

Bachelor-Arbeit
Ausbildungsgang Sozialarbeit
TZ 2020 - 2025

Ladina Sturzenegger

Zwischen Idealisierung und Entwertung

Beziehungsgestaltung in der klinischen Sozialarbeit mit Menschen, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt sind

Diese Arbeit wurde am 9. Dezember 2024 an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit eingereicht. Für die inhaltliche Richtigkeit und Vollständigkeit wird durch die Hochschule Luzern keine Haftung übernommen.

Studierende räumen der Hochschule Luzern Verwendungs- und Verwertungsrechte an ihren im Rahmen des Studiums verfassten Arbeiten ein. Das Verwendungs- und Verwertungsrecht der Studierenden an ihren Arbeiten bleibt gewahrt (Art. 34 der Studienordnung).

Studentische Arbeiten der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit werden unter einer Creative Commons Lizenz im Repositorium veröffentlicht und sind frei zugänglich.

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



Urheberrechtlicher Hinweis:

Dieses Werk ist unter einem Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz (CC BY-NC-ND 3.0 CH) Lizenzvertrag lizenziert.

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch>

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.

Keine weiteren Einschränkungen — Sie dürfen keine zusätzlichen Klauseln oder technische Verfahren einsetzen, die anderen rechtlich irgendetwas untersagen, was die Lizenz erlaubt.

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 Studiengangleitung Bachelor

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 mehreren 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 und Entwicklungspotenziale als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Denken und Handeln in Sozialer Arbeit ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es liegt daher nahe, dass die Diplomand_innen 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 Fachleute der Sozialen Arbeit mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachkreisen aufgenommen werden.

Luzern, im Januar 2025

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit
Studiengangleitung Bachelor Soziale Arbeit

Abstract

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist eine häufige und komplexe psychische Erkrankung, die durch starke emotionale Instabilität, Impulsivität und Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen gekennzeichnet ist. Krankheitsspezifische Verhaltensweisen wie aggressive Ausbrüche, selbstverletzendes Verhalten und suizidale Handlungen erschweren den Umgang mit den Betroffenen und können bei den Interaktionspartnerinnen und -partnern emotionale Reaktionen auslösen. Dies führt häufig zu belastenden Beziehungsmustern, da viele Betroffene aufgrund negativer Erfahrungen mit wichtigen Bezugspersonen in der Vergangenheit Schwierigkeiten haben, stabile und vertrauensvolle Beziehungen aufzubauen. Die Erkrankung verursacht erheblichen Leidensdruck, und viele Betroffene sind im Laufe ihres Lebens auf professionelle Unterstützung angewiesen.

Vor diesem Hintergrund widmet sich die Literaturarbeit der Frage, was Fachkräfte der klinischen Sozialarbeit im Umgang mit Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung beachten müssen, damit die Beziehungsgestaltung gelingt.

Diese Arbeit richtet sich an Fachpersonen der Sozialen Arbeit sowie an Interessierte aus verwandten Disziplinen. Sie soll dazu beitragen, das Verständnis der Borderline-Erkrankung zu stärken und konkrete Handlungsempfehlungen für die Praxis zu liefern.

Inhaltsverzeichnis

Abstract.....	I
Inhaltsverzeichnis.....	II
1 Einleitung	1
1.1 Ausgangslage.....	1
1.2 Berufsrelevanz für die Soziale Arbeit	2
1.3 Persönliche Motivation	3
1.4 Fragestellungen	4
1.5 Zielsetzung und Eingrenzung	4
1.6 Aufbau der Arbeit	5
2 Borderline-Persönlichkeitsstörung.....	6
2.1 Definition Persönlichkeitsstörung	6
2.2 Borderline-Persönlichkeitsstörung: Klinisches Erscheinungsbild	8
2.2.1 DSM-5	8
2.2.2 ICD-10.....	9
2.2.3 ICD-11.....	10
2.3 Wie äussert sich eine Borderline-Störung.....	10
2.4 Epidemiologie	17
2.5 Komorbidität	17
2.6 Ätiologie	18
2.7 Behandlung	20
3 Klinische Sozialarbeit und ihre Abgrenzung zur Psychotherapie.....	24
3.1 Klinische Sozialarbeit.....	24
3.2 Sozialarbeiterische Beratung.....	25
3.3 Psychotherapie.....	25
3.4 Unterschiede zwischen Beratung und Psychotherapie	26
4 Beziehungsgestaltung in der sozialen Arbeit	28
4.1 Bedeutung von Beziehung in der Sozialen Arbeit	28
4.2 Definition von professioneller Beziehung	29
4.3 Beziehungsförderliche Haltung	29
5 Umgang mit Menschen mit Borderline-Störung	31
5.1 Grundannahmen der Dialektisch-Behavioralen Therapie	31
5.2 Beziehungsgestaltung in der Dialektisch-Behavioralen Therapie.....	32
5.3 Dialektische Strategien.....	34
5.3.1 Commitment	34
5.3.2 Validierung	35
5.4 Umgang mit spezifischen Verhaltensmustern.....	36
5.4.1 Krisenintervention bei Borderline-Persönlichkeitsstörung.....	37

5.4.2	Umgang mit feindseligen Äusserungen.....	39
5.4.3	Umgang mit Suizidalität	40
5.4.4	Umgang mit selbstverletzendem Verhalten	42
5.4.5	Umgang mit Interaktionstests	44
6	Schlussfolgerungen	46
6.1	Beantwortung der Fragestellung.....	46
6.2	Fazit für die Praxis	48
6.3	Ausblick.....	50
7	Literaturverzeichnis.....	51

1 Einleitung

In diesem Kapitel werden zunächst die Ausgangslage der Arbeit sowie die Berufsrelevanz der Thematik Borderline-Persönlichkeitsstörung für die Soziale Arbeit erläutert. Darauf aufbauend werden die persönliche Motivation und anschliessend die zentrale Fragestellung dargelegt. Danach wird die Zielsetzung der Arbeit beschrieben, bevor das Kapitel mit einem Überblick über den Aufbau der Arbeit abschliesst.

1.1 Ausgangslage

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist ein schwerwiegendes psychiatrisches Störungsbild, das ohne spezifische Behandlung häufig chronisch verläuft (Kühler et al., 2006, S. 33). Etwa drei von hundert Erwachsenen erleben im Laufe ihres Lebens eine Borderline-Episode (Bohus & Reicherzer, 2020, S. 11). Die Erkrankung verursacht erheblichen Leidensdruck, und die Suizidrate liegt mit 2–6 % deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung (Wagner et al., 2023, S. 35–36).

Betroffene erleben Emotionen besonders intensiv und reagieren stark auf zwischenmenschliche Herausforderungen. Häufig greifen sie dabei zu dysfunktionalen Bewältigungsstrategien wie Selbstverletzung, Wutausbrüchen oder Drogenkonsum (Bohus & Reicherzer, 2020, S. 7–8). Dies führt nicht nur zu erheblichen inneren Spannungen, sondern belastet auch das soziale Umfeld. Eine ausgeprägte Angst vor sozialer Zurückweisung kann dazu führen, dass Betroffene misstrauisch oder unkooperativ reagieren, da sie erwarten, abgewertet zu werden (Bohus, 2019, S. 10–11). Dies erschwert stabile zwischenmenschliche Beziehungen erheblich, die oftmals von wiederkehrenden Konflikten und einem Wechsel zwischen Nähe und Distanz geprägt sind (Wendt, 2017, S. 139).

Etwa 80 % der Betroffenen suchen im Laufe ihres Lebens medizinische, therapeutische oder soziale Unterstützung, meist in akuten Krisen, bei Begleiterkrankungen oder zwischenmenschlichen Konflikten. Lange Zeit wurden Menschen mit Borderline-Störung als besonders herausfordernd angesehen, da sie als manipulativ und unberechenbar galten. Diese Vorurteile stammen grösstenteils aus einer Zeit, in der kaum wirksame Behandlungsmöglichkeiten für die Störung existierten (Rahn, 2019, S. 8).

Heute zeigt sich jedoch, dass professionelle Unterstützung entscheidend zur Gesundung und positiven Entwicklung der Betroffenen beitragen kann, wenn Fachkräfte eine angemessene Haltung entwickeln, das Störungsbild verstehen und hilfreiche Strategien im Umgang anwenden (Rahn, 2019, S. 10).

1.2 Berufsrelevanz für die Soziale Arbeit

Da die Borderline-Persönlichkeitsstörung weit verbreitet ist, ist es wahrscheinlich, dass Sozialarbeiter:innen in ihrem beruflichen Alltag mit betroffenen Menschen in Kontakt kommen. Besonders in psychiatrischen Einrichtungen nehmen Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung eine zentrale Bedeutung ein, da sie häufig in Krisensituationen stationäre Hilfe in Anspruch nehmen. Für das beteiligte Personal stellen diese Betroffenen oftmals eine Herausforderung dar, da sie Schwierigkeiten haben, Anweisungen zu befolgen, und mit ihrem Verhalten häufig emotionale Reaktionen bei ihren Interaktionspartnerinnen und -partnern auslösen können. Um angemessen mit den Betroffenen umgehen zu können, ist spezifisches Fachwissen erforderlich. Sozialarbeitende müssen ein tiefes Verständnis für die psychologischen Funktionsweisen, Bedürfnisse, Denkmuster und Emotionen sowie die Verhaltensmuster der Betroffenen entwickeln (Sachse, 2020, S. 7).

Menschen mit Borderline-Störung stehen vor einer Vielzahl komplexer Herausforderungen, besonders im Bereich der sozialen Integration (Bohus & Reicherzer, 2020, S. 12). Trotz normaler Intelligenz zeigen viele eine niedrige schulische und berufliche Leistung. Schwierigkeiten beim Aufbau langfristiger Beziehungen, erhöhte Partnerkonflikte, geringe soziale Unterstützung und eine allgemein niedrige Lebenszufriedenheit sind weitere häufige Probleme. Zudem nutzen Betroffene überdurchschnittlich oft soziale und therapeutische Hilfsdienste (Stoffers-Winterling et al., 2021, S. 644). Auch die Anzahl junger Erwachsener mit Borderline-Störung, die eine abgeschlossene Berufsausbildung vorweisen können, ist im Vergleich zu Gleichaltrigen deutlich geringer (Bohus & Reicherzer, 2020, S. 12).

In der Sozialen Arbeit Tätige orientieren sich am biopsychosozialen Gesundheitsmodell, in dem betont wird, dass biologische, psychische und soziale Faktoren gleichermassen zur Ent-

stehung von Krankheit und Gesundheit beitragen (schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht, o. J.). Dies unterstreicht die besondere Relevanz der Sozialen Arbeit in der Behandlung und Begleitung von Menschen mit Borderline-Störung. Durch die Anwendung dieses Modells können Sozialarbeitende ganzheitlich auf die vielfältigen Bedürfnisse der Betroffenen eingehen und damit einen entscheidenden Beitrag zur Verbesserung ihrer Lebensqualität leisten.

Gemäss Berufskodex verfolgt die Profession der Sozialen Arbeit das Ziel, Menschen zu begleiten und zu unterstützen, um ihre Unabhängigkeit zu fördern und ihre Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Darüber hinaus soll das Wohlbefinden der Einzelnen verbessert werden (AvenirSocial, 2010, S. 7–10). Dies ist besonders relevant für Menschen mit Borderline-Störung, da sie häufig in verschiedenen Lebensbereichen – sozial, beruflich und emotional – auf professionelle Hilfe angewiesen sind.

1.3 Persönliche Motivation

Seit einigen Jahren arbeite ich im psychiatrischen Umfeld und habe in dieser Zeit zahlreiche Menschen mit einer Borderline-Störung kennengelernt. Trotz meiner beruflichen Erfahrung fühle ich mich im Umgang mit ihrem Verhalten oftmals gefordert. Besonders der Umgang mit selbstverletzendem Verhalten, Suizidandrohungen und feindseligen Äusserungen stellt eine Belastung und Herausforderung dar. Hinzu kommt die Schwierigkeit, stabile und vertrauensvolle Beziehungen zu den Betroffenen aufzubauen. Häufig kam es zu abrupten Beziehungsabbrüchen, wenn sich die Betroffenen durch Äusserungen verletzt fühlten oder Misstrauen entwickelten. Diese Situationen führen bei mir zu Gefühlen der Hilflosigkeit.

Durch fundiertes Wissen und einen professionellen Umgang mit diesen Verhaltensmustern erhoffe ich mir, die Beziehungen zu den Betroffenen besser aufrechterhalten und meine eigene Unsicherheit verringern zu können. Im Rahmen dieser Arbeit möchte ich mich daher intensiv mit der Borderline-Störung auseinandersetzen. Ich bin sicher, dass dieses Wissen nicht nur mir in meiner Arbeit hilft, sondern auch den Betroffenen zugutekommt, weil es eine stabilere und einfühlsamere Unterstützung ermöglicht.

1.4 Fragestellungen

Auf Basis der oben dargestellten Ausgangslage, Berufsrelevanz und persönlichen Motivation liegt dieser Untersuchung folgende übergeordnete Fragestellung zugrunde:

Was müssen Professionelle der klinischen Sozialarbeit im Umgang mit Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung beachten, damit die Beziehungsgestaltung gelingt?

Um diese zentrale Fragestellung fundiert beantworten zu können, ist es notwendig, grundlegendes Wissen in mehreren Bereichen zu erarbeiten. Zunächst muss geklärt werden, was die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist und welche Erklärungsmodelle es für deren Entstehung gibt. Ausserdem gilt es zu verstehen, welche Verhaltensmuster Menschen mit dieser Erkrankung zeigen und welche Ursachen diesen Verhaltensweisen zugrunde liegen. Des Weiteren muss erörtert werden, wie sich die Beratung in der Sozialen Arbeit von der Psychotherapie unterscheidet sowie was eine professionelle Beziehung ausmacht.

1.5 Zielsetzung und Eingrenzung

Der Fokus dieser Arbeit ist auf erwachsene Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung gerichtet und schliesst das Störungsbild in der Jugendphase aus. Der Schwerpunkt liegt auf der klinischen Sozialarbeit im freiwilligen Kontext, da Personen mit einer Borderline-Störung bis zu 20 % der behandelten Klientel in klinischen Einrichtungen ausmachen, was diese Persönlichkeitsstörung zu einer der relevantesten im klinischen Bereich macht (Wagner et al., 2023, S. 35). Zudem ist die Diagnose in diesem Setting bekannt, und Sozialarbeiter:innen sind häufig umfassend informiert – im Gegensatz zu anderen Arbeitsfeldern, wo dies nicht immer der Fall ist. Diese Voraussetzung macht die klinische Sozialarbeit zu einem geeigneten Schwerpunkt dieser Arbeit.

Obwohl bekannt ist, dass Betroffene im Laufe ihres Lebens oftmals weitere psychische Erkrankungen (Komorbiditäten) entwickeln, wird in dieser Arbeit nicht detailliert auf diese Begleiterkrankungen und deren Auswirkungen auf die Beziehungs- und Interaktionsgestaltung eingegangen.

Ziel der Arbeit ist es, das Verständnis von Fachkräften der Sozialen Arbeit für die Borderline-Persönlichkeitsstörung zu vertiefen. Insbesondere soll die Arbeit dazu beitragen, dass Fachkräfte herausfordernde Verhaltensweisen der Betroffenen besser einordnen und angemessen darauf reagieren können, um so eine konstruktive Beziehungsgestaltung zu ermöglichen.

1.6 Aufbau der Arbeit

Die Arbeit ist wie folgt gegliedert: Nach der Einführung in die Thematik in Kapitel 1 wird in Kapitel 2 die Borderline-Persönlichkeitsstörung definiert, wobei Symptome, Epidemiologie, Komorbidität, Ätiologie und Behandlungsmöglichkeiten erläutert werden. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Beschreibung herausfordernder Verhaltensmuster.

Die klinische Sozialarbeit ist Themenschwerpunkt in Kapitel 3. Es werden die sozialarbeiterische Beratung und Psychotherapie definiert und die wesentlichen Unterschiede zwischen beiden hervorgehoben.

In Kapitel 4 wird die Gestaltung von Beziehungen in der Sozialen Arbeit diskutiert. Es werden die Definition und Bedeutung professioneller Beziehungen erläutert sowie beziehungsfördernde Haltungen beschrieben.

Der Umgang mit Menschen, die an einer Borderline-Störung leiden, steht im Fokus von Kapitel 5. Es werden die Grundannahmen und die Haltung der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) vorgestellt, dialektische Strategien erläutert und der Umgang mit krankheitsspezifischen Verhaltensmustern beschrieben.

Im abschliessenden Kapitel 6 wird die Fragestellung beantwortet, ein Fazit für die Praxis gezogen und ein Ausblick auf zukünftige Arbeiten und Forschungen gegeben.

