

**Fachhochschule Nordwestschweiz
Hochschule für Soziale Arbeit**

**Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung in der
Sozialhilfe. Spezifische Problematiken und die Dialektisch-
Behaviorale Therapie als mögliches Instrument zur Arbeit
mit betroffenen Klientinnen und Klienten.**

Michael Stalder

Eingereicht bei Dr. Christoph Mattes

Bachelor-Thesis an der Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nord-
westschweiz, Muttenz

Vorgelegt im Januar 2022 zum Erwerb des Bachelor of Arts in Sozialer Arbeit

Abstract

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist ein komplexes psychisches Krankheitsbild, welches schwerwiegende Defizite, etwa im zwischenmenschlichen Bereich, mit sich bringt. Entsprechend herausfordernd kann die Fallarbeit mit betroffenen sein, etwa in der Sozialhilfe. Die Sozialhilfe in der Schweiz ihrerseits ist in spezifischen Strukturen gewachsen und weist Eigenheiten auf, welche zusätzliche Herausforderungen für die Fallarbeit mit Klientinnen und Klienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung mit sich bringen. So sind beispielsweise häufig die Ressourcen knapp, nicht alle Arten der Fallführung erfüllen die Kriterien der Professionalität, die Sozialhilfe ist räumlich fragmentiert und sie stellt teils hohe Anforderungen an Klientinnen und Klienten. Vorausgesetzt, dass die Rahmenbedingungen auf einem Sozialdienst es zulassen, kann die Dialektisch-Behaviorale Therapie, welche von allen spezifischen Psychotherapieformen den höchsten Evidenzgrad bei der Behandlung von Borderline-Betroffenen aufweist, verschiedene Beiträge zur Fallarbeit in der Sozialhilfe leisten, etwa Grundhaltungen, Prozessführungsstrategien, rhetorische Mittel oder Strategien für spezifische Probleme.

Anmerkung zur geschlechtergerechten Sprache

Wo möglich, werden in dieser Arbeit geschlechtsneutrale Bezeichnungen verwendet (z. B. Sozialarbeitende), alternativ dazu wird sowohl die männliche als auch die weibliche Form verwendet (Klientinnen und Klienten). Im Teil, in welchem es um den Transfer von Elementen der Dialektisch-Behavioralen Therapie in die Sozialhilfe geht, ist dies nicht immer möglich, da es den Lesefluss erheblich stören würde. An solchen Stellen wird abwechslungsweise ein Sozialarbeiter/Professioneller und eine Klientin oder aber eine Sozialarbeiterin/Professionelle und ein Klient exemplarisch eingefügt. Selbstverständlich sind jeweils auch Menschen gemeint, welche sich weder dem männlichen noch dem weiblichen Geschlecht zugehörig fühlen, aber der deutschen Sprache sind hier momentan noch Grenzen gesetzt und auf Ersatzkonstruktionen wie Klient_in, Klient:in, Klient*in etc. wurde aus stilistischen Gründen verzichtet.

Inhalt

1	Einleitung	1
2	Die Borderline-Persönlichkeitsstörung	4
2.1	Definition der Borderline-Persönlichkeitsstörung und deren Auswirkungen	4
2.2	Ursachen für die Entstehung der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Ätiologie).....	7
2.3	Die Verbreitung der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Epidemiologie)	8
2.4	Die Borderline-Persönlichkeitsstörung mit dem sozial(arbeiterisch)en Blick	8
3	Psychische Krankheit im Schweizer System der sozialen Sicherheit: Zahlen, Schnittstellen und Übergänge zu Arbeitsmarkt, Sozialversicherungen und Sozialhilfe	10
4	Die Sozialhilfe in der Schweiz	14
4.1	Funktionsweisen und Prinzipien der Sozialhilfe in der Schweiz	14
4.2	Kritik an der Sozialhilfe und Forderungen.....	15
4.3	Die Fallbearbeitung in der Sozialhilfe.....	17
4.4	Mögliche spezifische Probleme bei Borderline-Erkrankten in der Sozialhilfe, Beantwortung der Unterfragestellung.....	21
5	Das Verhältnis von Psychotherapie und Sozialer Arbeit.....	23
6	Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT).....	27
6.1	Beschreibung der DBT: Geschichte, Einordnung, Grundlage	27
6.2	Transfer: Elemente, welche in der Sozialhilfe eingesetzt werden können	29
6.2.1	Annahmen über Borderline-Betroffene	29
6.2.2	Merkmale und Fertigkeiten der Professionellen.....	31
6.2.3	Einzelne dialektische Strategien.....	32
6.2.4	Die Validierung	33
6.2.5	Verpflichtungsstrategien.....	36
6.2.6	Grenzen beachten	39
6.2.7	Ausgewogene Kommunikation	39
6.2.8	Inter- bzw. Supervision der Professionellen.....	42
6.2.9	Strategien für spezifische Probleme: Eröffnen und Beenden von Gesprächen, Krisensituationen, Suizidalität.....	43
6.3	Diskussion der Ergebnisse, Beantwortung der Hauptfragestellung und weiterführende Gedanken.....	46
7	Quellenverzeichnis	50
8	Anhang	54

