



KOMORBIDITÄT BORDERLINE-PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG UND SUBSTANZABHÄNGIGKEIT

Handlungsmöglichkeiten für die Professionellen der Sozialen
Arbeit in Beratungsgesprächen

Julie Brunnschweiler

Sozialarbeit | Bachelor-Arbeit der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit

Januar 2021

Bachelor-Arbeit
Ausbildungsgang **Sozialarbeit**
Kurs **VZ 2017 - 2021**

Julie Brunnschweiler

Komorbidität Borderline-Persönlichkeitsstörung und Substanzabhängigkeit

**Handlungsmöglichkeiten für die Professionellen der Sozialen Arbeit in
Beratungsgesprächen**

Diese Bachelor-Arbeit wurde im Januar 2021 eingereicht zur Erlangung des vom Fachhochschulrat der Hochschule Luzern ausgestellten Diploms für **Sozialarbeit**.

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Sie enthält die persönliche Stellungnahme des Autors/der Autorin bzw. der Autorinnen und Autoren.

Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung durch die Leitung Bachelor.

Reg. Nr.:

Originaldokument gespeichert auf LARA – Lucerne Open Access Repository and Archive der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern



Dieses Werk ist unter einem
Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz Lizenzvertrag
lizenziert.

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/>
Oder schicken Sie einen Brief an Creative Commons, 171 Second Street, Suite 300, San Francisco, California
95105, USA.

Urheberrechtlicher Hinweis

Dieses Dokument steht unter einer Lizenz der Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle
Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz <http://creativecommons.org/>

Sie dürfen:



Teilen — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten
Zu den folgenden Bedingungen:



Namensnennung — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur
Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder
angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber
unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.



Nicht kommerziell — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.



Keine Bearbeitungen — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt
aufbauen dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.
Im Falle einer Verbreitung müssen Sie anderen die Lizenzbedingungen, unter welche dieses Werk fällt,
mitteilen.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers
dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Eine ausführliche Fassung des Lizenzvertrags befindet sich unter <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/legalcode.de>

Vorwort der Schulleitung

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Sozialarbeiterisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher nahe liegend, dass die Diplomandinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Sozialarbeiter/innen mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im Januar 2021

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit
Leitung Bachelor

Abstract

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) ist eine der am häufigsten diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen. Betroffene ecken in ihrem Alltag an und ihr Verhalten kann von Ausenstehenden häufig nicht eingeordnet werden. Die BPS geht mit einer hohen Rate komorbider psychischer Erkrankungen einher. Eine der häufigsten ist die Substanzabhängigkeit (SuAb). Die vorliegende Literaturarbeit vermittelt Fachwissen zu den Krankheitsbildern BPS und SuAb sowie deren Komorbidität. Sie geht der Frage nach, wie die Professionellen der Sozialen Arbeit Menschen mit der Komorbidität BPS und SuAb in Beratungsgesprächen optimal unterstützen können. Dazu wurden krankheitsspezifische Verhaltensmuster von Personen mit einer BPS herausgearbeitet und mit denjenigen substanzabhängiger Personen verglichen. Es zeigte sich, dass solche komorbide Klient_innen oft impulsiv sind. Folgen sind u.a. eine mangelnde Gefühlskontrolle und Beziehungsabbrüche. Betroffene weisen eine erhöhte Rate suizidalen Verhaltens, ein mangelndes Selbstwertgefühl und krankheitsspezifische Abwehrmechanismen auf. Diese Verhaltensweisen machen die sozialarbeiterische Beratung zu einer grossen Herausforderung. Für die Professionellen der Sozialen Arbeit bedeutet dies, dass sie sich insbesondere zur Beziehungsgestaltung und zum Umgang mit Krisensituationen krankheitsspezifische Kompetenzen aneignen müssen.

Danksagung

Herzlich bedankt sich die Autorin bei Suzanne Lischer für ihren fachlichen Input zur Thematik Sucht. In informativen Fachpoolgesprächen leistete sie Hilfestellungen zur Ausarbeitung und Eingrenzung der Fragestellung, ermöglichte den Zugang zu Fachliteratur und übte freundliche Kritik.

Ein weiterer Dank geht an Andreas Pfister für das Fachpoolgespräch, seine hilfreichen Tipps zu effizientem Schreiben und die abschliessende fachliche Beurteilung.

Bei Christian Roth bedankt sich die Autorin für das sorgfältige Lektorat. Mit seiner Aussenperspektive ermöglichte er eine qualitative Verbesserung der Arbeit.

Ein herzlicher Dank ist auch an Cécile Brunnschweiler gerichtet. In Telefongesprächen ebnete sie der Autorin mehrfach den Weg durch Schreibblockaden und gab entscheidende Inputs.

Nicht zuletzt möchte sich die Autorin bei engen Freund_innen für ihre Unterstützung, ihr geduldiges Zuhören und ihre Nachsicht während des intensiven Schreibprozesses bedanken.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	I
Danksagung	II
Inhaltsverzeichnis	III
Abbildungsverzeichnis	V
Tabellenverzeichnis	V
1 Einleitung	1
1.1 Ausgangslage	1
1.2 Motivation	2
1.3 Ziel der Arbeit und Berufsrelevanz	3
1.4 Fragestellungen	3
1.5 Aufbau der Arbeit	4
2 Substanzabhängigkeit	6
2.1 Begriffsklärungen	6
2.2 Symptomatik der Substanzabhängigkeit	7
2.2.1 Diagnostik	7
2.2.2 Epidemiologie	9
2.2.3 Ursachen.....	9
2.2.4 Behandlung.....	13
2.2.5 Verlauf	15
3 Borderline-Persönlichkeitsstörung	16
3.1 Persönlichkeitsstörungen im Überblick	16
3.2 Symptomatik der Borderline-Persönlichkeitsstörung	17
3.2.1 Diagnostik	17
3.2.2 Epidemiologie	18
3.2.3 Ursachen.....	19
3.2.4 Behandlung.....	20
3.2.5 Verlauf	22
3.3 Krankheitsspezifische Verhaltensmuster	23
3.3.1 Störung der Impulskontrolle.....	23
3.3.2 Körperliche Selbstverletzung.....	24
3.3.3 Chronische Suizidalität	24
3.3.4 Identitätsstörungen	25
3.3.5 Agieren	27
3.3.6 Spaltung.....	28
3.3.7 Dissoziation.....	29
4 Komorbidität	31
4.1 Begriffserklärungen	31
4.2 Komorbidität Substanzabhängigkeit und Borderline-Persönlichkeitsstörung	31
4.2.1 Komorbiditätsmodelle	32
4.2.2 Behandlung.....	33
4.3 Herausfordernde Verhaltensmuster	34
4.3.1 Störung der Impulskontrolle.....	35

4.3.2	Selbstgefährdung.....	36
4.3.3	Identitätsstörung.....	37
4.3.4	Abwehrmechanismen.....	38
4.3.5	Depression.....	39
5	Grundlagen der sozialarbeiterischen Beratung.....	41
5.1	Beratung allgemein	41
5.2	Sozialarbeiterische Beratung	43
5.2.1	Differenzierung zwischen psychosozialer Beratung und Psychotherapie	45
5.2.2	Menschenbild der Sozialen Arbeit.....	48
5.2.3	Gesundheits- und Krankheitsverständnis der Sozialen Arbeit	49
6	Handlungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit.....	51
6.1	Allgemeine Grundhaltungen	51
6.2	Störung der Impulskontrolle: Gefühlskontrolle & Beziehungsabbrüche	53
6.3	Selbstgefährdung: Suizidalität & körperliche Folgeschäden	56
6.4	Identitätsstörung: Selbstwert & Ambivalenz.....	59
6.5	Abwehrmechanismen: Agieren & Spaltung.....	62
7	Schlussfolgerungen	65
7.1	Beantwortung der Fragestellungen.....	65
7.2	Schlussfolgerungen für die Soziale Arbeit	68
7.3	Ausblick.....	70
	Literaturverzeichnis	71

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Begrifflichkeiten im Überblick	7
Abbildung 2	Drei-Faktoren-Modell der Suchtentwicklung	10
Abbildung 3	Vier-Faktoren-Modell der Suchtentwicklung	12
Abbildung 4	Sechs-Faktoren-Modell der Suchtentwicklung	12
Abbildung 5	Hierarchisierung der Behandlungsfokuse der BDT	21
Abbildung 6	Komorbiditätsmodelle von Sucht und BPS	32
Abbildung 7	Interdisziplinarität von Beratung	42
Abbildung 8	Beratung als Brücke zwischen Problem- und Hilfesystem	44
Abbildung 9	Verhältnis zwischen psychosozialer Beratung und Psychotherapie	45
Abbildung 10	Das biopsychosoziale Modell	49
Abbildung 11	Vier Säulen des Selbstwerts	59

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10	17
Tabelle 2	Die sieben Dimensionen der Validierung	61

1 Einleitung

In der Einleitung wird in die Thematik der Komorbidität Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) und Substanzabhängigkeit (SuAb) eingeführt. Anschliessend werden die Motivation der Autorin zur Erarbeitung dieser Thematik transparent gemacht, das Ziel und die Berufsrelevanz aufgezeigt und die Fragestellungen ausformuliert. Zum Schluss erfolgt die Skizzierung des Ablaufes und eine kurze Erläuterung des Inhalts der einzelnen Kapitel.

1.1 Ausgangslage

Menschen haben unterschiedliche Persönlichkeiten, Verhaltensmuster und Eigenschaften. Betroffene von einer Persönlichkeitsstörung weisen von der Norm abweichende, tief verwurzelte und dauerhafte Verhaltensmuster auf. Auch zeigen sie deutliche Defizite in der Wahrnehmung, im Denken, Fühlen und in der Beziehung zu anderen. Sie reagieren oft mit starren, geradezu dogmatischen Verhaltensweisen, welche sich stark auf ihre persönlichen und sozialen Lebenslagen auswirken (Miriam Löhr & Rico Schnabel, 2016, S.139). Epidemiologische Studien gehen bei Persönlichkeitsstörungen von einer Prävalenz von ca. 10% in der Allgemeinbevölkerung aus (Timothy J. Trull, Seungmin Jahng, Rachel L. Tomko, Phillip K. Wood & Kenneth J. Sher, 2010, S.421). Im klinischen Rahmen ist die BPS eine der am häufigsten diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen (Mark Zimmermann, Louis Rothschild & Iwona Chelminski, 2005, S.1911). Trull et al. (2010) gehen in ihrer in den USA durchgeführten Studie davon aus, dass die BPS 2,7% der Erwachsenen betrifft (S. 421). In anderen Studien werden teilweise etwas tiefere Zahlen genannt¹. Die BPS geht mit einer hohen Suizidrate und einer hohen Rate an komorbiden psychischen Erkrankungen einher. Eine der häufigsten ist die SuAb (Sabine Frauenknecht, Friederike Mayer-Bruns & Klaus Lieb, 2016, S.392-396). Statistisch gesehen entwickeln 78% der Erwachsenen mit einer BPS in ihrem Leben auch eine substanzbezogene Abhängigkeit (inkl. Tabak) (Rachel L. Tomko, Timothy J. Trull, Phillip K. Wood & Kenneth J. Sher, 2014, S.734). Aus Deutschland gibt es eine Studie, welche die komorbide SuAb von Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung untersucht, wobei die BPS jedoch nicht einzeln beurteilt wurde. Diese Studie kommt zum Resultat, dass durchschnittlich 54% tabakabhängig, 47% alkoholabhängig und 22% drogenabhängig sind (Trull et al., 2010, S.422).

¹ Vgl. Svenn Torgersen, Einar Kringlen & Victoria Cramer, 2001; Jana Volkert, Thorsten-Christian Gablonski & Sven Rabung, 2018

Personen, die beide Krankheitsbilder aufweisen, sind impulsiver, zeigen höhere Raten suizidalen Verhaltens (Scott T. Wilson, Eric A. Fertuck, Abbie Kwitel, Melissa C. Stanley & Barbara Stanley, 2006, S.189) und brechen Behandlungen häufiger ab (Matthew T. Tull & Kim L. Gratz, 2012, S.97). Thorsten Kienast, Jutta Stoffers, Felix Bempohl und Klaus Lieb (2014) vertreten die Meinung, dass diese Klient_innen einen besonderen therapeutischen Ansatz benötigen (S.280).

Die Autorin dieser Bachelor Arbeit geht davon aus, dass die Professionellen der Sozialen Arbeit aufgrund der weiten Verbreitung des komorbiden Auftretens beider Krankheitsbilder häufig und in verschiedenen Settings auf Menschen mit einer komorbiden Krankheitssituation treffen. Weiter nimmt sie an, dass sich die Beratung dieser Menschen einerseits komplex gestaltet und andererseits vielen Sozialarbeiter_innen Fachwissen zu den speziellen Anforderungen dieser Klientel fehlt. Aufgrund dieser Annahmen möchte die Autorin krankheitsspezifisches Wissen vermittelt und Handlungsmöglichkeiten aufzeigen, die den Sozialarbeitenden in der Beratung solcher Klient_innen Orientierung bieten können.

1.2 Motivation

Im Rahmen des Studiums an der «Hochschule Luzern – Soziale Arbeit» war es der Autorin möglich ein Praktikum bei der Fachstelle Suchthilfe des Sozialdienstes der Stadt Bern zu absolvieren. Dadurch entstanden diverse Begegnungen mit Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung, primär einer SuAb. Bei einigen dieser Klient_innen lag zusätzlich eine BPS-Diagnose vor. Die Beratung dieser Klientel erwies sich oft als herausfordernd. Viele der Betroffenen befanden sich in komplexen Lebenssituationen und zeigten sich anfälliger einen Rückfall zu erleiden. Beide Krankheitsbilder schienen sich stark auf die verschiedenen Lebensbereiche auszuwirken. Die Autorin stiess in der Beratung immer wieder an Grenzen. Sie stellte sich die Frage, was sie aufgrund der komorbiden Erkrankung anders machen musste, worauf sie Acht geben musste und wie sie gezielte Hilfestellungen leisten konnte. Die Unsicherheit seitens der Autorin und die fehlende Zeit sich vertieft mit der Thematik auseinander zu setzen, motivierten sie diese Thematik in ihrer Bachelor Arbeit aufzugreifen. Sie ist der Meinung, dass die Komorbidität beider Krankheitsbilder in der Praxis zu wenig Beachtung erhält, Fachwissen dazu fehlt und dieser Klientel nicht selten mit Hilflosigkeit und Stigmatisierung begegnet wird. Weiter möchte sie herausarbeiten, wie die Professionellen der Sozialen Arbeit ihre Beratungstätigkeit krankheitsspezifisch professionalisieren kann.

Die Autorin kann sich vorstellen nach dem Studium im Arbeitsfeld der Suchthilfe erwerbstätig zu sein. Die Auseinandersetzung mit den Themen BPS und SuAb fungiert insofern auch als fachliche Weiterbildung für den möglichen zukünftigen Arbeitsalltag.

1.3 Ziel der Arbeit und Berufsrelevanz

Die Professionellen der Sozialen Arbeit sind in verschiedenen Arbeitsfeldern tätig. Die Wahrscheinlichkeit Klient_innen mit einer BPS und einer komorbiden SuAb in der Beratung anzutreffen ist, wie in Kapitel 1.1 beschrieben, hoch. Damit die Professionellen der Sozialen Arbeit diese Menschen in ihrer individuellen Lebensführung begleiten, beraten und unterstützen können, sind verschiedene Kompetenzen notwendig. Es muss Fachwissen zu den Krankheitsbildern und deren Auswirkung auf die Lebensführung vorhanden sein. Zudem müssen die Professionellen der Sozialen Arbeit über Wissen zum Umgang mit Betroffenen verfügen.

Die vorliegende Arbeit soll einerseits Informationen zu den einzelnen Krankheitsbildern und deren Komorbidität vermitteln und andererseits Handlungsmöglichkeiten zum Umgang mit komorbiden Klient_innen aufzeigen. Die Autorin nimmt an, dass bei den Professionellen der Sozialen Arbeit weniger Wissen bezüglich der BPS vorhanden ist, als bezüglich der SuAb. Der Fokus dieser Arbeit liegt daher auf der BPS. Die Sensibilisierung für die Thematik soll ermöglichen, dass die Komorbidität im Arbeitsalltag schneller erkannt und zur Sprache gebracht werden kann.

Diese Bachelor Arbeit richtet sich primär an Studierende der Sozialen Arbeit und Berufsanfänger_innen, die sich für ihre Tätigkeit im sozialen Bereich fachlich stärken möchten. Sie kann jedoch auch für bereits länger ausgebildete Sozialarbeiter_innen und andere Fachpersonen, die in beratender Funktion arbeiten, hilfreich sein.

1.4 Fragestellungen

Aufgrund dieser Ausführungen ergeben sich für die Autorin folgende Fragestellungen:

Welche Auswirkungen hat die Komorbidität Borderline-Persönlichkeitsstörung und Substanzabhängigkeit auf die Beratung?

→ Kapitel 2 bis 4

Was wird aus sozialarbeiterischer Sicht unter Beratung verstanden?

→ Kapitel 5

Wie können Professionelle der Sozialen Arbeit Menschen mit der Komorbidität Borderline-Persönlichkeitsstörung und Substanzabhängigkeit in Beratungsgesprächen unterstützen?

→ Kapitel 6

1.5 Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Bachelor Arbeit wurde mittels einer Literaturrecherche geschrieben und ist in folgende sieben Kapitel unterteilt:

Im **1. Kapitel** wird in die Thematik eingeführt und die Motivation der Autorin zur Wahl des Themas dargelegt. Zudem werden das Ziel der Arbeit sowie die Berufsrelevanz aufgezeigt und die zentralen Fragestellungen ausformuliert.

Im **2. Kapitel** erfolgt eine Einführung in das Krankheitsbild der SuAb. Zentrale Begriffe werden definiert und die Diagnosekriterien aufgezeigt. Es wird auf die Verbreitung der Krankheit eingegangen und die Ursachen, die Behandlung und der Verlauf werden ausgeführt. Um im Rahmen dieser Bachelor Arbeit zu bleiben und da sich die verwendete Fachliteratur mehrheitlich auf das ICD-10 bezieht, führt die Autorin ausschliesslich in die Diagnosekriterien anhand des ICD-10 ein. Ausgeklammert werden das DSM-5, das ICF und das ICD-11, welches voraussichtlich im Januar 2022 in Kraft tritt (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte [BfArM], ohne Datum).

Im **3. Kapitel** folgt eine Einführung in das Krankheitsbild der BPS. Dazu wird zuerst ein kurzer Überblick über die verschiedenen Persönlichkeitsstörungen gegeben. Danach wird, anhand der gleichen Systematik wie im vorhergegangenen Kapitel, auf die Diagnostik (ICD-10), die Epidemiologie, die Ursachen, die Behandlung und den Verlauf eingegangen. Anschliessend werden anhand eines Literaturvergleiches mögliche krankheitsspezifische Verhaltensmuster der BPS aufgezeigt.

Aufbauend auf den Erkenntnissen aus den vorangegangenen Kapiteln wird im **4. Kapitel** die Komorbidität der Krankheitsbilder BPS und SuAb aufgegriffen. Komorbiditätsmodelle und Behandlungsmöglichkeiten werden aufgezeigt und es wird diskutiert inwiefern die krankheitsspezifischen Verhaltensmuster von Klient_innen mit einer BPS auch bei Klient_innen mit einer SuAb auftreten und wie eine mögliche Wechselwirkung aussieht.

Das **5. Kapitel** geht auf die sozialarbeiterische Beratung ein. Es wird unterschieden zwischen psychosozialer Beratung und Psychotherapie. Zudem werden das Menschenbild und das Gesundheits- und Krankheitsverständnis der Sozialen Arbeit ausgeführt.

Mittels einer Integration der Erkenntnisse aus den vorhergegangenen Kapiteln werden im **6. Kapitel** Handlungsmöglichkeiten herausgearbeitet, die im Umgang mit komorbiden Klient_innen berücksichtigt werden sollten.

Abgeschlossen wird die Bachelor Arbeit im **7. Kapitel** mit der Beantwortung der Fragestellungen, Schlussfolgerungen für die Soziale Arbeit und einem Ausblick darauf, wie die Thematik künftig weiter behandelt werden könnte.

2 Substanzabhängigkeit

Unter SuAb sind substanzgebundene Süchte zu verstehen. Um den Rahmen dieser Bachelor Arbeit nicht zu sprengen, beschränkt sich die Autorin mehrheitlich auf die Alkoholabhängigkeit. Verhaltenssüchte wie beispielsweise Esssucht, Glücksspielsucht, Sexsucht oder Kaufsucht spielen in Bezug auf die BPS ebenfalls eine Rolle, werden jedoch bewusst ausgeklammert. Die unter Kapitel 6 formulierten Handlungsmöglichkeiten für Beratungsgespräche der Sozialen Arbeit sind sinngemäss auch für andere substanzgebundene Süchte und Verhaltenssüchte gültig.

2.1 Begriffsklärungen

Felix Tretter (2017) schreibt, dass es in der Natur des Menschen liegt Lustzustände anzustreben und Schmerzzuständen auszuweichen. Der Mensch macht folglich nur Dinge gern, die Lust bereiten bzw. Unlust reduzieren. Schnell entsteht der Wunsch das angenehm wirkende Verhalten zu intensivieren. An dieser Stelle kommen psychoaktive Substanzen (also Stoffe, die das Erlebte positiv verändern) zum Zuge (S.1).

Das Wort «Sucht» stammt von dem altgermanischen Wort «siech», welches «Leiden an einer Krankheit» bedeutet. Die WHO hat sich 1964 dafür ausgesprochen den Begriff «Sucht», u.a. aufgrund seines negativen Untertons, nicht mehr zu gebrauchen und stattdessen die Bezeichnung «Abhängigkeit» zu verwenden (Kai Wendt, 2017, S.1). Heute werden noch immer beide Begriffe verwendet und sind grundsätzlich gleichzusetzen. In dieser Arbeit werden sie synonym verwendet.

Tretter (2017) plädiert dafür, dass es keinen genauen Punkt gibt, ab dem jemand abhängig ist. Vielmehr besteht ein gleitender Übergang vom gelegentlichen Verhalten, zum gewohnheitsmässigen Verhalten, über den Missbrauch (Überschreitung des bestimmungsmässigen Gebrauchs) bzw. den schädlichen Gebrauch (körperliche, psychische oder soziale Folgeschäden) bis schliesslich zur Abhängigkeit. Abhängiges Verhalten ist demzufolge der Extrempol des Konsumverhaltens. Es ist nicht mehr kontrollierbar, sondern läuft automatisch, beinahe reflexhaft ab. Angetrieben durch das süchtige Verlangen (Craving) ordnet sich der Verstand dem Verlangen unter. Das abhängige Verhalten ist also weitgehend vom Verstand entkoppelt (S.3-4). Auch Wendt (2017) beschreibt Abhängigkeit als menschliche Eigenschaft in ihrem extremsten Ausmass. Weiter betont er, dass Abhängigkeit keine Frage der Willenskraft oder eine schlechte Angewohnheit ist, sondern eine schwere psychische Erkrankung. Suchtkranke

können ebenso wenig wie beispielsweise an Schizophrenie erkrankte Menschen von heute auf morgen damit «aufhören» (S.2-3).

Die nachfolgende Abbildung 1 orientiert sich an den Begriffen, die in der Nationalen Strategie Sucht (Bundesamts für Gesundheit [BAG], 2015) verwendet werden und strebt an einen Überblick über die verschiedenen Ausdrücke bezüglich «Abhängigkeit» zu bieten:

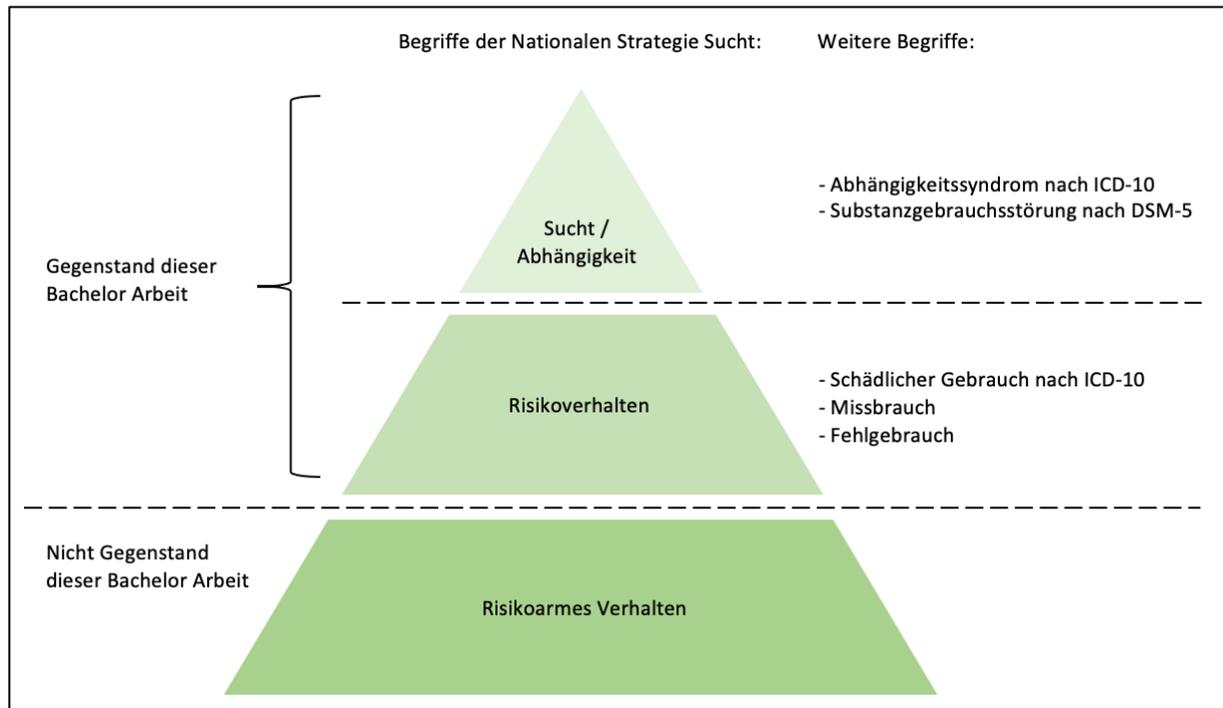


Abbildung 1: Begrifflichkeiten im Überblick (leicht modifiziert nach Ecoplan, 2019, S.14)

2.2 Symptomatik der Substanzabhängigkeit

In diesem Kapitel erfolgt eine Einführung in das Krankheitsbild der SuAb, mit einem Schwerpunkt auf der Alkoholabhängigkeit.

2.2.1 Diagnostik

Eine allgemeinverbindliche Definition von SuAb liegt nicht vor. Klare diagnostische Kriterien finden sich allerdings im ICD-10 Katalog (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Dieser unterscheidet zwischen «schädlichem Gebrauch» und dem «Abhängigkeitssyndrom» (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI], 2020a).

Von **schädlichem Gebrauch** wird bei einem Substanzkonsummuster, welches Gesundheitsschäden verursacht, ohne dass die Kriterien einer Abhängigkeit bereits erfüllt sind, gespro-

chen. Diese Gesundheitsschäden können physischer (z.B. Hepatitis durch intravenösen Substanzkonsum) oder psychischer Art (z.B. depressive Episoden nach starkem Alkoholkonsum) sein (DIMDI, 2020a).

Mit **Abhängigkeit** ist das Phänomen gemeint, bei welchem die betroffene Person gewohnte Verhaltensweisen zugunsten des Konsums einer Substanz vernachlässigt. Charakteristisch für eine Abhängigkeit ist der starke bis übermächtige Wunsch die Substanz zu konsumieren (ebd.).