2 Borderline-Persönlichkeitsstörung

In diesem Kapitel wird zunächst der Begriff der Persönlichkeitsstörung kurz definiert, da die Borderline-Störung als eine Unterform davon gilt. Anschliessend werden deren klinisches Erscheinungsbild erläutert und die häufigsten Symptome beschrieben. Zum Schluss werden die Themen Epidemiologie, Komorbidität, Ätiologie sowie mögliche Behandlungsansätze erläutert.

Die Beschreibung der Persönlichkeitsstörung und der Borderline-Störung erfolgt unter anderem anhand der Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-5. ICD steht für «International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems» und wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelt. Es dient der Verschlüsselung von Diagnosen und Todesursachen. Die Nummerierung hinter ICD gibt die jeweilige Version an (Statistisches Bundesamt, 2024). Das von der American Psychiatric Association herausgegebene DSM-5 ist das Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen und stellt die aktuell weltweit anerkannte Version dar. In dieser Arbeit wird auf beide Klassifikationssysteme Bezug genommen, da das ICD-10 im Schweizer Gesundheitswesen genutzt wird und das DSM-5 unter anderem in der klinischen Forschung Anwendung findet (Infodrog, 2024).

2.1 Definition Persönlichkeitsstörung

Von einer Persönlichkeitsstörung wird gesprochen, wenn bestimmte Eigenschaften, Verhaltensweisen, emotionale Reaktionen oder Denkmuster einer Person so stark ausgeprägt sind, dass sie ein flexibles und situationsangepasstes Verhalten beeinträchtigen. Die Einstellungen und Verhaltensweisen, die mit den ausgeprägten Persönlichkeitszügen verbundenen sind, weichen dabei deutlich von den Erwartungen des soziokulturellen Umfelds ab. Die Betroffenen neigen dazu, unter unterschiedlichen sozialen und persönlichen Gegebenheiten wiederholt mit den gleichen Strategien zu reagieren, ob diese nun eine erfolgreiche Bewältigung der Situation ermöglichen oder nicht. Charakteristisch ist, dass die von der Norm abweichenden Verhaltens- und Denkmuster von den Betroffenen zumeist nicht als störend oder krankhaft empfunden werden. Das Gefühl, das möglicherweise etwas mit der eigenen Person nicht stimmt, entwickelt sich häufig erst dann, wenn zunehmende Probleme in der Interaktion zu einem entsprechenden Leidensdruck führen (Frauenknecht et al., 2019, S. 377). In der Regel

treten Persönlichkeitsstörungen in der späten Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter auf, obwohl teilweise schon früher Anzeichen erkennbar sind (Zimmerman, 2023).

Im derzeit noch gebräuchlichen ICD-10 sind die allgemeinen Kriterien für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung formuliert.

Tab. 15.1 Allgemeine Kriterien für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 (F60)

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

Abbildung 1: Allgemeine Kriterien für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung (Frauenknecht et al., 2019, S. 378)

Wenn die allgemeinen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung erfüllt sind, erfolgt im ICD-10 sowie im DSM-5 eine typologische Beschreibung der einzelnen Störungsbilder. In beiden Klassifikationssystemen wird die Borderline-Störung als eine von mehreren unterscheidbaren Persönlichkeitsstörungen aufgeführt (Wagner et al., 2023, S. 28). Im ICD-10 wird sie unter der Bezeichnung «Emotional instabile Persönlichkeitsstörung» geführt, wobei der ICD-10 hier folgende Persönlichkeitsstörungen unterscheidet:

- F60.0 Paranoide Persönlichkeitsstörung
- F60.1 Schizoide Persönlichkeitsstörung
- F60.2 Dissoziale Persönlichkeitsstörung
- F60.3 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung
- F60.4 Histrionische Persönlichkeitsstörung
- F60.5 Zwanghafte Persönlichkeitsstörung
- F60.6 Ängstliche-vermeidende Persönlichkeitsstörung
- F60.7 Abhängige Persönlichkeitsstörung
- F60.8 Sonstige spezifische Persönlichkeitsstörung (u. a. narzisstisch)
- F60.9 Persönlichkeitsstörung, nicht näher bezeichnet

(Krollner & Krollner, 2024)

2.2 Borderline-Persönlichkeitsstörung: Klinisches Erscheinungsbild

Ein zentrales Kennzeichen der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist die besonders auffällige Instabilität im Bereich der Stimmung und Affektivität, die einerseits zu einer Identitätsproblematik und zu Impulskontrollstörungen, andererseits zu erheblichen Schwierigkeiten, Konflikten und Krisen in den zwischenmenschlichen Beziehungen führen kann. Typische Verhaltensmuster umfassen neben unangemessener Wut und aggressiven Durchbrüchen unter emotionaler Belastung auch autoaggressive Impulse und Handlungen bis hin zu teils erheblichen Selbstverletzungen und parasuizidale Handlungen (Fiedler & Herpertz, 2023, S. 357).

2.2.1 DSM-5

Eine detaillierte Darstellung der Diagnosekriterien ist im DSM-5 zu finden, was auch die Grundlage für die meisten klinischen Forschungen bietet (Wagner et al., 2023, S. 28-29). Mindestens fünf der folgenden neun Kriterien müssen für die Diagnose «Borderline-Persönlichkeitsstörung» nach DSM-5 erfüllt sein:

1. Verzweifelter Versuch, alles zu tun, um Verlassenwerden zu vermeiden
2. Sehr intensive, aber auch schwierige Beziehungen
3. Ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung

4. Schwierigkeiten, schädliches Verhalten zu kontrollieren: z. B. unkontrolliertes Geldausgeben, unvorsichtiger Geschlechtsverkehr, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, Essanfälle usw.
5. Wiederholte Suizidgedanken, Suizidversuche oder Selbstverletzungen.
6. Affektive Instabilität: z. B. starke vorübergehende Niedergeschlagenheit, hohe Reizbarkeit oder auch anflutende Angst
7. Chronisches Gefühl von Leere
8. Unangemessene heftige Wut oder Schwierigkeiten, Wut oder Ärger zu kontrollieren: z. B. häufige Wutausbrüche, andauernder Ärger, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen
9. Vorübergehende, durch Stress ausgelöste pseudopsychotische oder schwere dissoziative Symptome

(Bohus & Reicherzer, 2020, S. 10-11)

2.2.2 ICD-10

Im ICD-10 wird die emotional instabile Persönlichkeitsstörung wie folgt definiert: eine Persönlichkeitsstörung, die sich durch eine ausgeprägte Neigung zeigt, impulsives Verhalten ohne Rücksicht auf mögliche Konsequenzen auszuleben. Dies geht einher mit unvorhersehbarer und launenhafter Stimmung. Betroffene haben oftmals Schwierigkeiten, ihre Impulse zu kontrollieren, und erleben emotionale Ausbrüche. Zudem zeigen sie häufig streitsüchtiges Verhalten und geraten in Konflikte mit anderen, insbesondere dann, wenn ihre impulsiven Handlungen behindert oder gestoppt werden (Krollner & Krollner, 2024).

Es werden zwei Erscheinungsformen einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung im ICD-10 unterschieden: 1) der impulsive Typ (F 60.30), der hauptsächlich durch mangelnde Impulskontrolle und Ausbrüche von gewalttätigem und bedrohlichem Verhalten gekennzeichnet ist (im DSM-5 als intermittierende explosive Störung (F 63.81) nicht den Persönlichkeitsstörungen, sondern den Störungen der Impulskontrolle zugeteilt); 2) der Borderline-Typ (ICD-10: F 60.31; DSM-5: F 60.3), bei dem sich neben der emotionalen Instabilität und Impulsivität auch

typische Störungen des Selbstbildes, intensive, aber instabile Beziehungen, übertriebene Bemühungen, das Verlassenwerden zu vermeiden, und ein chronisches Gefühl von Leere zeigen (Wagner et al., 2023, S. 28).

2.2.3 ICD-11

Klassifikationssysteme werden in regelmässigen Abständen überprüft und an den aktuellen Stand der Wissenschaft angepasst (Schmeck, 2024, S. 10). In diesem Zuge wurde das ICD-10 überarbeitet und im Januar 2022 das ICD-11 in Kraft gesetzt, das in den kommenden Jahren schrittweise im deutschen Sprachraum implementiert werden soll (Wagner et al., 2023, S. 31). Im ICD-11 wurden fast alle bisherigen Kategorien von Persönlichkeitsstörungen aufgehoben und durch eine übergreifende Klassifikation «Persönlichkeitsstörung» mit drei Schweregradstufen ersetzt – mit Ausnahme der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Schmeck, 2024, S. 12). Diese Diagnose bleibt erhalten, da sie in der klinischen Praxis weit verbreitet ist und ein evidenzbasiertes, störungsspezifisches Behandlungsprogramm zur Verfügung steht (Fiedler & Herpertz, 2023, S. 365).

Da die Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung auch im ICD-11 weiterhin besteht und im deutschsprachigen Raum aktuell noch das ICD-10 verwendet wird, bezieht sich diese Arbeit auf das ICD-10. Zudem basieren die derzeit verfügbare Fachliteratur sowie die aktuellen Forschungsarbeiten weiterhin auf dem ICD-10.

2.3 Wie äussert sich eine Borderline-Störung

Um das Verhalten von Menschen mit einer Borderline-Störung besser zu verstehen und die Ursachen ihres Verhaltens nachvollziehen zu können, werden im Folgenden die zentralen Symptome erläutert. Dies hilft Fachpersonen, sich auf mögliche Symptome einzustellen und sich darüber zu informieren, wie sie professionell darauf reagieren können.

Probleme mit Gefühlen

Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung gelten als besonders sensibel, da sie Gefühle intensiver und langanhaltender erleben als andere. Schon geringfügige Auslöser kön-

nen starke Gefühle hervorrufen, die dann das gesamte Erleben bestimmen (Bohus & Reicherzer, 2020, S. 13). Die Emotionen sind oftmals chaotisch und können innerhalb von Sekunden abrupt wechseln. Zudem haben Betroffene erhebliche Schwierigkeiten, ihre emotionalen Zustände zu sortieren und klaren Gefühlen wie Wut, Traurigkeit, Freude oder Ärger zuzuordnen. Insbesondere negative Gefühle werden häufig nur als quälend und unangenehm wahrgenommen (Wendt, 2017, S. 138). Unter starkem Stress erleben Betroffene oftmals «überflutende Emotionen», ein «Gefühlswirrwarr» oder zeitgleich unterschiedliche, widersprüchliche Emotionen, was als unerträglich wahrgenommen wird. Täglich treten intensive, aversive Spannungszustände auf, die sich plötzlich einstellen und über Stunden anhalten können. In diesen Phasen ist das logische, planerische und selbstreflektierte Denken stark eingeschränkt (Bohus, 2019, S. 6).

Die folgende Abbildung 2 zeigt den typischen Verlauf der Anspannung einer Borderline-Klientin, im Vergleich zu einer gesunden jungen Frau. Mithilfe eines Taschencomputers wurde jede Stunde nach der Intensität der aktuellen Anspannung gefragt (Werte zwischen 0–9). Ab einem Wert von 7, der im Vorfeld festgelegt wurde, ist die innere Anspannung so stark, dass das gesamte Denken nur noch darauf ausgerichtet ist, diese Anspannung sofort und mit jeglichen Mitteln zu beenden (Bohus & Reicherzer, 2020, S. 14).

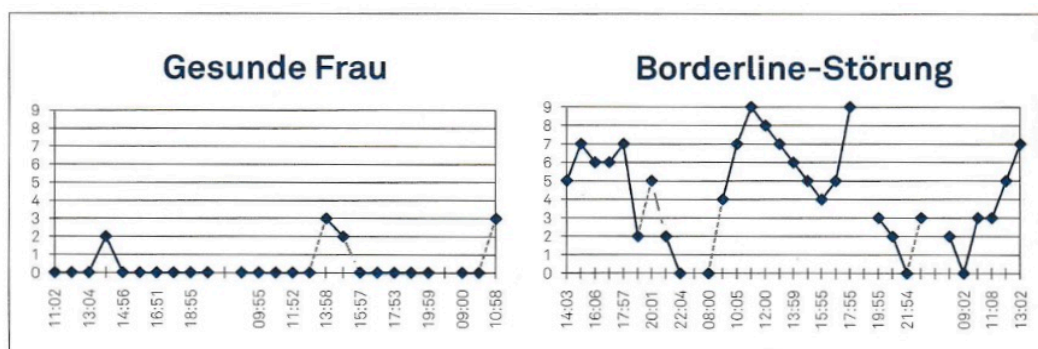


Abbildung 2: Verlauf der Anspannung (Bohus & Reicherzer, 2020, S. 14)

Um diese unerträgliche Anspannung zu lindern, greifen Betroffene häufig auf kurzfristige Bewältigungsstrategien zurück, wie Selbstverletzung, Drogen- oder Alkoholkonsum, aggressive Impulse oder extreme körperliche Anstrengung. Diese Strategien können zwar kurzfristig Erleichterung verschaffen, sind jedoch langfristig schädlich. Das Gehirn lernt schnell und greift

deshalb stets wieder auf diese schnellen Lösungsversuche zurück (Bohus & Reicherzer, 2020, S. 13-15).

Die genauen Ursachen der gestörten Emotionsregulation sind noch nicht vollständig geklärt. Es wird vermutet, dass grundlegende Mechanismen im Zusammenspiel zwischen dem Nervensystem und der gedanklichen Steuerung im Gehirn gestört sind. Unter normalen Bedingungen hat das Gehirn die Fähigkeit Emotionen zu dämpfen, oder Menschen können ihre Emotionen durch bewusste Gedanken oder Handlungen kontrollieren. Beide Möglichkeiten scheinen bei Menschen mit einer Borderline-Störung nur verzögert zu wirken. In zahlreichen Studien wurde gezeigt, dass die emotionalen Netzwerke des Gehirns bei Borderline-Betroffenen tatsächlich anders sind als bei Gesunden. Die emotionalen Zentren reagieren heftiger und die dämpfenden Gebiete des Gehirns sind weniger stark ausgeprägt sowie weniger gut verbunden. Es ist allerdings möglich, zusätzliche Fertigkeiten zur Dämpfung von Gefühlen zu erlernen, was in zahlreichen wissenschaftlichen Studien nachgewiesen wurde. Ein zentraler Bestandteil der Therapie ist daher das Erlernen solcher Fähigkeiten (Bohus & Reicherzer, 2020, S. 15-16).

Zudem haben Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung häufig Schwierigkeiten mit der Impulskontrolle. Sie sind leicht ablenkbar und haben Mühe, sich zu konzentrieren. Oftmals reagieren sie impulsiv, wütend oder aggressiv auf vermeintliche Kränkungen oder Zurückweisungen, was sie im Nachhinein vielfach bereuen. Betroffene können danach Scham empfinden und ziehen sich weiter zurück, was die soziale Isolation verstärkt. Auch die Impulskontrolle kann durch gezielte therapeutische Interventionen verbessert werden (Bohus & Reicherzer, 2020, S. 16).

Probleme mit sich selbst und dem eigenen Körper

Betroffene berichten oftmals von einem Gefühl der inneren Leere bzw. von einem Gefühl, nicht mit sich selbst verbunden zu sein. Hier knüpft auch das Problem der Einsamkeit an, das über die Abwesenheit von anderen hinausgeht. Das Gefühl, «anders zu sein als alle anderen», «isoliert und abgeschnitten» von der Welt, ist eine grundlegende Wahrnehmung von Menschen mit einer Borderline-Erkrankung (Bohus, 2019, S. 10). Einige Betroffene schätzen sich

zudem als inkompetent, verachtenswert oder hässlich ein (Bohus & Reicherzer, 2020, S. 20). Häufig treten auch negative Grundüberzeugungen über sich selbst auf, z. B.: ‹Ich bin ein schlechter Mensch› oder ‹Ich bin nichts wert› (Wendt, 2017, S. 139).

Die Einstellung zum eigenen Körper und die Einschätzung des Körperbilds sind in vielen Fällen ebenfalls negativ geprägt. Betroffene fühlen sich von ihrem Körper entfremdet und empfinden ihn als hässlich und abstossend (Bohus & Reicherzer, 2020, S. 20).