1 Einleitung

Seit Januar 2020 arbeite ich studienbegleitend beim Sozialdienst einer kleinen Stadt im Bereich Sozialhilfe. Die Gründe für den Sozialhilfebezug der Klientinnen und Klienten können dabei sehr unterschiedlich sein: Zur Klientel zählen beispielsweise Alleinerziehende von kleinen Kindern, denen es unmöglich ist, genug Geld für ihre Familie zu erwirtschaften; ältere Personen mit schlechter Ausbildung, welche auf dem Arbeitsmarkt kaum Chancen aufweisen, aber auch Menschen mit unterschiedlichen Krankheiten, welche keine IV-Rente erhalten, aber faktisch trotzdem nicht arbeitsfähig sind. So heterogen diese Klientel ist, so unterschiedlich ist auch die Fallarbeit: Einige Personen sind höchst zuverlässig und so selbstständig, dass praktisch keine Begleitung nötig ist; andere wiederum sind auf mehr oder weniger viel Unterstützung angewiesen. Bei wieder anderen kann die Fallarbeit problematisch werden bis hin zu häufigen Konflikten oder Kooperationsverweigerung. Als besonders schwierig gelten dabei Klientinnen und Klienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung – wenn beispielsweise im Rahmen einer Fallvorstellung diese Diagnose erwähnt wird, atmen einige der Sozialarbeitenden schwer aus oder einige Stirnen legen sich in Runzeln. Jerold Kreisman und Hal Straus (2015: 11), die Autoren des populärwissenschaftlichen Klassikers über die Borderline-Persönlichkeitsstörung „Ich hasse dich – Verlass mich nicht“ beschreiben, wie die Krankheit „die Allgemeinheit verwirrt und viele Fachleute in Schrecken versetzt.“ Auch beschreiben sie, wie Therapeutinnen und Therapeuten (welche notabene spezifisch für die Behandlung von Menschen mit psychischen Krankheiten ausgebildet sind) häufig erleben, wie „die Härte der Behandlung eine grosse Belastung für ihre professionellen Fähigkeiten und ihre Geduld bedeutet. Die Behandlungssitzungen können stürmisch, frustrierend und nicht vorhersehbar sein.“ (ebd.: 180) Stiglmayr (2017: 626) beschreibt die Erkrankung folgendermassen: „Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) ist eine schwere psychische Erkrankung, die nicht nur bei den Betroffenen, sondern auch im sozialen Umfeld und bei den Behandlern viel Unverständnis und Überforderung auslöst.“ Bohus (2019: 10 f.) beschreibt, wie Borderline-Betroffene im sozialen Bereich Defizite aufweisen wie Angst vor sozialer Zurückweisung, Schwierigkeiten bei der Vertrauensbildung, Störungen beim Nähe-Distanz-Verhältnis und Unsicherheit, wie sie sich in sozialen Situationen verhalten sollen, was zwischenmenschliche Schwierigkeiten im privaten Bereich, aber auch im Beruf oder bei Behörden hervorruft. Es kam bei mir deshalb die Frage auf, welchen Einfluss die Borderline-Persönlichkeitsstörung auf die Sozialhilfeunterstützung und die Kooperation nimmt, wie die Sozialhilfe damit umgeht und was dafür sorgen könnte, dass die Zusammenarbeit besser verläuft. Was den Umgang mit der Erkrankung angeht, so stellen Kreisman und Straus (2015: 216 ff.) unterschiedliche spezifische Therapieformen für die Borderline-Persönlichkeitsstörung vor, darunter beispielsweise die Schematherapie, Mentalisierungsbasierte Therapie, Transferenzfokussierte Psychotherapie oder die Dialektisch-Behaviorale Therapie. Letztere sei dabei

„eine Ableitung der standardmässigen kognitiven Verhaltenstherapie, die die meisten kontrollierten Studien zur Demonstration ihrer Wirksamkeit geliefert hat.“ (ebd.: 217) Auch Stiglmayr (2017: 637) beschreibt, wie sie die erste Psychotherapie-Form sei, deren Wirksamkeit bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung in klinischen Studien belegt werden konnte und ihr werde der höchste Evidenzgrad zugesprochen. Psychotherapie und Soziale Arbeit sind dabei natürlich nicht dasselbe, aber trotzdem bedient sich die Soziale Arbeit immer wieder bei der Psychotherapie, um ihr Methodenrepertoire zu erweitern, so etwa bei den Techniken zur Gesprächsführung (beispielsweise begegneten mir die klientenzentrierte Gesprächsführung nach Rogers oder systemisch-lösungsorientierte Gesprächstechniken im Studium unzählige Male). Bei der Recherche über den Umgang oder die Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung nimmt die Dialektisch-Behaviorale Therapie eine herausragende Stellung ein, sie wird häufig als Methode erster Wahl aufgezählt und es wird immer wieder darauf verwiesen, dass sie den höchsten Evidenzgrad aufweise. Deswegen bietet es sich meines Erachtens an, diese Theorie auszuwählen, um im Rahmen dieser Arbeit das Thema Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Sozialhilfe zu bearbeiten. Ziel dieser Arbeit ist es nun, im Rahmen einer Literaturliteraturarbeit zu erforschen, inwieweit die Dialektisch-Behaviorale Therapie in der Sozialhilfe genutzt werden kann für die Fallarbeit mit den Klientinnen und Klienten.