Der ICD-10 Katalog formuliert sechs Kriterien, von welchen für die Diagnosestellung einer SuAb mindestens drei irgendwann während des letzten Jahres erfüllt sein müssen:

1. Starkes Verlangen die Substanz zu konsumieren
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Konsums
3. körperliche Entzugssymptome
4. Toleranzentwicklung
5. Zunehmende Vernachlässigung anderer Aktivitäten und Verpflichtungen
6. Anhaltender Substanzkonsum trotz schädlicher Folgen (ebd.).

Die Verhaltenssuchte werden von diesen Kriterien nicht miteingeschlossen. Das ICD-10 fasst die Verhaltenssuchte unter dem Kapitel «Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle» zusammen (Wendt, 2017, S.270). Im amerikanischen Klassifikationssystem DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder) wird von «Substanzgebrauchsstörung» gesprochen. Zur Diagnosestellung werden elf Kriterien genannt (Wendt, 2017, S.8). Diese Kriterien schliessen im Gegensatz zum ICD-10 auch die Verhaltenssuchte mit ein (BAG, 2015, S.13).

Von der WHO gibt es ein weiteres Klassifikationssystem, namens «Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit» (ICF). Dieses erscheint der Autorin ein sinnvolles Manual, da es sich weniger auf die Defizite des_der Einzelnen und mehr auf die vorhandenen Ressourcen bezieht. Das ICD-10 hat, nach Meinung der Autorin, diesbezüglich eine gewisse Einseitigkeit und vernachlässigt diesen Blickwinkel.

2.2.2 Epidemiologie

Alkohol gilt in der Schweiz als Genussmittel und wird als solches auch ausgiebig beworben. Eine Alkoholabhängigkeit erzeugt bei den Betroffenen und ihrem sozialen Umfeld jedoch viel Leid und hat für die Gesellschaft gravierende Auswirkungen. So wird jede sechste psychische Erkrankung von einem Alkoholproblem begleitet und bei der Hälfte aller Straftaten wurde Alkohol konsumiert (BAG, 2015, S.1). 2016 konsumierte ca. 86% der Schweizer Bevölkerung ab 15 Jahren Alkohol. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass ca. 14% der Schweizer Bevölkerung keinen Alkohol trank. Diese Personen sind in der Minderheit und ihr Verzicht stösst teilweise auf Unverständnis (Gerhard Gmel, Hervé Kuendig, Luca Notari & Christiane Gmel, 2017, S.21-22).

Rund die Hälfte der Bevölkerung konsumierte 2016 einmal pro Woche und knapp 1/10 sogar jeden Tag Alkohol. Zumindest einmal im Monat punktuell risikoreich² (Rauschtrinken) tranken 20.7%. Zumindest einmal in der Woche punktuell risikoreich tranken 10%. Chronisch risikoreich³ tranken 4.3% (ebd.). Das BAG schätzt, dass in der Schweiz 250'000 bis 300'000 Personen alkoholabhängig sind und jede dritte Person in der Schweiz mindestens eine Person mit Alkoholproblemen in ihrem Umfeld hat. Der Anteil der alkoholbedingten Todesfälle an allen Todesfällen liegt bei Männern bei ca. 10% und bei Frauen bei ca. 5% (BAG, ohne Datum).

Berücksichtigt man Alkohol, Tabak und Drogen, dann betragen die gesellschaftlichen Kosten der SuAb in der Schweiz jährlich 7.6 Milliarden Schweizerfranken (3.9 Mrd. Tabak, 2.8 Mrd. Alkohol und 0.9 Mrd. Drogen). 60% der verursachten Kosten fallen als direkte Kosten (u.a. Strafverfolgung) an. Ein Grossteil davon im Gesundheitswesen durch alkoholbedingte Krankheiten, Unfälle und Suchtbehandlungen. 2017 machten diese Kosten 4.5% der gesamten Gesundheitsausgaben der Schweiz aus. Die restlichen 40% ergeben sich aufgrund von Produktivitätsverlusten wie vorzeitige Todesfälle, Krankheit oder frühzeitige Pensionierung und fallen als indirekte Kosten an (Barbara Fischer, Beatrice Mäder & Harry Telser, 2020, S.85).

2.2.3 Ursachen

Menschliches Verhalten wird zu einem grossen Teil durch ein hochkomplexes Belohnungssystem im Gehirn (mesolimbisches System) gesteuert. Immer wenn wir etwas sehr erfreuliches

² Für Frauen definiert als 4 Standardgetränke oder mehr bei einer Gelegenheit und bei Männern 5 Standardgetränke oder mehr. Ein Standardgetränk entspricht ungefähr 10-12 g Reinalkohol (z.B. 3 dl Bier oder 1 dl Wein).

³ Für Frauen definiert als >20 g/Tag Reinalkohol und für Männer >40 g/Tag.

oder lustvolles tun (z.B. Nahrungsaufnahme) wird dieses System aktiviert. Rauschmittel stimulieren dieses System ebenfalls. Dadurch entsteht der meist als sehr angenehm empfundene Rauschzustand. Bei regelmässigem Konsum ergibt sich ein Wiederholungseffekt und die betroffene Person verspürt den Wunsch bis hin zum unbändigen Verlangen, dieses Gefühl erneut zu erleben. Dies ist die Grundlage des «Cravings» welches umgangssprachlich auch «Suchtdruck» genannt wird (Wendt, 2017, S.14). Tretter (2017) macht darauf aufmerksam, dass bei der Suche nach der Ursache von SuAb folgendes bedacht werden muss: Nicht jede angenehm wirkende Substanz führt zu gleich vielen Süchtigen, nicht alle Suchtmittelkonsumierenden werden abhängig und nicht überall auf der Welt gibt es Suchtkranke. Es stellt sich also die Frage, ob sich das individuelle Suchtrisiko eher durch die konsumierte Droge, biologische Faktoren, psychische Faktoren, soziokulturelle Faktoren oder ökonomische Faktoren ergibt (S.49-50).

Grundsätzlich geht Tretter (2017) von einem Drei-Faktoren-Modell aus (siehe Abbildung 2). Darin bedingt sich das individuelle Suchtrisiko durch das Wechselspiel von Merkmalen der Droge, der Person und der Umwelt (S.52).

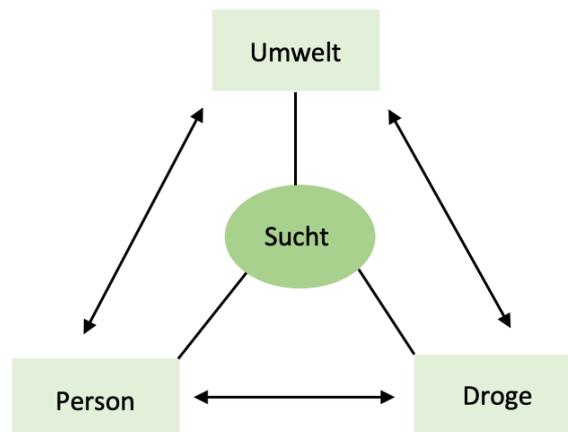


Abbildung 2: Drei-Faktoren-Modell der Suchtentwicklung (leicht modifiziert nach Tretter, 2017, S.52)

Droge

Einige Drogen weisen ein grösseres Abhängigkeitspotential auf als andere. So macht Crystal Meth beispielsweise um einiges schneller süchtig als Coffein. Hinzu kommt, dass nicht alle Drogen gleich verfügbar sind. Alkohol ist in den meisten Ländern jederzeit zu kaufen. Auch Cannabis ist weit verbreitet, jedoch nicht immer verfügbar. Heroin wiederum ist bereits um einiges schwieriger zu beschaffen. Nicht zuletzt spielt auch der Preis eine zentrale Rolle. So

haben beispielsweise Kokain und Amphetamine zwar eine ähnliche Wirkung, das um einiges teurere Kokain wird jedoch weniger oft konsumiert als die preisgünstigeren Amphetamine (Wendt, 2017, S.16-17).

Person

Man weiss heute, dass genetische Komponenten bei der Entstehung einer Sucht eine Rolle spielen. So haben Kinder suchtkranker Eltern selbst dann ein erhöhtes Suchtrisiko, wenn sie in einem nicht konsumierenden Umfeld aufwachsen. Hinzu kommt, dass Personen mit einer bereits bestehenden psychischen Erkrankung (insbesondere Persönlichkeitsstörungen, depressive Störungen und Angststörungen) ebenfalls ein erhöhtes persönliches Suchtrisiko aufweisen. Die Suchtforschung geht davon aus, dass bezüglich der Entwicklung einer Sucht zudem Lern- bzw. Konditionierungsprozesse eine grosse Rolle einnehmen (ebd.).

Umwelt

Das individuelle Suchtrisiko wird auch durch die persönlichen Lebensumstände beeinflusst. Hier nehmen u.a. das Verhalten Gleichaltriger, der Konsum des Umfeldes, Gesetze, soziale Normen und Traditionen Einfluss (Wendt, 2017, S.18). Auch Otto-Michael Lesch und Henriette Walter (2009) identifizieren verschiedene suchtfördernde Umweltfaktoren. Dies sind u.a. ein alkoholpermissives Klima, soziale Unsicherheit bezüglich Ausbildung und Arbeitsstelle, Wertvorstellungen der Familie und der Peers, Veränderungen der Familienstrukturen (z.B. Scheidung) und grosse Unterschiede des Einkommensverhältnisses allgemein sowie zwischen den Geschlechtern (S.18).

In einer differenzierteren Darstellung (siehe Abbildung 3) unterteilt Tretter (2017) die Merkmale der Person in psychische und physische Faktoren (S.52). Dies entspricht auch dem biopsychosoziale Krankheitsmodell (siehe Kapitel 5.2.3).

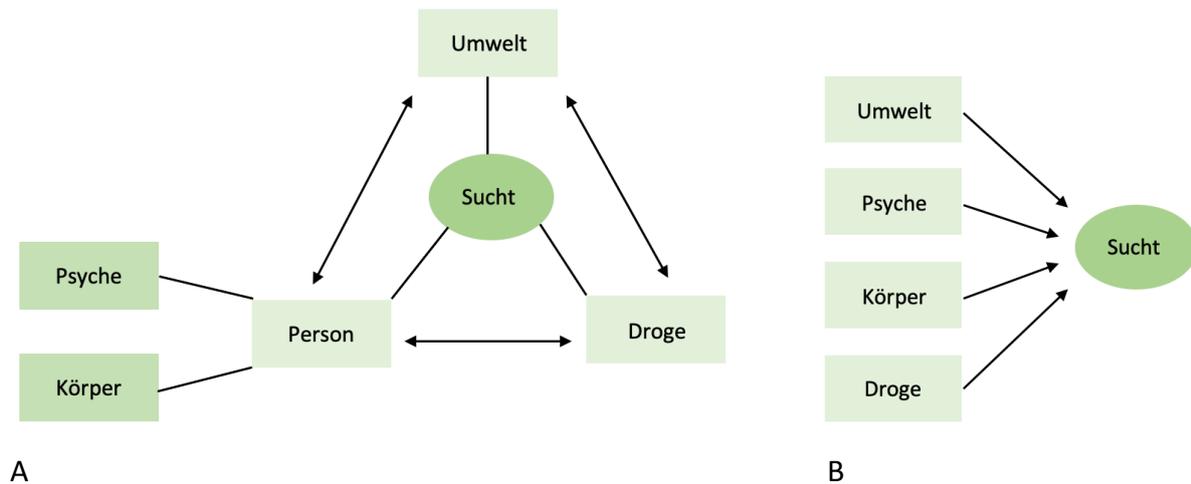


Abbildung 3: Vier-Faktoren-Modell der Suchtentwicklung (leicht modifiziert nach Tretter, 2017, S.53)

Die Suchtforschung hat gezeigt, dass diese Modelle zwar nicht falsch sind, es allerdings noch sehr viele weitere Aspekte gibt, welche für die Entstehung einer Sucht massgebend sind. In der Praxis bezieht man sich deshalb auf Multi-Faktoren-Modelle der Sucht (siehe Abbildung 4). Mittels dieser Modelle wird versucht eine möglichst grosse Anzahl von Wirkgrössen zu ermitteln und anschliessend wieder auf eine überschaubare Anzahl an Einzelfaktoren zurückzuführen (Tretter, 2017, S.56-57).

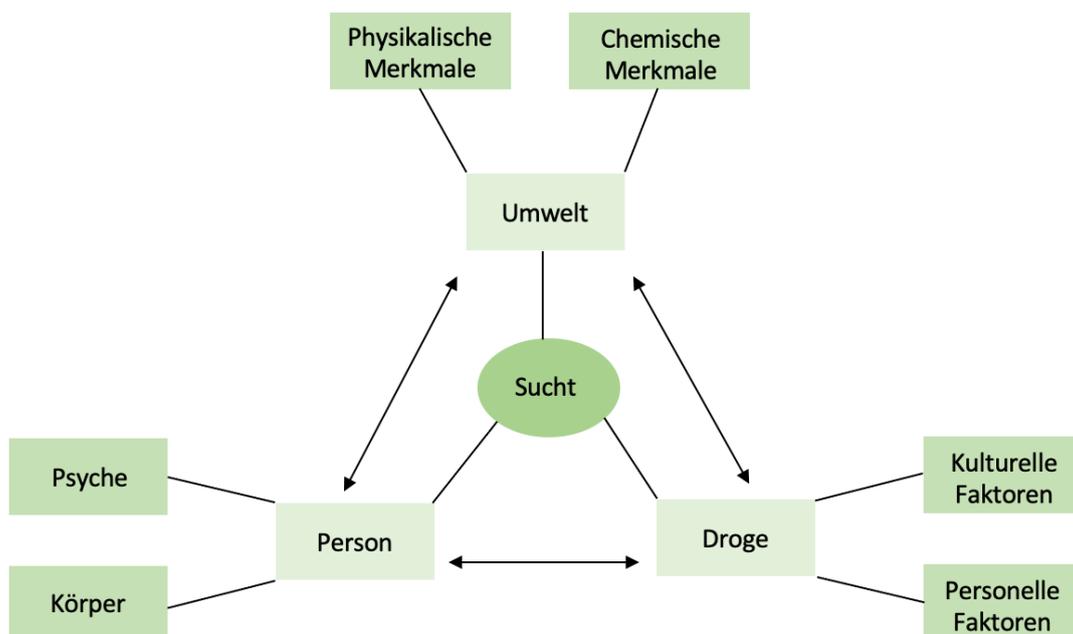


Abbildung 4: Sechs-Faktoren-Modell der Suchtentwicklung (leicht modifiziert nach Tretter, 2017, S.56)

2.2.4 Behandlung

Die Therapie einer SuAb erfolgt klassischerweise anhand eines Stufenmodells. In der Regel werden folgende vier Phasen unterschieden:

- Kontaktphase (auch Motivationsphase oder Informationsphase)
- Entgiftungsphase (auch Entzugsphase)
- Entwöhnungsphase
- Nachsorgephase (Wendt, 2017, S.19-21)

In der Praxis verlaufen die Phasen meist nicht streng chronologisch ab. Betroffene wechseln oft auch wieder zurück in eine der vorherigen Phasen und viele benötigen mehrere Therapien, um ihre Abhängigkeit zu kontrollieren (ebd.).

Kontaktphase

Wie der Name bereits andeutet, geht es hier primär darum den Kontakt zu der suchtkranken Person herzustellen. Da viele Betroffene den exzessiven Konsum vor sich selbst und ihrer Umwelt verleugnen oder das Ausmass bagatellisieren, kann dieser Kontakt schwer herstellbar sein und es dauert teilweise lange bis ein Kontakt zum Suchthilfesystem entsteht. Viele Beratungsstellen sowie auch Entzugsstationen bemühen sich ihr Angebot möglichst niederschwellig zu gestalten. An dieser Stelle müssen sich auch die Hausärztinnen und Hausärzte ihrer Stellung bewusst sein. Gerade sie können oft den Weg zu weiterführenden Hilfsangeboten ebnen. Wurde der Kontakt hergestellt, geht es im Folgenden um Beratung, Aufklärung, die Vermittlung eines Problembewusstseins und darum Veränderungsmotivation aufzubauen (Wendt, 2017, S.21-25).

Entgiftungsphase

In dieser Phase geht es um die Erreichung einer (Teil-)Abstinenz. Die Entgiftungsphase muss nicht zwingend in einem Krankenhaus erfolgen, sondern kann unter gewissen Bedingungen auch ambulant mittels Unterstützung durch die Hausärztin oder den Hausarzt stattfinden. Ein «kalter Entzug» alleine Zuhause kann unter Umständen gefährlich sein. Wird der Entzug in stationärer Behandlung durchgeführt, kann dies in einer spezialisierten Entzugsstation oder in einem Allgemeinkrankenhaus erfolgen. Eine qualifizierte Entzugsstation bietet im Gegensatz zum Allgemeinkrankenhaus neben der rein medizinischen Behandlung der Entzugssymptome

auch Möglichkeiten sich aktiv mit der SuAb und dem Konsumverhalten auseinanderzusetzen (Wendt, 2017, S.21-25).

Entwöhnungsphase

Die Entwöhnungsphase schliesst optimalerweise gleich an die Entgiftungsphase an. Während es in der vorherigen Phase primär um den körperlichen Entzug ging, folgt nun die Auseinandersetzung damit, wie die betroffene Person in ihrem neuen Alltag zurechtkommen kann und insbesondere in stressigen Situationen nicht zum Alkohol greift. Für eine dauerhafte Abstinenz braucht es eine tiefgreifende Verhaltensänderung. Diese wird meist mittels einer Psychotherapie angestrebt und im Rahmen einer stationären, teilstationären oder ambulanten Therapie durchgeführt. Die betroffene Person muss sich in Gruppen- und Einzelgesprächen mit ihrem bisherigen Verhalten, ihrer Persönlichkeit und ihrer Sucht auseinandersetzen. Dieser Prozess kann mitunter sehr anstrengend und unangenehm sein (Wendt, 2017, S.31-34). Angewendet werden insbesondere die motivierende Gesprächsführung von William R. Miller und Stephen Rollnick (2015) und Theoriebildungen aus der kognitiven Verhaltenstherapie (Anil Batra, Karl F. Mann, Michael M. Berner & Arthur Günthner, 2015, S.302). Grundannahme der motivierenden Gesprächsführung ist, dass durch das Herausarbeiten und Auflösen von Ambivalenzen Verhaltensänderung herbeigeführt werden können (Miller & Rollnick, 2015, S. 20-21). Begleitet wird die Psychotherapie durch zahlreiche andere Therapieangebote wie Ergotherapie, Arbeitstherapie, Sporttherapie oder Kunsttherapie (Wendt, 2017, S.31-34).

Nachsorgephase

Ziel dieser Phase ist die Stabilisierung des abstinenten Zustandes. Neben Ärzt_innen, Psycholog_innen, Beratungsstellen, Sozialdiensten und Arbeitgebenden kommen Selbsthilfegruppen eine wichtige Rolle zu. Für Schwerstabhängige und Personen mit komorbiden Erkrankungen (siehe Kapitel 4.1) können auch therapeutische Wohngemeinschaften oder betreute Wohngruppen eine interessante Option sein. Diese Phase ist ebenso wichtig wie die vorausgegangenen, denn Sucht ist eine chronische Erkrankung, die nicht heilbar ist. Die Kontrolle über die Symptome zu behalten wird zu einem das Leben begleitenden Ziel. Das bedeutet gleichsam, dass die Rückfallgefahr stets bestehen bleibt (Wendt, 2017, S.39-40). Neben psychotherapeutischen Interventionen sind auch Selbsthilfegruppen, sozialarbeiterische Beratungen mit

individuellem Case-Management, Milieuthérapie und multidimensionale Familientherapie hilfreich (Marc Walter et. al., 2015, S.203).

2.2.5 Verlauf

Johannes Lindenmeyer (2005) unterscheidet zwischen drei typischen Verlaufsformen einer Alkoholabhängigkeit: die fortschreitende Verschlechterung, der kontrollierte Alkoholkonsum bzw. die Abstinenz und das Pendeln zwischen Abstinenz und schweren Trinkphasen (S.9). Auch Christian Klicpera und Barbara Gasteiger-Klicpera (2007) schreiben, dass ein phasenweiser Verlauf typisch für eine Alkoholabhängigkeit ist (S.184).

Der Verlauf und die Prognose einer Suchterkrankung sind von verschiedenen Faktoren abhängig. Barbara Schneider und Tilman Wetterling (2016) werten folgende als zentral:

- der Beginn des Gebrauchs der Substanz,
- der Beginn des abhängigen Gebrauchs der Substanz,
- die Länge des Gebrauchs,
- das Gebrauchsmuster,
- die Art des Gebrauchs (oral, nasal etc.),
- der Gebrauch weiterer Substanzen,
- das Vorliegen einer psychiatrischen Komorbidität,
- die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten,
- das soziale Umfeld,
- zusätzliche körperliche Erkrankungen und
- das Suizidrisiko (S.59-60).

Eine Studie aus Norddeutschland zeigt, dass es durchschnittlich 40% der alkoholabhängigen Personen gelingt ihre Sucht ohne formelle Hilfe zu kontrollieren (Gallus Bischof, Hans-Jürgen Rumpf, Christian Meyer, Ulfert Hapke & Ulrich John, 2005, S.405). Diese Personen wiesen vor der Verbesserung eine schwerere Abhängigkeit, weniger sozialen Druck durch die Familie und das soziale Umfeld und eine stabilere Beschäftigungssituation auf (Gallus Bischof, Hans-Jürgen Rumpf, Ulfert Hapke, Christian Meyer & Ulrich John, 2000, S.54). In einer Follow-up-Studie zwei Jahre später befanden sich noch immer 90% in einer stabil abstinenten Situation (Hans-Jürgen Rumpf, Gallus Bischof, Ulfert Hapke, Christian Meyer & Ulrich John, 2006, S.311).

3 Borderline-Persönlichkeitsstörung

Da es unterschiedliche Arten der Persönlichkeitsstörung gibt erfolgt als erstes ein Überblick über die verschiedenen Persönlichkeitsstörungen, bevor auf die BPS eingegangen wird.

3.1 Persönlichkeitsstörungen im Überblick

Frauenknecht et al. (2016) definieren Persönlichkeit folgendermassen:

Unter der Persönlichkeit eines Menschen versteht man die individuelle Konstellation seiner Eigenschaften, seine unverwechselbare Art, zu denken, zu empfinden und Beziehungen zu gestalten. Sie macht das Verhalten eines Menschen in spezifischen Situationen erklärbar oder vorhersehbar und ermöglicht Überleben, Wachstum und Anpassung an veränderte Lebensbedingungen. Die Persönlichkeitsentwicklung resultiert aus dem Zusammenspiel von genetisch-biologischen Voraussetzungen mit psychosozialen und physikalischen Umgebungsbedingungen. Nach heutiger Auffassung stellt die Persönlichkeitsentwicklung und -reife einen über das ganze Leben andauernden Prozess dar (S.377).

Wenn gewisse Eigenschaften, Verhaltensweisen, intuitive Reaktionen und Denkmuster einer Person so sehr ausgeprägt sind, dass sie ein situationsangepasstes Verhalten behindern, dann spricht man von einer Persönlichkeitsstörung. Diese Eigenschaften und Verhaltensweisen weichen i.d.R. deutlich von den sozialen und kulturellen Normen des Umfeldes ab und Betroffene neigen dazu, auf persönliche und soziale Lebenslagen mit denselben starren Verhaltensmustern zu reagieren, unabhängig davon, ob sie erfolgreich sind oder nicht. Dies kann für die Person selbst und/oder ihr Umfeld zu erheblichem Leid führen (ebd.). Im ICD-10 wird kein konkretes Alter genannt, ab dem eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden kann. Laut Löhr und Schnabel (2016) treten Persönlichkeitsstörungen jedoch spätestens ab Beginn des frühen Erwachsenenalters auf. Spät oder periodisch erfolgende Persönlichkeitsstörungen gibt es nicht (S.141). Erfolgt erst im Erwachsenenalter, beispielsweise aufgrund einer Hirnverletzungen oder Extremsituation (z.B. Folter) eine dauerhafte Veränderung der Persönlichkeit, wird dies nicht als Persönlichkeitsstörung, sondern als andauernde Persönlichkeitsänderung diagnostiziert (Franz Caspar, Irena Pjanic & Stefan Westermann, 2018, S.131).

Im ICD-10 werden acht Untergruppen von spezifischen Persönlichkeitsstörungen unterschieden (siehe Tabelle 1). Zusätzlich gibt es die Diagnosen sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen (F60.8), nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung (F60.9) und kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen (F61) (DIMDI, 2020a).

ICD-10 Kodierung	Persönlichkeitsstörungen
F60.0	Paranoide Persönlichkeitsstörung
F60.1	Schizoide Persönlichkeitsstörung
F60.2	Dissoziale Persönlichkeitsstörung
F60.3	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung
F60.4	Histrionische Persönlichkeitsstörung
F60.5	Anankastische (zwanghafte) Persönlichkeitsstörung
F60.6	Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung
F60.7	Abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung

Tabelle 1: Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10 (eigene Darstellung nach DIMDI, 2020b)

3.2 Symptomatik der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Die emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F60.3) wird im ICD-10 in zwei weitere Untertypen unterteilt. Dies sind einerseits der impulsive Typ und andererseits der Borderline-Typ (Frauenknecht et al., 2016, S.391). Zweiterer ist Inhalt des nachfolgenden Kapitels.

3.2.1 Diagnostik

Im ICD-10 werden verschiedene allgemeine diagnostische Leitlinien einer Persönlichkeitsstörung genannt:

1. Die Einstellungen und Verhaltensweisen der Betroffenen weichen deutlich von geltenden Normen ab.
2. Die abweichenden Verhaltensweisen sind andauernd und können nicht auf eine andere psychische Erkrankung zurückgeführt werden.
3. Die abweichenden Verhaltensweisen sind ausgeprägt und in vielen persönlichen und sozialen Situationen eindeutig unpassend.
4. Die abweichenden Verhaltensweisen haben im späten Kindesalter oder in der Adoleszenz begonnen
5. Es besteht persönlicher Leidensdruck.

6. Die abweichenden Verhaltensweisen haben negative Auswirkungen auf die soziale und berufliche Leistungsfähigkeit (Frauenknecht et al., 2016, S.378; DIMDI, 2020b).

Zur Diagnose einer BPS müssen mehrere der zuvor aufgeführten allgemeinen diagnostischen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung erfüllt sein. Zudem müssen laut Frauenknecht et al. (2016) zur Diagnose des impulsiven Typs mindestens drei der folgenden fünf Kriterien vorliegen:

1. Unerwartetes Handeln ohne Rücksicht auf die Konsequenzen,
2. verstärkte Konfliktbereitschaft, insbesondere wenn impulsive Handlungen unterbunden oder getadelt werden,
3. mangelnde Impulskontrolle bzw. eine Neigung zu Wut- und Gewaltausbrüchen,
4. Handlungen, die nicht unmittelbar belohnt werden, werden schnell aufgegeben und/oder
5. unbeständige und launenhafte Stimmungen (S.393).

Darüber hinaus müssen noch zwei der folgenden Eigenschaften erfüllt sein:

- Störungen und Unsicherheit des Selbstbildes, der Ziele und der „inneren Präferenzen“,
- eine Neigung sich auf intensive, jedoch unbeständige Beziehungen einzulassen,
- übertriebene Bemühungen, das Verlassenwerden zu vermeiden,
- wiederholte Drohungen oder Handlungen mit Selbstbeschädigung und/oder
- ein anhaltendes Gefühl von Leere (ebd.).