Problembereich soziale Interaktion

Die Probleme im zwischenmenschlichen Bereich sind vielschichtig. Einige Betroffene haben eine panische Angst davor, verlassen zu werden, und unterwerfen sich daher den Machtbedürfnissen ihres Partners oder ihrer Partnerin. Andere meiden soziale Gruppen, weil sie unbegründet vermuten, von anderen als unzureichend und nicht liebenswert angesehen zu werden. Manchmal fällt es ihnen auch schwer, die Auswirkungen ihres Verhaltens auf andere einzuschätzen, sodass sie ungewollt unfreundlich oder abweisend wirken (Bohus, 2019, S. 10). Es besteht häufig eine starke Angst vor dem Alleinsein sowie vor der Vorstellung, dass Bezugspersonen tatsächlich verschwinden könnten, wenn sie nicht anwesend sind. Betroffene verwechseln oftmals das Gefühl des Alleinseins mit echter Verlassenheit. Aus diesem Grund versuchen sie Bezugspersonen möglichst an sich zu binden. Gleichzeitig kann Nähe Angst, Schuld, Scham und körperliches Unbehagen auslösen. Die Folge davon sind häufig andauernde, schwierige Beziehungen mit häufigen Trennungen und Wiederannäherungen (Bohus & Reicherzer, 2020, S. 17).

Obwohl Betroffene ein feines Gespür für die Befindlichkeit anderer haben, neigen sie dazu, neutrale Gesichtsausdrücke oder Körperhaltungen als feindlich oder aggressiv einzuschätzen. Generell fällt es Menschen mit Borderline-Störung schwer, positive soziale Signale wie Zeichen von Freundlichkeit oder Anerkennung überhaupt zu erkennen. Selbst wenn sie solche Signale wahrnehmen, bleiben sie misstrauisch und können damit wenig anfangen (Bohus & Reicherzer, 2020, S. 18).

Neben dem Misstrauen gegenüber anderen haben Betroffene auch Schwierigkeiten, ihrem eigenen Urteil zu vertrauen. Bereits kleine Enttäuschungen, wie ein abgesagter Termin, können ausreichen, um die ganze Beziehung grundsätzlich infrage zu stellen und sich selbst zu verurteilen, weil die Betroffenen «wieder einmal so blöd war, jemandem zu vertrauen». Aufgrund dieses mangelnden Vertrauens in ihr eigenes Urteil bleiben sie häufig lange misstrauisch und vorsichtig (Bohus & Reicherzer, 2020, S. 19).

Auf den ersten Blick erscheinen viele dieser Verhaltensmuster unverständlich. Doch es hilft, zu wissen, dass sich die meisten Betroffenen ständig durch die Angst, verlassen, ausgelacht oder ausgegrenzt zu werden, bedroht fühlen. Aus dieser Angst heraus reagieren sie instinktiv entweder aggressiv und wütend oder unterwürfig, indem sie ihre eigenen Bedürfnisse verleugnen. Diese Verhaltensweisen wirken jedoch oftmals abstossend auf andere, sodass das, was Betroffene am meisten fürchten, tatsächlich eintritt: Sie werden zu Aussenseitern (Bohus & Reicherzer, 2020, S. 19-20).

Selbstschädigende Verhaltensmuster und Suizidalität

Zirka 70–80 % der Betroffenen berichten über selbstschädigende Verhaltensmuster. Am häufigsten sind Schnittverletzungen, die meist oberflächlich beginnen und sich dann auf den gesamten Körper ausweiten. Häufig ist auch das *head-banging*, also das Schlagen des Schädels gegen eine harte Fläche, Verbrennen bspw. mit Zigaretten, Verbrühen und Verätzen oder das Zufügen von Stichwunden. In 80 % der Fälle erfolgen diese Selbstverletzungen in einem analgetischen Zustand, was bedeutet, dass die Klientinnen und Klienten vor und während der Verletzung keinen Schmerz empfinden. Betroffene berichten, dass sie nach wenigen Minuten ein tiefgreifendes Gefühl der Entspannung, Entlastung, Ruhe und Geborgenheit spüren. Das Schmerzempfinden stellt sich nach ca. 20 Minuten wieder ein (Bohus, 2019, S. 8).

Der häufigste Grund für selbstverletzendes Verhalten ist der Wunsch, die innere Anspannung zu lösen. Andere, aber deutlich seltenere Gründe sind Selbstbestrafung, der Versuch, Kontrolle zu erlangen, sowie der Wunsch, den eigenen Körper wieder zu spüren. Teilweise führen Selbstverletzungen auch zur kurzfristigen Euphorisierung, zur Verbesserung der Konzentration und des Selbstwertes (Bohus & Reicherzer, 2020, S. 22). Diese Selbstverletzungen werden also

durch positive Konsequenzen aufrechterhalten und können daher unter die nicht substanzgebundene Suchtstörung gefasst werden (Bohus, 2019, S. 9).

Häufig haben Borderline-Betroffene suizidale Gedanken. Auch wenn diese Gedanken nicht immer in die Tat umgesetzt werden und Suizidversuche häufig nicht zum Tod führen, handelt es dennoch um ein ernstzunehmendes und bedeutsames Problem (Schoppmann et al., 2015, S. 106). Auf viele Betroffene scheint der Suizid als letzter Ausweg eine starke Faszination auszuüben. Etwas 5 % nehmen sich das Leben, die Zahl der Suizidversuche liegt mit ca. 60 % jedoch deutlich höher (Bohus & Reicherzer, 2020, S. 12). Im Alter zwischen 20 bis 30 Jahren besteht das höchste Risiko für einen Suizidversuch. Danach nimmt das impulsiv-suizidale Verhalten in der Regel ab (Oberbergkliniken, o. J.).

Suizidales Verhalten wird oftmals ähnlich wie selbstverletzendes Verhalten genutzt, um den emotionalen Zustand zu regulieren. Der Hintergrund für die Suizidalität bildet das Selbstbild und ein damit verbundenes Gefühl der Unzufriedenheit. Wie beim selbstverletzenden Verhalten kann eine Tendenz zur Ausweitung beobachtet werden, sodass zuletzt das gesamte Denken von der Auseinandersetzung mit einem möglichen Suizid beherrscht wird. Die Folgen für die Betroffenen sind verheerend, denn angesichts eines möglichen Todes verliert die Gegenwart ihre Bedeutung und es fällt schwer, sich auf lebensbejahenden Aufgaben einzulassen (Rahn, 2019, S. 92).

Bei einigen Betroffenen kann die Suizidalität auch chronisch werden, wenngleich diese ebenfalls unterschiedliche Intensitäten aufweist und nicht immer gleichbleibend ist. Suizidgedanken, die häufiger wiederkehren, sind oftmals auf Stress zurückzuführen und resultieren aus Gefühlen der Erschöpfung, Haltlosigkeit und Einsamkeit. In zahlreichen Fällen ist chronische Suizidalität auch ein Zeichen für eine depressive Verstimmung (Schoppmann et al., 2015, S. 116).

Hochrisikoverhalten

Unter Hochrisikoverhalten wird verstanden, dass Betroffene beispielsweise auf Baukränen, Hochhäusern oder Brückengeländern balancieren, auf der Autobahn rasen oder sich auf die

Bahnschiene setzen (Bohus, 2019, S. 8). Dieses Verhalten wird eingesetzt, um das Ohnmachtsgefühl zu bewältigen. Manche berichten auch, dass sie sich dabei viel lebendiger fühlen. Dieses Phänomen lässt sich dadurch erklären, dass das Gehirn einer Person, die ihren Körper in eine objektiv gefährliche Situation bringt, hohe Dosen an neuronalen Botenstoffen ausschüttet. Adrenalin, Dopamin usw. bewirken dann ein Gefühl von Wachheit und Lebendigkeit. Dies kann auch süchtig machen (Bohus & Reicherzer, 2020, S. 23).

Störungen des Essverhaltens

Dazu gehören Essanfälle (*binge-eating*), Brechanfälle (bulimische Attacken) oder radikales Fasten (anorektisches Verhalten). Diese Störungen machen die Person unempfindlicher gegenüber den eigenen Gefühlen. Gewisse Betroffene berichten über ein Gefühl von Stolz, dass sie scheinbar die Kontrolle über den eigenen Körper haben, wenn in Wirklichkeit längst die Essstörung die Kontrolle übernommen hat. Die Folgen von Essstörungen können starke Stimmungsschwankungen und kognitive Störungen sein (Bohus & Reicherzer, 2020, S. 24).

Dissoziative Symptome

Eine bedeutende Begleiterscheinung der gestörten Emotionsregulation bei Borderline-Erkrankten sind die ausgeprägten dissoziativen Phänomene (Bohus & Reicherzer, 2020, S. 21). Diese sind stressbedingt und kommen gehäuft, aber nicht ausschliesslich bei traumatisierten Borderline-Klientinnen und -Klienten vor (Bohus, 2019, S. 9). Unter Dissoziation wird das Auseinanderfallen psychischer Funktionen verstanden. Damit ist gemeint, dass die Wahrnehmung, das Bewusstsein, Denken, Handeln und Fühlen während einer Dissoziation voneinander getrennt sind. Eine Dissoziation ist kein eigenes Krankheitsbild, sondern beschreibt einen Zustand. Dissoziative Symptome sind verschiedene Zustände, die eine Person manchmal als «neben sich stehen» und «sich nicht im Kontakt mit sich selbst fühlen» beschreiben würde. Dissoziative Symptome treten in schwerer Form, aber auch in Situationen auf, die für die Psyche stark belastend sind. Verschiedene Stressereignisse können dazu führen, dass das Bewusstsein und andere psychische Funktionen wie Gedächtnis, Identität sowie Selbst- und Umweltwahrnehmungen zerstückelt und desintegriert werden (Lehmann, 2023). In diesem Zustand kommt es zum Kontrollverlust. Da auch das Gedächtnis in diesen Zuständen nicht funktioniert,

können sich die Betroffenen teilweise an längere Zeitabschnitte nicht mehr erinnern, was stark verunsichert (Bohus & Reicherzer, 2020, S. 21).

2.4 Epidemiologie

Laut aktuellen Studien liegt die Prävalenz der Borderline-Persönlichkeitsstörung bei Erwachsenen zwischen 0,7 % und 2,7 %. Bei Jugendlichen beträgt sie 2–3 % (Stoffers-Winterling et al., 2021, S. 644). Das Geschlechterverhältnis ist dabei weitgehend ausgeglichen, jedoch sind in der psychiatrischen Versorgung deutlich mehr Frauen vertreten. Männliche Betroffene nehmen seltener psychotherapeutische Hilfe in Anspruch, geraten häufiger mit dem Gesetz in Konflikt und befinden sich daher vermehrt in Justizvollzugsanstalten (Bohus, 2019, S. 12).

Die Störung tritt meist in der Adoleszenz auf, wobei zwischen dem 13. und 18. Lebensjahr nahezu jedes zwanzigste Mädchen betroffen ist. Etwa ein Drittel der erwachsenen Borderline-Betroffenen gibt an, bereits vor dem 12. Lebensjahr selbstschädigendes Verhalten gezeigt zu haben. Es ist jedoch auch bekannt, dass sich die Symptome der Borderline-Störung mit der Zeit deutlich verbessern können. Nach dem 45. Lebensjahr sind in Deutschland nur noch etwa 0,5 % der Bevölkerung betroffen (Bohus & Reicherzer, 2020, S. 11-12).

2.5 Komorbidität

Zahlreiche Menschen mit einer Borderline-Störung entwickeln im Laufe ihres Lebens auch andere psychische Störungen, die zum Teil den Verlauf der Borderline-Störung beeinflussen und einer spezifischen Behandlung bedürfen. Zu den am häufigsten auftretenden psychischen komorbiden Störungen gehören Schlafstörungen (75 %), posttraumatische Belastungsstörungen (60 %), soziale Phobien / Angststörungen (46 %), depressive Störungen (40 %), Störung der Aufmerksamkeit und Hyperaktivität (35 %) sowie Ess- und Brechanfälle (18 %) (Bohus & Reicherzer, 2020, S. 24-25). Stoffers-Winterling et al. (2021) ergänzen Substanzkonsumstörungen (78 %) und eine Bipolar-Störung (22 %) (S. 643).

Auch das Risiko für komorbide somatische Erkrankungen ist signifikant erhöht (Infektionskrankheiten wie HIV, endokrine und metabolische, Kreislauf- und Atemwegserkrankungen) (Stoffers-Winterling et al., 2021, S. 644).

2.6 Ätiologie

Die meisten Wissenschaftler:innen gehen heute davon aus, dass bei der Entstehung der Borderline-Persönlichkeitsstörung biologische, psychische und soziale Variablen zusammenwirken (das «biopsychosoziale Modell») (Bohus & Reicherzer, 2020, S. 29). Die Ursachen und Auslöser sind jedoch bis heute nicht eindeutig geklärt. Laut einer Zwillingsstudie steht fest, dass genetische Faktoren einen grossen Einfluss auf die Entstehung einer Borderline-Störung haben. Das bedeutet, sie ist nicht vererbbar, die Veranlagung dafür aber schon (Oberberkliniken, o. J.).

Zu den häufigsten psychosozialen Faktoren gehören sexuelle Gewalterfahrungen (ca. 70 %), nichtsexualisierte körperliche Gewalterfahrungen (ca. 60 %) und Vernachlässigung (ca. 40 %) (Frauenknecht et al., 2019, S. 393). Solche Erfahrungen werden oftmals schon in der (frühen) Kindheit gemacht, was zu konkreten Veränderungen im Gehirn führt (Herpertz, o. J.). Auch das Fehlen einer zweiten Bezugsperson, die Schutz und Geborgenheit vermittelt und die Wahrnehmungen und Gefühle der betroffenen Person bestätigt, ist von wesentlicher Bedeutung. Es gilt jedoch zu betonen, dass eine Borderline-Störung auch ohne ein traumatisierendes Erlebnis entstehen kann (Frauenknecht et al., 2019, S. 393).

Bohus und Reicherzer (2020) beschreiben dies ähnlich. Sie gehen davon aus, dass enttäuschende Beziehungserfahrungen einen zentralen Aspekt bei der Entstehung der Borderline-Störung darstellen. Circa 95 % der Betroffenen berichten über schwerwiegende enttäuschte Beziehungserwartungen. Menschen mit einer Prädisposition zur Borderline-Störung sind hochsensibel. Oftmals reichen schon kleine Anlässe, um starke Emotionen auszulösen. Alle starken Gefühle wollen sofort mit anderen geteilt zu werden. Menschen mit starken Emotionen haben daher auch stets hohe Erwartungen an das Verständnis und die Empathie der anderen. Daher sind nicht unbedingt gefühlskalte Angehörige erforderlich, die den emotional Betroffenen das Gefühl vermitteln, anders zu sein, nicht dazuzugehören oder sich fehl am Platz zu fühlen. Häufig genügt bereits eine Diskrepanz zwischen dem Bedürfnis nach emotionaler Unterstützung und der Wahrnehmung dessen, was eine Person bekommt: Intensive Emotionen führen zu einem starken Bedürfnis nach Verständnis und Anteilnahme seitens der anderen. Selbst wenn dieses Verständnis beim Gegenüber normal entwickelt ist, kann es als

unzureichend erlebt werden. Erlebt jemand diese Diskrepanz wiederholt, entwickelt er oder sie die Vorstellung, anders als alle anderen zu sein und sich nicht auf andere verlassen zu können. Auf dieser Basis entstehen die für Borderline-Erkrankte typischen Eigenschaften: eine hohe Empfindlichkeit gegenüber Zurückweisung, Scham, Selbsthass und das intensive Bedürfnis nach Zugehörigkeit, Nähe und Anerkennung (S. 30-31).

Auf biologischer Ebene kann ein genetischer Einfluss auf die Entwicklung affektiver Labilität, Impulsivität und insbesondere dissoziativer Zustände nachgewiesen werden. Circa 50 % der Betroffenen geben rückblickend an, Symptome einer Aufmerksamkeitsdefizitstörung im Kindesalter mit oder ohne Hyperaktivität gehabt zu haben (Frauenknecht et al., 2019, S. 393). Bildgebende Verfahren haben gezeigt, dass das Gehirn von Menschen mit einer Borderline-Störung teilweise anders arbeitet als das von gesunden Menschen. Die Amygdala (eine Region im Gehirn, die u. a. für die Verarbeitung von Stress, Gefahrensignalen und Ängsten zuständig ist) ist kleiner und zusätzlich übererregbar. Auch in anderen Strukturen des limbischen Systems wie dem Hippocampus zeigen sich Veränderungen, die für Fehlsteuerungen emotionaler Reaktionen angesehen werden (Herpertz, o. J.). Zudem konnten eine Dysfunktion zerebraler serotonerger Funktionen und eine stark erhöhte Schmerzschwelle beobachtet werden. Es konnte jedoch noch nicht abschliessend geklärt werden, zu welchem Teil die Funktionsstörungen genetisch bedingt sind, als Folge von Traumatisierung auftreten oder als neurobiologisches Korrelat der Borderline-Störung zu verstehen sind (Frauenknecht et al., 2019, S. 393-394).