Dabei ergibt sich auf mehreren Ebenen eine Relevanz dieser Bachelor-Arbeit für die Soziale Arbeit. Was die **wissenschaftliche Ebene** betrifft, so fand ich nur sehr wenig explizite Literatur zum Thema Umgang mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Sozialen Arbeit (und bei der spärlich vorhandenen Literatur geht es vor allem um sozialpsychiatrische Einrichtungen mit pädagogischer Ausrichtung wie Wohngruppen, siehe beispielsweise Schmidt/Rahn 2010, und weniger um Beratungs- oder staatliche Kontexte wie in der Sozialhilfe). Es geht somit um die Überführung von einem Wissensbestand (Psychotherapie) in einen zweiten Wissensbestand (Soziale Arbeit bzw. Sozialhilfe). Auf der **Handlungsebene** ist es meine Bestrebung, dass diese Arbeit auch praktisch anwendbar ist und den Praktikerinnen und Praktikern in der Sozialhilfe Wissen, Techniken und Haltungen an die Hand gibt, welche bei der täglichen Fallarbeit hilfreich sein können. Und schliesslich ergibt sich auch auf der **gesellschaftspolitischen Ebene**, dass Menschen mit einer schweren Erkrankung wie der Borderline-Persönlichkeitsstörung mit erhöhter Wahrscheinlichkeit irgendwann auf Sozialversicherungsleistungen oder auf Sozialhilfe angewiesen sind. Aufgrund der Stigmatisierung dieser Gruppe sowie der Komplexität und der Schwere der Erkrankung ist es nun besonders wichtig, dass gerade die sozialstaatlichen Akteure adäquat mit dieser vulnerablen Gruppe umgehen, damit die Betroffenen bestmöglich mit staatlichen Leistungen versorgt werden können.

Was nun die Fragestellung anbelangt, so ergeben sich für mich eine Unter- und eine Hauptfragestellung. Die Unterfragestellung ergibt sich daraus, dass diese Arbeit mit der Borderline-

Persönlichkeitsstörung und der Sozialhilfe gleich zwei Themen behandelt, welche für sich schon sehr komplex sind. So sind Definition, Herkunft, Auswirkungen oder soziale Komponenten der Krankheit bereits vielschichtig und verwoben. Bei der Sozialhilfe ihrerseits ist die Situation der gesetzlichen Grundlage aufgrund der geografischen Fragmentierung kompliziert, es existieren unterschiedliche Grundsätze und Anforderungen an die Klientinnen und Klienten und schliesslich wird die Sozialhilfe durch unterschiedliche Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter vollzogen, welche alle verschieden vorgehen. Bei der Unterfrage geht es somit noch eher um die Klärung verschiedener Sachverhalte bzw. um die genauere Problemdefinition, also darum, was eigentlich spezifisch problematisch dabei ist, wenn Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung Sozialhilfe beziehen. Die **Unterfrage** lautet somit:

Welche Aspekte sind problematisch bei der Arbeit mit Klientinnen und Klienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Sozialhilfe?

Die Hauptfrage schliesslich legt ihren Fokus vermehrt auf Lösungsansätze. Es soll darum gehen, herauszuarbeiten, inwiefern die Dialektisch-Behaviorale Therapie (bzw. Teile davon) in der Sozialhilfe anwendbar sind. Die **Hauptfrage** lautet dementsprechend:

Welchen Beitrag zur Arbeit mit Klientinnen und Klienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Sozialhilfe kann die Dialektisch-Behaviorale Therapie leisten?

Um diese beiden Fragestellungen beantworten zu können, startet die Arbeit mit den Grundlagen der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In einem **ersten Teil** wird die Störung definiert und es wird darauf eingegangen, in welchen Bereichen die Betroffenen im Verhalten oder der Wahrnehmung eingeschränkt sind. Ferner wird auf die Ursachen der Krankheit eingegangen (Ätiologie) sowie auf deren Verbreitung (Epidemiologie). Schliesslich wird auch ein sozial(arbeiterisch)er Blick auf die Krankheit geworfen. Im **zweiten (Zwischen-) Teil** geht es um psychische Krankheiten im Schweizer System der sozialen Sicherheit, wobei hier vor allem Arbeitsmarkt, Invalidenversicherung, Arbeitslosenversicherung und die Sozialhilfe im Zusammenspiel miteinander thematisiert werden. Im **dritten Teil** geht es schliesslich konkret um die Sozialhilfe in der Schweiz. Zunächst wird beschrieben, nach welchen Funktionsweisen und Prinzipien die Sozialhilfe funktioniert und welcher Kritik sie sich ausgesetzt sieht. Darauf wird genauer auf die Art und Weise eingegangen, wie Fälle in der Sozialhilfe bearbeitet werden. Am Ende dieses Teils wird die Unterfragestellung beantwortet. Im **vierten (Zwischen-) Teil** geht die Arbeit auf das Verhältnis (wie etwa die Unterschiede und Gemeinsamkeiten) von Psychotherapie und Sozialer Arbeit ein und führt auf, inwiefern Wissensbestände der Psychotherapie in der Sozialen Arbeit anwendbar sind. Zudem wird ein Blick auf einen Aspekt der Fallarbeit