Das ICD-11 unterzieht die Diagnostik der BPS einer grundlegenden Revision und kategorisiert sie neu anhand milder, moderater und starker Persönlichkeitsstörungen (WHO, 2020), wobei für die BPS die Kriterien des DSM-5 übernommen werden (Martin Bohus, 2019, S.4). Dieses tritt jedoch, wie bereits erwähnt, erst im Januar 2022 in Kraft (BfArM, ohne Datum).

Eine Abgrenzung der BPS von anderen Krankheitsbildern (Differenzialdiagnostik) ist u.a. in Otto F. Kernberg und Frank E. Yeomans (2011) zu finden.

3.2.2 Epidemiologie

Die BPS ist eine häufig auftretende psychiatrische Erkrankung. Die Prävalenz liegt je nach Studie zwischen 0.7% und 2.7% der Gesamtbevölkerung (Torgersen et al., 2001; Trull et al.,

2010; Volkert et al., 2018). Werden die Zahlen zum klinischen Bereich betrachtet, betrifft die BPS ungefähr jede zehnte ambulant behandelte Person. Bei den stationären Patient_innen sind es zwischen 14% und 20% und bei forensischen Patient_innen zwischen 60% und 80% (Anthony W. Bateman & Peter Fonagy, 2014, S.32). Bezüglich der geschlechtsspezifischen Prävalenz der BPS besteht Unklarheit. Bohus (2019) schreibt, dass das Geschlechterverhältnis in etwa ausgeglichen ist, Frauen mit einer BPS sich jedoch häufiger therapeutische Unterstützung suchen und so vermehrt in Studien auftauchen. Männer mit einer BPS hingegen suchen seltener Hilfe, begehen häufiger eine Straftat und sind überdurchschnittlich oft in Justiz-Vollzugsanstalten anzutreffen (S.12). Tomko et al. (2014) forschten in ihrer Studie zu den demographischen Merkmalen der BPS und stellten fest, dass Personen mit niedrigerem Einkommen, jüngerem Alter (unter 30 Jahren), tieferem Bildungsniveau und getrennt, geschieden oder verwitwet lebende Personen ein leicht erhöhtes Risiko für eine BPS haben (S.739).

3.2.3 Ursachen

Die Ursachen der BPS sind bisher nur in Ansätzen geklärt und werden momentan durch ein komplexes Zusammenspiel verschiedener Faktoren erklärt. Frauenknecht et al. (2016) unterscheiden zwischen psychosozialen und biologischen Risikofaktoren (S.393).

Als häufigste **psychosozialen Risikofaktoren** nennen sie sexuelle Gewalterfahrungen (ca. 60%), nichtsexualisierte körperliche Gewalterfahrungen (ca. 60%) und schwere Vernachlässigung (ca. 40%) (Mary C. Zanarini et al., 1997, S.1103-1105). Auch die Abwesenheit einer zweiten Bezugsperson, die Geborgenheit bietet und Wahrnehmungen und Empfindungen zurückspiegelt, kann die Entwicklung einer BPS begünstigen. Grundsätzlich kann eine BPS jedoch auch bei Menschen ohne traumatische Erfahrungen entstehen (Frauenknecht et al., 2016, S.393). Bohus (2019) sieht dies ähnlich. Er vermutet, dass eine Differenz im persönlichen Bedürfnis nach emotionalem Abgleich und der tatsächlichen sozialen Wirklichkeit oft ausreicht, um die Entwicklung einer BPS zu begünstigen und erklärt dies wie folgt: «Sehr intensive Emotionen erzeugen ein sehr starkes Bedürfnis nach Verständnis bei anderen, und selbst wenn dieses Verständnis bei den anderen völlig normal entwickelt ist, kann es sein, dass es als nicht ausreichend erlebt wird» (S.15). Wiederholt sich dieses frustrierende Erlebnis, dann festigt sich ein Selbstkonzept, sich von allen anderen zu unterscheiden, nicht Teil von

ihnen zu sein und sich nicht auf andere verlassen zu können. Basierend auf diesen Grundannahmen können sich die BPS-typischen Eigenschaften entwickeln (ebd.).

Biologischen Risikofaktoren: Es gilt als bewiesen, dass die Gene einen Einfluss auf die Entwicklung einer Gefühlslabilität, Impulsivität und dissoziativer Zustände (Zustände, in denen man nicht sich selbst ist) haben. Auch konnten bei Betroffenen Hinweise auf Verkleinerungen und veränderte Aktivitäten in Teilen des Gehirns sowie teilweise eine stark erhöhte Schmerzschwelle nachgewiesen werden (Frauenknecht et al., 2016, S.394). Bohus (2019) weist darauf hin, dass viele Eltern von Personen mit einer BPS glaubhaft berichten, dass ihr Kind bereits früh eine hohe emotionale Sensitivität aufwies. Es zeigen sich u.U. deutliche Unterschiede zwischen dem subjektiven Empfinden der emotionalen Vernachlässigung der von einer BPS betroffenen Person gegenüber der Einschätzung der Eltern (S.16).

Es wird angenommen, dass die genannten Risikofaktoren und deren Wechselwirkungen zur Entwicklung dysfunktionaler Grundannahmen (z.B. «ich bin ein schlechter Mensch», «mein Leben ist nichts wert», «niemand mag mich») führen. Diese falschen Grundannahmen beeinträchtigen eine richtige Interpretation psychosozialer Situationen und resultieren in ungeeigneten Bewältigungsstrategien (z. B. Demonstration von Hilflosigkeit, Selbstverletzung, Essanfall). Kurzfristig führen diese Bewältigungsstrategien zu einer Linderung des Leidens. Langfristig fördern sie jedoch die psychische Instabilität (z.B. depressive Symptome aufgrund gestörten Essverhaltens oder eine Abhängigkeitserkrankung), verhindern positive Lernerfahrungen und beeinträchtigen die Verarbeitung und Relativierung früherer traumatischer Erfahrungen. Folgen dieses Verlaufs sind oft ein grundsätzliches Misstrauen gegenüber Mitmenschen und das Empfinden der Welt als bedrohlich und unvorhersehbar (ebd.).

3.2.4 Behandlung

Zur Behandlung von Personen mit einer BPS werden primär psychotherapeutische Verfahren gewählt. Laut Frauenknecht et al. (2016) gelten heute folgende Therapieverfahren als wirksam (S.395):

- Die dialektisch-behaviorale Therapie (von Marsha M. Linehan)
- Die übertragungsfokussierte Psychotherapie (von Otto F. Kernberg)
- Die mentalisierungsbasierte Therapie (von Anthony W. Bateman & Peter Fonagy)

- Die schemafokussierte Therapie (von Jeffrey Young, Janet Klosko & Marjorie Weishaar)

Diesen Therapieformen ist gemeinsam, dass sie Therapieverträge abschliessen, in denen klare Regeln festgelegt werden zum Umgang mit Kriseninterventionen, Störungen der therapeutischen Rahmenbedingungen und auftretender Suizidalität. Auch verfügen sie über eine Hierarchisierung der Behandlungsfokusse (Martin Bohus et al., 2015, S.723).

Dialektisch-behaviorale Therapie

Die Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) ist bei der BPS das wissenschaftlich am besten abgesicherte Therapieverfahren. Die DBT geht bei der BPS von einer Dysfunktion der Affektregulation aus. Ziel der DBT ist die Erarbeitung von Kompetenzen in den Bereichen Spannungstoleranz, Emotionsregulation, zwischenmenschliche Beziehungen und Konzentration (Frauenknecht et al., 2016, S.395). Sie integriert Methoden aus der Verhaltenstherapie, der kognitiven Therapie, der Gestalttherapie, der Hypnotherapie und der Achtsamkeits-Praxis (Bohus, 2019, S.20). Die Behandlungsfokusse sind, wie in Abbildung 5 visualisiert, hierarchisch geordnet (Bohus et al., 2015, S.725).

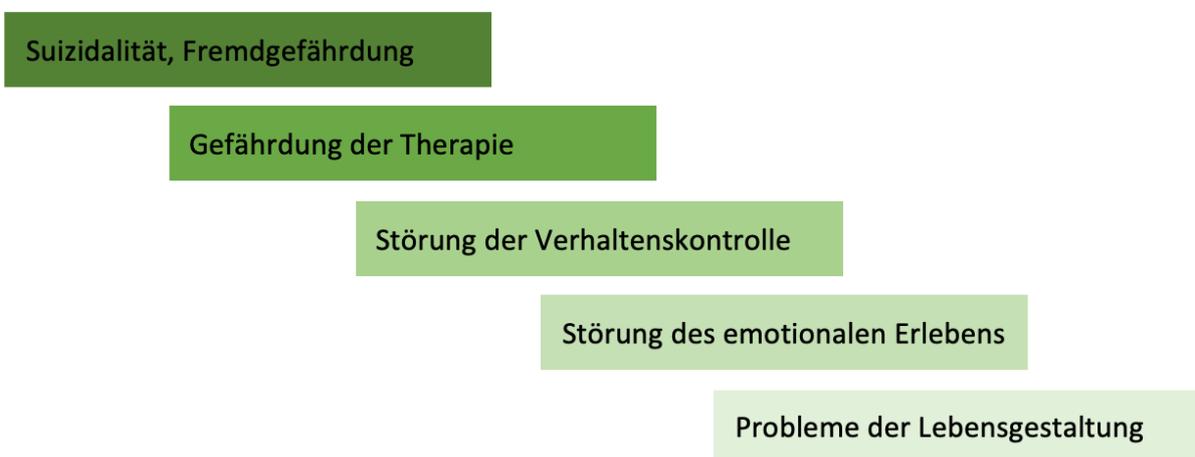


Abbildung 5: Hierarchisierung der Behandlungsfokusse der DBT (leicht modifiziert nach Bohus et al., 2015, S.725)

Übertragungsfokussierte Psychotherapie

Die Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP) ist eine krankheitsspezifisch modifizierte Form der Psychotherapie, die sich auf Objektbeziehungen und Übertragungen fokussiert (Bohus et al., 2015, S.728). Objektbeziehungen (Beziehungen des Subjekts zur Umwelt), die zu ständig wiederkehrenden maladaptiven Verhaltensauffälligkeiten führen, sollen verändert

und in ein differenzierteres Identitätsempfinden integriert werden (Frank E. Yeomans & Diana Diamond, 2011, S.549). Die wissenschaftliche Basis der Übertragungsfokussierte Psychotherapie ist eher gering. Zudem weist sie eine hohe Abbruchquote auf (Bohus et al., 2015, S.728).

Mentalisierungsbasierte Therapie

Die Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) betrachtet die Mentalisierungsfähigkeit als vermindert und zielt auf eine Verbesserung derselben ab. Mit Mentalisierung ist die Fähigkeit gemeint eigenes Erleben sowie innere Prozesse anderer Menschen zu erkennen und zu interpretieren. Die MBT geht davon aus, dass eine verbesserte Mentalisierungsfähigkeit Voraussetzung für eine bessere Affekt- und Impulskontrolle sowie ein verbessertes Beziehungsleben ist (Bohus et al., 2015, S.727). Die Wirksamkeit der MBT ist evidenzbasiert, setzt allerdings im Vergleich zur DBT später ein (Frauenknecht et al., 2016, S.395).

Schemafokussierte Therapie

Die Schemafokussierte Therapie (SFT) sieht die Ursache der Entwicklung einer BPS in negativen Kindheitserlebnissen und den daraus entstehenden maladaptiven Schemata. Ziel der SFT ist es diese Schemata zu identifizieren und zu verändern. Mittels Studien konnte eine signifikante Überlegenheit der SFT gegenüber der TFP belegt werden (Bohus et al., 2015, S.727).

3.2.5 Verlauf

Charakteristisch für den Verlauf einer BPS ist der Beginn in der frühen Adoleszenz, ein Maximum an psychischer Symptomatik um das 25. Lebensjahr und ein Rückgang mit steigendem Alter. Ebenfalls typisch sind komorbide psychische Erkrankungen, insbesondere depressive Symptome, Angststörungen, Posttraumatische Belastungsstörung, Essstörungen und, Thema dieser Bachelor Arbeit, Substanzabhängigkeiten (Frauenknecht et al., 2016, S.392). Mary C. Zanarini, Frances R. Frankenburg, Donald Bradford Reich und Garrett Fitzmaurice (2010) begleiteten in ihrer Langzeitstudie 290 zu Beginn stationäre Patient_innen mit einer BPS, welche keine krankheitsspezifische Psychotherapie erhielten. Sie kommen zu dem Schluss, dass knapp die Hälfte der untersuchten Personen eine stabile Symptomreduzierung und adäquates soziales und berufliches Verhalten erreichte (S.663). In einer Langzeitstudie zur MBT kommen Anthony W. Bateman und Peter Fonagy (2008) zum Resultat, dass 5 Jahre nach

Beendigung der Therapie noch 13% die diagnostischen Kriterien erfüllen. In der Kontrollgruppe ohne krankheitsspezifische Psychotherapie waren es 87% (S.631). Frauenknecht et al. (2016) weisen darauf hin, dass viele Patient_innen auch Jahre nach einer Behandlung noch erhebliche soziale Probleme aufweisen und die Suizidrate mit 5-8% hoch ist (S.396).

3.3 Krankheitsspezifische Verhaltensmuster

Aufgrund eines Literaturvergleiches erscheinen der Autorin folgende BPS-spezifische Verhaltensweisen als zentral:

- Störung der Impulskontrolle
- Körperliche Selbstverletzung
- Chronische Suizidalität
- Identitätsstörung
- Agieren
- Spaltung
- Dissoziationen

In den nachfolgenden Kapiteln wird diese Auflistung diskutiert.

3.3.1 Störung der Impulskontrolle

Laut Wendt (2017) sind die Gefühle von Menschen mit einer BPS sehr chaotisch und Betroffene haben Schwierigkeiten diese zu kontrollieren. Typisch ist eine niedrige Reizschwelle zur Auslösung emotionaler Reaktionen, ein hoher Erregungsgrad und ein verlangsamtes Abklingen der Emotionen. Dabei kann die Gefühlslage innert weniger Augenblicke wechseln. In solchen Momenten haben Personen mit einer BPS Mühe das Ausmass der Gefühle zu kontrollieren und es kann zu plötzlichen, aggressiven Ausbrüchen kommen (S.138). Bateman und Fonagy (2014) sehen in Impulshandlungen den Versuch emotionale Zustände zu kontrollieren (S.335). Beziehungen von Personen mit einer BPS gestalten sich entsprechend turbulent und konflikthaft. Ihnen unterliegt ein Wechsel zwischen dem Bedürfnis nach Nähe und abrupter Distanz (Frauenknecht et al., 2016, S.392). Dies spiegelt sich auch in hohen Abbruchsquoten bei nicht krankheitsspezifisch ausgebildeten Therapeut_innen wieder (Bohus et al., 2015, S.721).

Mit der Störung der Impulskontrolle geht auch eine tiefe Frustrationstoleranz einher. Diese kann dazu führen, dass ein belangloser Bedürfnisaufschub zu einer, für Aussenstehende unverständlichen, erbosten Reaktion führt (Marcus Damm, 2012, S.79).

3.3.2 Körperliche Selbstverletzung

Betroffene von einer BPS haben oft grosse Schwierigkeiten verschiedene Gefühle (Wut, Enttäuschung, Ärger, Traurigkeit etc.) differenziert wahrzunehmen. Insbesondere negative Gefühle werden als extrem unangenehme und langanhaltende Spannungszustände wahrgenommen. Aufgrund dieser Anspannungszustände können sich mitunter extreme körperliche Reaktionen zeigen, u.U. sogar psychotische Symptome (Wendt, 2017, S.138). Gleichzeitig erzählen viele Personen mit einer BPS von unerträglichen Zuständen innerer emotionaler Leere und Depressivität. Betroffene machen oft die Erfahrung, durch körperliche Selbstverletzung diese Spannungszustände unterbrechen und regulieren zu können. Selbstverletzendes Verhalten kann sehr unterschiedlich aussehen, z.B. oberflächliches schneiden, Verbrennen (mit einer Zigarette), Verhinderung der Wundheilung oder Haarausreißen (Frauenknecht et al., 2016, S.392). Auch Störungen des Essverhaltens (wie beispielsweise Essanfälle mit anschliessendem Erbrechen), riskantes Sexualverhalten und u.U. auch sehr extreme Handlungen, wie balancieren auf Brückengeländern oder rasen im Strassenverkehr können vorkommen. Viele Menschen mit einer BPS verwenden auch Alkohol oder andere Drogen zur Spannungsregulation (Wendt, 2017, S.139). Alle diese Strategien sind allerdings nur kurzfristig wirksam und langfristig nicht funktional (Bohus et al., 2015, S.721).

Es gibt jedoch auch andere Gründe für selbstverletzendes Verhalten. So können dadurch u.U. bedrohliche Impulse (wie Suizidalität) abgewendet, depressive Stimmungen besser ertragen und Dissoziationen beendet werden oder es kann zur Selbstbestrafung oder als Appell an das Umfeld dienen (Ewald Rahn, 2001, S.116).

3.3.3 Chronische Suizidalität

Typisch für Personen mit einer BPS sind bestimmte Überzeugungen und negative Grundannahmen wie beispielsweise «ich bin ein schlechter Mensch», «ich bin schuld» oder «ich bin nichts wert, mein Leben ist wertlos». Die Folgen sind oft Suizidgedanken und/oder Suizidhandlungen (Wendt, 2017, S.138). Insbesondere chronische Suizidvorstellung sind typisch (Bohus et al., 2015, S.721) und während des Krankheitsverlaufes unterschiedlich stark ausgeprägt. Sie

nehmen zu, wenn die Lebensereignisse belastend sind und ab, wenn die Umstände sich entspannen (Joel Paris, 2019, S.225). Frauenknecht et al. (2016) sprechen bei Personen mit einer BPS von einer Suizidrate zwischen 5-8%. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ist dies deutlich erhöht (S.393-394). Laut Paul H. Soloff, Kevin G. Lynch, Thomas M. Kelly, Kevin M. Malone und J. John Mann (2000) begeht eine Person mit einer BPS auf das ganze Leben gesehen durchschnittlich 3 Suizidversuche, meistens mittels Substanzüberdosis (S.604).

Paris (2019) schreibt, dass Personen mit einer BPS nicht das höchste Suizidrisiko haben, wenn sie jung sind und häufig die Notaufnahme aufsuchen (S.224), sondern später, wenn sie nach Jahren erfolgloser Behandlung hoffnungslos und verzweifelt sind (Joel Paris, 2004, S.423). Er nimmt weiter an, dass viele Betroffene von einer BPS sich, trotz langanhaltender suizidaler Gedanken und mehrfacher Suizidversuche, nicht suizidieren. Der Grad der Beunruhigung, welcher eine Person mit einer BPS mit suizidalen Gedanken in der Notaufnahme auslöst, sei daher nicht zwingend gerechtfertigt (Paris, 2019, S.226). Die Autorin kann sein Argument zwar nachvollziehen, hält dieses, sollte es sich zu einer Grundhaltung entwickeln, jedoch für gefährlich, kann es doch gegebenenfalls zur Abwertung bzw. unter Umständen gar zur Nichtbeachtung einer Suizidankündigung führen.

Der Praxis empfiehlt Joel Paris (2017) bei Suizidandrohungen eine stationäre Aufnahme von Personen mit einer BPS möglichst zu verhindern. Eine solche könne kontraproduktiv sein. Eine Krankenhauseinweisung sei hilfreich bei der Behandlung von Personen mit episodischen Stimmungsstörungen oder Psychosen, die sich rasch bewältigen lassen. Für Personen, die seit Jahren an Suizid denken und dies sowohl während der Aufnahme als auch nach der Entlassung weiterhin tun werden, seien Krankenhauseinweisungen nicht zwingend dienlich. Sie verunmöglichen es der betroffenen Person am Arbeitsplatz zu bleiben und reißen sie aus ihrem sozialen Umfeld (S.161).

3.3.4 Identitätsstörungen

Gerhard Dammann, Marc Walter und Cord Benecke (2011) definieren Identität als «die Selbstdefinition einer Person». Diese unterscheidet sie von anderen Menschen und zeichnet sie als Individuum aus (S.276). Drew Westen (1992) sieht dies ähnlich und fasst folgende zentrale Elemente von Identität zusammen:

- Ein Gefühl der Kontinuität im Laufe der Zeit,

- ein emotionales Bekenntnis zu Kernwerten und Zielen, sowie eine persönliche Gewichtung derselben,
- ein Bekenntnis zu einer Weltanschauung, und
- ein gewisses Mass an Anerkennung durch das soziale Umfeld, dass man tatsächlich jene Person ist, für die man sich hält (S.11).

Die Mehrheit der Personen mit einer BPS erfüllen nicht alle diese Elemente, sondern weist eine Störung des Identitätserlebens auf. Betroffene schildern von einem anhaltenden Gefühl, nicht zu wissen, wer sie wirklich sind (Frauenknecht et al.,2016, S.392). Tess Wilkinson-Ryan und Drew Westen (2000) untersuchten in ihrer Studie spezifisch die Identitätsstörung bei Personen mit einer BPS. Sie kommen zu dem Schluss, dass sich diese durch folgende Kategorien kennzeichnet:

- Ein schmerzhaftes Gefühl der Inkohärenz (die Unfähigkeit mehrere Selbstdarstellungen zu integrieren/„inneren Zerrissenheit“),
- objektive Inkonsistenzen im Denken, Fühlen und Verhalten (beispielsweise bezüglich Ziele, Werte und Ideale)
- eine intensive Identifikation mit Gruppen oder Rollen bzw. sich selbst mittels einer einzigen sozialen Rolle oder Ursache zu definieren (z.B. in Beziehungen, Wertesysteme oder Weltanschauungen), und
- in geringerem Masse, mangelndes Engagement für Jobs, Werte und Ziele (S.540).

Laut Otto F. Kernberg (2013) sind die Folgen einer Identitätsstörung ein Gefühl der inneren Leere, widersprüchliches Verhalten, ein Wechseln von emotionalen Zuständen und ein sich deutlich wandelndes Selbstbild (S.27-28). Doris Wölbitsch (2007) würde dem zustimmen. Sie schreibt von hoher Selbstunsicherheit, mangelndem Selbstwertgefühl sowie ständig wechselnder Präferenzen (S.37). Auch Sabine Herpertz (1999) weist auf die Folgen der wechselnden Präferenzen hin. Langfristige Ziele werden schnell verworfen zugunsten unvermittelt auftretender Nahziele und unmittelbarer Bedürfnisbefriedigung. Daraus resultieren wechselnde Berufswünsche, Anstellungen, Bezugsgruppen und Intimpartner_innen. Dies beeinträchtigt den Aufbau einer stabilen Identität und beständiger Werte, mittels derer Verhalten verlässlich gesteuert werden kann (S.117).

3.3.5 Agieren

Mit «agieren» wird eine grosse Varietät von Verhaltensweisen bezeichnet, welche von aussen betrachtet impulsiv, geschauspielert und lächerlich wirken. Es entsteht der Eindruck, die agierende Person möchte unangemessene Aufmerksamkeit erreichen (Wendt, 2017, S.140-142). Sven Olaf Hoffmann (2011) sieht darin jedoch Abwehrmechanismen, die helfen sollen Angst zu kontrollieren (S.381). Abwehrmechanismen sind natürliche innerseelische Vorgänge, die ein psychisches Überleben garantieren. In der Psychologie wird von reifen und unreifen Abwehrmechanismen gesprochen. In belastenden Situationen reagieren gesunde Menschen mit reifen Abwehrmechanismen wie Verdrängung oder in Extremsituationen auch mit eher unreifen Abwehrmechanismen wie Abwertung (z.B. im Falle einer unschönen Trennung). Ausserhalb solcher Krisen kommen unreife Abwehrmechanismen meist nicht vor. Das Aufkommen unreifer Abwehrmechanismen ist situationsgebunden, von kurzer Dauer und bestimmt nicht die gesamte Beziehungsgestaltung. Personen mit einer BPS stehen reife Abwehrmechanismen seltener und vor allem nicht in Situationen psychischer Belastung zur Verfügung. Stattdessen werden unreife Abwehrmechanismen eingesetzt, die jede engere Beziehungsgestaltung beeinträchtigen. Grundsätzlich ist jedoch kein Abwehrmechanismus von Beginn an von gesunder oder pathologischer Art (Birger Dulz & Angela Schneider, 2004, S.34). Jürgen Wettig (2017) interpretiert agierendes Verhalten eher als Form des Widerstandes. Er schreibt, dass im Moment des Agierens keine Selbstreflexion stattfindet. Die agierende Person handelt, statt sich in Worten auszudrücken und realisiert nicht, dass die Möglichkeit zu anderen Handlungsweisen bestünde. Agierendes Verhalten ist impulsives Verhalten. Wettig sieht darin eine Gefährdung sowohl für die Person als auch für ihr Umfeld.

Typische Beispiele für agierendes Verhalten sind Selbstverletzungen, Regelverstösse, Gewaltandrohungen, Substanzkonsum oder geschickte Manipulation und Instrumentalisierung von Mitpatient_innen oder Personen des Behandlungsteams. Der passende Umgang mit agierenden Personen wird im Team teilweise sehr unterschiedlich beurteilt und kann zu Meinungsverschiedenheiten und Spannungen führen. Gegebenenfalls kann es zu einer Zweiteilung des Teams kommen, was die Professionalität und die Qualität der Behandlung erheblich mindert. Zu betonen ist, dass Betroffene einer BPS nicht immer absichtlich «agieren». Aufgrund ihrer Erkrankung können sie mit gewissen Situationen nicht umgehen und reagieren der Gewohnheit entsprechen – auch wenn dies in diesem Falle weder passend noch konstruktiv ist (Wendt, 2017, S.140-142).

Personen mit einer BPS agieren oft auch mit Suizidalität. In solchen Fällen ist besondere Vorsicht geboten. Betroffene wissen oft, dass sie mit einer Suizidandrohung enorme Aufmerksamkeit erlangen können. Gleichzeitig dürfen solche Äusserungen jedoch nicht von vornherein als BPS-Agieren abgetan werden, da möglicherweise eine tatsächliche Gefährdung vorliegt (Wendt, 2017, S.140-142).

3.3.6 Spaltung

Um sich in der Welt zurechtzufinden muss der Mensch innere sowie äussere Reize verarbeiten können. Er muss stets wichtige von unwichtigen Informationen unterscheiden und sich auf die wesentlichen Dinge konzentrieren. Dieses Ignorieren unwichtiger Informationen ist Teil der Abwehrmechanismen. Da sich Abwehrmechanismen im Laufe des Lebens entwickeln, kann es zu Störungen kommen. Bei Personen mit einer BPS ist die Spaltung ein typischer gestörter Abwehrmechanismus (Rahn, 2001, S.60-61). Spaltungsmechanismen können sich in Form einer Aufteilung der Welt und des Selbst in Gut und Böse zeigen, woraus ein Schwarz-Weiss-Denken resultiert. Kann eine Person beispielsweise der Kategorie «Gut» zugeordnet werden, dann sind die Verhältnisse klar (Dulz & Schneider, 2004, S.35). In unklaren sozialen Situationen bietet die Spaltung also Orientierung und dient der Angstreduktion. Sie birgt aber auch die Gefahr einer Fehleinschätzung von Situationen oder Beziehungen (Rahn, 2001, S.60-61). Dulz und Schneider (2004) nehmen an, dass zur Einteilung in eine der zwei Kategorien nicht zwingend reale Verhaltensweisen die Grundlage darstellen. Es kann bereits genügen, wenn beispielsweise gewisse Bewegungen der beratenden Person an einen verhassten Menschen erinnern und er_sie daher der Kategorie «Böse» zugeteilt wird (S.34).