Das Zusammenwirken der oben genannten psychosozialen und biologischen Faktoren kann zu einer Störung des verknüpften Lernens und zur Entwicklung dysfunktionaler Grundannahmen und Schemata führen (bspw. die Annahme, ein schlechter Mensch zu sein). Diese beeinträchtigen eine adäquate Interpretation psychosozialer Situationen (‹ich habe es verdient, dass ich schlecht behandelt werde›) und resultieren in entsprechenden inadäquaten Copingstrategien (z. B. Selbstverletzung, Essanfälle). Die dysfunktionalen Bewältigungsstrategien bieten zwar kurzfristig eine vorübergehende Linderung des subjektiven Leidens, mittel- und langfristig fördern sie jedoch die weitere psychische Labilisierung. Zudem verhindern die dysfunktionalen Schemata und Verhaltensweisen, dass positive und angemessene Lernerfahrungen gemacht

werden und frühere traumatische Erlebnisse verarbeitet und relativiert werden können. Dies führt zu einem allgemeinen Misstrauen gegenüber anderen Menschen und einem Erleben der Welt als bedrohlich und unberechenbar (Frauenknecht et al., 2019, S. 394).

Auch weitere Autorinnen und Autoren wie Wagner et al. (2023) und Stoffers-Winterling et al. (2021) beschreiben die gleichen Ursachen für die Entstehung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (siehe auch Abbildung 3).

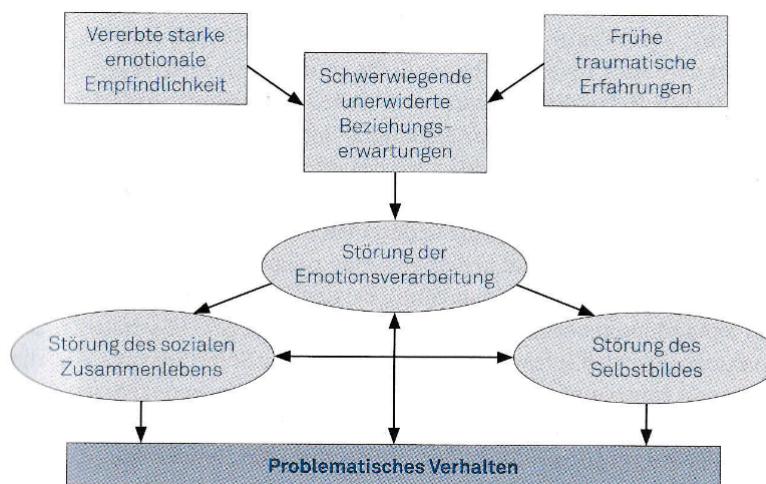


Abbildung 3: Ursachen für die Entstehung einer Borderline-Störung (Bohus & Reicherzer, 2020, S. 31)

2.7 Behandlung

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist, die bisher am besten untersuchte Persönlichkeitsstörung, für die am meisten Behandlungskonzepte entwickelt wurden. Bei allen Therapieformen steht die Beziehung zwischen behandelnder Person und Klient:in im Mittelpunkt (Pro Psychotherapie, 2024). Gemäss Bohus und Reicherzer (2020) sind folgende Behandlungskonzepte, von denen auch die Wirksamkeit wissenschaftlich nachgewiesen werden konnte, am bedeutsamsten (S. 36):

- Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) nach Anthony Bateman und Peter Fonagy
- Schematherapie oder Schema-fokussierte Therapie (SFT) nach Jeffrey Young
- Dialektisch-Behaviorale Therapie nach Marsha Linehan

Frauenknecht et al. (2019) erwähnt zusätzlich die übertragungsfokussierte Therapie (TFP) nach O.F. Kernberg (S. 395). Für diese liegen jedoch noch keine Wirknachweise vor (Bohus & Reicherzer, 2020, S. 37). Deshalb wird in dieser Arbeit nicht weiter auf diese Therapiemöglichkeit eingegangen.

Mentalisierungsbasierte Therapie (MTB)

Die MBT gehört zu den psychoanalytischen Therapieformen und hat das Ziel, die Mentalisierungsfähigkeit zu verbessern. Mentalisieren bezeichnet die Fähigkeit, das eigene Verhalten sowie das Verhalten anderer Menschen zu interpretieren. Dabei werden die eigenen Vorstellungen über die Beweggründe, Gefühle und Absichten des Verhaltens des Gegenübers berücksichtigt (Kaiser, 2024). In der MBT wird davon ausgegangen, dass Borderline-Betroffene Schwierigkeiten haben, die Bedürfnisse anderer richtig zu deuten und sich daher häufig nicht adäquat verhalten. Diese Missverständnisse führen wiederholt zu Problemen im zwischenmenschlichen Bereich. Die MBT wird häufig in Gruppen durchgeführt. In der Therapie wird das innere Erleben der/des Betroffenen im Hier und Jetzt sowie seine Wahrnehmung des Erlebens anderer in den Mittelpunkt gestellt. Dabei aufkommende Emotionen werden unmittelbar auf ihre Entstehung hin untersucht und können so besser verstanden werden (Bohus & Reicherzer, 2020, S. 37-38).

Schematherapie oder schemafokussierte Therapie

Die Schematherapie ist ein emotions- und erlebnisfokusierendes Verfahren und zählt zu den kognitiven Verhaltenstherapien (Kaiser, 2024). Bei dieser Therapieform wird davon ausgegangen, dass frühere Beziehungserfahrungen sich in sogenannten «Schemata» (fest verknüpfte Denk-, Erlebens- und Verhaltensmuster) festsetzen. Diese beeinflussen die Bewertungsprozesse und das Handeln. Das Ziel der Schematherapie besteht darin, dass Borderline-Erkrankte das Schema eines «gesunden Erwachsenen» entwickeln bzw. ausbauen. Diese Therapieform unterstützt dabei, ungünstige Schemata zu erkennen, ihnen einen Namen zu geben und sie zu verändern. Der Therapeut bzw. die Therapeutin nimmt eine wohlwollende Haltung ein, in der Hoffnung, dass dadurch ungünstige frühere Erfahrungen korrigiert und eine vertrauensvolle Zuversicht in die Verlässlichkeit zwischenmenschlichen Beziehungen entwickelt werden. In einer ersten Phase geht es um den Aufbau einer therapeutischen Beziehung, in der zweiten

Phase um das Erkennen und Verändern zentraler Schemata und in der letzten Phase um die Entwicklung einer Selbständigkeit (Bohus & Reicherzer, 2020, S. 37).

Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT)

Die DBT wurde in den 1980er-Jahren von Marsha M. Linehan zur Behandlung chronisch suizidaler Patientinnen und Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung entwickelt (Krollpfeiffer, o. J.). Diese Therapieform ist die derzeit am besten untersuchte und am weitesten verbreitete Methode zur Behandlung der Borderline-Störung. Sie gilt als wirkungsvollste Therapiemethode, was durch zahlreiche Studien belegt wurde (Bohus & Reicherzer, 2020, S. 36). Auch die Therapieabbruchquote ist niedrig (Pro Psychotherapie, 2024). Aus diesem Grund wird die DBT in dieser Arbeit am ausführlichsten beschrieben und am häufigsten herangezogen.

Es handelt sich dabei um eine spezielle Form der kognitiven Verhaltenstherapie, die jedoch aufgrund der Komplexität bestimmter Störungsbilder grundlegende Anpassungen erfordert. Wesentliche Unterschiede zur klassischen kognitiven Therapie bestehen in der verstärkten Betonung von Akzeptanz und Validierung des gegenwärtigen Verhaltens sowie in der Hervorhebung der zentralen Rolle der therapeutischen Beziehung sowie dem Fokus auf dialektische Prozesse (Krollpfeiffer, o. J.). Ziel der Therapie ist es, typische Verhaltensstrategien wie manipulatives Verhalten schrittweise zu verändern und Gegensätze, die die Betroffenen erleben, aufzulösen. Dabei sollen die Stärken der Betroffenen aktiviert und die psychischen und sozialen Kompetenzen gefördert werden. Der/Die Therapeut:in nimmt eine einfühlsame und fürsorgliche Haltung ein und ermöglicht den Betroffenen bei Krisen auch telefonische Kontakte zwischen den Therapiesitzungen (Pro Psychotherapie, 2024).

Die Klientinnen und Klienten nehmen zeitgleich an einer Einzel- und einer Gruppentherapie teil. In der Einzeltherapie geht es darum, die individuellen Probleme des Klienten oder der Klientin zu bearbeiten. Dabei sollen sie sich mit den Konsequenzen ihrer Impulsivität sowie ihrem selbst- und fremdschädigenden Verhalten auseinandersetzen. Der/Die Therapeut:in arbeitet gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten daran, die Ursachen ihrer emotionalen

Ausbrüche herauszufinden und nach Wegen zu suchen, wie sie ihre Bedürfnisse auf eine geeignetere Art befriedigen können. In den Gruppentherapien ist das Ziel, dass die Betroffenen aktiv neue Fähigkeiten erwerben. In einem ersten Schritt erhalten sie Informationen über Möglichkeiten zum Umgang mit Stress, Techniken der Selbstkontrolle und alternatives Verhalten in sozialen Beziehungen. Beim sogenannten Achtsamkeitstraining lernen sie Strategien, um ihre Aufmerksamkeit auf das aktuelle innere Erleben zu richten, emotionale Spannungen besser auszuhalten und ihre Gefühle effektiver zu regulieren. Durch die Gruppe können die Klientinnen und Klienten Unterstützung von anderen erhalten und die Erfahrung machen, neue, positive Beziehungen zu anderen Menschen aufzubauen (Pro Psychotherapie, 2024).

Die DBT ist in eine Vorbereitungsphase und zwei Therapiephasen unterteilt:

- In der Vorbereitungsphase findet die Informationsvermittlung statt. Die Klientinnen und Klienten werden über das Krankheitsbild, das Entstehungsmodell und das verfügbare Therapieangebot informiert. In dieser Phase wird das Therapieziel gemeinsam erarbeitet und die Behandlungsbedingungen sowie die Motivation geklärt.
- In der ersten Therapiephase werden schwere Probleme auf der Verhaltensebene wie Suizidalität und selbstverletzendes Verhalten bearbeitet. Ziel ist es, suizidales bzw. parasuizidales, therapiegefährdendes Verhalten (z. B. Beziehungsabbrüche, Versäumen von Therapiesitzungen) sowie bspw. Drogenkonsum oder Essanfälle zu reduzieren. In der Gruppe lernen die Klientinnen und Klienten im Fertigkeitstraining alternative Methoden zum Umgang mit Emotionen und mit anderen Menschen, um Spannungszustände zu regulieren und damit Selbstverletzungen zu verhindern. Ziel ist eine Erhöhung der emotionalen Belastbarkeit, die als Voraussetzung für die zweite Therapiephase gilt.
- In der zweiten Therapiephase werden tiefgreifende emotionale Störungen bearbeitet, was auch die Folgen traumatischer Erlebnisse beinhaltet. Das Ziel dieser Phase ist es, belastende emotionale Symptome wie Angst und Vermeidung abzubauen sowie die Emotionsregulation und das interpersonelle Verhalten zu verbessern.

(Frauenknecht et al., 2019, S. 396)

3 Klinische Sozialarbeit und ihre Abgrenzung zur Psychotherapie

In diesem Kapitel wird die Klinische Sozialarbeit definiert. Da diese Menschen mit psychischen Problemen unterstützt und unter anderem eng mit Psychotherapeutinnen und -therapeuten zusammenarbeitet, ist es essenziell, die Beratung in der Sozialen Arbeit und die Psychotherapie klar voneinander abzugrenzen. Es gilt zu klären, welche Aufgaben in den Bereich der Psychotherapie fallen und die der Sozialen Arbeit zuzuordnen sind. Im Folgenden werden daher die Beratung in der Sozialen Arbeit und die Psychotherapie definiert und die wesentlichen Unterschiede aufgezeigt.

3.1 Klinische Sozialarbeit

Die Klinische Sozialarbeit richtet sich an Menschen, die aufgrund einer Erkrankung psychisch und sozial leiden oder bei denen soziale Probleme zu körperlichen und psychischen Beschwerden führen. Ihre Zielgruppen sind sowohl Familien als auch Einzelpersonen, bei denen bio-psycho-soziale Belastungen reduziert und Bewältigungsstrategien durch gezielte Interventionen verbessert werden sollen. Obwohl die Abgrenzung zur allgemeinen Sozialarbeit nicht immer klar ist, besteht ein deutlicher Bedarf an erweiterten methodischen Kompetenzen – insbesondere im Umgang mit traumatisierten, schwer erreichbaren Personen oder in Krisensituationen. In der Klinischen Sozialarbeit wird davon ausgegangen, dass Psyche, Körper und soziale Aspekte miteinander interagieren. Diese Fachrichtung positioniert sich zwischen den klassischen Disziplinen Medizin und Psychologie. Das Ziel besteht darin, das anwendungsorientierte bio-psycho-soziale Paradigma sensibel zu vermitteln, wobei der Fokus auf der sozialen Dimension im Kontext von Gesundheit und Krankheit liegt. Bei entsprechender Indikation überschneidet sich die klinische Tätigkeit mit anderen Berufsgruppen in multiprofessionellen Teams und Versorgungsnetzwerken. Letztere verfolgen ein gemeinsames Ziel, nämlich die Verbesserung oder Aufrechterhaltung der Gesundheit von Menschen, wobei unterschiedliche Methoden zum Einsatz kommen (Geissler-Piltz et al., 2010, S. 10-14).

Die Klinische Sozialarbeit wird als Fachdisziplin im Gesundheits- und Sozialwesen verstanden, die sich mit psychosozialer Beratung, Sozialtherapie und Krisenintervention befasst. Soziale Arbeit übernimmt klinische Aufgaben, wo stets eine methodische, soziale bzw. psychosoziale

Unterstützung an der Fallarbeit bzw. Behandlung erforderlich ist. Dies kann bspw. in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, in ambulanten Beratungseinrichtungen (z. B. Familienberatung), in stationären, teilstationären und ambulanten psychiatrischer Versorgungseinrichtungen, in Kriseninterventionseinrichtungen, Suchtbehandlungsprogrammen, Krankenhäusern, forensischen Einrichtungen und der Gerontopsychiatrie der Fall sein (Geissler-Piltz et al., 2010, S. 13-14).

3.2 Sozialarbeiterische Beratung

Die Soziale Arbeit unterstützt Klientinnen und Klienten darin, Veränderungen in ihrer persönlichen und sozialen Umwelt zu verwirklichen, damit sie ihr eigenes Leben selbstbestimmt und eigenverantwortlich bewältigen und gestalten können. Die Beratung ist dabei eine zentrale Methode der Sozialen Arbeit. Sie hilft Klientinnen und Klienten, besser mit alltäglichen Herausforderungen ihrer Lebensumwelt umzugehen. Ihr Ziel ist es, Betroffene über die von ihnen beanspruchbaren materiellen und immateriellen Ansprüche zu informieren und sie bei der Erschliessung dieser Ressourcen zu unterstützen. Zudem hilft die sozialarbeiterische Beratung den Klientinnen und Klienten in der Bewältigung belastender Lebenssituationen und erschliesst den Zugang zu den notwendigen Ressourcen, deren Mangel oftmals Auslöser beziehungsweise Grundlage der persönlichen und sozialen Probleme ist. Diese Ressourcen können beispielsweise Bildung, Arbeit, Wohnung, Existenzsicherung oder persönlicher Schutz in Konflikt- und Krisensituationen sein (Weber, 2016, S. 22-23).

Widulle (2020) definiert die Beratung als professionelle Verständigung zwischen mindestens zwei Personen, von denen die ratsuchende Person ein Problem hat, das mithilfe der Beratung gelöst werden soll. Die beratende Person hat den expliziten Auftrag zur Problemlösung kommunikativ, informativ und ggf. handeln beizutragen (S. 24-25).

3.3 Psychotherapie

Die Psychotherapie ist neben der medikamentösen Therapie die bedeutendste Methode zur Behandlung psychischer Erkrankungen (Endrass & Riesel, 2022, S. 33). Die World Health Organization (WHO) definiert Psychotherapie als die gezielte Anwendung spezieller psychologi-

scher Methoden durch qualifizierte Fachpersonen, um emotionale, geistige oder Verhaltensstörungen zu behandeln. Sie zielt darauf ab, das psychische Leiden einer Person zu lindern oder zu heilen. Dabei ist es unerlässlich, eine sichere und vertrauensvolle Umgebung zu schaffen, in der Klientinnen und Klienten über ihre Probleme, Gefühle, Gedanken und Verhaltensweisen sprechen können. Psychotherapie darf nur von qualifizierten Fachkräften wie Psychologinnen und Psychologen, Psychiater:innen oder psychotherapeutischen Berater:innen durchgeführt werden, die über eine fundierte Ausbildung verfügen (Mulliere, 2024).