geworfen, welcher beim Umgang mit Borderline-Betroffenen besonders wichtig ist, nämlich die (professionelle) Beziehung. Der **fünfte Teil** stellt den Kern dieser Arbeit dar. Zunächst wird die Dialektisch-Behaviorale Therapie kurz aufgrund ihrer Geschichte und philosophischen Grundlage beschrieben. Darauf widmet sich die Arbeit den verschiedenen Elementen der Dialektisch-Behavioralen Therapie, welche meines Erachtens in der Sozialhilfe eingesetzt werden können. Am Schluss dieses Kapitels werden schliesslich die Ergebnisse diskutiert, die Hauptfragestellung wird beantwortet und es werden weiterführende Gedanken aufgeführt.

2 Die Borderline-Persönlichkeitsstörung

In diesem Kapitel soll es darum gehen, die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) zunächst aus klinischer Sicht zu beschreiben und abzugrenzen. Als erstes geht es um die Definition und Merkmale der BPS anhand der zwei gebräuchlichsten Klassifikationssysteme, dem ICD-10 und dem DSM-5. Darauf wird auf die Entstehung der BPS eingegangen (Ätiologie), worauf es dann um deren Verbreitung in der Bevölkerung geht (Epidemiologie). Schliesslich wird auch auf Umstände eingegangen, welche insbesondere für die Soziale Arbeit relevant sind.

2.1 Definition der Borderline-Persönlichkeitsstörung und deren Auswirkungen

Aktuell sind zwei Diagnosesysteme verbreitet, um (psychische) Krankheiten zu klassifizieren. Einerseits ist dies das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstellte ICD-10 sowie das von der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (APA) herausgegebene DSM-5. **ICD-10** steht dabei für „International Classification of Diseases“, das 10 steht für die zehnte Ausgabe¹. Mit diesem können sämtliche Krankheiten klassifiziert werden, es beschränkt sich nicht auf psychische Erkrankungen. Jede Störung bzw. Erkrankung ist mit einem Code versehen. **DSM-5** steht für „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“, das 5 steht ebenfalls für die fünfte Ausgabe. Es komme häufig in der Forschung zum Einsatz und sei „deutlich homogener und expliziter“ als das ICD-10, spiele in der Behandlungspraxis aber eine untergeordnete Rolle (vgl. Deimel/Deloie 2017: 212 ff.). Im Folgenden werden die Kriterien für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung im ICD-10 und im DSM-5 vorgestellt.

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist im **ICD-10** unter dem Code F60.3 erfasst, emotional instabile Persönlichkeitsstörung, impulsiver Typ bzw. Borderline-Typ. Für die Diagnose müssen dabei einerseits die allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung erfüllt sein. Aus Platzgründen wird darauf nicht vertieft eingegangen, es handelt sich um Kriterien wie beispielsweise „Neigung,

¹ Die elfte Ausgabe, das ICD-11, ist bereits seit 2007 in Arbeit, aber noch nicht in Kraft getreten (vgl. BfArM o. J.). Ausserdem stützt sich sämtliche in dieser Arbeit verwendete Literatur auf das ICD-10. Ich werde mich ebenfalls auf das ICD-10 beziehen.

dauerhaft Groll zu hegen [...], Misstrauen und eine anhaltende Tendenz, Erlebtes zu verdrehen [...], ständige Selbstbezogenheit, besonders in Verbindung mit starker Überheblichkeit [...]" (Dilling/Freyberger 2012: 237). Die emotional instabile Persönlichkeitsstörung wird folgendermassen beschrieben (ebd.: 240 ff.):

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

Für den **impulsiven Typen** müssen nun mindestens drei der folgenden Verhaltensweisen vorliegen:

1. deutliche Tendenz unerwartet und ohne Berücksichtigung der Konsequenzen zu handeln
2. deutliche Tendenz zu Streitereien und Konflikten mit anderen, vor allem dann, wenn impulsive Handlungen unterbunden oder getadelt werden
3. Neigung zu Ausbrüchen von Wut oder Gewalt mit Unfähigkeit zur Kontrolle explosiven Verhaltens
4. Schwierigkeiten in der Beibehaltung von Handlungen, die nicht unmittelbar belohnt werden
5. unbeständige und launische Stimmung

Für die Diagnostik des **Borderline-Typs** müssen einerseits die allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörungen, andererseits mindestens drei der Kriterien für den impulsiven Typen sowie mindestens zwei der folgenden Kriterien zutreffen:

1. Störungen und Unsicherheit bezüglich Selbstbild, Zielen und ,inneren Präferenzen‘ (einschliesslich sexueller)
2. Neigung sich auf intensive aber instabile Beziehungen einzulassen, oft mit der Folge von emotionalen Krisen
3. übertriebene Bemühungen, das Verlassenwerden zu vermeiden
4. wiederholt Drohungen oder Handlungen mit Selbstbeschädigung
5. anhaltende Gefühle von Leere