Bei einer Spaltung besteht die Möglichkeit ein Objekt abrupt von der einen extremen Kategorie in die andere zu verschieben und alle Gefühle und Konzepte in Bezug auf diese Person vollkommen umzukehren. Spaltungsmechanismen sind daher oft auch in Form widersprüchlicher und wiederholt schwankender Selbst- und Fremdkonzepte zu erkennen (Kernberg, 2013, S.33).

Zur Aufrechterhaltung dieser Zweiteilung braucht es gewisse Hilfsmechanismen um die Welt und die Menschen (einschliesslich der betroffenen Person selbst) zu manipulieren. Zu betonen ist, dass dies aus einer inneren Not, nicht jedoch aus Böswilligkeit heraus geschieht. Bei Personen mit einer BPS sind dies Hilfsmechanismen u.a. Idealisierung, Abwertung und Verleugnung (Dulz & Schneider, 2004, S.35). Auf der einen Seite werden mögliche Fehler

ignoriert und auf der anderen Seite verstärkt wahrgenommen. So kann es zu einer unkritischen Idealisierung oder einer unangebrachten Abwertung von Personen kommen (Rahn, 2001, S.61).

Im Falle einer Idealisierung hält der_die Klient_in alles was die beratende Person sagt für hilfreich und jede Aussage ermöglicht neue Einsichten in seine_ihre Probleme. Der_Die Klient*in glaubt alle seine Probleme, die er_sie niemand anderem anvertrauen würde, der beratenden Person erzählen zu können und bittet diese u.U. das Erzählte für sich zu behalten. Bei der beratenden Person entsteht dadurch möglicherweise der Eindruck eine besondere Beziehung zu dem_der Klient_in zu haben. Sie glaubt allenfalls die Person besser zu kennen als alle anderen und wird überbehütend (Bateman & Fonagy, 2014, S.360-361).

Die gegenteilige Entwicklung ist die Abwertung. Bateman und Fonagy (2014) schreiben, dass Hass und Verachtung zwischen der Person und anderen Menschen eine Distanz errichten und ihr Selbstwertgefühl schützen. Diese Affekte sind keine chronischen Widerstände gegen die Beratung, sondern treten situativ auf. Die beratende Person wird dann pauschal entwertet und jede Intervention wird grundsätzlich verspottet (S.366-367).

Bei der Verleugnung werden eigentlich nicht zu verneinende Tatsachen dennoch ausgeblendet und sind in diesem Moment auch tatsächlich «weg». Es ist zu unterscheiden von lügen, denn bei dieser Tätigkeit werden bewusste Tatsachen wissentlich verfälscht (Dulz & Schneider, 2004, S.41).

3.3.7 Dissoziation

Dissoziative Reaktionen kommen bei Personen mit einer BPS häufig vor. Ursula Gast (2011) definiert Dissoziation folgendermassen:

Dissoziation stellt eine unwillkürliche Reaktion des Menschen auf belastende oder traumatische Erfahrungen dar, die zu einer Veränderung bzw. einem Rückzug von Bewusstsein führt, die einströmenden Reize reduziert und den Effekt überwältigender Emotionen vermindert. Dies geht typischerweise mit dem Empfinden einher, zwar anwesend, sich seiner selbst und seiner Umgebung aber nicht voll bewusst zu sein, verbunden mit Erinnerungsverlust und Gefühlen des Losgelöstseins und der Unverbundenheit. (S.413)

Sie sieht Dissoziation als einen wichtigen Schutzmechanismus. Kommt es allerdings wiederholt und über einen längeren Zeitraum zu Traumatisierungen, insbesondere in der Kindheit, dann können dissoziative Reaktionen zur Gewohnheit und dadurch dysfunktional werden. Personen reagieren dann bereits bei weniger intensiven Belastungen oder in nicht traumassozierten Situationen mit dissoziativen Abwehrmechanismen. Dissoziationen können sich in Form einer Depersonalisation (neben sich stehen, sich nicht im Kontakt mit sich fühlen) ausdrücken (Gast, 2011, S.413). Auch können sie eine Reduktion der Atemfrequenz, ein Kontrollverlust über Bewegungsabläufe und/oder eine Minderung der Schmerz Wahrnehmung bewirken (Bohus, 2019, S.65). Betroffene können dann scheinbar ungerührt von Dingen berichten, die sie normalerweise zutiefst aufrühren würden. Johann Steinberger (2016) nennt Dissoziationen deshalb auch «Dämmerzustände» oder «wie in Trance». Oft erleiden Betroffene einen Erinnerungsverlust dieser Zeitspanne (S.41-42).

Ausgelöst werden, können Dissoziationen durch äussere Trigger (mit traumatischen Erfahrungen assoziierte Auslöser) oder durch intrapsychische Trigger, wie beispielsweise überflutende Gefühlszustände. In Situationen, in denen die anderen Abwehrmechanismen nicht ausreichen, führt Dissoziation im ersten Moment zu einer Reduktion der Angst. Auf längere Sicht gesehen, führt sie jedoch zu einer Abnahme des Gefühls der inneren Kohärenz bzw. zu einer Ich-Schwäche, denn den Betroffenen fehlt die Selbstwirksamkeitserfahrung. Sie erleben wiederholt, dass sie nicht fähig sind bestimmte bedrohliche Gefühle auszuhalten und zu bewältigen (Annegret Eckhardt-Henn, 2011, S.522-523). Bohus (2019) ist ebenfalls der Meinung, dass Dissoziationen vorübergehend eine Reduktion der inneren Spannungszustände bewirken. Daher sei diese Art der Reaktion auch schwer aufzuheben. Gleichzeitig setzen dissoziative Zustände allerdings meist nicht plötzlich, sondern schleichend ein und sind daher oft verbunden mit der Angst vor dem Verlust der Kontrolle über die Realität. Er führt weiter aus, dass dissoziative Zustände das emotionale Lernen behindern und es folglich wichtig ist sie früh zu erkennen (S.65).

4 Komorbidität

Die Komorbidität von Krankheiten kommt häufig vor. Laut Rolf-Dieter Stieglitz (2019) führt dies oft zu schweren Erkrankungen, einer schlechteren Prognose, geringerer therapeutischer Resultate und zusätzlichen Herausforderungen in der Behandlung (S.32).

4.1 Begriffserklärungen

Im von der WHO (2009) herausgegebenen Lexikon zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen wird Komorbidität definiert als «(. . .) das gemeinsame Auftreten einer psychischen Störung sowie einer zweiten Störung, hervorgerufen durch psychotrope Substanzen bei derselben Person. Seltener bezieht sich der Begriff auf das Zusammenkommen zweier psychiatrischer Störungen ohne den Konsum psychotroper Substanzen» (S.53). Die Begriffe «Doppeldiagnosen» und «Dualdiagnosen», verwendet die WHO synonym mit dem Begriff «Komorbidität» (ebd.).

Bei einer komorbiden Erkrankung sind die zwei oder mehr Erkrankungen klar voneinander abzugrenzen. Der Einfachheit halber wird im Folgenden jeweils von einer zusätzlichen Erkrankung gesprochen. Die beiden Erkrankungen bestehen in Form einer Grunderkrankung und einer zusätzlichen Erkrankung parallel neben- bzw. miteinander. In der Praxis der Psychiatrie und Suchtmedizin ist nicht immer klar unterscheidbar, welches die Grunderkrankung und welches die zusätzliche Erkrankung ist (Monika Ridinger-Johann & Marc Walter, 2014, S.4). Ridinger-Johann und Walter (2014) weisen daraufhin, dass die Einteilung in Grunderkrankung und zusätzliche Erkrankung zwar etwas über die Reihenfolge der Entstehung aussagt, nicht jedoch dass die Behandlung der Grunderkrankung automatisch eine Besserung der zusätzliche Erkrankung zur Folge hat. Beide Krankheitsbilder müssen gemeinsam im Sinne einer integrativen Behandlung beachtet werden (S.5).

Liegt mehr als eine SuAb vor, wird in der Regel nicht von Komorbidität gesprochen, sondern die verschiedenen Diagnosen werden einzeln aufgelistet. Eine weitere Möglichkeit ist die Verwendung der Begriffe «Mehrfachabhängigkeit» oder «Polyabhängigkeit» (ebd.).

4.2 Komorbidität Substanzabhängigkeit und Borderline-Persönlichkeitsstörung

Die BPS wird oft begleitet von einer oder mehreren weiteren psychischen Erkrankungen. Häufig sind Depressionen, Posttraumatische Belastungsstörung, Essstörungen, ADHS, schwerwiegende Angsterkrankungen und, Thema dieser Bachelor Arbeit, das komorbide Auftreten

einer SuAb (Bohus, 2019, S.50). Timothy J. Trull, Kenneth J. Sher, Christa Minks-Brown, Jennifer Durbin und Rachel Burr (2000) haben in einer Metastudie die Prävalenz der Komorbidität BPS und SuAb untersucht. Bei Personen mit einer BPS ergibt sich eine statistische Wahrscheinlichkeit von fast 49% zum Bestehen einer Alkoholabhängigkeit und 38% zum Bestehen einer Drogenabhängigkeit. Umgekehrt wurde eine komorbide BPS bei 14% der Alkoholabhängigen, 17% der Kokainabhängigen und 19% der Opioidabhängigen festgestellt (S.241).

4.2.1 Komorbiditätsmodelle

Der Begriff «Komorbidität» lässt keine Aussage über die kausale Beziehung der zwei Erkrankungen zu. Es ist möglich, dass sich die BPS aus der SuAb entwickelt (siehe Abbildung 6). Umgekehrt ist es auch möglich, dass die SuAb Folge der BPS ist. Denkbar ist auch, dass gemeinsame Kausalfaktoren zu Symptomen führen, die eine BPS und eine SuAb auslösen. In diesem Fall stehen die beiden Erkrankungen nicht kausal zueinander in Verbindung, sondern sind auf gemeinsame ursächliche Faktoren zurückzuführen und können sich u.U. wiederum gegenseitig aufrechterhalten (Ridinger-Johann & Walter, 2014, S.5).

Komorbiditätsmodelle, welche die kausale Beziehung der BPS und der SuAb beschreiben, stellt Franz Moggi (2007) folgendermassen dar:

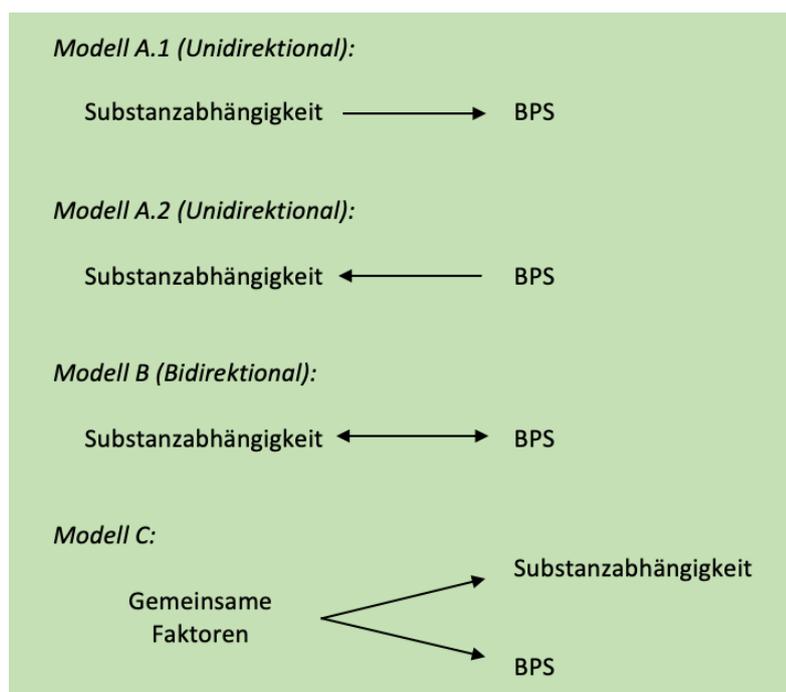


Abbildung 6: Komorbiditätsmodelle von Sucht und BPS (modifiziert nach Moggi, 2007, S.84)

Am weitesten verbreitet und empirisch am besten gestützt ist das unidirektionale Kausalmodell, welches davon ausgeht, dass die BPS die primäre Erkrankung und die SuAb die sekundäre Erkrankung ist (Modell A.2). Im klinischen Alltag wird oft von der Selbstmedikationshypothese als Erklärungsansatz ausgegangen (Franz Moggi, 2019, S.42). Diese besagt, dass Betroffene zur Bewältigung von psychischen Symptomen Substanzen konsumieren, wodurch die sekundäre SuAb entsteht (Edward J. Khantzian, 1997, S.231). Die umgekehrte Variante der primären SuAb und der sekundären BPS (Modell A.1) war bisher kaum Gegenstand der Forschung. Modelle der gemeinsamen Faktoren (Modell C) werden in der aktuellen Fachliteratur diskutiert (Moggi, 2019, S.42). Nach Thomas Hillemacher und Stefan Bleich (2019) ist in der Praxis jedoch das bidirektionale Modell (B) dasjenige mit der grössten Bedeutung. Es unterstreicht die Notwendigkeit einer kombinierten Therapie beider Krankheitsbilder, um die negative Wechselwirkung zu unterbinden (S.188).

4.2.2 Behandlung

Personen mit einer komorbiden BPS und SuAb werden im Vergleich zu Personen mit SuAb ohne BPS früher süchtig, sind bei Eintritt in eine Suchttherapie jünger, konsumieren häufiger illegale Drogen, haben vermehrt soziale Probleme, weisen schwerere depressive Symptome auf und fehlen öfter auf der Arbeit oder in der Schule (Anne-Marit Langås, Ulrik Fredrik Malt & Stein Opjordsmoe, 2012, S.180). Sie stellen für Therapeut_innen eine grosse Herausforderung dar. Marc Walter (2015) schreibt, dass sie Termine oft nur unzuverlässig wahrnehmen und sich während Therapiesitzungen aufgrund von Intoxikation nur erschwert konzentrieren können. Massive emotionale Reaktionen in der Therapie können den Umgang erschweren, die therapeutische Beziehung belasten und führen nicht selten zu Therapieabbrüchen. Durch eine alleinige Suchttherapie bessert sich die BPS für gewöhnlich nicht. Es gilt, unter Beachtung des bidirektionalen Modells, beide Erkrankungen zu behandeln. In Suchtfachkliniken werden Persönlichkeitsstörungen jedoch oft nicht diagnostiziert und folglich nicht berücksichtigt (S.150-151).

Amy Pennay et al. (2011) sehen die dialektisch-behaviorale Therapie (in adaptierter Form für Personen mit SuAb), die schemafokussierte Therapie (ebenfalls in modifizierter Form für Personen mit SuAb) und die dynamisch-dekonstruktive Therapie derzeit als die richtungweisenden Psychotherapien bei der Komorbidität BPS und SuAb. Alle drei Therapieverfahren

können Behandlungserfolge vorzeigen. Aufgrund fehlender Evidenz kann jedoch keine Behandlung gegenüber einer anderen empfohlen werden (S.363).

Marc Walter, Daniel Sollberger und Sebastian Euler (2016) schreiben, dass Personen mit einer BPS in der Therapie einerseits eine grosse Herausforderung sind, andererseits durch eine krankheitsspezifische Therapie jedoch gut erreicht werden können. Im Falle einer schweren komorbiden SuAb sei zuerst eine Entzugsbehandlung durchzuführen und im Anschluss eine krankheitsspezifische Therapie der BPS zu beginnen (S.32-33).

Neben der Psychotherapie ist auch eine medikamentöse Behandlung der Komorbidität BPS und SuAb möglich. Die Strategien der Medikation von Personen mit einer Komorbidität unterscheiden sich grundsätzlich nicht von Personen mit einer alleinigen psychischen Erkrankung. Berücksichtigt werden müssen allerdings Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten sowie nebenher konsumierte psychotrope Substanzen. Dadurch wird die Behandlung anspruchsvoller und komplexer (Franz Moggi & Ruth Donati, 2004, S.67). Zudem ist die aktuelle Forschungsgrundlage zur medikamentösen Behandlung der Komorbidität BPS und SuAb gering (Mayumi O. Gianoli, J. Serrita Jane, Erin O'Brien & Elizabeth Ralevski, 2012, S.338). Sebastian Euler et al. (2018) von der schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) schlagen in ihren Empfehlungen zur Behandlung der BPS vor, die medikamentöse Therapie symptomorientiert, so kurz wie möglich und im niedrigen Dosisbereich zu halten. Dingend zu vermeiden sei Polypharmazie (S.143). Bohus (2019) ist sogar der Ansicht, dass eine Pharmakotherapie im Rahmen der BPS nur zur Behandlung komorbider Erkrankungen, wie beispielsweise einer Depression oder Schlafstörungen sinnvoll ist (S.104).

4.3 Herausfordernde Verhaltensmuster

In den Augen der Autorin sind Eigenschaften idealer Klient_innen Zuversicht, Kooperation, Konstanz, Ausgeglichenheit und Transparenz. Wie zuvor in Kapitel 3.3 beschrieben, können Klient_innen mit einer BPS einzelne dieser Charakteristika nicht stabil erfüllen. Literatur die spezifisch herausfordernde Verhaltensmuster von Personen mit einer BPS und einer komorbiden SuAb beschreibt konnte die Autorin nicht finden. Daher diskutiert sie in diesem Kapitel selbstständig inwiefern die krankheitsspezifischen Verhaltensmuster von Klient_innen mit einer BPS auch bei Klient_innen mit einer SuAb bestehen und wie eine mögliche Wechselwirkung aussieht. Festzuhalten ist, dass diesem Kapitel eine gewisse Verallgemeinerung zugrunde

liegt, die nicht für alle gültig ist. Klient_innen müssen in jedem Fall individuell und ihren Lebensumständen angepasst betrachtet werden.

4.3.1 Störung der Impulskontrolle

Unter Kapitel 3.3.1 wurde dargelegt, dass Personen mit einer BPS oft Schwierigkeiten haben ihre Gefühle zu kontrollieren. Ihre Gefühlslage ist wechselhaft und es kann zu plötzlichen aggressiven Ausbrüchen und Beziehungsabbrüchen kommen. Auch weisen sie oft eine tiefe Frustrationstoleranz und den Drang nach sofortiger Bedürfnisbefriedigung auf. All dies wirkt sich negativ auf ihre Fähigkeiten zur Beziehungsgestaltung aus.

Bezüglich der SuAb ist die Kontrolle von Impulsen ebenfalls ein Thema. Der Kontrollverlust ist ein Diagnosekriterium nach ICD-10. Abhängiges Verhalten als Extrempool des Konsumverhaltens ist, laut Tretter (2017) nicht mehr kontrollierbar. Es wird angetrieben durch das süchtige Verlangen, welches auf eine sofortige Bedürfnisbefriedigung drängt (S.3-4). Eine Alkoholabhängigkeit führt im Verlauf der Krankheit zu Symptomen, die der BPS gleichen. So beeinflusst sie beispielsweise die Affektregulation stark. Es kommt zu unkontrollierten Wutausbrüchen und Gewalttätigkeit mit weitreichenden sozialen Folgen (Rahn, 2001, S.129). Michael Soyka (2001) macht die sozialen Auswirkungen insbesondere für die Bereiche Familie, Arbeit und Öffentlichkeit aus. Sowohl die Verhältnisse in den Familien von alkoholkranken Menschen wie auch am Arbeitsplatz sind oft zerrüttet (S.2732-2734). Die Angehörigen leiden unter Unzuverlässigkeit, Vernachlässigung, emotionalen Ausbrüchen, Aggression und Gewalttätigkeit, sexuellen Übergriffen und Missbrauch, vermehrten Konflikten, finanziellen Schwierigkeiten und Notsituationen aufgrund Alkoholintoxikation (Lindenmeyer, 2005, S.17). Auf der Arbeit kommt es immer häufiger zu Unfällen, vermehrten Krankheitstagen, schlechteren Leistungen und infolgedessen zur Entlassung und Arbeitslosigkeit. Auswirkungen auf die Öffentlichkeit machen sich insbesondere durch Delinquenz bemerkbar. Bei chronisch Alkoholkranken kann eine gesteigerte Aggressionsbereitschaft vorkommen (Soyka, 2001, S.2732-2734). Auch Straftaten wie betrunkenes Fahren, Gewalttaten oder Eigentumsdelikten, die an die Beschaffungskriminalität von Personen mit Abhängigkeit von illegalen Drogen erinnert, können im Rausch begangen werden (Batra et al., 2015, S.301).

Personen mit einer SuAb bewegen sich in ihrer Alkohol- oder Drogenszene oft sicher. Gleiches gilt für die Subkultur der stationären psychiatrischen Klinik. In sozialen Alltagssituationen zeigen sie jedoch oft grosse Defizite und Ängste (Moggi & Donati, 2004, S.71). Auch dies

erinnert an die BPS. Aus Angst vor Stigmatisierungen reagieren Alkoholabhängige oft mit Vermeidungsstrategien wie sozialem Rückzug oder Bevorzugung von Kontakten zu Personen, die ebenfalls alkohol- und drogenabhängig sind (Lindenmeyer, 2005, S.35). Soziale Kontakte und Interessen, die vor der Alkoholabhängigkeit bestanden haben, hingegen werden vernachlässigt (Martin Reker, 2015, S.35).

Nicht zuletzt ist auch die Frustrationsintoleranz ein Überschneidungspunkt zur BPS. Bei suchtkranken Menschen ist die Fähigkeit unangenehme Gefühle wie Scham, Schuld, Schmerz etc. auszuhalten oft tief. Sie sind häufig ungeduldig und entscheiden sich für kurzfristige Lösungen (Reker, 2015, S.64).

4.3.2 Selbstgefährdung

Personen mit einer BPS leiden oft an inneren Spannungszuständen und machen die Erfahrung diese mittels selbstverletzender Verhaltensweisen lindern zu können. Auch bestehen häufig negative Grundannahmen und eine chronische Suizidalität (vgl. Kapitel 3.3.2 und 3.3.3).

Auch der Alkoholkonsum hat bei chronischem Trinkverhalten weitreichende körperliche Folgen. Diese machen sich im ganzen Körper, von Gelenkschmerzen, Anämie und verstärkter Infektanfälligkeit, über Bluthochdruck und Mangelernährung bis Leberproblemen bemerkbar (Lindenmeyer, 2005, S.3). Im Unterschied zur BPS erfolgen diese jedoch nicht gezielt. Die körperlichen Schädigungen sind Folgen, nicht jedoch Zweck, wie beispielsweise selbstverletzendes Ritzen bei Personen mit einer BPS.

Neben den körperlichen Schäden aufgrund einer SuAb, kommt es bei süchtigen Personen auch zu einer Selbstgefährdung aufgrund einer verschobenen Risikoeinschätzung unter Substanzinfluss (Michael Soyka & Heinrich Küfner, 2008, S.236) und Mangelernährung u.a. durch ungenügende oder einseitige Nährstoffaufnahme (Johannes Lindenmeyer, 2010, S.56).

Gleich wie die BPS ist auch eine Alkoholabhängigkeit ein starker Risikofaktor für Suizidalität (Schneider & Wetterling, 2016, S.21). Hazel M. Inskip, Elizabeth Clare Harris und Brian Barraclough (1998) konnten in ihrer Metaanalyse von 27 Mortalitätsstudien zeigen, dass das Lebenszeitsuizidrisiko von Personen mit einer Alkoholabhängigkeit 7% beträgt. Im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen ist dieses Risiko erhöht (S.35). Insbesondere im mittleren Lebensalter ist das Suizidrisiko von Personen mit einer Alkoholabhängigkeit gesteigert (Barbara Schneider et al., 2009, S.268).

Bei der Mehrheit der Personen mit einer SuAb ist nicht von einer längeren Entwicklung der Suizidabsichten auszugehen, sondern von impulsiven Handlungen (Schneider & Wetterling, 2016, S.90). So kommen auch Gabriele Koller, Ulrich W. Preuss, Miriam Bottlender, Karin Wenzel und Michael Soyka (2002) in ihrer Studie zu dem Schluss, dass impulsive und aggressive Züge bei Alkoholiker_innen Risikofaktoren für einen Suizidversuch sind (S.155). Schutzfaktoren vor einem Suizid können eine effektive Behandlung der psychischen (in diesem Falle der Alkoholabhängigkeit) oder körperlichen Erkrankung, beschränkte Möglichkeiten zum Suizid, verinnerlichte Suizid ablehnende religiöse Normen oder Einstellungen und eine starke Bindung an die Familie sein (Soyka & Kufner, 2008, S.151). Walter et al. (2016) vermuten, dass sich die Suizidgefährdung beider Krankheitsbilder in der Kombination möglicherweise potenziert, denn das Suizidrisiko alkoholabhängiger Menschen mit einer BPS ist besonders hoch (S.32).

4.3.3 Identitätsstörung

In Kapitel 3.3.4 wurde gezeigt, dass sich die Identitätsstörung bei Personen mit einer BPS u.a. durch negative Grundannahmen, ein sich häufig wandelndes Selbstbild, hohe Selbstunsicherheit, mangelndes Selbstwertgefühl und ständig wechselnde Präferenzen äussert.

Bei der SuAb spielen wechselnde Präferenzen ebenfalls eine Rolle. Häufig besteht eine Ambivalenz zwischen dem Wunsch nach Abstinenz und dem Verlangen nach Substanzkonsum. Insbesondere wenn die Entzugssymptome stärker werden, rücken die negativen Folgen des Konsums in den Hintergrund und werden im Rausch vollständig ausgeblendet (Wendt, 2017, S.203). Als chronische Rückfallkrankheit erfolgen immer wieder Phasen der Krankheitseinsicht auf Phasen der Gleichgültigkeit (Praxis Suchtmedizin Schweiz, 2020). An dieser Ambivalenz setzt die Technik der motivierenden Gesprächsführung an. Miller und Rollnick (2015) beschreiben zwei Situationen. In der einen können sich Menschen eine Veränderung vorstellen, stehen ihr aber ambivalent gegenüber. Sie sehen sowohl Argumente, die dafürsprechen, als auch Argumente dagegen. In der anderen Situation sollten sie etwas verändern, sehen selber jedoch wenig bis keine Gründe dafür. Für sie wäre die Entwicklung von Ambivalenz ein Fortschritt (S.20). Beide Situationen sind denkbar bezüglich Personen mit einer SuAb. Die Ambivalenz bei Personen mit einer BPS ist, nach Ansicht der Autorin, jedoch von anderer Art. Diese hat mit einem sich wandelnden Selbstbild, wechselhaften Präferenzen und dem Verwerfen langfristiger Ziele zugunsten unvermittelt auftretender Nahziele zu tun. Gleich ist

der Ambivalenz in beiden Krankheitsbildern der Zusammenhang mit der fehlenden Fähigkeit Bedürfnissen aufzuschieben.

Auch dem Selbstbild kommt sowohl im Rahmen der BPS als auch der SuAb eine zentrale Rolle zu. Treter (2017) verwendet den Begriff Selbstbild synonym mit Selbstmodell bzw. Selbstkonzept und definiert das Selbstbild als die Ganzheit der mehr oder weniger klar erlebten Bewusstseinsinhalte. Bei suchtkranken Menschen geht er von einem labilen und überwiegend negativen Selbstbild aus und sieht darin eines der Kernprobleme. Als Beispiel nennt er eine alkoholabhängige Person, die nüchtern wahnsinnig betrübt, betrunken jedoch überglücklich gestimmt ist (S.94). Auch Soyka und Kufner (2008) sehen einen Zusammenhang zwischen Sucht und einem negativen Selbstbild. Sie nehmen an, dass diese Schwäche teilweise kompensatorisch mit Grössenfantasien verbunden wird, was wiederum zu entsprechenden Enttäuschungen und einer erneuten Schwächung des Selbstbildes führt (S.117). Reker (2015) meint, dass ein positives Selbstbild die Grundlage für eine optimistische, vertrauensvolle Lebenseinstellung ist, in der man das eigene Leben selber in die Hand nimmt. Ohne positives Selbstbild erleben Menschen Macht- und Hoffnungslosigkeit und entwickeln oft depressive Gefühle. Solche Menschen sind oft leicht zu kränken und können Kritik schlecht entgegennehmen, da sie dieser nichts entgegensetzen haben. Sie reagieren schnell gegenoffensiv, fordern heraus, kränken ihrerseits oder werden aggressiv (S.63). Treter (2017) nimmt an, dass das Selbstbild vieler suchtkranker Menschen bereits in der Kindheit negativ und labil ist, sich dies mit der Suchtentwicklung jedoch weiter verstärkt und im Sinne eines Teufelskreises wiederum die Selbstwirksamkeitserwartung schwächt (S.94-95).