Mittlerweile wurden zahlreiche Methoden und Variationen der Psychotherapie entwickelt. Zu den von den Krankenkassen anerkannten Methoden gehören die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, die analytische Psychotherapie, die Verhaltenstherapie sowie die Systemische Therapie (Endrass & Riesel, 2022, S. 33).

3.4 Unterschiede zwischen Beratung und Psychotherapie

Die Soziale Arbeit kann deutlich von der Psychotherapie abgegrenzt werden. Gleichzeitig hat sich auch die Psychotherapie infolge professioneller und gesetzlicher Entwicklungen wie den Psychotherapeutengesetzen und der Regulierung des Zugangs zu psychotherapeutischen Ausbildungen institutionell und berufsständisch stark gegen die methodisch offenere, aber bezogen auf Lebenswelten, Lebenslagen und Lebensabschnitte spezifischeren Formen der psychosozialen Beratung abgegrenzt (Widulle, 2020, S. 25).

Auch wenn die Grenzen zwischen psychosozialer Beratung und Psychotherapie in Bezug auf Adressatinnen und Adressaten, Methoden und Wirkungen nicht völlig trennscharf sind und eine Vielzahl der Methoden in der Beratung aus therapeutischen Ansätzen entlehnt ist, gilt Folgendes: Für eine reflexive Gesprächsführung und Beratung ist es zentral, Settings, Aufträge und Grenzen einzuhalten. Hierfür ist es unerlässlich, die Grenzen zwischen Beratung und Psychotherapie zu kennen. Wesentliche Unterschiede zwischen Psychotherapie und sozialarbeiterischer Beratung werden nachfolgend genannt:

- Die psychosoziale Beratung eignet sich eher für Menschen, die über eine gewisse Problemdistanz verfügen und nicht so stark psychisch beeinträchtigt sind, dass sie längere psychotherapeutische oder psychiatrische Hilfe benötigen.
- Die psychosoziale Beratung konzentriert sich auf aktuelle Probleme, Konflikte und Anliegen der Klientinnen und Klienten und aktiviert vorhandene oder ungenutzte Ressourcen. Die Psychotherapie hingegen befasst sich sowohl mit aktuellen als auch biografisch älteren Problemen und zielt darauf ab, die Persönlichkeit zu reorganisieren (Widulle, 2020, S. 26-28).
- Die Psychotherapie behandelt Persönlichkeiten und soziale Systeme, während die psychosoziale Beratung sich auf Problem-Ressourcen-Konstellationen fokussiert und versucht, für Problemkonstellationen entsprechende Hilfesysteme zu aktivieren (Redlich, 1997, zit. in Widulle, 2020, S. 26).
- Psychotherapie bleibt eine an Störungen mit Krankheitswert orientierte Behandlung, die sich an einem eher klinisch-psychologischen oder medizinischen «Heilungsdiskurs» orientiert. Im Gegensatz dazu orientiert sich die Beratung an einem psychosozialen Hilfediskurs (Nestmann et al., 2014, zit. in Widulle, 2020, S. 26).

Insbesondere der erste Punkt stellt in der Zusammenarbeit mit Menschen mit Borderline-Störung und generell in der Klinischen Sozialarbeit eine Herausforderung dar. Menschen mit Borderline-Störung verfügen oftmals nicht über die notwendige Problemdistanz, was die psychosoziale Beratung erschwert. In der Arbeit mit dieser Klientel erweist sich die psychosoziale Beratung daher als besonders anspruchsvoll, da eine enge Kooperation mit anderen psychosozialen Hilfesystemen erforderlich ist – ohne dabei die Grenzen zur Psychotherapie zu überschreiten.

4 Beziehungsgestaltung in der sozialen Arbeit

Wie in den vorherigen Kapiteln erläutert, stellt der Aufbau stabiler Beziehung zu Menschen mit einer Borderline-Störung häufig eine Herausforderung dar. In vielen Fällen haben Betroffene in ihrer Vergangenheit negative oder sogar traumatisierende Erfahrungen mit zentralen Bezugspersonen gemacht, was ihre aktuellen Beziehungsmuster stark beeinflusst. Viele Betroffene reagieren misstrauisch, fühlen sich schnell verletzt und haben eine panische Angst vor dem Verlassenwerden. Schon kleine Enttäuschungen können genügen, um eine gesamte Beziehung infrage zu stellen.

Dennoch spielt die professionelle Beziehung eine zentrale Rolle – sowohl in der Sozialen Arbeit als auch in der Behandlung von Borderline-Erkrankungen. Sie ist häufig der entscheidende Faktor für den Erfolg von Beratungs- und Behandlungsprozessen. Gerade hier ist es entscheidend, dass Betroffene durch Fachkräfte korrigierende Beziehungserfahrungen machen, um ihr Vertrauen in andere Menschen wieder aufzubauen.

In diesem Kapitel wird die Bedeutung von Beziehung in der Sozialen Arbeit thematisiert, es wird der Begriff der professionellen Beziehung erläutert und es werden Haltungen beschrieben, die den Aufbau solcher Beziehungen fördern.

4.1 Bedeutung von Beziehung in der Sozialen Arbeit

In der Sozialen Arbeit ist die Beziehung zwischen Sozialarbeitenden und Klientinnen und Klienten zentral. Sie bildet die Grundlage für das Zustandekommen eines Arbeitsbündnisses und ist eine wesentliche Voraussetzung für eine zielführende Hilfe (Weber, 2016, S. 12). Grawe und Grawe-Gerber (1999) betonen, dass die Bedeutung der professionellen Beziehung das am besten belegte Ergebnis in der Psychotherapieforschung darstellt (zit. in Weber, 2016, S. 33). Auch Ansen (2009) beschreibt, dass die Beziehung in der Sozialen Arbeit ein entscheidendes Medium für den Unterstützungsprozess darstellt. Sie ist nicht nur ein Mittel zum Zweck, sondern auch eine eigenständige Hilfeform. Ohne eine stabile Beziehungsgrundlage könnten methodische Interventionen ihr Potenzial nicht vollständig entfalten (S. 381–383).

4.2 Definition von professioneller Beziehung

Private Beziehungen unterscheiden sich deutlich von professionellen Beziehungen. Im Gegensatz zu den intuitiv erlernten Formen der Beziehungsgestaltung umfasst die professionelle Beziehungsgestaltung ein reflektiertes und bewusstes Vorgehen seitens der Fachkräfte in der (Aus-)Gestaltung der Interaktion. Dies beinhaltet bspw. die Haltung, mit der Fachkräfte ihrer Klientel begegnen, sowie die professionelle Rolle, die sie einnehmen. Hier kann somit eine potenzielle Diskrepanz zwischen der intuitiven, spontanen und emotionalen Beziehung und dem reflektierten, rationalen und geplanten Vorgehen in der professionellen Beziehung entstehen (Best, 2023, S. 11-13).

Die professionelle Beziehung muss verschiedene Anforderungen erfüllen: Alle Beteiligten sollten sich innerhalb der Beziehung weitestgehend wohlfühlen, um sich öffnen und auf die Zusammenarbeit einlassen zu können. Ausserdem ist die Arbeitsbeziehung meist befristet, wodurch deren Ende in den meisten Fällen von Anfang an eingeplant wird. Diese Befristung kann im Widerspruch zur eigentlich förderlichen Langfristigkeit von Beziehungen in Hinblick auf den Vertrauensaufbau und die Offenheit stehen. Die Beziehungsgestaltung ist somit ein dynamischer Prozess, der miteinander interaktiv stattfindet, sich im Verlauf verändert und im professionellen Kontext einem Ende zugeführt wird, das geplant und bewusst ausgestaltet werden sollte (Best, 2023, S. 14-17).

4.3 Beziehungsförderliche Haltung

Beziehungen können im Alltag der Sozialen Arbeit konflikthaft und herausfordernd sein. Eine wesentliche Herausforderung besteht darin, mit der Vielfalt an Lebensrealitäten und damit einhergehenden Überzeugungen und Wertvorstellungen der Klientel umzugehen und gleichzeitig eine kontinuierliche Reflexion eigener Überzeugungen und der daraus resultierenden Grundhaltung in der Beziehung vorzunehmen (Best, 2023, S. 19). Um diese Herausforderung zu meistern, wird in der Sozialen Arbeit sowohl in der Praxis als auch in der Ausbildung häufig der personenzentrierte Ansatz von Carl R. Rogers herangezogen. Dieser stammt ursprünglich aus dem Therapiekontext, lässt sich jedoch in hohem Masse auf die Soziale Arbeit übertragen und prägt die Vorstellung professioneller Beziehungsgestaltung. Die drei Basisvariablen nach Rogers – Akzeptanz, Empathie und Kongruenz – werden in allen psychosozialen Arbeitsfeldern

rezipiert. Die von Rogers vertretene Haltung der Fachkräfte gegenüber den Klientinnen und Klienten basiert auf Nondirektivität, ehrlichem Interesse und Augenhöhe (Best, 2023, S. 20).

Rogers (2007) beschreibt die drei Einstellungselemente folgendermassen:

- **Empathie:** Dies bedeutet ein sensibles und einfühlsames Verstehen, bei dem die Beratenden sich bemühen, die gegenwärtige Sicht der Ratsuchenden auf ihre Lebensumstände zu erfassen. Diese Wahrnehmung wird durch kommentierende Bemerkungen mitgeteilt, auf deren Grundlage die Ratsuchenden unter Umständen auf Aspekte aufmerksam gemacht werden, die ihnen bisher entgangen sind (Rogers, 2007, zit. in Ansen, 2009, S. 386).
- **Akzeptanz:** Ein konstruktiver Umgang mit Ratsuchenden erfordert vollständige und bedingungslose Akzeptanz in Form einer nicht wertenden Zuwendung. Dies schafft ein Vertrauen, das für den Hilfeprozess unerlässlich ist. In einem solchen Klima fürchten die Ratsuchenden nicht, für ihre Gedanken und Handlungen verurteilt zu werden und können sich unter diesen Umständen leichter im Gespräch öffnen (Rogers, 2007, zit. in Ansen, 2009, S. 386).
- **Kongruenz:** Kongruenz meint die Echtheit, mit der die Beratenden dem Gegenüber begegnen. Die Beratenden legen ihre Gefühle und inneren Vorgänge, die innerhalb der Beziehung ausgelöst werden, transparent offen. Dies meint jedoch nicht die unreflektierte Offenbarung aller Gefühle, die im Prozess entstehen, sondern das Einbringen eigener Eindrücke und Assoziationen im prozessförderlichen Sinne (Rogers, 2019, zit. in Best, 2023, S. 22-23).

Somit ist eine wesentliche Bedingung für die Herstellung einer tragfähigen Beziehung, einen Menschen als Person in vollem Umfang zu respektieren und wertzuschätzen, ohne problematische Verhaltensweisen und Einstellungen zu bagatellisieren. Der aufrichtige Wunsch, das Verhalten, die Beweggründe und die Gedanken des Gegenübers verstehen zu wollen, schafft die Grundlage für das Gegenüber, sich zu öffnen und etwas von sich preiszugeben (Best, 2023, S. 21).

5 Umgang mit Menschen mit Borderline-Störung

In Kapitel 4 wurde deutlich, dass die Beziehungsgestaltung in der Sozialen Arbeit, unabhängig von der Klientel oder dem Arbeitsfeld, von zentraler Bedeutung ist. Die von Rogers entwickelte Grundhaltung, die auf Akzeptanz, Empathie und Kongruenz basiert, bietet dabei wertvolle Ansätze für die professionelle Zusammenarbeit. Diese Prinzipien können auch im Umgang mit Borderline-Klientinnen und -Klienten in der klinischen Sozialarbeit von grossem Nutzen sein.

Im nächsten Abschnitt wird detailliert auf die Beziehungsgestaltung mit Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung eingegangen. Zunächst werden die Grundannahmen und Strategien der DBT vorgestellt, die eine tragfähige Beziehung unterstützen und für alle Fachkräfte des Behandlungsteams anwendbar sind. Anschliessend wird der professionelle Umgang mit den spezifischen Verhaltensmustern der Betroffenen thematisiert. Diese Ansätze tragen dazu bei, Frustration und das Gefühl der Hilflosigkeit sowohl bei den Fachkräften als auch bei den Betroffenen zu verringern.

5.1 Grundannahmen der Dialektisch-Behavioralen Therapie

Marsha Linehan (Begründerin der DBT) hat aufgrund ihrer eigenen Arbeitserfahrung in der Psychiatrie Grundannahmen für Behandlungsteams in der Zusammenarbeit mit Borderline-Betroffenen formuliert. Diese sollen dazu beitragen, eine wertschätzende und unterstützende Beziehung zu den Klientinnen und Klienten aufzubauen und zu halten, insbesondere in herausfordernden Situationen (von Auer & Kaess, 2023, S. 56).

1. Jedes Verhalten der Borderline-Klientinnen und -Klienten ergibt im subjektiven Kontext Sinn. Sie versuchen, aus ihrer aktuellen Situation das Beste zu machen.
2. Borderline-Klientinnen und -Klienten möchten sich verbessern.
3. Sie müssen sich mehr anstrengen, härter arbeiten und stärker motiviert sein, um sich zu verändern, was ungerecht ist.
4. Obwohl sie ihre Probleme in der Regel nicht alle selbst verursacht haben, müssen sie diese aber selbst lösen.
5. Das Leben suizidaler Borderline-Klientinnen und -Klienten ist in der Regel unerträglich.
6. Sie müssen in fast allen relevanten Bereichen neues Verhalten erlernen.
7. Klientinnen und Klienten können in der Therapie nicht scheitern.

8. Es gibt keine absolute Wahrheit.

(Bohus, 2019, S. 24)

Diese Grundannahmen spiegeln folgende Aspekte wider: Es wird anerkannt, dass die Betroffenen leiden und in ihrer aktuellen Lebenssituation ihr Bestes geben. Sie streben nach Veränderung, doch es gibt Hindernisse und Blockaden, die ihre Weiterentwicklung erschweren und die sie nicht allein überwinden können. Den Fachpersonen soll bewusst sein, dass Veränderungen viel Energie und harte Arbeit erfordern. Die Grundannahmen dienen dem Behandlungsteam dazu, den Betroffenen gegenüber eine dialektische, validierende und annehmende Haltung zu erlangen. Es ist hilfreich, sich diese immer wieder bewusst zu machen, gerade wenn Ärger oder Hilflosigkeit empfunden werden (von Auer & Kaess, 2023, S. 57).

Eine Dialektik in der Haltung den Betroffenen gegenüber zeigt sich auch in der Grundannahme, dass es keine absolute Wahrheit gibt. Die Fachperson geht davon aus, dass sie nicht im Besitz dieser Wahrheit ist. Sie ist Coach:in, Trainer:in, Unterstützer:in, die über ein Fachwissen von Borderline-Persönlichkeitsstörung verfügt, die Klientinnen und Klienten sind jedoch Experten für ihr Verhalten. Die Begegnung soll auf Augenhöhe stattfinden, wobei Angebote gemacht werden, die die Klientinnen und Klienten annehmen oder ablehnen dürfen (von Auer & Kaess, 2023, S. 58-59).

5.2 Beziehungsgestaltung in der Dialektisch-Behavioralen Therapie

Viele Borderline-Klientinnen und -Klienten haben in ihrer Entwicklung unangenehme Erfahrungen mit nahen Bezugspersonen gemacht. Diese negativen Erlebnisse können im professionellen Kontext reaktiviert werden, wodurch die Fachperson durch die Brille vergangener Erfahrungen wahrgenommen wird. Infolgedessen könnten die Klientinnen und Klienten die Fachperson als übermässig feindselig, wenig unterstützend oder sogar als böse empfinden. Um den entgegenzuwirken, ist es entscheidend, dass die Fachperson die Rolle einer bzw. eines unterstützenden, wohlwollenden und gleichzeitig fordernden Coachin/Coaches einnimmt. Sie sollte aufmerksam, zuverlässig, unterstützend und besorgt um das gegenwärtige Befinden ihres/seines Klientin/Klienten sein. Die fordernde Haltung zielt darauf ab, die Klientinnen und Klienten zu ermutigen, ihr volles Potenzial zu entfalten und das Beste aus sich herauszuholen.

Durch die Gestaltung der professionellen Beziehung als Rollenmodell kann die Fachperson der Klientin bzw. dem Klienten helfen, ihre/seine früheren negativen Beziehungserfahrungen zu überwinden und neue, positivere Erfahrungen zu machen (Bohus, 2019, S. 25-28).