Auch das **DSM-5** kennt zunächst allgemeine Kriterien für Persönlichkeitsstörungen, die erfüllt sein müssen. Verkürzt dargestellt, beschreibt das DSM-5 „Ein überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht“. Es manifestiert sich in Kognition, Affektivität, Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen und

Impulskontrolle. Das Muster führe zu (klinisch bedeutsamem) Leiden, sei „stabil und lang andauernd“ und lasse sich nicht mit einer anderen psychischen Störung, Krankheit oder Substanzkonsum erklären (Falkai/Wittchen 2015: 885). Für die Borderline-Persönlichkeitsstörung sind die Kriterien die folgenden (ebd.: 908 f.):

Ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter und das Muster zeigt sich in verschiedenen Situationen. Mindestens fünf der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

1. *Verzweifelt Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden. (Beachte: Hier wird kein suizidales oder selbstverletzendes Verhalten berücksichtigt, das in Kriterium 5 enthalten ist.)*
2. *Ein Muster instabiler und intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.*
3. *Störung der Identität: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.*
4. *Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen, z. B. Geldausgaben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, ‚Essanfälle‘. (Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.)*
5. *Wiederholtes suizidales Verhalten, Suizidandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.*
6. *Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung, z. B. hochgradige episodische Misslaunigkeit (Dysphorie), Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern.*
7. *Chronische Gefühle von Leere.*
8. *Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren, z. B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen.*
9. *Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.*

Stiglmayr (2017: 626 f.) ordnet diese neun Kriterien des DSM-5 in drei Kategorien. Einerseits sind das **Störungen der Affektregulation**, welche gekennzeichnet seien „durch sehr schnell auslösbare, übermäßig starke und lang anhaltende emotionale Zustände“. Diese intensiven Zustände können teils gar nicht mehr wahrgenommen werden, sondern stattdessen nur noch „ein diffuses Gefühl innerer Anspannung“. Bohus (2019: 5-10) ergänzt, dass BPS-Betroffene Emotionen „intensiver und länger als Gesunde“ erleben würden, was sowohl für angenehme als auch für unangenehme Gefühle zutreffe. Da diese Zustände für die Betroffenen kaum auszuhalten seien, zeigen sie dysfunktionale Verhaltensmuster wie Selbstverletzungen, Hochrisikoverhalten, Essanfälle oder Drogen- oder Alkoholkonsum, um die Anspannungszustände zu regulieren. Die hohen Anspannungszustände können so weit gehen, dass die Raum-Zeit-Wahrnehmung oder auch Selbstwahrnehmung gestört ist (beispielsweise Störung

des Kurzzeitgedächtnisses, Verlust über die Körperkontrolle), man spricht in diesem Zusammenhang von dissoziativen Symptomen. Die nächste Kategorie (Stiglmayr 2017: 626 f.) sind **Störungen der Identität**, Betroffene hätten kein klares Gefühl für die eigene Person und Vorstellungen über sich selbst. Lebensziele und Vorlieben würden sich ständig ändern, was sich auch in häufig wechselndem Erscheinungsbild (Frisur, Kleider) zeigen könne. Ein quälendes Gefühl innerer Leere könne Folge davon sein. Bohus (2019: 10) merkt an, dass diese Leere mit einer tiefen, existenziellen Einsamkeit einhergehe, welche über die Abwesenheit von Mitmenschen hinausgehe. Betroffene hätten das Gefühl, anders zu sein, isoliert von der Welt und der Wirklichkeit, einsam zwischen allen anderen zu existieren. Schliesslich nennt Stiglmayr (2017: 626 f.) **Störungen der sozialen Interaktion**, das Gegenüber könne in einem Moment idealisiert und im nächsten abgewertet werden. Diese Nähe-Distanz-Problematik ist wohl das bekannteste Merkmal der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Das Beziehungsverhalten ähnele häufig demjenigen von Pubertierenden. Angehörige können in einem Moment über alles geliebt und im nächsten grob weggestossen werden. Bohus (2019: 10 ff.) hält ergänzend fest, Betroffene hätten Schwierigkeiten, in sozialen Interaktionen positive Signale zu erkennen und zu verarbeiten; sie gehen häufig davon aus, abgewertet zu werden und fühlen sich schneller als andere Menschen abgelehnt oder ausgeschlossen. Für die Soziale Arbeit besonders wichtig ist wohl der Umstand, dass BPS-Betroffene signifikant häufiger als Nicht-Betroffene von körperlicher und sexueller Gewalt, finanziellen Problemen und Obdachlosigkeit betroffen sind und „über kleinere, weniger variable und schlecht verbundene soziale Netzwerke verfügen.“