4.3.4 Abwehrmechanismen

Eine besondere Bedeutung hat die Komorbidität BPS und SuAb auch für die mit beiden Krankheitsbildern verbundenen Abwehrmechanismen. Im Rahmen der BPS bestehen diese u.a. in Form des Agierens. Unter Agieren werden eine Vielzahl von Verhaltensweisen verstanden, die Personen mit einer BPS mehr oder weniger bewusst anwenden, um mit Situationen, die sie überfordern, umzugehen und Ängste zu kontrollieren (siehe Kapitel 3.3.5). Auch Spaltungsmechanismen (siehe Kapitel 3.3.6), die in einem Einteilen der Welt in Schwarz und Weiss resultieren und dissoziative Reaktionen (siehe Kapitel 3.3.7) sind BPS-spezifische Abwehrmechanismen.

Bei suchtbetroffenen Personen kommen Abwehrmechanismen in gewisser Weise ebenfalls vor. Die Sucht bzw. der Suchtdruck ist vielen Betroffenen peinlich. Sie scheinen etwas Unreifes – einen Kontrollverlust – zu verkörpern. Die Unfähigkeit Bedürfnisse aufzuschieben wird mit Kindern assoziiert. Doch auch für viele Erwachsene ist dies schwierig. So beispielsweise bei einem guten Essen, beim Kaufen von Konsumgütern oder in diesem Fall im Umgang mit Alkohol (Reker, 2015, S.17-18). Diese Scham führt oft zu Aussagen wie «Das war doch nicht so schlimm!» oder «Das war ein Missverständnis!» und zu realitätsbeschönigenden Abwehrmechanismen in Form von Rationalisierung, Verharmlosung, Verleugnung und Verdrängung des Alkoholkonsums vor sich selbst sowie vor dem Umfeld (Tretter, 2017, S.80-81). Steigt der Suchtdruck, dann treten Bedenken und Vorbehalte in den Hintergrund. Ein bestehender Therapiewunsch, eine anstehende Haftstrafe oder die Sorge vor körperlichen Folgen der SuAb werden unwichtig. In diesem Moment zählt nur noch die Droge. Viele Abhängige erleben die hier einsetzenden Handlungen als eine Art Zwang bzw. als automatisches Geschehen (Wendt, 2017, S.11-12). In der Arbeit mit abhängigkeitserkrankten Personen hat die Autorin die Erfahrung gemacht, dass substanzabhängigen Personen in Situationen mit hohem Suchtdruck kreative Wege finden, um an ihre Substanz bzw. an Mittel zur Beschaffung der Substanz zu gelangen.

Nicht wiederfinden in Personen mit einer SuAb lassen sich dissoziative Reaktionen wie sie Personen mit einer BPS zu eigen sein können.

4.3.5 Depression

Die Thematik Depression wurde in Kapitel 4.3 nicht als eigenes krankheitsspezifisches Verhaltensmuster aufgeführt, da es sich dabei um ein eigenes Krankheitsbild handelt und nicht ein «Verhalten» ist. Depression ist jedoch sowohl bei der BPS als auch bei der SuAb eine häufige komorbide Erkrankung und soll deshalb an dieser Stelle erläutert werden.

Symptome einer depressiven Erkrankung können neben der traurigen, melancholischen Stimmung u.a. Interessen- und Freudlosigkeit, Antriebsminderung, gesteigerte Ermüdbarkeit oder Erschöpfung, Beeinträchtigung des Selbstvertrauens und des Selbstwertgefühls, Störung des Denk- und Konzentrationsvermögens, Appetitminderung und Schuldgefühle sein (Michael Soyka, 2019, S.118). 96% der von einer BPS Betroffenen entwickeln während ihres Lebens depressive Symptome (dies bedeutet nicht zwingend, dass sie unter einer komorbiden depressiven Erkrankung leiden). Nicht selten kommt es vor, dass Personen mit einer BPS aufgrund

depressiver Symptomatik eine psychiatrische Konsultation in Anspruch nehmen und erst in diesem Rahmen die BPS erkannt wird und sie in ärztliche Behandlung gelangen (Frauenknecht et al., 2016, S.392-394).

Depressive Symptome kommen auch bei Personen mit einer SuAb häufig vor. Für eine gelingende Therapie ist es wichtig abzuklären, ob die Depression primär oder sekundär zur SuAb ist. Eine medikamentöse Behandlung der Depression ist nur indiziert, wenn sie primär ist (Moggi & Donati, 2004, S.71). Die Einnahme der Substanz stellt in dieser Konstellation einen Bewältigungsversucht der Betroffenen im Sinne einer Selbstmedikation dar. Auf kurze Sicht kann eine lindernde Wirkung auf die Symptome bestehen. Auf längere Sicht hingegen entwickelt sich u.U. eine Abhängigkeit (Lindenmeyer, 2005, S.15). Reker (2015) empfindet es als weniger wichtig zu wissen welches Krankheitsbild zuerst war, sondern als zentral herauszufinden was den Teufelskreis aufrechterhält (S.48-49). Eine sekundäre Depression kann direkt durch akute Suchtmittelintoxikation und anhaltenden Suchtmittelkonsum oder indirekt aufgrund der biopsychosozialen Folgen wie Arbeitsplatzverlust, Kontaktabbruch zur Familie oder körperliche Folgen hervorgerufen werden. Eine direkte sekundäre Depression verschwindet bei Abstinenz i.d.R. innerhalb weniger Wochen. Eine indirekte sekundäre Depression hingegen bleibt auch bei Abstinenz bestehen und muss behandelt werden (Moggi & Donati, 2004, S.28). Die Autorin vermutet, dass sich die biopsychosozialen Folgen der SuAb und die biopsychosozialen Folgen der BPS in der Kombination addieren und allenfalls negativ verstärken.

5 Grundlagen der sozialarbeiterischen Beratung

Gespräche finden im menschlichen Alltag überall statt. Sie stellen die Basis menschlicher Begegnungen und Beziehungen dar (Wolfgang Widulle, 2011, S.30). Peter L. Berger und Thomas Luckmann (1993) sprechen dem Gespräch eine «wirklichkeitsstiftende Macht» zu. Wirklichkeit ist keine objektive Tatsache, welche einfach verstanden wird. Wirklichkeit (also das, was wir als real empfinden) ist subjektiv und muss im Gespräch mit anderen diskutiert, erklärt, überprüft und teilweise verworfen werden (S.163-164). Widulle (2011) versteht Beratung als eine spezialisierte und professionalisierte Form helfender Gesprächsführung. In der Beratung sind die Strukturbedingungen viel klarer definiert als im Alltagsgespräch. Probleme, Anliegen, Aufgaben und Rollen sind zwischen Berater_in und Rat suchender Person eindeutiger verteilt (S.34).

5.1 Beratung allgemein

Beratungen finden in unterschiedlichen Handlungsfeldern und mittels verschiedener wissenschaftlicher Ansätze statt. Dieter Wälte und Anja Lübeck (2018) schreiben von Beratung als einem «populären Container-Begriff» (S. 24) und auch Franz Stimmer und Harald Ansen (2016) betonen, dass Beratung ein «schillernd-vieldeutiger Begriff» sei (S.40). Zur Klärung des Begriffes teilen sie diesen in drei Bereiche ein:

(a) *Alltagsberatungen* sind Ratschläge, die jeder Mensch schon bekommen und gegeben hat. Sie basieren auf Erfahrungswissen, sind subjektiv, meistens gut gemeint und erfolgreich, jedoch selten methodisch überprüfbar. Beispiele: Die Mutter rät dem Jugendlichen die Frist der Steuererklärung zu verlängern oder der eine Nachbar erinnert den anderen Nachbarn die Wäsche reinzuholen, da es vermutlich bald zu regnen beginnen wird (ebd.)

(b) Der *fachkundigen (Laien-)Beratung* kommt im Alltag eine wichtige Rolle zu. Sie wird im Rahmen einer umfassenderen Tätigkeit – fachlich begründet – angewendet, ist jedoch selber noch nicht Beratung als eine spezifische professionelle Tätigkeit. Beispiele: Die Ärztin rät dem Patienten eine weitere Nacht im Spital zu bleiben oder der Lehrer rät den Eltern das Kind zur Logopädin zu schicken (ebd.)

(c) *Professionelle Beratungen* werden von verschiedenen Berufsgruppen durchgeführt, die sich darauf spezialisiert haben, Menschen bei der Bewältigung unterschiedlicher Probleme, die sie selber nicht mehr bewältigen können, zu unterstützen. Beispiele: Psycholog_innen, Sozialarbeiter_innen, Seelsorger_innen, Betriebswirt_innen u.a. (Stimmer & Ansen, 2016, S.40).

Professionelle Beratungen werden in verschiedenen Tätigkeitsbereichen durchgeführt. Im psychosozialen Sektor können dies u.a. die Kinder- und Jugendhilfe, die Familienhilfe, die Altenhilfe, die Sozial- und Gesundheitshilfe, die Erziehung und der Bildungsbereich sein. Für viele psychosoziale Professionen ist Beratung eine zentrale Tätigkeit und oft überschneiden sich die Handlungsfelder (Petra Gregusch, 2016, S.9). Manfred Moldaschl (2009) nennt Beratung explizit das Verbindungsstück zwischen verschiedenen Disziplinen und verwendet dazu das Bild eines Lattenzauns (siehe Abbildung 7). Als Querlatte bietet die Beratung den einzelnen Disziplinen «Halt» und veranschaulicht die Interdisziplinarität (S.21).

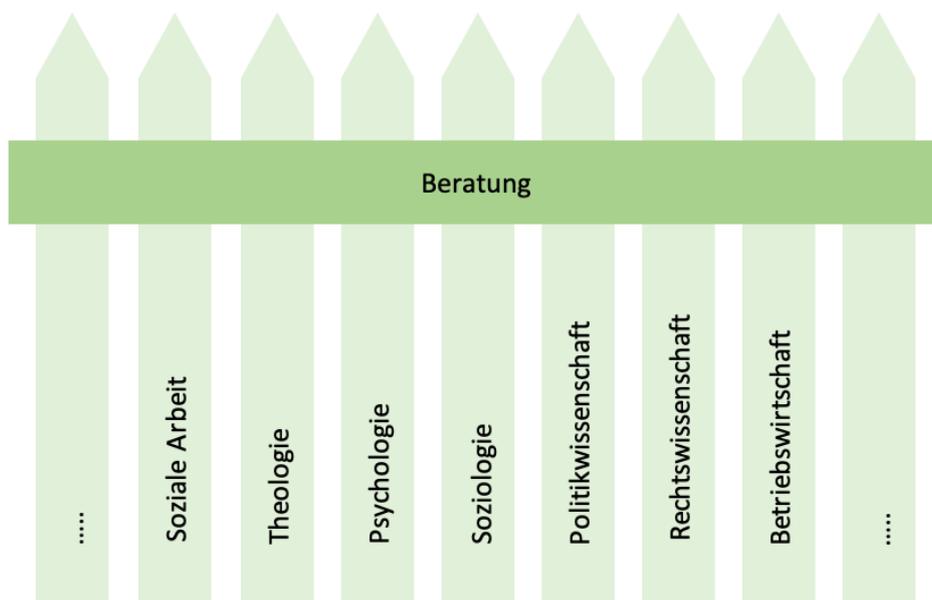


Abbildung 7: Interdisziplinarität von Beratung (leicht modifiziert nach Modaschl, 2009, S.22)

Trotz oder gerade wegen dieser diversifizierten Tätigkeitsfelder ist es im deutschsprachigen Raum bisher nicht gelungen Beratung als eigenständige Wissenschaft und Profession zu etablieren. Anders in den USA und England. Dort existiert Beratung mit der Counsel(l)ing Psychology als eigene Wissenschaft (Gregusch, 2016, S.9).

Nach der Definition von Gregusch (2016) ist Beratung in psychosozialen Professionen (damit ist auch die Soziale Arbeit gemeint) eine soziale Interaktion zwischen einer professionellen Person und einem Adressat_innensystem. Aufgabe der professionellen Person ist die Anleitung des Adressat_innensystems, die emotional-kognitiven Prozesse – im Falle eines sozialen Adressat_innensystems die sozialen und kulturellen Prozesse – so zu steuern, dass vorhandene Selbststeuerungskompetenzen entdeckt werden und es Adressat_innen möglich ist für ihre Probleme eine Lösung zu entwickeln (S.57).

Tanja Hoff und Renate Zwicker-Pelzer (2015) schreiben, dass Beratung oft als «fachkundige Partnerschaft auf Zeit» bezeichnet wird. Ziel ist i.d.R. nicht die Erteilung eines konkreten Rates, sondern die gemeinsame Erarbeitung der Problemursachen und möglicher Lösungswege. Beratung richtet sich danach Verstehens-, Orientierungs- und Entscheidungshilfen zu vermitteln (S.16).

Psychosoziale Beratung ist in diesem Sinne eine allgemeine, auf Selbstklärung gerichtete professionsübergreifende Methode (Gregusch, 2016, S.57).

5.2 Sozialarbeiterische Beratung

In Abgrenzung dazu definiert Gregusch (2016) sozialarbeiterische Beratung folgendermassen:

(. . .) Beratung in der Sozialen Arbeit [ist] eine soziale Interaktion zwischen einer Sozialarbeiterin bzw. einem Sozialarbeiter und einem (sozialen) Klientensystem, in der die Sozialarbeiterin bzw. der Sozialarbeiter KlientInnen unterstützt, Selbststeuerungskompetenzen in Bezug auf ein vorhandenes oder drohendes soziales Problem zu entfalten und zu entwickeln, die seine*ihre eigenständige Problembewältigung ermöglichen bzw. das Eintreten von (weiteren) sozialen Problemen verhindern oder verringern. (S.57)

Sozialarbeiterische Beratung in diesem Sinne ist eine professionsspezifische Methode, die auf einen Reflexions- und Lernzuwachs bezüglich der Einflussmöglichkeiten auf konkrete soziale Probleme hinzielt (ebd.).

Manfred Neuffer (2013) legt in seiner Definition von sozialarbeiterischer Beratung ebenfalls den Fokus auf die Bearbeitung konkreter sozialer Probleme: «Beratung in der Sozialen Arbeit bezieht sich auf soziale Probleme, den Prozess der Hilfestellung und alle Systemebenen. Ihr

Ziel ist eine verantwortete Veränderung der mehrdimensionalen Problemsituation von Personen und Gruppen. Dabei arbeitet sie kontextspezifisch, lösungs-, zukunfts- und ressourcenorientiert» (S. 166).

Auch Alexander Redlich (1997) sieht die Aufgabe der Beratung in der Ressourcenerschließung bzw. in der Brückenfunktion zwischen dem Problemsystem und dem Hilfesystem (siehe Abbildung 8). Aufgabe der Beratung (die Brücke) ist es die beiden Systeme aufeinander vorzubereiten. Dies gelingt am besten, wenn die beratende Person selbst über Kompetenzen aus dem Hilfesystem verfügt (S.152).

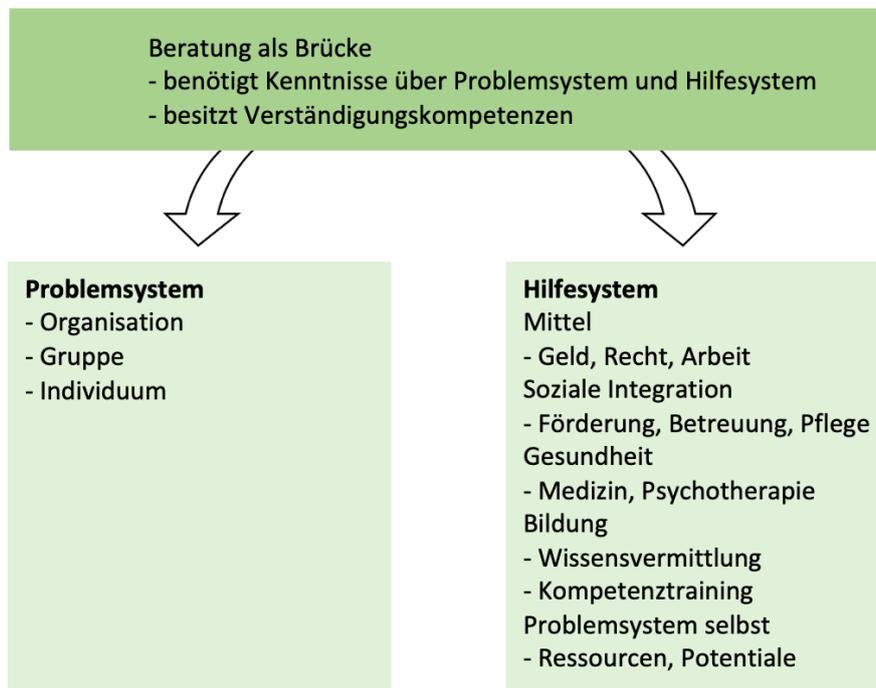


Abbildung 8: Beratung als Brücke zwischen Problem- und Hilfesystem (leicht modifiziert nach Redlich, 1997, S.153)

Er betont, dass in der sozialarbeiterischen Beratung – anders als im psychotherapeutischen Kontext (siehe Kapitel 5.2.1) – Probleme nicht nur in kommunikativer Weise, sondern auch durch Interventionen (Ressourcenbeschaffung, Verhandlungen mit Ressourcenbesitzern und Bereitstellen eigener Ressourcen) angegangen werden. Beratung durch die Soziale Arbeit vermittelt sowohl Informationen als auch sachliche und materielle Leistungen, ermöglicht Finanzierungen, triagiert an andere Einrichtungen, organisiert Platzierungen und setzt Rechtsansprüche durch (ebd.).

5.2.1 Differenzierung zwischen psychosozialer Beratung und Psychotherapie

Beratung und Psychotherapie sind Praxisfelder, die sich deutlich unterscheiden und gleichzeitig in einigen psychosozialen Praxisfeldern auch stark annähern bzw. überschneiden (Heike Schnoor, 2006, S.48). Die Soziale Arbeit hat sich, insbesondere in den 1980er-Jahren, stark an der Psychotherapie orientiert. Es wurde versucht die gewünschte Professionalisierung der Sozialen Arbeit durch Therapeutisierung zu lösen (Widulle, 2011, S.34). So wurde psychosoziale Beratung (entsprechend auch sozialarbeiterische Beratung) lange Zeit als eine kleine Form von Therapie verstanden, welche ihre theoretischen Modelle und Interventionsformen aus der Psychotherapie bezieht. Aus dieser Perspektive konnte man zu der Konklusion gelangen, dass psychosoziale Beratung einfachere Problemlagen durch weniger qualifiziertes Personal bearbeitet. Diese Bezugnahme auf die (vermeintlich) entwickeltere und qualifiziertere Psychotherapie hat eine eigenständige Entwicklung des Beratungsverständnisses der Sozialen Arbeit erschwert (Heino Hollstein-Brinkmann & Maria Knab, 2016, S.2). Laut Widulle (2011) hat sich die Soziale Arbeit in den letzten Jahren jedoch deutlicher gegenüber der Psychotherapie abgegrenzt (S.35).

Nach Stimmer und Ansen (2016) ist sowohl Beratung als auch Psychotherapie eine ergebnisoffene Beziehungsgestaltung mit dem Ziel Menschen zu befähigen ihr Leben in ihrem Sinne gelingender selber zu gestalten (S.42-43). Diese Gemeinsamkeit klärt das Verhältnis allerdings noch nicht. Frank Nestmann (2002) hat ein Modell entwickelt (siehe Abbildung 9) und die verschiedenen Möglichkeiten aufgezeigt, wie das Verhältnis von Beratung und Psychotherapie Aussehen könnte (S.403).

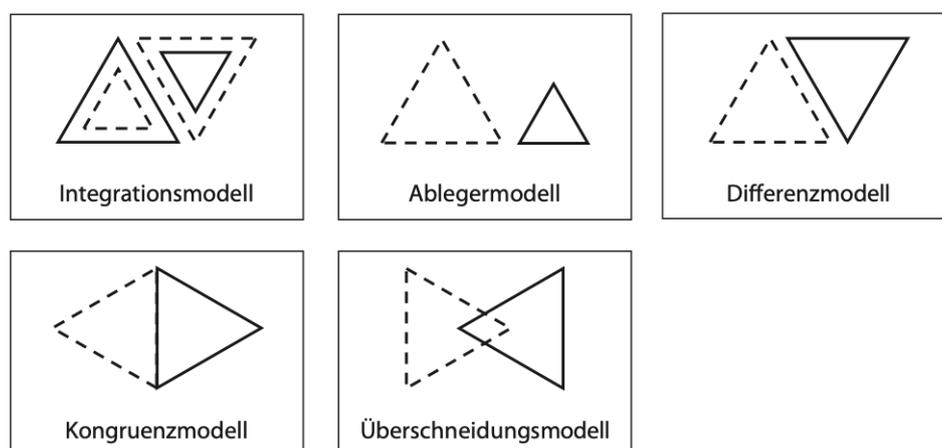


Abbildung 9: Verhältnis zwischen psychosozialer Beratung und Psychotherapie (Wälte & Lübeck, 2018, S.26; modifiziert nach Nestmann, 2002, S.403)

Integrationsmodell: Beratung ist Teil der Psychotherapie und Psychotherapie ist Teil der Beratung.

Ablegermodell: Beratung ist eine kleine Version von Psychotherapie.

Differenzmodell: Psychotherapie und Beratung sind zwei total unterschiedliche Felder.

Kongruenzmodell: Zwischen Psychotherapie und Beratung gibt es keinen Unterschied.

Überschneidungsmodell: Beratung und Psychotherapie unterscheiden sich sowohl in der Theorie als auch in der Praxis. Es finden sich jedoch auch deutliche Überschneidungen (Wälte & Lübeck, 2018, S.26).

Wälte und Lübeck (2018) haben sein Modell genau analysiert und widerlegen alle Modelle bis auf das Überschneidungsmodell (S.26-29). Nestmann (2002) selbst kommt zu dem gleichen Schluss. Das Verhältnis der beiden Disziplinen könne nur durch ein Kontinuum mit deutlichen Überlappungen abgebildet werden und werde daher am besten durch das Überschneidungsmodell repräsentiert (S.403).

Wo liegen jedoch die Unterschiede der beiden Disziplinen? Stimmer und Ansen (2016) differenzieren anhand vier Kriterien zwischen Beratung und Psychotherapie: Gesetzliche Regelung, Verfahren, Zugänge und Schwerpunkte (S.43-45).

Gesetzliche Regelung

Formal betrachtet ist die Psychotherapie Teil der medizinischen Versorgung und zumindest in Deutschland über das Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz – PsychThG) vom 16. Juni 1998, BGBl. I S. 2686 reguliert. Dieses Gesetz definiert Psychotherapie in Art. 1 Abs. 3 PsychThG als eine auf wissenschaftlich anerkannte psychotherapeutische Verfahren beruhende Tätigkeit «zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, für welche eine Psychotherapie indiziert ist».

Ein Gesetz über die Ausübung von Beratung gibt es nicht. Gegenstand von Beratung ist jedoch die Unterstützung von Menschen bei der Bewältigung aktueller psychosozialer Konflikte und nie primär die Behandlung psychischer Erkrankungen. Beratung ist also keine Heilkunde im Sinne des Gesetzes (Stimmer & Ansen, 2016, S.43-45).

Verfahren

In der Psychotherapie wird in einem geplanten Prozess (Anamnese – Diagnose – Therapie) nach psychotherapeutischen Verfahren eine Krankheit behandelt. Anders in der Beratung: Dort stehen, sofern es denn auch um Krankheit geht, die Konsequenzen für die persönlichen Lebensumstände der Klient_innen im Fokus. Die Methodische Abfolge von Anamnese, Diagnose und Therapie wird in der Beratung anders genannt, ist jedoch ebenfalls gegeben (Stimmer & Ansen, 2016, S.43-45).

Zugänge

Während zur Psychotherapie meist ein eher hochschwelliger Zugang mit langen Wartezeiten besteht, ist Beratung meist eher niederschwellig erreichbar. Diese ungleichen Zugangsbarrieren hängen u.a. mit den entstehenden Kosten zusammen. Beratungsangebote sind oft gratis zugänglich. Psychotherapien hingegen sind meist mit Kosten verbunden, welche bei gegebener Indikation teilweise von den Krankenkassen übernommen werden (ebd.). Tanja Hoff (2015) schreiben, dass psychisch erkrankte Menschen nicht selten Beratungsangebote statt Psychotherapie in Anspruch nehmen. Dies kann sich durch persönliche Vorbehalte gegenüber einer Psychotherapie oder durch (vorübergehend) verhinderten Zugang zu einer Therapie begründen (S. 148).

Schwerpunkte

Die Psychotherapie ist primär über den klinisch-psychologischen Heilungsdiskurs geprägt, mit dem Ziel psychischen und psychosomatischen Erkrankungen zu begegnen. Beratung hingegen, ist ein sich an der Lebenswelt der ratsuchenden Person orientierendes, offenes Unterstützungsangebot, welches auf Inklusion und entwicklungsorientierte Formen der Hilfe hinzielt (Frank Nestmann, Frank Engel & Ursel Sickendiek, 2004, S.36-37). Im Mittelpunkt der Beratung steht nicht die Krankheits-, sondern die Krisenbewältigung (Schnoor, 2006, S.49).

Trotz dieser Differenzierungskriterien sind die Grenzen zwischen psychosozialer Beratung und Psychotherapie nicht ganz klar. Laut Dieter Wälte und Michael Borg-Laufs (2018) ist diese Nähe jedoch als positiv zu bewerten, da die Praxis der psychosozialen Beratung von den schulenspezifischen Konzepten der Psychotherapie profitieren könne. Aufgrund der vielfältigen Problemlagen der Klient_innen der Sozialen Arbeit sei jedoch von einer einseitig ausge-

richteten Orientierung an einer spezifischen Beratungsschule abzusehen und auf eine integrative Beratungskonzeption hinzuarbeiten (S.13).

5.2.2 Menschenbild der Sozialen Arbeit

In der Sozialen Arbeit werden Menschen als sozial bestimmte, in soziale Gemeinschaften eingebundene Wesen gesehen, welchen grundlegend die Fähigkeit zur Veränderung, Emanzipation und Selbstverantwortung gegeben ist. Sie werden nicht als starr betrachtet, sondern als flexibel und fähig zur Entwicklung. Diese Entwicklung findet während des ganzen Lebens in der Interaktion mit Beziehungspersonen statt (Magdalena Stemmer-Lück, 2004, S. 50-51).