Um eine solche unterstützende Beziehung zu etablieren, muss die Fachperson für Höflichkeit und Verlässlichkeit sorgen. Dies gelingt, indem er/sie kooperatives Verhalten positiv verstärkt und unangemessenes Verhalten nicht toleriert, sondern direkt anspricht. Dabei ist es unerlässlich, dass die Fachperson auch ihre eigenen Emotionen klar benennt und sich als zielorientierte:r, engagierte:r und emotional spürbare:r Partner:in anbietet. Eine sensible Wahrnehmung und frühzeitige Benennung der eigenen Gefühle sind dabei essenziell. Auf eine neutrale Haltung ist unbedingt zu verzichten. Empirische Untersuchungen zu interaktionellen Prozessen in der Kommunikation intensiver Emotionen zeigen: Je emotionaler eine Person berichtet, desto mehr erwartet sie auch eine emotionale Reaktion von ihrem Gegenüber. Eine scheinbar neutrale, also unbeteiligte oder verbal distanzierte Antwort auf einen hochemotionalen Bericht ist jedoch keineswegs neutral, sondern wirkt invalidierend und zurückweisend. Dies kann bei allen Betroffenen – nicht nur bei Borderline-Klientinnen und -Klienten – Enttäuschung und Ärger auslösen. Besonders Borderline-Klientinnen und -Klienten, die solche Erfahrungen in ihrer Vergangenheit oft gemacht haben, reagieren darauf häufig mit Wut und fühlen sich nicht gesehen oder sind irritiert. Zusätzlich neigen Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung dazu, neutrale Gesichtsausdrücke als negativ zu interpretieren (Bohus, 2019, S. 28-29).

Die Fachperson muss in ihrer Arbeit stets die Balance zwischen Akzeptanz und dem Drängen auf Veränderung finden. Es ist essenziell, die Funktionen der Symptomatik zu verstehen und diese zunächst zu akzeptieren, bevor auf Veränderung gedrängt wird, um Widerstände zu vermeiden. Gleichzeitig müssen jedoch bereits früh Veränderungsstrategien entwickelt werden, da die Klientinnen und Klienten unter ihrem Verhalten leiden und etwas ändern möchten. Je schädlicher ein Verhalten ist, desto schneller sollten erste Schritte zur Veränderung unternommen werden (von Auer & Kaess, 2023, S. 57).

Neben der Balance zwischen Akzeptanz und Veränderung muss die Fachperson auch zwischen einer Einhaltung der Regeln und Flexibilität abwägen. Eine zu flexible Anpassung an die Bedürfnisse der Klient:in kann dazu führen, dass dysfunktionale Verhaltensmuster verstärkt werden. Andererseits kann eine zu rigide Haltung die individuellen Bedürfnisse der Klient übergehen und die professionelle Beziehung gefährden (Bohus, 2019, S. 33).

Die Fachperson sollte ausserdem zwischen unterstützender und wohlwollend fordernder Haltung balancieren. Dabei gilt es sorgfältig abzuwägen, wann es sinnvoll ist, der Klientin bzw. dem Klienten aktiv zu helfen, und wann es besser ist, die Eigenständigkeit zu fördern. Es ist wichtig, die Fähigkeiten der Klientin / des Klienten zu erkennen, adaptives Verhalten und Selbstkontrolle gezielt zu stärken und sich bewusst zurückhalten, wenn die Klientin / der Klient in der Lage ist, selbst Verantwortung zu übernehmen (Bohus, 2019, S. 33).

Schliesslich soll die Fachperson bereit sein, ihre eigenen Fehler zu nutzen. Unabhängig davon, ob es sich um das Vergessen von Vereinbarungen, Ungeduld oder ein unpassendes Lächeln handelt, ist es essenziell, Fehler zu erkennen und offen einzugestehen. Jeder Fehler bietet eine Chance, ein Vorbild für einen konstruktiven Umgang mit Fehlern zu sein, d. h. Fehler zugeben und reparieren (Bohus, 2019, S. 34).

5.3 Dialektische Strategien

In der DBT werden zwei Strategien benannt, die nicht nur von Therapeut:innen, sondern von allen Fachkräften, die mit Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung arbeiten, angewendet werden können. Dabei handelt es sich um Commitment und Validierung, die im Folgenden näher erläutert werden. Beide Strategien tragen dazu bei, eine vertrauensvolle und stabile Beziehung aufzubauen.

5.3.1 Commitment

Die Klientinnen und Klienten werden als autonome, selbstbestimmte Personen gesehen, die mithilfe der Fachperson entscheiden, welche Ziele sie sich setzen und was sie in ihrem Leben verändern möchten. Es braucht somit stets die Zustimmung der Klientinnen und Klienten zu den Zielen, zur Behandlung allgemein, aber auch zu der Vorgehensweise. In der DBT wird diese

Zustimmung als Commitment bezeichnet. Wenn es in der Beratung nicht weitergeht, sollte das Commitment überprüft werden. Linehan hat spezielle Commitmentstrategien für die Arbeit mit Borderline-Klientinnen und Klienten entwickelt. Dazu gehört das Abwägen von Pro und Contra. Der/Die Klient:in sammelt mithilfe der Fachperson Argumente, die für oder gegen ein bestimmtes Verhalten sprechen. Hierfür bietet es sich an, ein Vier-Felder-Schema zu nutzen. Beispielsweise können auf diese Weise Argumente für und gegen selbstverletzendes Verhalten, Alkoholkonsum oder Drogenkonsum erarbeitet werden. Dabei ist es von Bedeutung, dass die Fachperson eine dialektische Haltung einnimmt. Das bedeutet, dass alle Argumente aufgenommen und nicht bewertet werden und die Klientinnen und Klienten nicht in eine bestimmte Richtung gedrängt werden. Nur so können die Klientel beide Seiten offen betrachten und eine Entscheidung treffen, die auch langfristig trägt. Auf diese Weise können die Klientinnen und Klienten selbst erkennen, welche Konsequenzen ihr Verhalten hat und warum es ihnen so schwerfällt, bestimmte Verhaltensmuster aufzugeben. Letztendlich ist es die freie Wahl der Klientin bzw. des Klienten, ob ein neuer Weg eingeschlagen wird oder nicht. Die Fachperson darf aber äussern, was sie für die Klientel wünscht und was die möglichen Konsequenzen sein können (von Auer & Kaess, 2023, S. 59-60).

5.3.2 Validierung

Validierung bedeutet, die Gültigkeit von etwas anzuerkennen. Die Fachperson validiert die Klientin / den Klienten, indem sie vermittelt, die Gefühle, Gedanken, Bedürfnisse oder das Verhalten zu verstehen und anzunehmen. Das heisst aber nicht unbedingt, dass die Fachperson genauso empfindet oder das Verhalten gutheisst. Validierung führt dazu, dass die Klientel sich verstanden und gesehen fühlen (von Auer & Kaess, 2023, S. 62).

Es gibt verschiedene Validierungsstrategien:

- Ungeteilte Aufmerksamkeit: Die Fachperson hört der Klientel aufmerksam, interessiert und nicht wertend zu. Dadurch wird echtes Interesse an der Sichtweise der anderen Person vermittelt.
- Genaue Reflexion: Die Fachperson fasst das Gehörte in eigenen Worten zusammen, um zu zeigen, dass sie zugehört hat und um sicherzustellen, dass sie es richtig verstanden hat.

- Verbalisieren von Nichtgesagtem: Bei dieser Strategie werden die vermuteten Gefühle, Gedanken, Bedürfnisse oder Wünsche benannt, obwohl der/die Klient:in diese noch nicht konkret geäußert hat. So wird bspw. von Gedanken auf Gefühle geschlossen. Dabei ist es relevant, dass die Annahme als solche formuliert wird. Es sollte auch Bereitschaft dazu bestehen, diese zu verwerfen, wenn die andere Person die Annahme nicht bestätigt.
- Validierung im Sinne der gegenwärtigen Situation: Die Fachperson formuliert, dass sie Emotionen, Gedanken oder ein Verhalten aufgrund der gegenwärtigen externen oder intrapsychischen Situation verstehen kann.
- Radikale Echtheit: Die Fachperson zeigt sich «radikal echt» und formuliert sowohl, wenn Gefühle, Gedanken oder ein Verhalten der Norm entsprechen, als auch, wenn ein Verhalten gegen die Norm verstösst und damit ungünstige Folgen für die Klientel haben kann. Damit erfolgt eine Begegnung auf Augenhöhe und es wird vermittelt, dass die Fachperson der Klientel auch zutraut, etwas zu ändern.
- Cheerleading: Die Fachperson glaubt an die Klientin bzw. den Klienten und deren Fähigkeit, sich ihren Zielen zu nähern, ihr Verhalten zu ändern und auch schwierige Situationen zu meistern.
- Gegenseitige Verletzbarkeit: Die Fachperson zeigt sich verletzlich, wenn sich auch das Gegenüber verletzlich zeigt.

(von Auer & Kaess, 2023, S. 62-64)

5.4 Umgang mit spezifischen Verhaltensmustern

In den folgenden Unterkapiteln werden spezifische Aspekte wie Krisenintervention, der Umgang mit feindseligen Äusserungen, Suizidalität, selbstverletzendes Verhalten und sogenannte Interaktionstests näher betrachtet. Diese Abschnitte geben einen Überblick über bewährte Vorgehensweisen im Umgang mit den jeweiligen Verhaltensweisen und bieten Fachkräften praxisnahe Hinweise, wie sie in herausfordernde Situationen sicher und professionell reagieren können.

5.4.1 Krisenintervention bei Borderline-Persönlichkeitsstörung

Da Krisen bei Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen häufiger und jederzeit auftreten können, ist es möglich, dass sie auch während eines Kontakts oder einer Beratungssituation mit Sozialarbeitenden auftreten. Zudem gehört Krisenintervention zu den Aufgabebereichen der klinischen Sozialarbeit. Aus diesem Grund gilt es zu wissen, was Krisen auslösen kann, welche Verhaltensweisen während der Krisenintervention zu erwarten sind und wie damit umgegangen werden kann. Dazu haben Giernalczyk und Petersen (2007) folgende Punkte formuliert (S. 288-289):

- Krisen werden durch Trennungen oder Zeiten des Alleinseins ausgelöst. Das Gefühl von Einsamkeit und Alleinsein wird als äusserst bedrohlich empfunden. In der Krisenintervention muss der Fachperson bewusst sein, dass Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ihre Beziehungen als schwierig erleben und sich häufig stark ambivalent zeigen.
- Während der Krisenintervention können eine starke Idealisierung sowie eine extreme Abwertung der Fachperson auftreten.
- Borderline-Betroffene leiden an einer ausgeprägten Identitätsstörung. So können Krisen entstehen, wenn etwas, was sie für sich als sicher eingeschätzt haben, zusammenbricht und sie wieder ohne Orientierung dastehen.
- Krisen werden durch impulsives Verhalten (bspw. Wut in Form von Beschimpfungen) ausgelöst. Gleichzeitig tritt impulsives Verhalten als Komplikation in der Krisenintervention auf.
- In Krisen treten Angst, depressive Affekte, suizidales und selbstschädigendes Verhalten sowie wahnhaft und paranoide Symptome auf und können Gegenstand der Krisenintervention werden.

Die Arbeit mit Krisen erfordert ein verlässliches, aber begrenztes Beziehungsangebot. Daher ist es notwendig, dass die Fachperson bereits früh im Kontakt mit den Klientinnen und Klienten bespricht, welche Unterstützung möglich ist und wo die Grenzen des Angebots liegen. Dazu gehört bspw. die Abmachung, wie mit Anrufen ausserhalb der vereinbarten Termine umgegangen werden soll (Giernalczyk und Petersen, 2007, S. 289). Diese klaren und verbindli-

chen Vereinbarungen sind ein zentrales Mittel der Beziehungsgestaltung. Sie dienen der Eingrenzung der Hilfebeziehung und können dem Betroffenen helfen, sich vor unrealistischen Erwartungen zu schützen oder die Hilfe in einer ungünstigen Weise zu idealisieren. Diese Vereinbarungen sollten regelmässig überprüft und gegebenenfalls korrigiert werden. Somit schaffen sie vor allem Sicherheit und Stabilität (Rahn, 2019, S. 111-112).

In einer Krisensituation soll der thematische Schwerpunkt auf den aktuellen Ereignissen liegen, die zur Krise geführt haben. Gemeinsam ist zu klären, was passiert ist, wie das Geschehene emotional und kognitiv verarbeitet wird und was bereits unternommen wurde, um mit dieser Situation fertig zu werden. Bei der Bearbeitung der aktuellen Situation ist es bei der Borderline-Störung besonders wesentlich, den Bezug zur Realität zu stärken. Dazu gehört eine sorgfältige Unterscheidung zwischen Befürchtungen und Fantasien sowie den Konsequenzen, die in naher Zukunft tatsächlich zu erwarten sind. Die Fachperson soll dabei helfen, zwischen der Innen- und der Aussenwelt der Klientel zu unterscheiden (Giernalczyk und Petersen, 2007, S. 289).

Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung haben besonders in Krisensituationen oftmals Probleme, ihre Gefühle zu regulieren. Sie werden von Angst und Panik überschwemmt und können ihren Ärger, ihre Ängste oder ihre Unruhe kaum allein auf ein erträgliches Mass reduzieren. Deshalb sollten die Fachpersonen die Betroffenen bei der Affektregulation unterstützen. Für das konkrete Vorgehen bedeutet dies Folgendes:

- Der Klientel muss ausführlich Gelegenheit gegeben werden, über ihre Gefühle zu sprechen.
- Die Fachperson hört dabei aufmerksam zu und achtet darauf, welche Emotionen in ihr ausgelöst werden.
- Die Fachperson beschreibt die Emotionen, die sie bei dem Klienten / der Klientin wahrnimmt.
- Die Fachperson bestätigt die Klientel in der Wahrnehmung ihrer Gefühle.
- Die Fachperson untersucht, wodurch die Gefühle entstehen und spricht die unausgesprochenen Annahmen und Bewertungen der Klientel an.

- Die Fachperson fasst zusammen, was sie verstanden hat, und erläutert ihre Gedanken dazu.
- Falls die Klientel sich weiterhin in ihre Gefühle hineinsteigert, wird sie darauf aufmerksam gemacht und darin unterstützt, sich zu beruhigen. Beispielsweise kann es hilfreich sein, die Aufmerksamkeit auf den Atem zu lenken. Auf diese Weise ist es leichter möglich, sich von seinen Gefühlen zu distanzieren.

(Giernalczyk und Petersen, 2007, S. 289-290)

5.4.2 Umgang mit feindseligen Äusserungen

Wie bereits oben beschrieben, erleben Menschen mit einer Borderline-Störung in Krisensituationen oftmals intensive Gefühle von Wut und Ärger, die sie in die Krisenintervention hineintragen. Diese Emotionen können sich in Form von feindseligen Äusserungen gegenüber der Fachperson zeigen. In solchen Situationen ist die Fachperson gefordert, den eigenen Gegenübertragungsimpulsen (Kampf oder Flucht) zu widerstehen und weder eine eigene Attacke zu starten noch ängstlich in die Defensive zu gehen. Von Bedeutung dabei ist, dass die Fachperson die eigenen Gefühle nicht als Zeichen von mangelnder Kompetenz betrachtet, sondern diese als normalen Teil des Prozesses versteht. Spontane emotionale Reaktionen auf Angriffe der Klientel sind menschlich, doch der professionelle Umgang mit diesen Gefühlen entscheidet darüber, ob die Situation eskaliert oder konstruktiv bleibt (Giernalczyk und Petersen, 2007, S. 290-291).

Wenn Fachpersonen auf einen Angriff mit einer Gegenattacke reagieren, folgen sie möglicherweise ihrem spontanen Impuls, riskieren jedoch schnell, einen Machtkampf mit den Klientinnen und Klienten auszulösen, der leicht eskalieren und zum Beziehungsabbruch führen kann. Auch die Flucht der Fachperson ist nicht hilfreich, um der Wut und dem Ärger der Klientel zu begegnen. Dieser innere Rückzug zeigt sich oftmals darin, dass die Fachperson gedanklich abschweift, sich ablenken lässt und nicht mehr bereit ist, auf den erlebten Angriff zu reagieren. Beide Phänomene können bei der Fachperson entstehen. Es ist entscheidend, diese Tendenzen zu beobachten und zu überlegen, mit welchen Verhaltensweisen vonseiten der Klientin bzw. des Klienten dies einhergeht, und dann möglichst wieder innerlich in die Situa-

tion zurückzukehren. Die Fachperson sollte versuchen, ruhig zu bleiben und die Situation aufzugreifen, um sie gemeinsam zu besprechen. Ein hilfreicher Ansatz wäre, die Klientin bzw. den Klienten zu fragen, ob etwas gesagt oder getan wurde, das sie verärgert oder verletzt hat. In einem gemeinsamen Gespräch kann geklärt werden, wie die Klientel die Situation erlebt haben und wie die Fachperson dieselbe Situation anders wahrgenommen hat. Diese Form der Metakommunikation ist wertvoll, denn durch sie kann die Klientin / der Klient lernen, dass die gleiche Situation von den Beteiligten unterschiedlich wahrgenommen und bewertet werden kann. Durch das Erkennen der Unterschiedlichkeit wird schlussendlich wieder eine Form des gemeinsamen Verstehens hergestellt und damit ein Beziehungsabbruch verhindert. Ein zentraler Aspekt dieses Vorgehens ist das Anerkennen des subjektiven Erlebens der Klientel und die Feststellung, dass die Fachperson die gleiche Sequenz anders erlebt hat (Giernalczyk und Petersen, 2007, S. 291).