2.2 Ursachen für die Entstehung der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Ätiologie)

Fiedler und Herpertz (2016: 357-361) beschreiben einerseits psychoanalytisch geprägte und kognitiv-verhaltenstherapeutische Erklärungsansätze. Was die **Psychoanalyse** angeht, so beziehen sie sich hauptsächlich auf Kernberg, wonach Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung bereits früh traumatisierende Erfahrungen gemacht hätten. Dies führe zu einer Form innerpsychischer Abwehr, der Spaltung, welche sich wiederum in auffälligem Denken (Schwarz/Weiss, Gut/Böse, Liebe/Hass) manifestiere, um der Bedrohlichkeit von Ambivalenz in Beziehungen auszuweichen. Bei der Sichtweise der **kognitiven Verhaltenstherapie** greifen sie auf Linehan zurück. Diese stelle die invalidierende (abwertende) Umgebung ins Zentrum, welche ein Erlernen von Identität und den adäquaten Umgang mit Gefühlen erschwere oder behindere, was wiederum zu den entsprechenden Symptomen wie „selbstdestruktive Impulsivität“ führe. Dieser Fokus auf das invalidierende Umfeld mache es möglich, sowohl Borderline-Erkrankungen mit als auch ohne Traumatisierung zu erklären. Linehan (2017: 42 f.) ihrerseits beschreibt drei Arten von invalidierenden Umfeldern bzw. Familien. Erstens die **chaotische Familie**, in welcher häufig Probleme wie Substanzmissbrauch oder finanzielle Schwierigkeiten vorlägen, die Eltern oft ausser Haus seien und den Kindern zu wenig Zeit und

Aufmerksamkeit widmen würden. Zweitens nennt sie die **perfekte Familie**, in welcher es Eltern nicht tolerieren könnten, wenn Kinder negative Gefühle äusserten, wobei die Auslöser vielzählig seien (z. B. viele Kinder, stressiger Job, Unfähigkeit, negative Gefühle zu ertragen; Angst, das Kind zu verwöhnen). Schliesslich beschreibt sie **typische Familien**, welche Tendenzen aufweisen würden, die in der westlichen Kultur weit verbreitet seien. Solche Tendenzen seien etwa, „die kognitive Kontrolle über Gefühle hervorzuheben und Leistung und Können für die wichtigsten Erfolgskriterien zu halten“, es wird von den Eltern oder dem Umfeld also davon ausgegangen, dass das Verhalten eher von Inneren als von äusseren Kräften gesteuert wird und man beispielsweise mit dem Willen negative Gefühle überwinden kann, wenn man es möchte. Bohus (2019: 14 ff.) nennt als empirisch gesicherte Risikofaktoren für die BPS „frühe Erfahrung von sexueller Gewalt, körperlicher Gewalt und Vernachlässigung durch primäre Bezugspersonen sowie Gewalterfahrung im Erwachsenenalter. Weiterhin gesichert scheint die Bedeutung einer fehlenden zweiten Bezugsperson zu sein, also einer Schutz- und Sicherheit gewährenden Person, die insbesondere die Wahrnehmung der Betroffenen teilt und deren Emotionen bestätigen könnte“, wobei er erwähnt, dass nicht alle Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung traumatisierenden Familien entstammten. Was den Verlauf anbelangt, so scheint die BPS in der frühen Adoleszenz zu beginnen. Das dysfunktionale Verhalten erreiche mit etwa Mitte 20 den Höhepunkt und flauge danach langsam ab (vgl. Bohus o. J.) Auf mehr Details zur Ätiologie, etwa ein ausführlicheres Eingehen auf die biosoziale Theorie (Linehan 2017: 32 ff.) oder das biopsychosoziale Entstehungsmodell (Bohus 2019: 16 f.) muss aus Platzgründen verzichtet werden.

2.3 Die Verbreitung der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Epidemiologie)

Was die Verbreitung der BPS anbelangt, so kann davon ausgegangen werden, dass etwa 3 % der Menschen in ihrem Leben an Borderline erkranken (rechnet man die jugendlichen Betroffenen hinzu, sind es etwa 5 %). Zu jedem beliebigen Zeitpunkt leiden etwa 1-2 % der Bevölkerung an einer BPS. Obwohl Frauen bei diesem Störungsbild mehr auffallen würden, weil sie vermehrt psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfe aufsuchen, ist das Geschlechterverhältnis etwa ausgeglichen. Lediglich etwa die Hälfte der Betroffenen lasse sich psychiatrisch behandeln. Dennoch verursachen Patientinnen und Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung etwa 25 % der Kosten für stationäre psychische Behandlungen in Deutschland (vgl. Bohus o. J.).

2.4 Die Borderline-Persönlichkeitsstörung mit dem sozial(arbeiterisch)en Blick

Die Autorinnen und Autoren des Lehrbuchs Soziale Arbeit in der Psychiatrie haben zur Vermittlung des Wissens über psychische Erkrankungen das „Schema und Akronym ‘BRASS’ entwickelt“, um auch die für die Soziale Arbeit im Zentrum stehenden Gegebenheiten in den Blick nehmen zu können.