Der schweizerische Berufskodex der Sozialen Arbeit von Avenir Social (2010) hebt unter dem Kapitel «Menschenbild» das Anrecht aller Menschen «...auf die Befriedigung existenzieller Bedürfnisse sowie auf Integrität und Integration in ein soziales Umfeld» hervor (S.6). Der Berufsverband schreibt weiter, dass die «Voraussetzungen für das erfüllte Menschsein (...) die gegenseig respektierende Anerkennung des oder der Anderen, die ausgleichend gerechte Kooperation der Menschen untereinander und gerechte Sozialstrukturen» sind (ebd.). Es ist Aufgabe der Sozialen Arbeit die Ausarbeitung von Problemlösungen in zwischenmenschlichen Beziehungen zu ermöglichen. Sie soll ermächtigen, befreien und das Wohlbefinden der Menschen anheben (Avenir Social, 2010, S.8). Die Professionellen der Sozialen Arbeit sollen jenen Menschen, die in ihrer Selbstverwirklichung illegitim eingeschränkt sind, die Teilhabe an der Gesellschaft ermöglichen (Avenir Social, 2010, S.6). Dies betrifft insbesondere Menschen mit einer BPS und einer SuAb. Ihnen sind auffällige Verhaltensweisen eigen, die es ihnen u.U. verunmöglichen an der Gesellschaft teilzunehmen. Die Professionellen der Sozialen Arbeit müssen diese Menschen über Zusammenhänge, die zu ihrem sozialen Ausschluss führen informieren und ihre Klientel motivieren von ihren Rechten, Fähigkeiten und Ressourcen Gebrauch zu machen (Avenir Social, 2010, S.10). Dies ermöglicht eine selbststimmte Veränderung ihrer Lebensbedingungen. Weiter müssen die Professionellen der Sozialen Arbeit über ihre Möglichkeiten und Grenzen informieren und, wenn sie nicht zuständig sind, an weitere Fachpersonen triagieren. Der gleiche Absatz fordert von den Professionellen der Sozialen Arbeit ihr Vorgehen mittels theoretischer, methodischer und ethischer Kriterien zu legitimieren und danach zu handeln. Insbesondere auch dann, wenn dieses im Widerspruch steht zur eigenen Autorität (Avenir Social, 2010, S.11). Abgesehen von allem Verständnis und der grundsätzlichen Wertschätzung gegenüber Menschen, haben die Professionellen der Sozialen

Arbeit jedoch auch die Aufgabe gegenüber ihrer Klientel die Wahrnehmung ihrer Pflichten einzufordern (Avenir Social, 2010, S.12).

Widulle (2011) betont, dass in der Sozialen Arbeit Menschen auch in problematischen und kritischen Lebenssituationen als Expert_innen für ihr Leben gesehen werden (S.53). Der Autorin stellt sich die Frage wie diesbezüglich mit selbstschädigendem Verhalten umzugehen ist. Manuel Trachsel und Daniel Hürlimann (2015) weisen darauf hin, dass im schweizerischen Recht der Grundsatz der straflosen Selbstschädigung gilt. Eine Person ist nur vor anderen, nicht jedoch vor sich selbst zu schützen. Daher ist Suizid beispielsweise nicht strafbar. Weiter machen sie darauf aufmerksam, dass Selbstschädigung als Teil der individuellen Selbstbestimmung gewertet werden kann (S.8-9). Auch Reker (2015) weist auf das «Recht auf Krankheit» und damit auch auf den Anspruch auf selbstzerstörerischen Alkoholkonsum und Verwahrlosung hin, solange die betroffene Person weiss, was sie macht (S.150). Für die Soziale Arbeit bedeutet dies, nach Meinung der Autorin, dass die Selbstgefährdung der Klient_innen bzw. die Notwendigkeit einer Intervention angemessen abgewogen werden muss.

5.2.3 Gesundheits- und Krankheitsverständnis der Sozialen Arbeit

Die Abkehr von einem rein biomedizinischen, reduktionistischen Krankheitsverständnis hin zu einem sozialen Krankheitsbegriff erfolgte in den 1970er-Jahren. Im aktuell geführten Diskurs der Human- und Sozialwissenschaften über die Entstehung und Entwicklung von Gesundheit und Krankheit, wird das biopsychosoziale Modell (BPS-Modell), welches in Abbildung 10 dargestellt ist, am meisten vertreten (Franz-Christian Schubert, Dirk Rohr & Renate Zwicker-Pelzer, 2019, S.49-53).

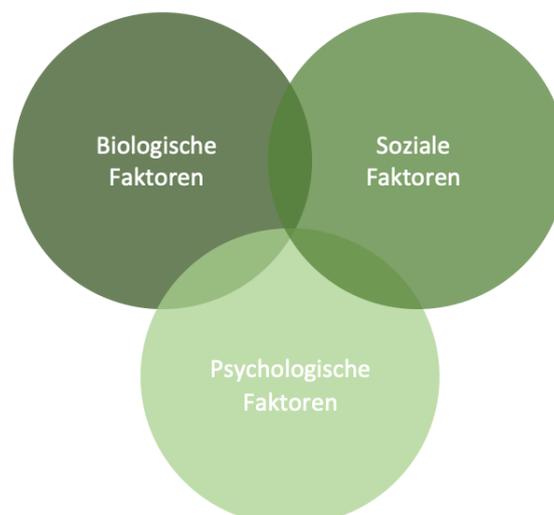


Abbildung 10: Das biopsychosoziale Modell (eigene Darstellung)

Dieses wurde vom Psychiater George L. Engel entwickelt und nimmt an, dass Gesundheit und Krankheit nicht rein durch medizinisch-biologische oder psychische oder soziale Faktoren determiniert werden, sondern die Ergebnisse einer Wechselwirkung dieser drei Ebenen sind. Es sieht Gesundheit und Krankheit als Resultate der Wechselwirkungen zwischen dem Individuum und seiner Umwelt. Weiter geht es davon aus, dass die grundlegenden Faktoren dieser Ebenen nicht konstant sind, sondern sich durch die Wechselbeziehung kontinuierlich verändern. Mittels dieser Veränderung lässt sich menschliche Entwicklung und die Entstehung und der Verlauf von Gesundheit und Krankheit erklären. Auch im Hinblick auf die Bewältigung von Lebensanforderungen und die Gestaltung von Lebensqualität wird das BPS-Modell hinzugezogen (Schubert et al., 2019, S.49-53).

Die WHO geht heute ebenfalls von einer Verschränkung der biologischen, psychischen und sozialen Ebenen aus. So basiert beispielsweise die richtungsweisende Ottawa-Charta auf einem biopsychosozialen Grundverständnis von Krankheit und Gesundheit. Darin werden als Voraussetzungen für Gesundheit folgende Faktoren genannt: Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit (WHO, 1986, S.1-2).

Für die Soziale Arbeit ist insbesondere die Nennung der sozialen Dimension von Krankheit bzw. Gesundheit relevant. In der Gesundheitsforschung werden psycho-soziale Integration und soziale Unterstützung als die besten Schutzfaktoren von sowohl körperlichen als auch psychischen Erkrankungen gesehen. Auch als Heilmittel kommen psycho-sozialer Integration und sozialer Unterstützung eine wichtige Funktion zu (Helmut Pauls, 2013, S. 32). Dies weist auf die zentrale Rolle der Sozialen Arbeit im Behandlungsprozess hin.

6 Handlungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit

In diesem Kapitel wird aufgezeigt wie die Professionellen der Sozialen Arbeit auf die herausfordernden Verhaltensmuster, die in Kapitel 4.3 herausgearbeitet wurden, reagieren können. Die Autorin tut dies anhand derselben Gliederung wie in Kapitel 4.3 und geht pro Kapitel auf jeweils zwei Verhaltensweisen ein.

6.1 Allgemeine Grundhaltungen

Für die BPS wurde in den letzten Jahren krankheitsspezifische Therapiekonzepte entwickelt, deren Wirksamkeit gegenüber unspezifischen Behandlungskonzepten nachgewiesen werden konnte (siehe Kapitel 3.2.4). Walter et al. (2016) haben daraus einige allgemeine Prinzipien ableiten, die in angepasste Form auch für die Professionellen der Sozialen Arbeit gültig sind:

- Es sind ausformulierte Rahmenbedingungen und Vereinbarungen zu treffen.
- Gespräch sind klar zu strukturieren.
- Die zu behandelnden Themen sind zu hierarchisieren und ein Fokus ist festzulegen.
- Gespräche finden regelmässig statt (Beziehungsorientierung).
- Die Klientel ist zu intensiver Mitarbeit aufzufordern bzw. zu motivieren.
- Der Fokus ist auf vorhandene fremd- und selbstdestruktive Verhaltensweisen zu legen (sofern dies im Aufgabenbereich der Sozialen Arbeit liegt). Allenfalls ist eine Triage angezeigt.
- Interventionen bzw. Supervisionen finden regelmässig statt (S.110).

Für die Soziale Arbeit sind, nach Meinung der Autorin, auch folgende Grundannahmen der Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) interessant:

- Im subjektiven Kontext gesehen, ergibt jedes Verhalten der Klient_innen Sinn. Es ist anzunehmen, dass Klient_innen versuchen aus ihrer aktuell schwierigen Situation das Beste zu machen.
- Personen mit einer BPS wollen sich bzw. ihre Situation verbessern.
- Es ist ungerecht, dass Personen mit einer BPS sich stärker anstrengen, härter arbeiten und stärker motiviert sein müssen. Der_Die Berater_in ist angehalten alle Möglichkeiten der Unterstützung auszuschöpfen.
- Personen mit einer BPS haben i.d.R. nicht alle ihre Probleme selber verursacht, müssen sie aber dennoch selber lösen.

- Der_Die Berater_in muss Verständnis aufbringen für die oft ausweglos erscheinende Situation von Personen mit einer BPS. Das Leben suizidaler Klient_innen ist, so wie es im Moment gelebt wird, unerträglich. Der_Die Berater_in hat alles zu tun, um ihre Situation zu verändern (Bohus, 2019, S.24-25).

Walter et al. (2016) betonen, dass typische Erlebensmuster und Verhaltensweisen in ihren individuellen Ausprägungen sowie weitere komorbide Erkrankungen zu berücksichtigen sind (S.111). Die Autorin dieser Bachelor Arbeit stimmt ihnen zu und sieht eine besondere Wichtigkeit in der Individualität. Es darf nicht vom Einzelfall auf andere Betroffene geschlossen werden. Psychische Krankheiten sind ebenso vielfältig in ihrem Krankheitsbild wie körperliche Erkrankungen. Genauso wenig darf nur die Diagnose gesehen werden, denn dem_der Berater_in sitzen Menschen mit Erfahrungen, Meinungen, Wissen und Vorstellungen gegenüber. Es ist der_die aktuelle Klient_in zu sehen und nicht die Erinnerung an eine_n Ehemalige_n. Stigmatisierungen müssen unbedingt vermieden werden. Auch Jenny Hahn und Rebecca Würth (2016) betonen, dass bestehende Schwierigkeiten präsent sein sollen, nicht jedoch die Veränderungserwartung und Handlungsfähigkeit der Sozialarbeitenden beeinträchtigen dürfen (S.283).

Wie soll die Erkrankung Betroffenen gegenüber angesprochen bzw. genannt werden? Dominique de Marné (2019), Psychologin und selbst Betroffene einer BPS, schlägt vor die Klient_innen selbst zu fragen. «Ist es okay, wenn wir über Ihre Krankheit sprechen? Oder heute lieber nicht? – «Inwiefern muss ich Ihre Krankheit berücksichtigen?» – «Wenn Sie das nächste Mal in einer Krise sind, wie soll ich mich dann verhalten?» (S.198). Entsprechend der klientenzentrierten Gesprächsführung von Carl Rogers (1996) ist der_die Klient_in Expert_in für sein_ihr Leben. Es ist anzunehmen, dass er_sie mehr über die Krankheit weiss als die beratende Person. Dies ist anzuerkennen.

De Marné (2019) stellt sich ebenfalls die Frage ob man Betroffene_r, psychisch Kranke_r, Borderliner_in etc. sagen darf und weist darauf hin, dass es für sie darauf ankommt, wie man diese Begriffe benützt. Sie vergleicht es mit der LGBTQI*-Community, in der es üblich ist, sich danach zu richten, wie sich das Gegenüber selbst bezeichnet oder gegebenenfalls nachzufragen wie das Gegenüber bezeichnet werden möchte (S.114).

6.2 Störung der Impulskontrolle: Gefühlskontrolle & Beziehungsabbrüche

Wie in Kapitel 4.3.1 aufgezeigt, ist beiden Krankheitsbildern eine Störung der Impulskontrolle gegeben, die zu einer wechselhaften Gefühlslage und in Krisensituationen oft zu Beziehungsabbrüchen führt.

Gefühlskontrolle

Die emotionale Instabilität der Klient_innen mit einer BPS stellt die Sozialarbeitenden immer wieder vor neue Herausforderungen. Psychische Belastbarkeit und die Fähigkeit zur Aufrechterhaltung eines angemessenen Nähe-Distanzverhältnis ist, nach Meinung der Autorin, zentral. Die emotionale Instabilität ist allerdings auch für die Klient_innen selbst höchst belastend. In der DBT werden den Betroffenen u.a. Kompetenzen zum Umgang mit Stress vermittelt. Diese werden zusammengefasst unter dem Begriff Stresstoleranz und sollen bei der Bewältigung von Krisensituationen helfen. Ziel ist es einerseits Hochstressphasen zu verkürzen und andererseits der Entwicklung von Hochstresssituationen vorzubeugen. Eine zentrale Übung ist die Einschätzung der momentanen Anspannung auf einer Skala von 1 bis 100. Übersteigt der Wert die Zahl 70, dann wird es kritisch. Für solche Situationen erarbeiten sich die Betroffenen einen «Notfallkoffer» an «Skills». Skills sind starke sensorische Stimuli, die eingesetzt werden können, um Hochstressphasen zu verkürzen. Auch dissoziativen Zuständen können sie entgegenwirken (Bohus, 2019, S.65-75). Skills sollen gelernte dysfunktionale Verhaltensweisen wie z.B. Trinken oder selbstverletzendes Verhalten ersetzen bzw. die Zeit überbrücken, bis die Hochstressphase vorbei ist. Als Skill gilt jedes Verhalten, das in Hochstressphasen kurzfristig wirksam und langfristig nicht schädlich ist (De Marné, 2019, S.147). Bohus (2019) schlägt u.a. folgende vor: Eiskaltes Wasser über das Gesicht laufen lassen, etwas scharfes kauen, Ammoniak riechen oder aufmunternde, rhythmische Musik hören (S.75-76). De Marné (2019) beschreibt zudem den Skill «Hirn-Flick-Flack». Dabei sucht man sich ein Thema, geht das Alphabet durch und sucht zu jedem Buchstaben einen passenden Begriff. Einfach sind Vornamen, schwieriger wird es mit Ländern, Instrumenten, Sportarten etc. Bei hoher Anspannung sollte das Thema eher einfach sein (S.147). Eine Voraussetzung, um Skills anwenden zu können ist die Fähigkeit eigene Gedanken und Handlungsimpulse wahrnehmen und aus einer gewissen Distanz betrachten zu können, ohne sofort zu reagieren. In der DBT wird dazu die auf der Praxis der Zen-Meditation basierende «Achtsamkeit» trainiert (Bohus, 2019, S.72-73).

De Marné (2019) nennt Achtsamkeit auch «Monotasking». Ziel ist es mit den Gedanken ganz im Hier und Jetzt zu sein (S.144).

Die Autorin dieser Bachelor Arbeit ist der Meinung, dass eine solche Skalierung und, wenn angezeigt, der Einsatz von Skills zu Beginn eines Beratungsgesprächs eine sinnvolle Methode im Umgang mit Stress bzw. innerer Anspannung sein kann. Es hilft der Klientel sich selbst wahrzunehmen und erlaubt der beratenden Person eine bessere Einschätzung der Situation. Da Personen mit einer BPS viel und stark fühlen, oft aber nicht wissen welchem Teil des Emotionsspektrum sie diese Gefühle zuordnen müssen, erscheint es der Autorin im Umgang mit ihnen hilfreich Gefühle zu benennen. Dies fördert die Fähigkeit zur Achtsamkeit und entspricht auch einem zentralen Aspekt der MBT: der Mentalisierungsfähigkeit. Allenfalls kann vor Abschluss des Gesprächs eine erneute Skalierung vorgenommen werden. Sollte die Anspannung, aufgrund während des Gesprächs aktivierter emotionaler Prozesse hoch sein, kann eine Achtsamkeitsübung gemacht werden, um dysfunktionalen Verhaltensweisen vorzubeugen.

Ein weiterer Vorschlag der Autorin zum Umgang mit Impulsen ist das Ausarbeiten von Wenn-Dann-Pläne nach Peter M. Gollwitzer (1999). Wenn-Dann-Pläne sind im Vorfeld erdachte, zielgerichtete Reaktionen auf zu erwartende kritische Situationen. Treten diese ein, können die Betroffenen bewusst auf automatisierte Pläne zurückgreifen und so die Zielerreichung sichern. Wenn-Dann-Pläne sollen richtungsweisend wirken und den Betroffenen helfen zielgerichtet zu handeln (S.493).

Beziehungsabbrüche

Viele Personen mit einer BPS und einer komorbiden SuAb haben während ihres Lebens unangenehme Erfahrungen mit nahen Bezugspersonen gemacht. Es kann vorkommen, dass sie Berater_innen im Licht dieser früheren Erfahrungen sehen und Reaktionen subjektiv als übertrieben feindlich, wenig unterstützend oder gar böse interpretieren. Der beratenden Person kann sich dieser, als Übertragung bezeichnete Vorgang, in einem irritierenden Spannungsfeld zwischen emotionaler Nähe und spröder Abweisung zeigen. Auch eine Ambivalenz zwischen hoher Motivation und Versagensängsten sowie Überlebenskampf und drängenden Suizidvorstellungen sind häufig erkennbar (Bohus, 2019, S.25-26). Um eine konstante Beratung aufrechtzuerhalten ist die Beziehungsgestaltung zwischen Klient_in und

Berater_in von zentraler Art. Die klientenzentrierte Gesprächsführung und die motivierende Gesprächsführung bieten an dieser Stelle einige Hilfsmittel.

Die klientenzentrierte Gesprächsführung sieht die Klientel als Expert_innen für ihre eigenen Leben inkl. ihrer eigenen Probleme (Sabine Weinberger, 2006, S.22). Die beratende Person begegnet der Klientel mit Empathie, unbedingter Wertschätzung und Kongruenz. Diese Grundhaltungen ermöglichen es der Klientel über die eigenen emotionalen Erlebnisse zu sprechen und diese zu klären. Verbalisierungen der wahrgenommenen Gefühle von Seiten der beratenden Person helfen der Klientel sich mit den Inhalten auseinanderzusetzen (Weinberger, 2006, S.66).

Die motivierende Gesprächsführung enthält ebenfalls die Aspekte Empathie, unbedingte Wertschätzung und Kongruenz der klientenzentrierten Gesprächsführung. Der Fokus liegt allerdings auf dem Abbau von Ambivalenzen und dem Aufbau von Veränderungsmotivation. Zentral sind weiter die Grundsätze Partner_innenschaftlichkeit, Evokation und Autonomie. Evokation meint die Annahme, dass die Klientel das, was sie braucht in sich trägt und es Aufgabe der beratenden Person ist diese Ressourcen an die Oberfläche zu bringen. In der solcherart gestalteten wertschätzenden Atmosphäre wird die Beziehung gestärkt (Miller & Rollnick, 2015, S.30-37).

Bohus (2019) schreibt, dass Personen mit einer BPS dazu tendieren neutrale, ausdruckslose Gesichter als negativ wahrzunehmen (S.29). Dies sollte im Rahmen des Beziehungsaufbaus berücksichtigt werden.

Sowohl für Personen mit einer BPS als auch für Personen mit einer SuAb ist Konstanz in den Strukturen wichtig. Bereits geringe Veränderungen oder Unzuverlässigkeiten seitens der beratenden Person können Ängste oder Aggressionen auslösen. Personen mit einer BPS suchen in ihrem Gegenüber Kongruenz sowie nachvollziehbare und transparente emotionale Reaktionen (Bohus et al., 2015, S.723). Um Enttäuschungen, Konflikte und schlimmstenfalls Beziehungsabbrüche zu verhindern, ist nach Meinung der Autorin eine gründliche Auftragsklärung daher von zentraler Art. Dadurch werden die u.U. sehr unterschiedlichen und allenfalls auch widersprüchlichen Erwartungen der beteiligten Parteien geklärt und besprochen (Arist von Schlippe & Jochen Schweitzer, 2012, S.235). Wolfgang Loth (1998) empfiehlt in diesem Rahmen den Anlass, welchen der_die Klient_in in die Beratung bringt, sowie das konkrete Anliegen, welches der_die Klient_in verwirklichen möchte zu klären. Auch der Auftrag an den_die Berater_in muss besprochen werden (S.84-98). Mittels der Auftragsklärung wird das

Beratungshandeln legitimiert und ineffizientes Handeln und Unzufriedenheit bei allen Beteiligten vermieden (Weber & Kunz, 2012, S.15-43).

Im Anschluss an die Auftragsklärung geht es darum ein Arbeitsbündnis festzulegen (ebd.). Weber und Kunz (2012) definieren das Arbeitsbündnis als «(. . .) eine explizite, beidseitige Verpflichtung, sich an ein klar definiertes Vorgehen zu halten» (S.60). Das Arbeitsbündnis sollte laufend angepasst werden. Zu Beginn kann das Arbeitsbündnis beispielsweise heissen gemeinsam Ziele festzulegen. Diese bieten Struktur und Transparenz im Handlungsprozess und dienen der Steuerung (ebd.).

Kommt es in der Beratung dennoch zu Konfliktsituationen, muss laut Rahn (2001) darauf geachtet werden, dass aus einer Konfliktsituation nicht ein chronischer Streit entsteht. Es muss ein Mittelweg gefunden werden zwischen Beharren auf der eigenen Meinung und allzu schnellem Nachgeben. Zur Bewältigung von Konfliktsituationen empfiehlt er Pausen einzulegen. Ein Konflikt muss nicht immer unmittelbar geklärt werden. Werden im Gespräch Grenzen überschritten, kann es besser sein vorerst Distanz zu suchen und nicht weiter zu diskutieren. Er empfiehlt allenfalls eine erneute Auftragsklärung vorzunehmen. Auch erachtet er es als sinnvoll im Rahmen des Arbeitsbündnisses Regeln für Konfliktsituationen bzw. zur Konfliktlösung zu vereinbaren (S.86-90).

6.3 Selbstgefährdung: Suizidalität & körperliche Folgeschäden

Wird auf Krisensituationen passend reagiert, ist zu hoffen, dass selbstgefährdendes Verhalten als dysfunktionale Reaktion weniger auftritt. Es ist jedoch anzunehmen, dass Suizidalität dennoch als Thematik in der Beratung auftreten kann.

Suizidalität

Suizidalität muss immer angesprochen werden. Seien es begründete Vermutungen seitens der beratenden Person oder (verschlüsselte) Andeutungen seitens der Klientel. Nur so kann geklärt werden, ob tatsächlich eine Gefährdung besteht. Die Angst, eine Person durch die Frage erst auf die Idee zu bringen, ist unbegründet (Bündnis gegen Depression Bern [BBgD], ohne Datum). Warnsignale für Suizidabsichten können sich verbal und nonverbal ausdrücken. Direkte Ankündigungen kommen relativ häufig vor und sollten stets ernst genommen werden. Häufig erfolgen sie in Form von sprachlichen Hinweisen, die den Wunsch nach Ruhe oder frustrierte psychische Bedürfnisse ausdrücken («Ich falle jedem zur Last», «Ich mache das

nicht mehr mit», «Ich schaffe das nicht mehr» oder «Manchmal möchte ich nur noch schlafen»). Weitere Warnsignale können sein, dass Menschen beginnen sich um ihren Nachlass zu kümmern, Kontakte den Anschein von Verabschiedungen bekommen oder sich Personen nicht mehr um ihre Gesundheit kümmern⁴ (Michael Eink & Horst Haltenhof, 2012, S.51-52).

Das Suizid-Netz Aargau (2017) empfiehlt auf geäußerte Suizidgedanken

- authentisch («Du erschreckst mich sehr»),
- empathisch («Du kannst fast nicht mehr und hast einfach genug von diesem Leben»),
- verständnisvoll («Im Moment scheint dir dies die einzige Möglichkeit zu sein, um endlich einmal Ruhe zu haben»),
- interessiert («Wie willst du das tun?») und
- systemisch («Was müsste sich ändern, damit du es dir nochmals anders überlegst?») zu reagieren.

Auf jeden Fall vermieden werden, sollten ignorieren und nicht ernst nehmen von Suizidsignalen sowie bagatellisieren, ausreden, ergründen, pathologisieren oder dogmatisieren von Suizidabsichten (S.6-7). Es ist angebracht Sorge auszudrücken, die Betroffenen ausreden zu lassen und zuzuhören (BBgD, ohne Datum). Ziel ist stets eine kritisch wohlwollende Begleitung der gefährdeten Person. Die beratende Person muss Verantwortung für ihr eigenes Handeln, nie jedoch für das Leben der Klientel übernehmen (Curaviva, ohne Datum, S.15).

Um die Situation einschätzen zu können sollte nachgefragt werden, ob es sich um Suizidgedanken handelt oder bereits ein konkreter Suizidplan besteht. Wurden bereits Vorkehrungen getroffen? Ist es in der Vergangenheit zu Suizidversuchen gekommen (Curaviva, ohne Datum, S.13)? De Marné (2019) weist darauf hin, dass es bei der Frage «Denkst du über Suizid nach?» einfacher ist zu lügen, als bei der Frage «Kannst du mir versprechen, dass du dir nichts antun wirst?» (S.197).

Sind die Suizidgedanken vage kann beispielsweise mithilfe des Kriseninterventionsmodells von Ulrich Schnyder (2000) interveniert werden. Dieses besteht aus den folgenden 6 Schritten (S.73):

1. Kontakt herstellen
2. Problemanalyse
3. Problemdefinition

⁴ Für eine detailliertere Auflistung der Warnsignale vgl. Curaviva (ohne Datum)

4. Zieldefinition
5. Problembearbeitung
6. Termination
7. Follow-up⁵

Der Autorin scheint wichtig, dass stets definiert wird wie verblieben werden soll. «Wann sehe ich Sie wieder?», «Was mache ich, falls ich nichts von Ihnen höre?», «Wo gehen Sie jetzt hin?» etc. Das Suizid-Netz Aargau (2017) empfiehlt u.a. auch folgende Fragen zu klären:

- Wie gut sind Familie und Angehörige informiert?
- Wer hilft sonst noch?
- Wen benachrichtigen Sie in einer akuten Krise? (mehrere Optionen wählen) (S.13).

Grundsätzlich gilt, je konkreter die Suizidankündigung ist, desto dringender besteht ein Handlungsbedarf (Curaviva, ohne Datum, S.12). Ist die Suizidalität akut, so gilt es unmittelbar zu handeln und die betroffene Person nicht alleine in der für sie aussichtslos und hoffnungslos erscheinenden Situation zu lassen (BBgD, ohne Datum). Curaviva (ohne Datum) empfiehlt Unsicherheiten bezüglich des Vorgehens mit Drittpersonen wie Arbeitskolleg_innen, Vorgesetzten und/oder Fachpersonen (z.B. Beratung und Hilfe 147 oder Kriseninterventionszentren vor Ort) zu besprechen. Die Verantwortung zu teilen entlastet. Einlieferungen in psychiatrische Kliniken erfolgen in der Regel via Hausärztin bzw. Hausarzt oder direkt via Notfall und sollten wenn möglich mit der betroffenen Person besprochen werden (S.13-17).