5.4.3 Umgang mit Suizidalität

Suizidalität ist ein häufiges Thema in der Arbeit mit Borderline-Klientinnen und -Klienten. In der DBT werden sowohl Suizidgedanken als auch selbstverletzende Verhalten als «dysfunktionales Problemlösen» betrachtet. Zahlreiche Betroffene berichten, dass sie bereits im Kindesalter Suizidfantasien entwickelt haben und diese gezielt oder automatisiert zur Regulation ihrer Emotionen nutzten. Beispielsweise schildern sie, dass sie in unerträglichen Situationen vorgestellt hätten, «tot zu sein», in einer «anderen Welt zu sein» oder mit «starken guten Mächten» verbunden zu sein. Mittels dieser Fantasien konnte die Gegenwart besser ertragen werden. Durch die wiederholte Anwendung dieser Strategien wurden sie schliesslich konditioniert und treten als automatisierte Suizidgedanken auf, wann immer sich die Person in einer belastenden Situation befindet. Diese Gedanken werden oftmals als bedrohlich und unkontrollierbar wahrgenommen. Dennoch können Betroffene lernen, diese Gedanken zu erkennen und zu entschärfen, ohne ihnen nachzugeben (Bohus, 2019, S. 62).

Auch wenn nicht alle Klientinnen und Klienten ihre Suizidgedanken in die Tat umsetzen und Suizidversuche häufig nicht tödlich enden, bleibt Suizidalität ein ernstes und bedeutendes Problem. Suizidale Äusserungen müssen stets ernst genommen und dürfen nicht verharmlost

werden (Schoppmann et al., 2015, S. 106). Die Suizidalität von Borderline-Betroffenen ist genauso real und schmerzvoll wie die von Menschen mit Depressionen (Schoppmann et al., 2015, S. 115).

Für Fachkräfte in psychosozialen Berufen ist es essenziell, die Anzeichen einer Suizidgefährdung zu erkennen, ihre Bedeutung einschätzen und angemessen darauf reagieren zu können (Eink & Haltenhof, 2017, S. 64). Hinweise auf eine Suizidgefährdung können folgende sein: Die betroffene Person spricht über Suizid, zieht sich von Freunden und gewohnten Aktivitäten zurück, verschenkt persönliche Gegenstände, nimmt Abschied, äussert starke Hoffnungslosigkeit, sucht nach Methoden zur Selbsttötung oder zeigt nach einer Phase intensiver psychischer Belastung plötzlich Ruhe und Gelassenheit (Pro mente sana, 2024). Direkte Ankündigungen von Suizidabsichten treten häufig auf und sind in bis zu 75 Prozent der Fälle im Vorfeld suizidaler Handlungen zu beobachten (Eink & Haltenhof, 2017, S. 68).

In der Fachliteratur werden Leitlinien beschrieben, wie sowohl Fachpersonen als auch Laien auf suizidgefährdete Menschen reagieren können. Wenn ein Verdacht auf Suizidalität besteht, ist es entscheidend, sofort zu handeln. Es sollte direkt nach Suizidgedanken gefragt werden, z. B.: «Haben Sie Suizidgedanken?» oder «Denken Sie daran, sich das Leben zu nehmen?». Dabei ist weniger die genaue Formulierung wichtig als die Tatsache, die Frage klar und ohne Umschweife zu stellen. Es sollten keine suggestiven oder wertenden Fragen gestellt werden, wie etwa: «Sie denken doch nicht daran, etwas Unüberlegtes zu tun?» (MHFA Ersthelfer, 2020, S. 2-3). Entgegen einem weitverbreiteten Irrtum verstärkt das offene Gespräch über Suizidgedanken nicht die Suizidgefahr. Vielmehr berichten Betroffene, dass ihre Suizidgedanken nachliessen, nachdem sie mit jemandem darüber sprechen konnten. Sie fühlten sich verstanden und weniger allein (Reden kann retten, 2024).

Äussert eine Person Suizidgedanken, ist es entscheidend, keine negative Reaktion zu zeigen. In einer suizidalen Krise sollten Ruhe, Zuversicht und Mitgefühl vermittelt werden, da diese Haltungen beruhigend auf die betroffene Person wirken können (MHFA Ersthelfer, 2020, S. 3). Es ist von Bedeutung, der Person aufmerksam zuzuhören und gezielte Fragen zu stellen, um ein besseres Verständnis für ihre Situation zu erlangen. Beispielsweise könnte gefragt werden,

wann die Suizidgedanken auftreten, was diese verstärkt, wie lange die Gedanken schon bestehen, wie stark sie aktuell sind, was der betroffenen Person hilft, die Gedanken in den Hintergrund zu drängen, welche Aktivitäten und Menschen ihr guttun und was sie bereits unternommen hat, um sich besser zu fühlen (Reden kann retten, 2024).

Zur Einschätzung des unmittelbaren Suizidrisikos können folgende Fragen gestellt werden:

- Hat die Person einen Plan, sich das Leben zu nehmen?
- Wie will sie sich das Leben nehmen?
- Hat sie entschieden, wann sie ihren Plan ausführen will?
- Hat sie bereits Vorbereitungen für den Suizid getroffen?
- Hat sie Alkohol oder andere Substanzen konsumiert, da dies das Risiko erhöht, Suizidgedanken in die Tat umzusetzen?

(MHFA Ersthelfer, 2020, S. 5)

Personen, die einen konkreten Suizidplan haben, über die nötigen Mittel zur Durchführung verfügen und einen festen Zeitpunkt festgelegt haben, sind besonders gefährdet, ihre Suizidgedanken in die Tat umzusetzen. Bei akutem Suizidrisiko sollte die betroffene Person keinesfalls allein gelassen werden (MHFA Ersthelfer, 2020, S. 5). Menschen in suizidalen Krisen sollten nach Möglichkeit professionelle Unterstützung in Anspruch nehmen. Es ist empfehlenswert, gemeinsam mit der betroffenen Person eine geeignete Fachkraft zu finden und sie gegebenenfalls zu begleiten (Reden kann retten, 2024).

5.4.4 Umgang mit selbstverletzendem Verhalten

Ein weiteres häufiges Symptom der Borderline-Störung sind Selbstverletzungen. Diese werden meist in nicht suizidaler Absicht durchgeführt, weshalb auch von nichtsuizidalem selbstverletzendem Verhalten gesprochen wird. In Einzelfällen ist die Abgrenzung zu suizidalen Handlungen jedoch schwierig, da Klientinnen und Klienten im Rahmen von massiven Selbstverletzungen das Risiko von einer tödlichen Schädigung zumindest in Kauf nehmen. In der Regel sind Betroffene jedoch in der Lage, suizidale Handlungen von Selbstverletzungen zu unterscheiden (Wagner et al., 2023, S. 137-138).

Hat sich eine Klientin bzw. ein Klient selbst verletzt, sollte zuerst eine medizinische Abklärung und Versorgung des körperlichen Zustandes erfolgen. Anschliessend ist zu klären, ob die Selbstverletzung mit Suizidalität in Verbindung steht. Falls dies der Fall ist, muss die Suizidgefahr eingeschätzt und entsprechende Massnahmen ergriffen werden (siehe Kapitel 3.5.1) (Giernalczyk und Petersen, 2007, S. 295). Im professionellen Umgang mit selbstverletzendem Verhalten sollte es nicht darum gehen, dieses unkritisch abzulehnen. Fachkräfte sollten erkennen, dass Selbstverletzung oftmals als dysfunktionale Bewältigungsstrategie genutzt wird, um die eigene emotionale Lage zu verbessern (Schoppmann et al., 2015, S. 69). Die Unterstellung einer manipulativen Absicht (z. B., dass dies nur eine Inszenierung sei, um Aufmerksamkeit zu erhalten) ist dabei nicht hilfreich. Selbstverletzendes Verhalten und andere Impulsdurchbrüche sowie Suizidalität sind Symptome, die bei zunehmender Anspannung im Rahmen der Borderline-Störung auftreten. Solange emotionale Belastungen nicht kommuniziert und anders bewältigt werden können, greifen die Betroffenen auf diese Form der «Selbsthilfe» zurück. Fachpersonen sollten dies so verstehen, dass die Betroffenen tatsächlich «nicht anders können». Diese Perspektive hilft, solchem Verhalten mit Empathie zu begegnen (Wagner et al., 2023, S. 139-140).

Da Selbstverletzung stark von der jeweiligen Situation abhängen, ist es schwierig, allgemeingültige Handlungsempfehlungen zu formulieren. Selbst in individuellen Fällen gibt es selten eine Strategie, die immer funktioniert. Häufig gilt jedoch: Nach der Selbstverletzung hat sich der innere Druck oftmals reduziert, da das Verhalten als Ventil für den emotionalen Stress diente. Es kann hilfreich sein, mit den Betroffenen darüber zu sprechen, um zu erfahren, was sie zu ihrem Handeln bewogen hat. Die möglichen Ansätze im Umgang mit selbstverletzendem Verhalten sind vielfältig. Es ist jedoch in jedem Fall ratsam, im Vorfeld mit den Betroffenen darüber zu sprechen, wie sie sich den Umgang mit ihrem Verhalten vorstellen. Dies kann direkt angesprochen werden, sobald bemerkt wird, dass jemand sich selbst verletzt oder in der Vergangenheit verletzt hat. In der Regel können die Betroffenen hervorragend einschätzen, mit welcher Absicht sie sich selbst verletzen und was ihnen anschliessend hilft. Fachkräfte können daher nicht nur auf die Expertise der Betroffenen vertrauen, sondern diese auch nutzen, um gemeinsam eine passende Vorgehensweise zu entwickeln und auszuhandeln (Schoppmann et al., 2015, S. 69-70). Klientinnen und Klienten sollten die bestmögliche Unterstützung erfahren,

um selbstverletzende Impulse zu vermeiden. Fachpersonen sollten beruhigend auf die Betroffenen eingehen, ihr Leid validieren, ihre Bereitschaft zur Hilfe annehmen und Unterstützung bei der Problemlösung anbieten (Wagner et al., 2023, S. 140-141).

Das Erlernen verschiedener Skills ist meines Erachtens vorrangig eine Aufgabe der Psychotherapie. Als Sozialarbeiter:in ist es dennoch unerlässlich, darüber Bescheid zu wissen, da Klientinnen und Klienten möglicherweise solche Skills bereits erlernt haben. Sozialarbeiter:innen können Betroffene daher auch dazu ermutigen, diese anzuwenden oder nachfragen, ob sie bereits eine solche Skill eingesetzt haben.

5.4.5 Umgang mit Interaktionstests

Klientinnen und Klienten mit Persönlichkeitsstörungen können mit den Fachpersonen sogenannte Interaktionstests durchführen. Diese dienen dem Klienten bzw. der Klientin dazu, für sich Klarheit zu schaffen, vor allem dann, wenn die Person nicht weiss, ob er/sie sich auf eine Beziehung einlassen soll oder nicht. Der/Die Interaktionspartner:in wird in diesem Fall daraufhin getestet, ob er/sie auch wirklich vertrauenswürdig ist. Trifft der/die Klient:in auf eine Fachperson, die sich empathisch, akzeptierend und kongruent verhält, werden beim Klienten / der Klientin die Grundbedürfnisse nach Anerkennung, Wichtigkeit und Solidarität aktiviert. Der/Die Klient:in entwickelt die Hoffnung, dass die Fachperson diese Bedürfnisse erfüllen kann und daraus resultiert ein starker Wunsch, sich auf eine Beziehung mit der Fachperson einzulassen. Es entsteht eine Annäherungstendenz. Gleichzeitig aktiviert die Situation aber auch die negativen Grundannahmen sich selbst gegenüber (Schemata) die besagen, dass die Person nicht akzeptabel oder Beziehungen nicht solidarisch seien. Durch die Aktivierung dieser Schemata entsteht bei dem Klienten / der Klientin die Angst, in einer Beziehung erneut enttäuscht zu werden. Dies führt zu einer Tendenz, sich nicht auf eine Beziehung mit der professionellen Hilfsperson einzulassen. Es entsteht eine Vermeidungstendenz. Der/Die Klient:in gerät in eine Diskrepanz zwischen Annäherungs- und Vermeidungstendenz. Da diese Diskrepanz unangenehm ist, muss die Person etwas tun, um sie zu reduzieren, z. B. indem sie die Fachperson testet. Der/Die Klient:in realisiert nun Handlungen, die die professionelle Hilfsperson herausfordern, provozieren und zu einer Reaktion zwingen. Ein Beispiel für dieses Verhalten ist, wenn der/die Klient:in die Fachperson kritisiert, angreift oder mit ihr über Regeln diskutiert. Nach

der Logik des Tests können diese Provokationen zwei Ausgänge haben: Bleibt die Fachperson akzeptierend, zugewandt und empathisch, besteht sie den Test, was die Annäherungstendenz der Klientin / des Klienten verstärkt. Reagiert die Fachperson jedoch abwertend, aggressiv oder ablehnend, besteht er/sie den Test nicht, was die Vermeidungstendenz der Klientel verstärkt. Der/Die Klient:in folgert dann, dass er/sie sich nun unangemessen, aufsässig, kritisch verhält. Bleibt der/die professionelle Helfer:in jedoch zugewandt und akzeptierend, kann sich der/die Klient:in mehr auf die Beziehung einlassen. Diese Tests dienen ausschliesslich dem Zweck, sich Klarheit darüber zu verschaffen, ob der Annäherungs- oder der Vermeidungstendenz gefolgt werden soll. Sie dienen also nicht dazu, eine Fachperson zu kritisieren oder abzuwerten, sondern sollen nur deren Reaktion auf Provokationen zeigen. Sie stellen somit keinen Angriff dar, sondern sind nur eine Methode, das Gegenüber auf Zuverlässigkeit zu prüfen. Deshalb ist es von Bedeutung, dass es dem/der professionellen Helfer:in bewusst ist, dass nicht er/sie als Person einem Test unterzogen wird. Dieses Wissen hilft, dem/der Klient:in zugewandt zu bleiben und sich professionell mit dem/der Klient:in auseinanderzusetzen (Sachse, 2020, S. 35-36).

6 Schlussfolgerungen

In diesem Kapitel wird die zu Beginn formulierte Fragestellung beantwortet. Daran anschließend erfolgt das übergreifende Fazit für die Praxis und ein Ausblick.

6.1 Beantwortung der Fragestellung

Ein fundiertes Wissen über die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist für Fachkräfte der Sozialen Arbeit von entscheidender Bedeutung, um die Herausforderungen in der Zusammenarbeit mit Betroffenen zu erkennen und angemessen darauf reagieren zu können. Die Kenntnis der diagnostischen Kriterien aus dem ICD-10 und DSM-5, wie Instabilität der Stimmung und Affektivität, Schwierigkeiten bei der Impulskontrolle, intensive, aber auch instabile Beziehungen sowie heftige Wutausbrüche, ermöglicht es, krankheitsbedingte Verhaltensmuster richtig einzuordnen und nicht als persönlichen Angriff zu interpretieren.

Das Verständnis der emotionalen Intensität von Menschen mit Borderline-Störung, deren Gefühle intensiver und langanhaltender sind und die auf bereits kleine Auslöser mit starken Reaktionen reagieren können, trägt zu einem empathischen Umgang bei. Studien zeigen, dass die emotionalen Netzwerke des Gehirns bei Betroffenen anders funktionieren: Ihre emotionalen Zentren reagieren heftiger, während dämpfende Gehirnregionen schwächer ausgeprägt und weniger gut vernetzt sind.

Insbesondere muss erkannt werden, dass selbstverletzendes Verhalten eine Bewältigungsstrategie darstellt, um mit intensiven Gefühlen und innerer Anspannung umzugehen. Dieses Verhalten dient häufig der kurzfristigen Entspannung und vermittelt den Betroffenen ein Gefühl von Geborgenheit und Ruhe. Ein solches Verständnis hilft, voreilige Annahmen zu vermeiden, dass es sich dabei lediglich um einen Versuch handelt, Aufmerksamkeit zu gewinnen.