BRASS steht dabei für **B**eziehungsaufnahme, **R**essourcen und **L**ebensziele, **A**lltag und **L**ebensführung, **S**oziale Lage, **S**oziales Netz (Bosshard/Ebert/Lazarus 2010: 175). Was nun Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung anbelangt, so bestünden die Besonderheiten in der **Beziehungsaufnahme** darin, dass einerseits die Diagnose an sich ein Stigma sei und bereits aufgrund der damit verbundenen Vorstellungen („Unerreichbarkeit, Unheilbarkeit, Chaos und Gefährlichkeit oder Gefühle wie Angst, Ärger, Ablehnung oder Hilflosigkeit“) bei vielen Menschen, auch bei Professionellen und den Betroffenen selbst, schon im Vorfeld zu Belastungen führe. Es sei auch schwierig, ein Arbeitsbündnis herzustellen, weil die Betroffenen sich oft nicht bewusst seien, dass eine Störung vorliegt; sie seien z. B. davon überzeugt, gemobbt zu werden. Auch passiere oft sehr schnell sehr viel, was zu Missverständnissen und Durcheinander führe (vgl. ebd.: 357-358) Was **Ressourcen, Fähigkeiten, und Lebensziele** anbelangt, so wird erwähnt, dass viele Betroffene ein Leben ohne Psychiatrie leben könnten. Auch sei die Tatsache, dass viele der Klientinnen und Klienten schwere Vernachlässigungen oder Misshandlungen überlebt hätten, eine Ressource. Die „Sensibilität für emotionale Stimmungen, Ausdrucksweisen und Themen oder auch für Ungerechtigkeit“ sowie die „Spontaneität und Impulsivität“ seien in vielen Situationen als Ressourcen zu werten. Bei **Alltag und Lebensführung** merkt das Autorenteam an, „Die Störung hat so viele Facetten, die Lebenssituationen sind so unterschiedlich, dass man meinen könnte, es sei nichts Gemeinsames zu erkennen.“, es seien Menschen sämtlicher gesellschaftlicher Milieus betroffen. Es seien aber durchaus Tendenzen zu Schwierigkeiten vorhanden wie ein Alltag, der oft geprägt sei durch „Unruhe, Atemlosigkeit, heftige Gefühle, Kampf und Streit und die Versuche, sich zu beruhigen, durch Suchtmittel, Schmerz und Selbstverletzungen [...]“. Andere versuchten, „bis zur Erschöpfung zu funktionieren, verausgaben sich bei der Arbeit, bis sie nicht mehr können.“ (ebd.: 360) Die **soziale Lage** sei, wie auch Alltag und Lebensführung, sehr unterschiedlich ausgeprägt, je nachdem, welchen sozialen Hintergrund betroffene haben. Bei „ungünstigem sozialem Hintergrund“ sei es etwa möglich, dass Betroffene in ihrer Entwicklung eingeschränkt würden und später dann „jede Menge Nachholbedarf an sozialer Entwicklung haben, aber auch materiell schlecht dastehen“. Andere kämen „aus ‘gutem Hause’ und sind in ihrer sozialen Entwicklung, mit Ausbildung und Beruf weit gekommen.“ Generell werden die Funktionsfähigkeit und Entwicklungsmöglichkeiten bei der Arbeit als besser angesehen als in zwischenmenschlichen Belangen (ebd.: 360 f.) Die schlägt sich auf das **soziale Netz** nieder: Borderline-Betroffene hätten halb so oft eine Partnerschaft oder Kinder wie Nicht-Betroffene, während eine „starke Sehnsucht nach einer Beziehung und die Angst, verlassen zu werden“, charakteristisch für Betroffene seien. Die Sehnsucht sei bedingt durch „die existenzielle Angst vor Verletzung und Vernichtung“, wobei die so entstandenen Beziehungen häufig an idealisierende und unrealistische Erwartungen geknüpft seien. Im Alltag führe dies zu häufigen Krisen, die Partnerin oder der Partner werde als „total gut“ oder „total schlecht“ erlebt. Andere Betroffene würden sich „ganz von engen

Beziehungen [verabschieden]“ und sich ihre sozialen Kontakte bei der Arbeit, Therapeutinnen und Therapeuten, therapeutischen Gruppen oder anderen Hilfeinrichtungen holen, um das Alleinsein zu verhindern (vgl. ebd.: 361).

Zum Schluss dieses Kapitels wird meines Erachtens deutlich, dass es sich bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung um eine schwerwiegende Krankheit handelt. Persönlichkeitsstörungen im Allgemeinen sind von einer Weltsicht und daraus folgendem Verhalten geprägt, welche den meisten Menschen unverständlich erscheinen. Betroffene mit BPS im Spezifischen leiden unter extrem starken, beinahe unkontrollierbaren Gefühlsschwankungen und zeigen entsprechendes Verhalten (Selbstverletzung, Suizidalität, Drogenkonsum, Hochrisikoverhalten...). Betroffene fühlen sich innerlich leer und haben keine gefestigte Identität und somit auch kaum Werthaltungen und Prinzipien, an denen sie sich orientieren können. Schliesslich sind auch zwischenmenschliche Beziehungen schwer belastet, da Betroffene zwischen Extremen wie Liebe und Hass, Idealisierung und Abwertung oder auch Nähe und Distanz hin- und herschwanken. Dies ist nicht weiter verwunderlich, liegen doch die Ursachen der Erkrankung in invalidierenden (abwertenden) Beziehungen in der Kindheit bis hin zu häufigem sexuellem Missbrauch. Bedenkt man die Schwere der Erkrankung, so bin ich der Ansicht, dass sie mit 1-2 % der Bevölkerung verhältnismässig häufig vorkommt. Wenn man die BPS durch die „sozialarbeiterische Brille“ betrachtet, so wird klar, dass Menschen mit dieser Erkrankung aus allen Schichten stammen, was ebenfalls nicht verwundert, da Abwertung und sexueller Missbrauch wohl leider in jedem Milieu vorkommen können. Trotz der klinischen Einschränkungen können einige Aspekte der Krankheit, etwa die grosse Sensibilität für Stimmungen oder die Spontanität, auch als Ressource gesehen werden. Eine glückliche (Paar-) Beziehung wird zwar häufig als sehr wichtig erachtet, ist aufgrund der zwischenmenschlichen Defizite jedoch extrem schwierig zu erreichen. Die ökonomische Lage kann, je nach sozialem Hintergrund, sehr unterschiedlich ausfallen. Im Folgenden wird dieser letzte Punkt genauer thematisiert.