In Kapitel 5.2.1 wurde psychosoziale Beratung von Psychotherapie abgegrenzt. Es wurde aufgezeigt, dass Krankheitsbewältigung nicht Aufgabe der psychosozialen Beratung ist. In diesem Sinne ist es nicht Aufgabe der Sozialen Arbeit Personen mit einer BPS zu heilen. Aufgabe der beratenden Person ist es, sich an der Lebenswelt der Betroffenen orientierende Unterstützung zu bieten. Die Autorin sieht die Aufgabe der Professionellen der Sozialen Arbeit in folgenden Punkten:

- Sich mit der Thematik Suizid auseinandersetzen und über die eigenen Einstellungen reflektieren,
- während der Beratung aufmerksam sein und auf Warnsignale achten,
- Betroffene ernst nehmen und ihnen zuhören,

⁵ Für eine detailliertere Darstellung vgl. Schnyder (2000); Wolf Ortiz-Müller (2010)

- beraterisch intervenieren und
- falls angezeigt an andere Fachpersonen triagieren.

Körperliche Folgeschäden

Bezüglich der verschobenen Risikoeinschätzung unter Substanzeinfluss sowie der körperlichen Folgen einer SuAb ist die Autorin der Meinung, dass im Rahmen einer Beratung wenig unternommen werden kann. Ihr stellt sich die Frage inwiefern eine süchtige Person für ihr Verhalten verantwortlich gemacht werden kann und ob Selbstgefährdung Ausdruck der individuellen Selbstbestimmung ist. Reker (2015) vertritt die Ansicht, dass es einen Anteil in der substanzabhängigen Person gibt, über den sie keine Kontrolle hat und für den sie nicht verantwortlich gemacht werden kann. Umgekehrt bedeutet dies, dass die Person auch andere Anteile besitzt und nicht vollständig willenlos ist. Auch bei selbstgefährdendem Verhalten kann folglich nicht einfach über sie bestimmt werden (mehr dazu in Kapitel 5.2.2) (S.18).

6.4 Identitätsstörung: Selbstwert & Ambivalenz

Wie in Kapitel 4.3.3 herausgearbeitet, ist beiden Krankheitsbildern ein mangelndes Selbstwertgefühl und eine gewisse Ambivalenz zu eigen.

Selbstwert

Friederike Potreck-Rose und Gitta Jacob (2019) veranschaulichen den Selbstwert anhand vierer Säulen (siehe Abbildung 11). Diese unterteilen sie in zwei Dimensionen: Die intrapersonelle Dimension und die interpersonelle Dimension (S.70)

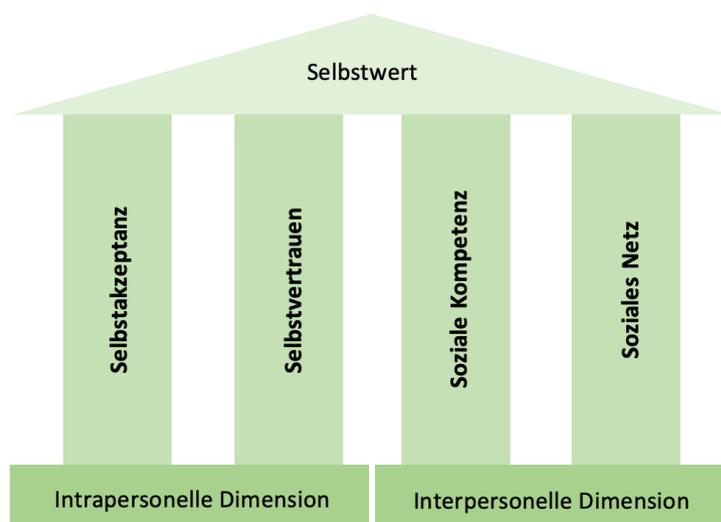


Abbildung 11: Vier Säulen des Selbstwerts (leicht modifiziert nach Potreck-Rose & Jacob, 2019, S.70)

Unter Selbstakzeptanz verstehen die Autorinnen eine positive Grundhaltung zu sich selbst als Person und unter Selbstvertrauen eine positive Grundhaltung bezüglich der eigenen Fähigkeiten und Leistungen. Mit sozialer Kompetenz ist gemeint, dass sich die Person selbst als kontaktfähig erlebt. Die vierte Säule ist das soziale Netz, in welches die Person eingebunden sein sollte und mittels welchem sie positive soziale Beziehungen erleben kann (Potreck-Rose & Jacob, 2019, S.70).

Wie zur Klärung der Emotionen eignen sich die Tools Empathie, unbedingte Wertschätzung und Kongruenz der klientenzentrierten Gesprächsführung auch zur Stärkung der Selbstakzeptanz und des Selbstvertrauens (intrapersonelle Dimension von Selbstwert). Insbesondere die unbedingte Wertschätzung kann die Akzeptanz des eigenen Selbst festigen. Der/Die Berater_in ermutigt die Klientel und akzeptiert den freien Ausdruck aller Gefühle. Er/Sie schlüpft dazu nicht in eine Rolle, sondern begegnet der Klientel entgegenkommend, positiv und warm, nie jedoch wertend. Die beratende Person hört der Klientel zu und akzeptiert sie so, wie sie zu sein behauptet, ohne zu vermuten, dass sie allenfalls anders sein könnte als sie zu sein vorgibt. Der/Die Berater_in akzeptiert die Klientel so wie sie ist. Wie sie sein sollte spielt dabei keine Rolle. Rogers hat die Erfahrung gemacht, dass dies den Klient_innen die Möglichkeit bietet sich selbst tiefer zu erforschen (Rogers, 1996, S.154-155).

In der DBT ist eine Methode, um solche Wertschätzung auszudrücken das Validieren. Bohus (2019) unterteilt «Validierung» in folgende, in Tabelle 2 dargestellte, Dimensionen (S.66-68):

Aufmerksamkeit

Der/Die Therapeut_in ist wach, zugewandt, fragt nach und bewertet nicht.

Genau Reflexion

Der/Die Therapeut_in teilt mit was er_sie verstanden hat und akzeptiert den Standpunkt der Klientel.

Aussprechen von nicht Verbalisiertem

Der/Die Therapeut_in verbalisiert Emotionen, Gedanken und Handlungsentwürfe, welche die Klientel selber nicht ausspricht.

Validierung im Sinne vergangener Lebenserfahrungen oder biologischer Dysfunktion

Der/Die Therapeut_in bezieht gegenwärtige Reaktionsmuster auf frühere Lernerfahrungen.

Validierung im Sinne der gegenwärtigen Situation

Der/Die Therapeut_in vermittelt der Klientel, dass die gegenwärtigen externen und internen Vorgänge ein bestimmtes Verhalten erklären.

Radikale Echtheit

Der/Die Therapeut_in ist authentisch und sieht die Klientel als kompetent und ressourcenreich.

Cheerleading

Der/Die Therapeut_in betont, dass er_sie an die Klientel glaubt und ihr zutraut auch schwierige Situationen aus eigener Kraft zu meistern.

Tabelle 2: Die sieben Dimensionen der Validierung (leicht modifiziert nach Bohus, 2019, S.66-68)

Die Autorin dieser Bachelor Arbeit ist der Ansicht, dass manche dieser Dimensionen auch in Beratungen der Sozialen Arbeit nützlich sein können bzw. von der Sozialen Arbeit bereits angewandt werden. Insbesondere folgende Punkte erachtet sie als hilfreich um Wertschätzung auszudrücken:

- Aufmerksamkeit: Die Professionellen der Sozialen Arbeit hören aktiv zu.
- Genauere Reflexion/Aussprechen von nicht Verbalisiertem: Die Professionellen der Sozialen Arbeit paraphrasieren Gehörtes und formulieren nonverbal wahrgenommene Anteile in Worte. Mögliche Emotionen und Gedanken der Klientel stellen sie als Hypothesen in den Raum.
- Validierung im Sinne vergangener Lebenserfahrungen oder biologischer Dysfunktion/Validierung im Sinne der gegenwärtigen Situation: Die Professionellen der Sozialen Arbeit benennen Verhaltensmuster der Klientel. Diese sollten gemeinsam mit der Klientel überprüft werden. Zu beachten ist, dass Soziale Arbeit nicht Psychotherapie ist. Entsprechende Themen sollten an Fachpersonen weitergegeben werden.
- Radikale Echtheit: Die Professionellen der Sozialen Arbeit sind kongruent und sehen die Klientel als Expert_innen für ihre Lebenswelt.
- Cheerleading: Die Professionellen der Sozialen Arbeit stärken die Selbstwirksamkeitserwartung der Klientel und arbeiten ressourcenorientiert.

Auch zur Stärkung der sozialen Kompetenz und des sozialen Netzes (interpersonellen Dimension) kann die beratende Person ihren Beitrag leisten. Soziale Kompetenzen können zum Beispiel, durch die Spiegelung von Wahrnehmungen gefördert werden. Es kann aufgezeigt

werden, wie gewisse Verhaltensweisen der Klientel interpretiert werden können. Der_die Berater_in kann erkannte Widersprüche benennen und nachfragen, wie sich diese begründen. Beispielsweise durch zirkuläre Fragen kann versucht werden Widersprüche erkennbar zu machen und aufzulösen. Die Stärkung des sozialen Netzes scheint der Autorin schwieriger zu erreichen. Zwar kann das professionelle Netz engmaschig gespannt werden und der_die Berater_in kann versuchen Freiwilligenbesuchsdienste zu organisieren oder die betroffene Person zu Freiwilligenarbeit oder einem Hobby anzuregen. Alles weitere hängt jedoch von der betroffenen Person ab.

Ambivalenz

Als Methode, die sowohl den Selbstwert stärkt als auch stabilisierend wirkt bezüglich bestehender Ambivalenzen, sieht die Autorin das Formulieren von SMART (spezifisch, messbar, ausführbar, relevant und terminiert) Zielen (Bohus, 2019, S.44). Wichtig dabei ist es kleine Ziele zu definieren. Diese wirken richtungsweisend und stärken den Selbstwert, wenn sie erreicht werden.

Wie in Kapitel 4.3.3 aufgezeigt, ist die Ambivalenz in Personen mit einer SuAb von anderer Art als die Ambivalenz in Personen mit einer BPS. Gemeinsam ist ihnen allerdings, dass die Ambivalenz mit nicht-aufschieben-können von Bedürfnissen zu tun hat. Aus dem Blickwinkel der Gemeinsamkeiten beider Krankheitsbilder und unter Beachtung des Schwerpunktes BPS, geht es also weniger um den Abbau von Ambivalenzen und den Aufbau von Veränderungsmotivation als um Stärkung des Selbstwerts und Impulskontrolle. An dieser Stelle wird daher auf das Kapitel 6.2 verwiesen.

6.5 Abwehrmechanismen: Agieren & Spaltung

In Kapitel 4.3.4 wurde aufgezeigt, dass Abwehrmechanismen bei Personen mit der Komorbidität BPS und SuAb auf verschiedene Weisen auftreten können. BPS-spezifisch sind agierende Verhaltensweisen. Diese werden mehr oder weniger bewusst eingesetzt, wenn Betroffene mit Situationen konfrontiert werden, die sie überfordern und die in ihnen Ängste auslösen. Agierendes Verhalten erfolgt nicht böswillig, sondern soll helfen Klarheit zu verschaffen. Ähnliches gilt für die Abwehrmechanismen Spaltung und Dissoziation⁶.

⁶ Für einen Vorschlag zum Umgang mit dissoziativen Reaktionen siehe Kapitel 6.2.

Agieren

Um agierendem Verhalten entgegenzuwirken, erachtet es die Autorin als hilfreich einen kontinuierlichen Austausch innerhalb des Teams aufrechtzuerhalten. Hilfreich dafür sind regelmässige Teamsitzungen. Abmachungen mit der Klientel können auf diese Weise an die Teammitglieder weitergegeben werden. So kann beispielsweise im Falle einer Stellvertretung in gleich Art und Weise weitergearbeitet und konsequent geblieben werden. Periodische Intervisionen können hilfreich sein, die Beziehung zu der Klientel zu analysieren und die subjektive Wahrnehmung der Klientel bzw. die eigene Wahrnehmung zu überprüfen (Walter et al. 2016, S.174). Auch Supervisionen können helfen, den hohen Anforderungen der Klientel mit der Komorbidität BPS und SuAb zu entsprechen. Der_Die Supervisor_in kann Selbstreflexionen anregen und das Verständnis für einengende Wahrnehmungen, unreflektierte Voreingenommenheit im Team oder einzelner Mitarbeitenden, zu rasche positive oder negative Beurteilungen und vorschnell abgeleitete Entscheidungen fördern. Auch Beziehungsdynamiken können im Licht krankheitsspezifischer Verhaltensweisen erkannt werden (ebd.).

Spaltung

Bateman und Fonagy (2014) geben Vorschläge wie mit Idealisierung und Abwertung – die als Hilfsmechanismen für Spaltung dienen – in der Psychotherapie umgegangen werden kann (S.360-370). Die Autorin dieser Bachelor Arbeit ist der Meinung, dass manche dieser Vorschläge auch für die Soziale Arbeit hilfreich sein können.

Wird eine auf die beratende Person bezogene Idealisierung erkannt, muss mit dieser bewusst umgegangen werden. Bateman und Fonagy (2014) empfehlen eine Idealisierung nicht allzu direkt anzusprechen, sondern gelegentlich indirekt darauf hinzuweisen. Gemeinsam kann ausgearbeitet werden, dass der_die Klient_in offenbar glaubt, der_die Berater_in wisse alle Antworten. Allenfalls kann der Klientel vorgelebt werden, dass die beratende Person ebenfalls Fragen bzw. Unwissen hat. Es kann aufgezeigt werden welche Gefahr eine Idealisierung mit sich bringt. Beispielsweise kann der Klientel die Chance entgehen eigene Problemlösungen zu entwickeln. Bitten von Seiten der Klientel Informationen für sich zu behalten, können heikel sein, weshalb der Umgang damit u.U. in einer Teamsitzung besprochen werden sollte (S.361). Erfolgt eine Abwertung der beratenden Person, hat dies deutliche Auswirkungen auf die Beratung. Bateman und Fonagy (2014) empfehlen, dass der_die Berater_in, je nach Situation, die Einwände der Klientel annimmt und anerkennt, dass gewisse Elemente der Beratung

allenfalls tatsächlich nutzlos sind. Es kann dann versucht werden lösungsorientiert weiterzuarbeiten. Der_Die Berater_in muss in solchen Situationen darauf achten, welche Gefühle die Abwertung in ihm_ihr auslöst. Wichtig zu beachten ist, dass nicht auf dieselbe Art reagiert wird. Bestehen ähnliche negative Gefühle von Seiten der beratenden Person, können diese in einer Intervention oder Supervision besprochen werden. Fehler sollen dabei ehrlich eingestanden werden können (S.368-369). Da eine Abwertung oft situativ und nicht chronisch erfolgt, scheint es der Autorin auch ein möglicher Weg, einen neuen Termin zu vereinbaren, um die Situation allenfalls aus etwas Distanz anschauen zu können.

Nicht zuletzt, können, um eine professionelle Beratung zu gewährleisten, auch Weiterbildungen zu entsprechenden Themen eine sinnvolle Massnahme sein.

7 Schlussfolgerungen

In diesem letzten Kapitel werden die Fragestellungen, basierend auf den in Kapitel 2 bis 6 gewonnenen Erkenntnissen beantwortet und Schlussfolgerungen für die Soziale Arbeit gezogen. Abschliessend erfolgt ein Ausblick darauf, wie die Thematik künftig weiter behandelt werden könnte.

7.1 Beantwortung der Fragestellungen

Welche Auswirkungen hat die Komorbidität Borderline-Persönlichkeitsstörung und Substanzabhängigkeit auf die Beratung?

In Kapiteln 2 haben viele Aspekte der BPS und in Kapitel 3 der SuAb Eingang in diese Bachelor Arbeit gefunden und wurden in Kapitel 4 schliesslich zusammengebracht.

Es ist davon auszugehen, dass das unidirektionale Kausalmodell, welches die BPS als primäre Erkrankung und die SuAb als sekundäre Erkrankung sieht, am zutreffendsten ist. Sind beide Erkrankungen in einer Person vereint, dann beeinflussen sich diese wechselseitig und halten sich gegenseitig aufrecht (bidirektionales Modell). Bezüglich der herausfordernden Verhaltensmuster sieht die Autorin viele Überschneidungen zwischen den beiden Krankheitsbildern und geht davon aus, dass sich diese Verhaltensmuster in einer komorbiden Krankheitssituation gegenseitig verstärken.

Es zeigte sich, dass beiden Krankheitsbildern Schwierigkeiten mit der Kontrolle von Impulsen zugrunde liegen. Sowohl Personen mit einer BPS als auch Personen mit einer SuAb haben oft Mühe mit der Gefühlskontrolle, haben das Verlangen nach sofortiger Bedürfnisbefriedigung und weisen eine tiefe Frustrationstoleranz auf. Dies wirkt sich negativ auf ihre Fähigkeit zur Beziehungsgestaltung aus. Beziehungsabbrüche sind häufig und Betroffene, die in ihrem Umfeld oft auf Unverständnis treffen, ziehen sich sozial zurück.

Eine weitere Auswirkung der Komorbidität BPS und SuAb ist die Selbstgefährdung, welche sich u.U. sehr unterschiedlich zeigen kann. Beiden Krankheitsbildern eigen ist ein erhöhtes Suizidrisiko. Es wird vermutet, dass dieses in einer komorbiden Krankheitssituation besonders hoch ist.

Auch die Identitätsstörung kann eine Auswirkung auf die Beratung haben. Bei beiden Krankheitsbildern zeigt sich diese in Form hoher Selbstunsicherheit, eines labilen und überwiegend negativen Selbstbildes und häufig wechselnder Präferenzen.

Sowohl Menschen mit einer BPS als auch Menschen mit einer SuAb sind Abwehrmechanismen zu eigen – wenn auch unterschiedliche. Personen mit einer BPS können mit agierendem Verhalten wie dissoziativen Reaktionen und Spaltung reagieren. Personen mit einer SuAb greifen eher zu realitätsbeschönigenden Abwehrmechanismen wie Rationalisierung, Verharmlosung, Verleugnung und Verdrängung. Alle dieser Verhaltensweisen können eine Auswirkung auf die Beratung haben.

Als letztes ist die Depression zu nennen. Diese ist nicht als «Verhalten» zu sehen, ist jedoch eine häufige, komorbid auftretende Erkrankung, sowohl zur BPS als auch zur SuAb, welche grosse Auswirkungen auf die Beratung haben kann.

Was wird aus sozialarbeiterischer Sicht unter Beratung verstanden?

Beratungen werden von verschiedenen Disziplinen mittels unterschiedlicher wissenschaftlicher Ansätze durchgeführt. Beratung durch die Soziale Arbeit ist ein Prozess zwischen Sozialarbeiter_in und Klient_in, in dem diese_r unterstützt wird Selbststeuerungskompetenzen bezüglich eines vorliegenden oder drohenden sozialen Problems zu entwickeln, welche es ihm_ihr ermöglichen dieses selbstständig zu bewältigen. Sozialarbeiterische Beratung ist eine professionsspezifische Methode, die kontextspezifisch und lösungs-, zukunfts- und ressourcenorientiert funktioniert. Sie löst Probleme nicht ausschliesslich in kommunikativer Weise, sondern auch mittels Interventionen, wie Vermittlung materieller Leistungen, Durchsetzen von Rechtsansprüchen oder Organisieren von Platzierungen. Dies unterscheidet die sozialarbeiterische Beratung von der Psychotherapie. Dort wird nach psychotherapeutischen Verfahren und in kommunikativer Art eine Krankheit behandelt. Im Mittelpunkt der Psychotherapie steht folglich die Krankheitsbewältigung, während bei sozialarbeiterischer Beratung die Krisenbewältigung im Vordergrund steht.

Wie können Professionelle der Sozialen Arbeit Menschen mit der Komorbidität Borderline-Persönlichkeitsstörung und Substanzabhängigkeit in Beratungsgesprächen unterstützen?

Im ersten Moment wirken das Erleben und Verhalten komorbider Klient_innen sehr komplex. Basierend auf den zuvor genannten herausfordernden Verhaltensmustern komorbider Klient_innen macht die Autorin in Kapitel 6 Vorschläge, wie die Professionellen der Sozialen Arbeit in Beratungsgesprächen mit diesen herausfordernden Verhaltensweisen umgehen können. Folgende Punkte erscheinen ihr zentral:

Auftragsklärung

Bei Klient_innen mit der Komorbidität BPS und SuAb ist Konstanz in den Strukturen von zentraler Bedeutung. Bereits kleinere Veränderungen oder Unzuverlässigkeiten seitens der beratenden Person können Ängste und Aggressionen auslösen. Um Konflikten und allenfalls Beziehungsabbrüchen vorzubeugen, scheinen der Autorin eine gründliche Auftragsklärung und ein anschliessendes Arbeitsbündnis hilfreich. Im Rahmen des Arbeitsbündnisses sollten Regeln für Konfliktsituationen bzw. zur Konfliktlösung vereinbart und Ziele definiert werden.

Konfliktsituationen

Um Konfliktsituationen vorzubeugen, kann zu Beginn der Beratung eine Skalierung der Anspannung auf einer Skala von 1 bis 100 vorgenommen werden. Dies ermöglicht den Klient_innen sich selbst wahrzunehmen und erlaubt der beratenden Person eine genauere Einschätzung der Situation. Übersteigt der genannte Wert die Zahl 70, dann sollte analog der DBT nicht direkt mit der Beratung begonnen werden, sondern zuerst auf «Skills» aus dem «Notfallkoffer» zurückgegriffen und geschaut werden, wie diese Hochstressphase unterbrochen werden kann. Kommt es im Verlauf der Beratung dennoch zu einer Konfliktsituation empfiehlt es sich u.U. eine Pause einzulegen oder allenfalls eine erneute Auftragsklärung vorzunehmen.

Beziehungsgestaltung

Um Beziehungsabbrüche u.a. im Rahmen einer Konfliktsituation zu verhindern, kommt der Beziehungsgestaltung ein zentraler Stellenwert zu. Der Autorin scheinen insbesondere die Grundhaltungen Empathie, unbedingte Wertschätzung und Kongruenz der klientenzentrierten Gesprächsführung und Partner_innenschaftlichkeit, Evokation und Autonomie der motivierenden Gesprächsführung hilfreich. Gespräche sollten regelmässig stattfinden und die beratende Person dabei ein angemessenes Nähe-Distanzverhältnis aufrechterhalten. Auch sollte sie ihr Verhalten und ihre Gefühle stets reflektieren.

Suizidalität

Suizidalität muss immer angesprochen werden. Nur so kann eingeschätzt werden, ob eine Gefährdung vorliegt. Es ist Aufgabe der Sozialarbeitenden auf Warnsignale zu achten und bei Suizidäusserungen nachzufragen wie konkret die Suizidabsichten sind. Gibt es bereits ein

Suizidplan, dann besteht dringender Handlungsbedarf. Bezüglich des Vorgehens sollte der_ die Berater_in Rücksprache mit Drittpersonen wie Arbeitskolleg_innen, Vorgesetzten und/oder Fachpersonen halten. Er_Sie muss Verantwortung für sein_ihr eigenes Handeln übernehmen, nie jedoch für das Leben der Klientel.

Selbstwert

Der Selbstwert setzt sich zusammen aus Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen, sozialer Kompetenz und dem sozialen Netz. Als geeignete Tools, um die Selbstakzeptanz und das Selbstvertrauen zu stärken, erscheinen der Autorin ebenfalls die drei zentralen Grundhaltungen der klientenzentrierten Gesprächsführung – insbesondere die unbedingte Wertschätzung. Eine Methode der DBT, um Wertschätzung auszudrücken, ist das Validieren. Diese kann auch für Beratungsgespräche genutzt werden. Um die sozialen Kompetenzen und dadurch auch das soziale Netz zu stärken, kann es hilfreich sein, Wahrnehmungen zurück zu spiegeln. Der_Die Berater_in kann aufzeigen, wie gewisse Verhaltensweisen der Klientel interpretiert werden können. Und er_sie kann Widersprüche aufzeigen und nachfragen, wie sich diese begründen. Nicht zuletzt kann auch die Formulierung von auf der SMART-Methodik basierenden Zielen bestehende Ambivalenzen ausgleichen und bei Zielerreichung den Selbstwert stärken.

Agieren

In der Arbeit mit komorbiden Klient_innen ist Selbstreflexion und ein kontinuierlicher Austausch innerhalb des Teams von grosser Bedeutung. Dies kann in Form regelmässiger Teamsitzungen, in denen der_die betroffene Klient_in thematisiert wird, stattfinden. Es können beispielsweise Abmachungen dem Team mitgeteilt und somit auch in Stellvertretungssituationen eine konstante Begleitung gewährleistet werden. Periodische Interventionen und Supervisionen können ebenfalls sinnvoll sein, um agierendem Verhalten entgegen zu wirken. Eine weitere Möglichkeit, um eine professionelle Beratung und Begleitung zu gewährleisten, sind krankheitsspezifische Weiterbildungen.

7.2 Schlussfolgerungen für die Soziale Arbeit

Komorbide Klient_innen stellen die Professionellen der Sozialen Arbeit regelmässig vor neue Herausforderungen. Dies erfordert Fachkompetenz, eine hohe psychische Belastbarkeit und die Fähigkeit zur Selbstreflexion. Die Berater_innen sind gefragt, sich mit ihrem eigenen

Werte- und Normenverständnis auseinanderzusetzen. Eine Grundlage dafür bietet der Berufskodex der Sozialen Arbeit. Mit diesem können die Sozialarbeitenden ihr berufliches Handeln ethisch begründen.

Als ausschlaggebend im Umgang mit komorbiden Klient_innen bewertet die Autorin dieser Bachelor Arbeit die Beziehungsarbeit. Die Professionellen der Sozialen Arbeit sollen ihren Klient_innen empathisch, wertschätzend und kongruent gegenüberreten. Sowohl die BPS als auch die SuAb verlaufen individuell unterschiedlich und bedingen eine von Akzeptanz geprägte Begleitung.

Die Therapie fällt nicht in den Aufgabenbereich der Sozialen Arbeit. Die Soziale Arbeit hat die Aufgabe ihre Klient_innen bei der Lösung konkreter sozialer Probleme zu beraten und zu begleiten. Dies beinhaltet die Gewährleistung einer angemessenen psychotherapeutischen und medizinischen Unterstützung, wozu die Professionellen der Sozialen Arbeit über Kenntnisse der möglichen Therapieverfahren verfügen müssen. Unter Berücksichtigung des Expert_innentums und der Selbstbestimmung der Klientel müssen sie ihre Klient_innen über geeignete Therapieverfahren informieren und motivieren diese auch in Anspruch zu nehmen. Wird eine Therapie angetreten, sollten die Sozialarbeitenden mit den behandelnden Fachpersonen im Austausch stehen. Auch teamintern ist der Informationsaustausch mittels Teamsitzungen, Interventionen und/oder Supervisionen von hohem Stellenwert. Diese Gefässe ermöglichen eine Sensibilisierung für die Krankheitsbilder und befähigen die Professionellen der Sozialen Arbeit Krankheiten und auch komorbide Erkrankungen schneller zu erkennen.

Bereits diese kurze Ausführung macht sichtbar welche vielfältigen fachlichen Kompetenzen sich die Professionellen der Sozialen Arbeit im Umgang mit komorbiden Klient_innen aneignen müssen. Die Autorin erachtet daher je nach Institution krankheitsspezifische oder komorbiditätsspezifische betriebsinterne Schulungen oder auch externe Weiterbildungen als sinnvolle Massnahme, um eine professionelle Beratung zu gewährleisten. An dieser Stelle sind nicht zuletzt auch die Hochschulen in ihrem Bildungsauftrag gefragt. Sie vermitteln bereits ein breit gefächertes Wissen, auch bezüglich psychischer Erkrankungen. Nach Meinung der Autorin sollte allerdings auch der häufig vorkommende Fall von komorbiden Erkrankungen vermehrt thematisiert werden.