Ein tiefgehendes Verständnis der Entstehung der Borderline-Störung, etwa durch traumatische Erlebnisse oder enttäuschende Beziehungserfahrungen in der Kindheit, erklärt das Misstrauen, den Selbsthass und das starke Bedürfnis nach Zugehörigkeit, das viele Betroffene zei-

gen. Fachkräfte, die diese Hintergründe kennen, können besser nachvollziehen, warum Betroffene oftmals misstrauisch auf positive soziale Signale reagieren und Schwierigkeiten haben, Anerkennung zu akzeptieren.

Fundiertes Fachwissen befähigt Fachkräfte zudem, ihre eigenen emotionalen Reaktionen besser zu reflektieren und das Verhalten der Betroffenen nicht persönlich zu nehmen. Dies bildet die Grundlage für eine professionelle und stabile Beziehungsgestaltung. Hierbei sind die drei zentralen Haltungen nach Carl Rogers – Empathie, Akzeptanz und Kongruenz – entscheidend. Diese Haltungen fördern Vertrauen und Offenheit in der Zusammenarbeit, ohne problematische Verhaltensweisen zu verharmlosen. Ebenso relevant ist es in diesem Zusammenhang, nicht akzeptierendes Verhalten der Betroffenen direkt anzusprechen. Indem problematische Verhaltensweisen offen und respektvoll thematisiert werden, können Missverständnisse und destruktive Muster vermieden werden.

Verlässlichkeit seitens der Fachkräfte ist ein weiterer Schlüsselfaktor im Beziehungsaufbau. Klare Kommunikation und das Angebot von Unterstützung sind von Bedeutung, um die oftmals negativen Beziehungserfahrungen der Betroffenen zu durchbrechen. Es ist dabei ebenso entscheidend, dass die Fachperson emotional spürbar ist und ihre eigenen Emotionen klar benennt, da dies den Betroffenen hilft, eine authentische Verbindung aufzubauen. Neutralität sollte vermieden werden, da Betroffene neutrale Signale häufig als Ablehnung wahrnehmen.

Die Grundprinzipien der DBT bieten weitere Orientierung. Es wird betont, dass jedes Verhalten der Betroffenen einen subjektiven Sinn hat und dass Veränderungen Energie und Durchhaltevermögen erfordern. Dabei gilt es zu verstehen, dass die Betroffenen oftmals stark unter ihren Symptomen und ihrer Lebenssituation leiden und in ihrem aktuellen Rahmen das Beste geben, um damit umzugehen. Fachkräfte sollten daher eine unterstützende, aber auch fordernde Rolle einnehmen, wobei die Balance zwischen Regelmäßigkeit und Flexibilität entscheidend ist. Eine zu starre Haltung gefährdet die Beziehung, während übermäßige Flexibilität dysfunktionale Verhaltensmuster verstärken kann.

Offenheit im Umgang mit eigenen Fehlern stärkt das Vertrauen und dient als Modell für den konstruktiven Umgang mit schwierigen Situationen. Commitment und Validierung – zentrale DBT-Strategien – helfen, die Autonomie der Betroffenen zu fördern und gleichzeitig ihre Gefühle und Bedürfnisse anzuerkennen. Dabei ist es entscheidend, dass die Fachperson echtes Interesse an der Sichtweise des Klienten zeigt, ohne diese zu werten.

Gerade in Krisensituationen ist es essenziell, eine verlässliche Beziehung zu den Klientinnen und Klienten aufzubauen, die zugleich klar abgegrenzt ist. Die Betroffenen sollten wissen, wie weit die Unterstützung reicht und wo die Grenzen liegen. Deshalb sind klare und verbindliche Vereinbarungen zu Beginn des Kontakts unerlässlich. Diese Vereinbarungen unterstützen dabei, die Hilfebeziehung einzugrenzen und die Betroffenen vor unrealistischen Erwartungen oder der ungünstigen Idealisierung der Hilfe zu schützen.

Im Umgang mit spezifischen Verhaltensmustern wie Suizidalität, selbstverletzendem Verhalten oder feindseligen Äusserungen ist es entscheidend, dass die Fachperson wohlwollend, empathisch und zugewandt bleibt. Solche Verhaltensweisen sollten als Ausdruck tiefen emotionalen Leidens und als Versuch, mit intensiven Gefühlen umzugehen, verstanden werden. Besonders in Phasen hoher emotionaler Anspannung treten sie häufig auf und dürfen nicht als Manipulationsversuch missinterpretiert werden. Suizidäusserungen und selbstverletzendes Verhalten müssen von Fachkräften jederzeit ernst genommen und offen angesprochen werden, da schon das Gespräch darüber für die Betroffenen entlastend sein kann. In akuten Krisen ist es essenziell, dass die Fachpersonen Ruhe, Zuversicht und Mitgefühl vermitteln und konkrete Unterstützung bei der Lösungsfindung anbieten.

6.2 Fazit für die Praxis

In dieser Arbeit wurde verdeutlicht, dass die Reflexion der eigenen Haltung sowie eine fortlaufende Selbstreflexion eine zentrale Rolle bei der Beziehungsgestaltung in der Klinischen Sozialarbeit einnehmen. Die Arbeit mit Menschen, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden, zeigt, wie komplex die Zusammenarbeit sein kann und dass es keine universelle

Vorgehensweise gibt, die auf alle gleich angewendet werden kann. Es erfordert stets eine individuelle Herangehensweise, die den gesamten Menschen in den Blick nimmt und ihn auf Augenhöhe respektiert.

Wesentlich für eine gelungene professionelle Beziehungsgestaltung ist nicht nur der Fokus auf die Symptome der Betroffenen, sondern die Möglichkeit, korrigierende Beziehungserfahrungen zu ermöglichen. Solche Erfahrungen können langfristig eine wertvolle Ressource für die Betroffenen darstellen und ihnen Perspektiven für die Zukunft bieten.

Eine klare Abgrenzung zwischen den Aufgaben der Sozialen Arbeit und der Psychotherapie bleibt eine Herausforderung. Gerade im Umgang mit Menschen, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden, ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von entscheidender Bedeutung. Der regelmässige Austausch mit anderen Fachpersonen sowie Teambesprechungen sind dabei unverzichtbar. Gleichzeitig ist es wesentlich, die eigenen fachlichen und persönlichen Grenzen zu kennen und bei Bedarf Unterstützung zu suchen. Dies kann sowohl durch die Zusammenarbeit im Team als auch durch die Einbindung externer Fachkräfte erfolgen, wie etwa Beratungsstellen oder psychiatrische Notfallnummern.

Besonders im Umgang mit Suizidgedanken ist es notwendig, dass Sozialarbeitende fundierte Kenntnisse besitzen und wissen, wann die Weiterleitung an andere Fachpersonen unerlässlich ist. Bei Unsicherheiten sollte professionelle Unterstützung eingeholt werden, um eine adäquate Begleitung der Betroffenen sicherzustellen.

Zusätzlich zum Basiswissen wird deutlich, dass der Umgang mit Menschen, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden, vor allem viel Berufserfahrung erfordert. Eigene Gefühle müssen regelmässig reflektiert werden, um eine professionelle Haltung zu wahren, ohne die Authentizität in der Beziehung zu den Klientinnen und Klienten zu verlieren. Die Anerkennung der Expertise der Betroffenen selbst und der respektvolle Umgang sind dabei ebenso grundlegend für eine gute Zusammenarbeit.

6.3 Ausblick

Beim Lesen der Fachliteratur fiel immer wieder auf, dass relevante Themen zur Beziehungsgestaltung in der Klinischen Sozialarbeit mit Borderline-Klientinnen in der aktuellen Literatur kaum behandelt werden. Methoden und Kompetenzen, die Sozialarbeiter:innen speziell für die Arbeit mit Borderline-Klientinnen und -Klienten brauchen, werden in der Fachliteratur nicht behandelt. In der vorhandenen Literatur liegt der Schwerpunkt oftmals auf psychotherapeutischen Ansätzen und es wird kaum auf die sozialarbeiterische Beratung eingegangen. Dadurch fehlt eine klare Beschreibung der besonderen Aufgaben und Fähigkeiten, die Sozialarbeiter:innen in der Beziehungsgestaltung mit dieser Gruppe von Klientinnen bzw. Klienten brauchen.

Ein weiterer wesentlicher Punkt ist die geringe Forschung zum möglichen Nutzen der Sozialen Arbeit innerhalb der Behandlung von Borderline-Klientinnen und -Klienten. Der Fokus der Fachliteratur liegt hier stark auf psychotherapeutischen Ansätzen, wobei die Rolle der Sozialen Arbeit in interdisziplinären Teams wenig thematisiert wird. Es wäre daher spannend zu erforschen, welchen Beitrag die Soziale Arbeit in der Betreuung dieser Klientelgruppe leisten und wie sie zur Stabilisierung und Unterstützung im Alltag beitragen kann.

Für eine zukünftige Forschungsarbeit wäre es zudem interessant, die Beziehungsgestaltung bei Borderline-Klientinnen und -Klienten mit weiteren psychischen Problemen wie Suchterkrankungen genauer zu untersuchen. Die Frage, wie diese Komorbiditäten die Beziehungsgestaltung beeinflussen und welche speziellen Anforderungen dadurch an die Sozialarbeit gestellt werden, könnte wertvolle Erkenntnisse für die Praxis liefern.

Insgesamt könnte eine intensivere Forschung in diesen Bereichen dazu beitragen, die Arbeit mit Borderline-Klientinnen und -Klienten besser zu verstehen und den sozialarbeiterischen Anteil in der Behandlung stärker zu berücksichtigen.

7 Literaturverzeichnis

- Ansen, H. (2009). Beziehung als Methode in der Sozialen Arbeit: Ein Widerspruch in sich? *Soziale Arbeit*, 2009 (10), 381–389. <https://www.nomos-elibrary.de/10.5771/0490-1606-2009-10-381.pdf>
- AvenirSocial (Hrsg.). (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz: Ein Argumentarium für die Praxis* [Broschüre].
- Best, L. (2023). *Professionelle Beziehungsgestaltung in der Sozialen Arbeit*. Kohlhammer.
- Bohus, M. (2019). *Borderline-Störung: Fortschritte der Psychotherapie* (2., überarb. Aufl.). Hogrefe.
- Bohus, M. & Reicherzer, M. (2020). *Ratgeber Borderline-Störung: Informationen für Betroffene und Angehörige* (2., überarb. Aufl.). Hogrefe.
- Eink, M. & Haltenhof, H. (2017). *Basiswissen: Umgang mit suizidgefährdeten Menschen*. Psychiatrie Verlag.
- Endrass, T. & Riesel, A. (2022). *Klinische Psychologie und Psychotherapie: Ein Überblick für Psychologiestudierende und -interessierte*. Springer.
- Fiedler, P. & Herpertz, S. (2023). *Persönlichkeitsstörungen* (8., überarb. Aufl.). Beltz.
- Frauenknecht, S., Mayer-Bruns, F. & Lieb, K. (2019). Persönlichkeitsstörungen. In K. Lieb & S. Frauenknecht (Hrsg.), *Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 377–403). Elsevier Urban & Fischer.
- Geissler-Piltz, B., Mühlum, A. & Pauls, H. (2010). *Klinische Sozialarbeit*. Reinhardt.

- Giernalczyk, T. & Petersen, G.-K. (2007). Krisenintervention bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapie* (2), 288–296. <https://sbt-in-berlin.de/cip-medien/2007-2-12.-Giernalczyk.pdf>
- Herpertz, S. (o. J.). *Krankheitsbild der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. Neurologen und Psychiater im Netz. <https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/stoerungen-erkrankungen/borderline-stoerung/krankheitsbild/>
- Infodrog (2024). *Präventionslexikon A-Z: DSM-5*. <https://www.infodrog.ch/de/wissen/praeventionslexikon/dsm-5.html>
- Kaiser, D. (2024). *Therapeuten sind wie Trainer: Therapiemöglichkeiten*. Borderline-Info. <https://borderline-info.de/therapiemoeglichkeiten>
- Krollner, B. & Krollner, D. (2024). *ICD-10-GM-2024*. <https://www.icd-code.de/icd/code/F60-.html>
- Krollpfeiffer, F. (o. J.). *Dachverband DBT e.V.* https://www.dachverband-dbt.de/ddbt/was_ist_dbt
- Kühler, T., Schehr, K., Höschel, K. & Bohus M. (2006). Borderline-Persönlichkeitsstörungen in der Praxis: Dialektische Verhaltenstherapie zu Recht auf dem Vormarsch. *Psychiatrie* (1), 33–40. <https://www.rosenfluh.ch/media/psychiatrie-neurologie/2006/01/Borderline-Persoenlichkeitsstoerungen-in-der-Praxis.pdf>
- Lehmann, L. (2023). *Dissoziation bis dissoziative Störung: was steckt dahinter?* Selfapy. <https://www.selfapy.com/magazin/wissen/dissoziation>

- MHFA Ersthelfer (2020). *Richtlinien zum Umgang mit Suizidgedanken und suizidalem Verhalten*. https://www.mhfa-ersthelfer.de/media/guidelines_files/Richtlinien_zumUmgang_mit_Suizidgedanken_und_suizidalem_Verhalten.pdf
- Mulliere (2024). *Definition der Psychotherapie gemäss WHO*. <https://www.gutepsychotherapie.com/definition-der-psychotherapie-laut-who/>
- Oberbergklinken (o. J.). *Borderline-Persönlichkeitsstörung: «Ich hasse dich – bitte geh’ nicht weg!»*. <https://www.oberbergkliniken.de/krankheitsbilder/borderline>
- Pro mente sana (2024). *Notfälle bei psychischen Krisen erkennen*. <https://promentesana.ch/angebote/anzeichen-erkennen/notfaelle-erkennen>
- Pro Psychotherapie (2014). *Borderline*. <https://www.therapie.de/psyche/info/index/diagnose/persoendlichkeitsstoerungen/borderline/>
- Psychologie unterwegs (2022). *DBT-Skills: Erläuterungen*. <https://psychologie-unterwegs.de/dbt-skills/>
- Rahn, E. (2019). *Menschen mit Borderline begleiten*. Psychiatrie Verlag.
- Reden kann retten (2024). *So können Sie helfen, wenn jemand Suizidgedanken hat*. <https://www.reden-kann-retten.ch/ich-bin-besorgt-um-jemanden/helfen-bei-suizidalitaet>
- Sachse, R. (2018). *Persönlichkeitsstörungen: Leitfaden für die Psychologische Psychotherapie* (3., überarb. Aufl.). Hogrefe.
- Schmeck, K. (2024). Persönlichkeitsstörungen in der ICD-11. *Psychiatrie + Neurologie* (2), 10–13. <https://www.rosenfluh.ch/media/psychiatrie-neurologie/2024/02/Persoendlichkeitsstoerungen-in-der-ICD-11.pdf>

- Schoppmann, S., Herrmann, M. & Tilly, Ch. (2015). *Borderline begegnen: Miteinander umgehen lernen*. Psychiatrie Verlag.
- Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht (o. J.). *Biopsychosoziales Gesundheitsmodell*. Infodrog. <https://www.infodrog.ch/de/wissen/praeventionslexikon/biopsychosoziales-gesundheitsmodell.html>
- Statistisches Bundesamt (2024). *Gesundheit: ICD-10*. Destatis. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Glossar/icd10.html>
- Stoffers-Winterling, J., Krause-Utz, A., Lieb, K. & Bohus, M. (2021). Was wissen wir heute über die Borderline-Persönlichkeitsstörung? Aktuelles zu Ätiologie, Diagnostik und Therapie. *Der Nervenarzt* (7), 643-652.
- Von Auer, A. & Kaess, M. (2023). *Borderline-Persönlichkeitsstörung: Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie*. Hogrefe.
- Wagner, E., Eckert, C. & Hiesberger-Kamleitner, K. (2023). *Boderline-Persönlichkeitsstörung*. Carl Auer.
- Weber, E. (2016). *Beratungsmethodik in der Sozialen Arbeit: Das Unterrichtskonzept der Beratungsmethodik an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit*. Interact.
- Wendt, K. (2017). *Suchthilfe & Suchttherapie: Leitfaden für die Praxis*. Schattauer.
- Widulle, W. (2020). *Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit: Grundlagen und Gestaltungshilfen*. Springer.
- Zimmerman, M. (2023). *Persönlichkeitsstörung im Überblick*. MDS Manuals. <https://www.msmanuals.com/de/profi/psychiatrische-erkrankungen/pers%C3%B6nlichkeitsst%C3%B6rungen/pers%C3%B6nlichkeitsst%C3%B6rungen-im-%C3%BCberblick>