plößl, Irmgard; Knuf, Andreas (2010): Sozialpsychiatrie und Persönlichkeitsstörungen. In: Kerbe. Forum für Sozialpsychiatrie. Themenschwerpunkt: Persönlichkeitsstörungen. Jg. 28, S. 10-13
- Rahn, Ewald (2003): Borderline – Ratgeber für Betroffene und Angehörige. 5. Auflage. Bonn: Psychiatrie Verlag gGmbH
- Rahn, Ewald (2010): Basiswissen: Umgang mit Borderline-Patienten. 1. Auflage. Bonn: Psychiatrie Verlag GmbH
- Sachse, Rainer (2006): Persönlichkeitsstörungen verstehen. Zum Umgang mit schwierigen Klienten. Bonn: Psychiatrie Verlag GmbH
- Saß, Henning; Wittichen, Hans-Ulrich; Zaudig, Michael; Houben, Isabel: Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-IV-TR. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe Verlag

- Schmidt, Rosemarie; Rahn, Ewald (2010): Betreuung von Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Über die Zusammenarbeit zwischen sozialtherapeutischem Wohnheim und Klinik. In: Kerbe. Forum für Sozialpsychiatrie. Themenschwerpunkt: Persönlichkeitsstörungen. Jg. 28, S. 13-16
- Schwarzer, Wolfgang (Hg.) (2004): Lehrbuch der Sozialmedizin für Sozialarbeit, Sozial- und Heilpädagogik. 5. unveränd. Auflage. Dortmund: Löer Druck GmbH
- Sender, Ingrid (2008): Ratgeber Das Borderline-Syndrom. Wissenswertes für Betroffene und deren Angehörige. unveränderter Nachdruck. München: CIP-Medien
- Stiglmayr, Christian (2017): Die Dialektisch-Behaviorale Therapie bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: PSYCH up2date. Ausgabe 02, Volume 11, S. 151-164.
- Stiglmayr, Christian; Leihener, Florian (Hrsg.) (2015): Fallbuch DBT. 1. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Verlag (E-Book)
- Weigl, Nadine (2012): Die neue Klientenstruktur in psychiatrischen Settings – am Beispiel einer emotional instabilen Frau und der Therapie durch die Dialektisch-Behaviorale Therapie. Bachelorarbeit an der Hochschule für angewandte Wissenschaften Würzburg-Schweinfurt Fakultät Angewandte Sozialwissenschaften zur Erlangung des akademischen Grades.
- Weltgesundheitsorganisation (2006): Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Mit Glossar und Diagnostischen Kriterien ICD-10:DCR-10. Übersetzt und herausgegeben von H. Dilling und H.J. Freyberger nach dem englischsprachigen Pocket Guide von J.E. Cooper. 3. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage unter Berücksichtigung der German Modification (GM) der ICD-10. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG



## Erklärung

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Mittweida, 16.01.2018

André Sperlich