7.3 Ausblick

Eine Limitation dieser Bachelor Arbeit sieht die Autorin in der Eingrenzung der Thematik. Diese hätte zu Beginn – so zeigt der Blick zurück auf den Entstehungsprozess dieser Arbeit – noch stärker erfolgen müssen. Allein das Krankheitsbild BPS ist ein weites Themenfeld und wäre für eine Bachelor Arbeit vermutlich ausreichend gewesen. Aufgrund der Covid-19-Situation und dem zeitweise beschränkten Zugang zu den Bibliotheken, war es für die Autorin teilweise schwierig an die benötigte Literatur zu gelangen. Auf kreative Weise und mit vielfältiger Unterstützung ist es ihr jedoch meist gelungen die gefragte Literatur zu beschaffen.

Die BPS wird in der Literatur oft behandelt – vielfach aus einem medizinischen Blickwinkel. Dennoch bestehen viele offene Fragen und die Expert_innen sind sich teilweise nicht einig, was BPS-spezifisch ist und wie gewisse Verhaltensweisen zu interpretieren sind. Aus Sicht der sozialarbeiterischen Beratung gibt es weit weniger Literatur. Die Autorin sieht die klientenzentrierte Gesprächsführung und die motivierende Gesprächsführung als erfolgsversprechende Beratungsmethoden. Evidenz dazu besteht allerdings keine und eine Forschungsarbeit wäre angezeigt. Welche Beratungsmethoden werden in der Praxis bei Klient_innen mit einer BPS und einer komorbiden SuAb angewandt? Welche eignet sich aufgrund der krankheitsspezifischen Verhaltensweisen besonders? Erkennen Praktiker_innen eine BPS bzw. eine SuAb? Falls nicht, wie können sie für die Thematik sensibilisiert werden? Braucht es Weiterbildungen? Welche Inhalte müssten solche Weiterbildungen behandeln?

Auch bezüglich der herausfordernden Verhaltensmuster, die in Kapitel 4.3 beschrieben wurden, besteht keine umfassende Literatur und eine Studie könnte interessant sein. Diesen Fragen nachzugehen, empfindet die Autorin dieser Bachelor Arbeit als spannend und hilfreich für die Praxis.

Literaturverzeichnis

- Avenir Social (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Bern: Autor.
- Bateman, Anthony W. & Fonagy, Peter (2008). 8-Year Follow-Up of Patients Treated for Borderline Personality Disorder. Mentalization-Based Treatment Versus Treatment as Usual. *American Journal of Psychiatry*, 165 (5), 631–638.
- Bateman, Anthony W. & Fonagy, Peter (2014). *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Ein mentalisierungsgestütztes Behandlungskonzept* (2., durchges. Aufl.). Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Batra, Anil, Mann, Karl F., Berner, Michael M. & Günthner, Arthur (2015). Suchterkrankungen. In Mathias Berger (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie* (5. Aufl., S.291-347). München: Elsevier Urban & Fischer.
- Berger, Peter L. & Luckmann, Thomas (1993). *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie* (Unveränd. Nachdr. der 5. Aufl.). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Bischof, Gallus, Rumpf, Hans-Jürgen, Hapke, Ulfert, Meyer, Christian & John, Ulrich (2000). Remission ohne formelle Hilfen und Inanspruchnahme stationärer Behandlung bei Alkoholabhängigen – Ein Vergleich auslösender Faktoren. *SUCHT*, 46 (1), 54-61.
- Bischof, Gallus, Rumpf, Hans-Jürgen, Meyer, Christian, Hapke, Ulfert & John, Ulrich (2005). Influence of psychiatric comorbidity in alcohol-dependent subjects in a representative population survey on treatment utilization and natural recovery. *Addiction*, 100 (3), 405-413.
- Bohus, Martin (2019). *Borderline-Störung* (2., vollst. überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Bohus, Martin, Stieglitz, Rolf-Dieter, Fiedler, Peter, Hecht, Heide, Herpertz, Sabine C., Müller-Isberner, Rüdiger & Berger, Mathias (2015). Persönlichkeitsstörungen. In Mathias Berger (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie* (5. Aufl., S.689-760). München: Elsevier Urban & Fischer.
- Brandl-Nebehay, Andrea (2005). Systemische Ansätze im Jugendheim – Chancen und Grenzen konstruktivistisch-systemischer Ansätze in der Sozialen Arbeit am Beispiel der Jugendwohlfahrt. In Heino Hollstein-Brinkmann & Silvia Staub-Bernasconi (Hrsg.), *Systemtheorien im Vergleich. Was leisten Systemtheorien für die Soziale Arbeit? Versuch eines Dialogs* (S.219-242). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bündnis gegen Depression Bern [BBgD] (ohne Datum). *Suizidalität*. Gefunden unter <https://www.berner-buendnis-depression.ch/wissen/depression-infos/suizidalitaet/>

- Bundesamt für Gesundheit [BAG] (2015). *Nationale Strategie Sucht 2017-2024*. Gefunden unter <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/nationale-strategie-sucht/stategie-sucht.pdf.download.pdf/Nationale%20Strategie%20Sucht.pdf>
- Bundesamt für Gesundheit [BAG] (ohne Datum). *Alkoholkonsum in der Schweiz: Zahlen und Fakten*. Gefunden unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-sucht/zahlen-fakten-zu-alkohol.html>
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte [BfArM] (ohne Datum). *ICD-11 - 11. Revision der ICD der WHO*. Gefunden unter <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-11/>
- Caspar, Franz, Pjanic, Irena & Westermann, Stefan (2018). *Klinische Psychologie*. Wiesbaden: Springer.
- Curaviva Schweiz (ohne Datum). *Praxishilfe für den Umgang mit suizidalen Krisen*. Gefunden unter https://www.curaviva.ch/files/ADZHRQA/praxishilfe_fuer_den_umgang_mit_suizidale_n_krisen__curaviva_schweiz_pro_juventute__2016.pdf
- Dammann, Gerhard, Walter, Marc & Benecke, Cord (2011). Identität und Identitätsstörungen bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In Birger Dulz, Sabine C. Herpertz, Otto F. Kernberg & Ulrich Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (2., vollst. überarb. u. erw. Aufl., S.275-285). Stuttgart: Schattauer.
- Damm, Marcus (2012). *Persönlichkeitsstörungen verstehen in der Schule, Schulsozialarbeit und Jugendhilfe. Schemapädagogik bei Narzissten, Histrionikern, antisozialen und Borderline-Persönlichkeiten*. Stuttgart: ibidem-Verlag.
- De Marné, Dominique (2019). *Warum normal sein gar nicht so normal ist. ...und warum reden hilft*. München: Scorpio.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI] (2020a). *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)*. Gefunden unter <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2020/block-f10-f19.htm>
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI] (2020b). *Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)*. Gefunden unter <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2020/block-f60-f69.htm>
- Dulz, Birger & Schneider, Angela (2004). *Borderline-Störung. Theorie und Therapie* (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Eckhardt-Henn, Annegret (2011). Artificielle Störungen, Münchhausen-Syndrom, Münchhausen by Proxy. In Birger Dulz, Sabine C. Herpertz, Otto F. Kernberg & Ulrich

Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (2., vollst. überarb. u. erw. Aufl., S.515-529). Stuttgart: Schattauer.

Ecoplan (2019). *Auslegeordnung zum problematischen Gebrauch psychoaktiver Medikamente*. Gefunden unter https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/forschungsberichte/forschungsberichte-medikamentenmissbrauch/auslegeordnung-psychoaktive-medikamente.pdf.download.pdf/190815_Medikamente_Schlussbericht.pdf

Eink, Michael & Haltenhof, Horst (2012). *Umgang mit suizidgefährdeten Menschen* (4. Aufl.). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Euler, Sebastian, Dammann, Gerhard, Endtner, Katrin, Leihener, Florian, Perroud, Nader A., Reisch, Thomas, Schmeck, Klaus, Sollberger, Daniel, Walter, Marc & Kramer, Ueli (2018). Borderline-Störung: Behandlungsempfehlungen der SGPP. *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy*, 169 (5), 135-143.

Fischer, Barbara, Mäder, Beatrice & Telser, Harry (2020). *Volkswirtschaftliche Kosten von Sucht*. Olten: Polynomics.

Frauenknecht Sabine, Mayer-Bruns Friederike & Lieb Klaus (2016). Persönlichkeitsstörungen. In Klaus Lieb, Sabine Frauenknecht & Stefan Brunnhuber (Hrsg.), *Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie* (8. Aufl., S.377-403). München: Elsevier Urban & Fischer.

Gast, Ursula (2011). Dissoziative (Identitäts-)Störungen und Borderline-Persönlichkeitsstörung – Diagnostik, Differenzialdiagnostik und therapeutische Implikationen. In Birger Dulz, Sabine C. Herpertz, Otto F. Kernberg & Ulrich Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (2., vollst. überarb. u. erw. Aufl., S.412-428). Stuttgart: Schattauer.

Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz – PsychThG) vom 16. Juni 1998, BGBl. I S. 2686.

Gianoli, Mayumi O., Jane, Serrita, O'Brien, Erin & Ralevski, Elizabeth (2012). Treatment for comorbid borderline personality disorder and alcohol use disorders. A review of the evidence and future recommendations. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 20 (4), 333-344.

Gmel, Gerhard, Kuendig, Hervé, Notari, Luca & Gmel, Christiane (2017). *Suchtmonitoring Schweiz - Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2016*. Lausanne: Sucht Schweiz.

Gollwitzer, Peter M. (1999). Implementation Intentions. Strong Effects of Simple Plans. *American Psychologist*, 54 (7), 493-503.

- Gregusch, Petra (2016). *Auf dem Weg zu einem Selbstverständnis von Beratung in der Sozialen Arbeit. Beratung als transprofessionelle und sozialarbeitsspezifische Methode*. Bonn: socialnet.
- Hahn, Jenny & Würth, Rebecca (2016). Systemische Therapie. In Jan İlhan Kızılhan (Hrsg.), *Handbuch psychische Erkrankungen für soziale Berufe. Ein Lehrbuch für Studium und Praxis* (S.271-285). Berlin: VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Herpertz, Sabine (1999). Schulenübergreifende Psychotherapie bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In Henning Sass & Sabine Herpertz (Hrsg.), *Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen. Beiträge zu eine schulenübergreifenden Vorgehen* (S.116-131). Stuttgart: Thieme.
- Hillemacher, Thomas & Bleich, Stefan (2019). Alkoholabhängigkeit und komorbide psychische Störungen. In Marc Walter & Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank (Hrsg.), *Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen* (2. erw. u. aktual. Aufl., S.185-195). Stuttgart: Kohlhammer.
- Hoffmann, Sven Olaf (2011). Angst – ein zentrales Phänomen in der Psychodynamik und Symptomatologie des Borderline-Patienten. In Birger Dulz, Sabine C. Herpertz, Otto F. Kernberg & Ulrich Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (2., vollst. überarb. u. erw. Aufl., S.375-383). Stuttgart: Schattauer.
- Hoff, Tanja (2015). Konzepte in der Beratung. In Tanja Hoff & Renate Zwicker-Pelzer (Hrsg.), *Beratung und Beratungswissenschaft* (1. Aufl., S.147-207). Baden-Baden: Nomos.
- Hoff, Tanja & Zwicker-Pelzer (2015). Gegenwärtige Entwicklungen in der Profession und Wissenschaft von Beratung. In Tanja Hoff & Renate Zwicker-Pelzer (Hrsg.), *Beratung und Beratungswissenschaft* (1. Aufl., S.13-28). Baden-Baden: Nomos.
- Hollstein-Brinkmann, Heino & Knab, Maria (2016). Beratung zwischen Tür und Angel – Beiträge zur Professionalisierung von Beratung in offenen Settings. In Heino Hollstein-Brinkmann & Maria Knab (Hrsg.), *Beratung zwischen Tür und Angel: Professionalisierung von Beratung in offenen Settings* (S.1-14). Wiesbaden: Springer.
- Inskip, Hazel M., Harris, Elizabeth Clare & Barraclough, Brian (1998). Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 172 (1), 35-37.
- Kernberg, Otto F. (2013). *Schwere Persönlichkeitsstörungen. Theorie, Diagnose und Behandlungsstrategie* (8. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kernberg, Otto F. & Yeomans, Frank E. (2011). Zur Differenzialdiagnose von Bipolaren Störungen, Depression, Aufmerksamkeitsdefizit-Störung sowie Persönlichkeitsstörungen. In Birger Dulz, Sabine C. Herpertz, Otto F. Kernberg & Ulrich Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (2., vollst. überarb. u. erw. Aufl., S.355-363). Stuttgart: Schattauer.

- Khantzian, Edward J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders. A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4 (5), 231-244.
- Kienast, Thorsten, Stoffers, Jutta, Bempohl, Felix, & Lieb, Klaus (2014). Borderline Personality Disorder and Comorbid Addiction. *Deutsches Ärzteblatt International*, 111 (16), 280-286.
- Klicpera, Christian & Gasteiger-Klicpera, Barbara (2007). *Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Wien: Facultas.
- Koller, Gabriele, Preuss, Ulrich W., Bottlender, Miriam, Wenzel, Karin & Soyka, Michael (2002). Impulsivity and aggression as predictors of suicide attempts in alcoholics. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 252 (4), 155-160.
- Langås, Anne-Marit, Malt, Ulrik Fredrik & Opjordsmoe, Stein (2012). In-depth study of personality disorders in first-admission patients with substance use disorders. *BMC Psychiatry*, 12 (1), 180.
- Lesch, Otto-Michael & Walter, Henriette (2009). *Alkohol und Tabak, Medizinische und Soziologische Aspekte von Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit*. Wien: Springer.
- Lindenmeyer, Johannes (2005). *Alkoholabhängigkeit* (2., überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Lindenmeyer, Johannes (2010). *Lieber schlau als blau* (8., überarb. Aufl.). Basel: Beltz.
- Löhr, Miriam & Schnabel, Rico (2016). Persönlichkeitsstörungen. In Jan İlhan Kızılhan (Hrsg.), *Handbuch psychische Erkrankungen für soziale Berufe. Ein Lehrbuch für Studium und Praxis* (S.139-159). Berlin: VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Loth, Wolfgang (1998). *Auf den Spuren hilfreicher Veränderungen. Das Entwickeln Klinischer Kontrakte*. Dortmund: Modernes Lernen.
- Miller, William R. & Rollnick, Stephen (2015). *Motivierende Gesprächsführung* (3. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Moggi, Franz (2007). Ätiologiemodelle zur Komorbidität von Angst- und Substanzstörungen sowie von Depression und Substanzstörungen. In Franz Moggi (Hrsg.), *Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht* (2., vollst. überarb. u. erg. Aufl., S.83-108). Bern: Hans Huber.
- Moggi, Franz (2019). Theoretische Modelle zur Komorbidität psychischer Störungen und Sucht. In Marc Walter & Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank (Hrsg.), *Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen* (2. erw. u. aktual. Aufl., S.21-33). Stuttgart: Kohlhammer.
- Moggi, Franz & Donati, Ruth (2004). *Psychische Störungen und Sucht: Doppeldiagnosen*. Göttingen: Hogrefe.

- Moldaschl, Manfred (2009). Beratung als Wissenschaft, als Profession oder Kunst? In Heidi Möller & Brigitte Hausinger (Hrsg.), *Quo vadis Beratungswissenschaft?* (1. Aufl., S.19-41). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Nestmann, Frank (2002). Verhältnis von Beratung und Therapie. *Psychotherapie im Dialog*, 3 (4), 402–409.
- Nestmann, Frank, Engel, Frank & Sickendiek, Ursel (2004). «Beratung» – Ein Selbstverständnis in Bewegung. In: Frank Nestmann, Frank Engel & Ursel Sickendiek (Hrsg.), *Das Handbuch der Beratung. Band 1: Disziplinen und Zugänge* (S.33-44). Tübingen: Dgvt.
- Neuffer, Manfred (2013). *Case Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien* (5., überarb. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Ortiz-Müller, Wolf (2010). «Du siehst was, was ich nicht seh... und das bin ich» - Krisenintervention im Familiensystem. In Wolf Ortiz-Müller, Ulrike Scheuermann & Silke Birgitte Gahleitner (Hrsg.), *Praxis Krisenintervention. Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte* (2., überarb. Aufl., S. 119-139). Stuttgart: Kohlhammer.
- Paris, Joel (2004). Personality Disorders Over Time. Implications for Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 58 (4), 420-429.
- Paris, Joel (2017). *Stepped Care for Borderline Personality Disorder. Making Treatment Brief, Effective, and Accessible*. London: Academic Press. ISBN: 978-0-1281-1422-3.
- Paris, Joel (2019). Suicidality in Borderline Personality Disorder. *Medicina*, 55 (6), 223-228.
- Pauls, Helmut (2013). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung* (3. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Pennay, Amy, Cameron, Jacqui, Reichert, Tiffany, Strickland, Heidi, Lee, Nicole K., Hall, Kate & Lubman, Dan I. (2011). A systematic review of interventions for co-occurring substance use disorder and borderline personality disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 41 (4), 363-373.
- Potreck-Rose, Friederike & Jacob, Gitta (2019). *Selbstzuwendung, Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen. Psychotherapeutische Interventionen zum Aufbau von Selbstwertgefühl* (12. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Praxis Suchtmedizin Schweiz (2020). *Chronischer Verlauf*. Gefunden unter <https://www.fosumos.ch/praxis-suchtmedizin/index.php/de/alkohol/chronifizierter-verlauf>
- Rahn, Ewald (2001). *Borderline. Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige* (2. Aufl.). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

- Redlich, Alexander (1997). Psychologische Beratung ist mehr als verkürzte Therapie. In Frank Nestmann (Hrsg.), *Beratung: Bausteine für eine interdisziplinäre Wissenschaft und Praxis* (S.151-160). Tübingen: Dgvt.
- Reker, Martin (2015). *Basiswissen: Umgang mit alkoholabhängigen Patienten*. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Ridinger-Johann, Monika & Walter, Marc (2014). Sucht und komorbide Störungen. *SuchtMagazin*, 40 (1), 4-7.
- Rogers, Carl R. (1996). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Rumpf, Hans-Jürgen, Bischof, Gallus, Hapke, Ulfert, Meyer, Christian & John, Ulrich (2006). Stability of remission from alcohol dependence without formal help. *Alcohol & Alcoholism*, 41 (3), 311-314.
- Schneider, Barbara, Kölves, Kairi, Blettner, Maria, Wetterling, Tilman, Schnabel, Axel & Värnik, Airi (2009). Substance use disorders as risk factors for suicide in an Eastern and a Central European city (Tallinn and Frankfurt/Main). *Psychiatry Research*, 165 (3), 263-272.
- Schneider, Barbara & Wetterling, Tilman (2016). *Sucht und Suizidalität*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schnoor, Heike (2006). Psychosoziale Beratung und Psychotherapie: Annäherungen – Abgrenzungen – Ergänzungen. In Heike Schnoor (Hrsg.), *Psychosoziale Beratung in der Sozial- und Rehabilitationspädagogik* (S.48-56). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schnyder, Ulrich (2000). Ambulante Krisenintervention. In Ulrich Schnyder & Jean-Daniel Sauvant (Hrsg.), *Krisenintervention in der Psychiatrie* (3. Aufl., S.55-74). Bern: Hans Huber.
- Schubert, Franz-Christian, Rohr, Dirk & Zwicker-Pelzer, Renate (2019). *Beratung. Grundlagen – Konzepte – Anwendungsfelder*. Wiesbaden: Springer.
- Soloff, Paul H., Lynch, Kevin G., Kelly, Thomas M., Malone, Kevin M. & Mann, J. John (2000). Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder. A comparative study. *American Journal of Psychiatry*, 157 (4), 601-608.
- Soyka, Michael (2001). Psychische und soziale Folgen chronischen Alkoholismus. *Deutsches Ärzteblatt*, 98 (42), 2732-2736.
- Soyka, Michael (2019). Affektive und Angststörungen und komorbide Suchterkrankungen. In Marc Walter & Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank (Hrsg.), *Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen* (2. erw. u. aktual. Aufl., S.118-136). Stuttgart: Kohlhammer.

- Soyka, Michael & Küfner, Heinrich (2008). *Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Folgen – Therapie* (6., vollst. überarb. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Steinberger, Johann (2016). *Borderline-Kommunikation. Eine konversationsanalytische Studie*. Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Stemmer-Lück, Magdalena (2004). *Beziehungsräume in der Sozialen Arbeit. Psychoanalytische Theorien und ihre Anwendung in der Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Stieglitz, Rolf-Dieter (2019). Psychiatrische Klassifikationssysteme und Komorbidität. In Marc Walter & Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank (Hrsg.), *Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen* (2. erw. u. aktual. Aufl., S.21-33). Stuttgart: Kohlhammer.
- Stimmer, Franz & Ansen, Harald (2016). *Beratung in psychosozialen Arbeitsfeldern. Grundlagen - Prinzipien – Prozess*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Suizid-Netz Aargau (2007). *Ich kann nicht mehr. Ich bring mich um. Suizidprävention – Ein Leitfaden für Beratende*. Gefunden unter https://www.ref-ag.ch/seelsorge-soziales/PDF/Broschuere_Suizid-Praevention1.pdf
- Tomko, Rachel L., Trull, Timothy J., Wood, Phillip K. & Sher, Kenneth J. (2014). Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: Comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *Journal of Personality Disorders*, 28 (5), 734–750.
- Torgersen, Sverre, Kringlen, Einar & Cramer, Victoria (2001). The Prevalence of Personality Disorders in a Community Sample. *Archives of General Psychiatry*, 58 (6), 590-596.
- Trachsel, Manuel & Hürlimann, Daniel (2015). Selbstschädigung durch Suchtmittel aus ethischer und rechtlicher Sicht. *SuchtMagazin*, 41 (4), 8-11.
- Tretter, Felix (2017). *Sucht. Gehirn. Gesellschaft*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Trull, Timothy J., Jahng, Seungmin, Tomko, Rachel L., Wood, Phillip K. & Sher, Kenneth J. (2010). Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *Journal of Personality Disorders*, 24 (4), 412-426.
- Trull, Timothy J., Sher, Kenneth J., Minks-Brown, Christa, Durbin, Jennifer & Burr, Rachel (2000). Borderline personality disorder and substance use disorders: A review and integration. *Clinical Psychology Review*, 20 (2), 235-253.
- Tull, Matthew T. & Gratz, Kim L. (2012). The impact of borderline personality disorder on residential substance abuse treatment dropout among men. *Drug and Alcohol Dependence*, 121 (1-2), 97-102.

- Volkert, Jana, Gablonski, Thorsten-Christian & Rabung, Sven (2018). Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 213 (6), 709-715.
- Von Schlippe, Arist & Schweitzer, Jochen (2012). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung I. Das Grundlagenwissen* (3., unveränd. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Wälte, Dieter & Borg-Laufs, Michael (2018). Grundlagen psychosozialer Beratung. In Dieter Wälte & Michael Borg-Laufs (Hrsg.), *Psychosoziale Beratung: Grundlagen, Diagnostik, Intervention* (1. Aufl., S.13). Stuttgart: Kohlhammer.
- Wälte, Dieter & Lübeck, Anja (2018). Was ist psychosoziale Beratung? In Dieter Wälte & Michael Borg-Laufs (Hrsg.), *Psychosoziale Beratung: Grundlagen, Diagnostik, Intervention* (1. Aufl., S.24-31). Stuttgart: Kohlhammer.
- Walter, Marc (2015). Sucht und Persönlichkeitsstörung – «den Stier bei den Hörnern packen». In Otto Schmid & Thomas Müller (Hrsg.), *Sucht – Genuss und Therapie. Ein gesellschaftlicher Wandel* (S.149-152). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Walter, Marc, Dürsteler-MacFarland, Kenneth, Petitjean, Sylvie A., Wiesbeck, Gerhard A., Euler, Sebastian, Sollberger, Daniel, Lang, Undine E. & Vogel, Marc (2015). Psychosoziale Behandlungen bei Suchterkrankungen – Suchtspezifische Psychotherapieformen und ihre Wirksamkeit. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 83 (4), 201-210.
- Walter, Marc, Sollberger, Daniel & Euler, Sebastian (2016). *Persönlichkeitsstörungen und Sucht*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Weber, Esther & Kunz, Daniel (2016). *Beratungsmethodik in der Sozialen Arbeit. Das Unterrichtskonzept der Beratungsmethodik an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit* (4. unveränd. Aufl.). Luzern: Interact.
- Weinberger, Sabine (2006). *Klientenzentrierte Gesprächsführung. Lern- und Praxisanleitung für psychosoziale Berufe* (11. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Weltgesundheitsorganisation [WHO]. (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Gefunden unter https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf
- Weltgesundheitsorganisation [WHO] (2009). *Lexikon zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Begriffe der Psychiatrie und der seelischen Gesundheit, insbesondere auch des Missbrauchs psychotroper Substanzen sowie der transkulturellen Psychiatrie* (2. Aufl.). Hogrefe: Hans Huber.

- Weltgesundheitsorganisation [WHO] (2020). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. Gefunden unter <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f941859884>
- Wendt, Kai (2017). *Suchthilfe & Suchttherapie. Leitfaden für die Praxis*. Stuttgart: Schattauer.
- Westen, Drew (1992). The Cognitive Self and the Psychoanalytic Self. Can We Put Our Selves Together? *Psychological Inquiry*, 3 (1), 1-13.
- Wettig, Jürgen (2017). *Vom Umgang mit schwierigen Patienten*. Gefunden unter <https://blog.vitos.de/allgemein/vom-umgang-mit-schwierigen-patienten>
- Widulle, Wolfgang (2011). *Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit. Grundlagen und Gestaltungshilfen* (2., durchges. Aufl.). Wiesbaden: Springer.
- Wilkinson-Ryan, Tess & Westen, Drew (2000). Identity disturbance in borderline personality disorder. An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 157 (4), 528-541.
- Wilson, Scott T., Fertuck, Eric A., Kwitel, Abbie, Stanley, Melissa C. & Stanley, Barbara (2006). Impulsivity, suicidality and alcohol use disorders in adolescents and young adults with borderline personality disorder. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 18 (1), 189-196.
- Wölbitsch, Doris (2007). Borderline. In Franz Sedlak (Hrsg.), *Psychologie und Psychotherapie für Schule und Studium. Ein praxisorientiertes Wörterbuch* (S.37-38). Wien: Springer.
- Yeomans, Frank E. & Diamond, Diana (2011). Übertragungsfokussierte Psychotherapie (Transference-focused Psychotherapy, TFP) und Borderline-Persönlichkeitsstörung. In Birger Dulz, Sabine C. Herpertz, Otto F. Kernberg & Ulrich Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (2., vollst. überarb. u. erw. Aufl., S.541-558). Stuttgart: Schattauer.
- Zanarini, Mary C., Frankenburg, Frances R., Reich, Donald Bradford & Fitzmaurice, Garrett (2010). Time-to-Attainment of Recovery from Borderline Personality Disorder and Its Stability. A 10-year Prospective Follow-up Study. *American Journal of Psychiatry*, 167 (6), 663–667.
- Zanarini, Mary C., Williams, Amy A. Lewis, Ruth E., Reich, R. Bradford, Vera, Soledad C., Marino, Margaret F., Levin, Alexandra, Yong, Lynne & Frankenburg, Frances R. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154 (8), 1101-1106.
- Zimmermann, Mark, Rothschild, Louis & Chelminski, Iwona (2005). The Prevalence of DSM-IV Personality Disorders in Psychiatric Outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 162 (10), 1911-1918.