3 Psychische Krankheit im Schweizer System der sozialen Sicherheit: Zahlen, Schnittstellen und Übergänge zu Arbeitsmarkt, Sozialversicherungen und Sozialhilfe

Der Titel dieses Kapitels ist bewusst unscharf gewählt. Primär soll es um die Borderline-Persönlichkeitsstörung gehen, allerdings ist es nicht immer möglich, Daten, Zahlen und Fakten von einem spezifischen Störungsbild zu erhalten. Deswegen fliessen hier auch Quellen ein, welche sich mit Persönlichkeitsstörungen befassen oder aber auch psychischer Beeinträchtigung im Allgemeinen, wenn davon Schlüsse auf Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung möglich sind. Bei „Sozialversicherungen“ geht es primär um die Invalidenversicherung (IV) und am Rande um die

Arbeitslosenversicherung (ALV), die beiden Sozialversicherungen, welche wohl in engstem Zusammenhang mit der Sozialhilfe stehen.

Das Monitoring über psychische Gesundheit in der Schweiz (Schuler/Tuch/Peter 2020: 51 f.) zeigt einen doppelten Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheit auf: einerseits habe die Gesundheit Einfluss auf die ökonomische Situation („Krankheit macht arm“), andererseits wirke sich der sozioökonomische Status auf den Gesundheitszustand aus („Armut macht krank“). In Bezug auf die Häufigkeit geben sie an, „Ein Drittel bis die Hälfte der Personen, die aufgrund von Arbeitslosigkeit oder Invalidität ohne Arbeit sind, haben psychische Beschwerden“, wobei gilt, je älter die Person, desto häufiger. In der übrigen Bevölkerung seien 17 % betroffen, das Risiko von psychischen Beschwerden ist bei Arbeitslosen oder Invaliden also um den Faktor 1,7 bis 3,5 erhöht. Baer (2014: 2 f.) gibt ebenfalls an, Menschen mit psychischen Problemen hätten eine „geringere Erwerbsquote und eine höhere Arbeitslosenquote als die beschwerdefreie Population“. Er macht ausserdem darauf aufmerksam, dass die Hälfte aller psychischen Erkrankungen vor dem 14. Lebensjahr und drei Viertel vor dem 24. Lebensjahr beginnen, was die Ausbildung und den Berufseinstieg beeinträchtigen würde. Gerade schwer psychisch Kranke hätten „oft eine ‚schwierige‘ Persönlichkeit [...]. Sie verhalten sich uneinsichtig, stur und anklagend, fühlen sich schlecht behandelt oder sehen sich als Opfer.“ Dies führe „oft zu Konflikten am Arbeitsplatz oder in der Beziehung zu Behörden.“

Sind nun die Belastungen am Arbeitsplatz zu gross und die Person wird entlassen oder kündigt selbst, wird im Schweizer System der sozialen Sicherheit die Arbeitslosenversicherung zuständig. Die OECD (2014: 18 ff.) hat in einer Studie festgestellt, dass die Arbeitslosenversicherung sich seit den 1990er Jahren vermehrt auf „arbeitswillige und vermittlungsbereite Personen“ konzentrierte, was dazu geführt habe, „dass schwieriger vermittelbare Stellensuchende mit komplexeren Arbeitsmarktproblemen nicht mehr als zentrale Klienten der RAV betrachtet wurden.“ Dies habe dazu geführt, dass Menschen mit psychischen Krankheiten „zunehmend in Programme der IV und der Sozialhilfe verschoben wurden.“ Den Mitarbeitenden der Regionalen Arbeitsvermittlungszentren (RAV) sei dabei häufig nicht bewusst, dass ein hoher Anteil ihrer Klientel psychische Erkrankungen aufweise. Viele psychisch kranke Arbeitslose würden deshalb nach ihrer Aussteuerung von Sozialhilfe leben und früher oder später eine Invalidenrente beantragen.

Die IV wiederum komme „öfter als früher zum Schluss, dass eine Erwerbstätigkeit unter bestimmten Voraussetzungen – angepasste Tätigkeit, wohlwollendes Umfeld, wenig soziale Kontakte, viele Pausen – möglich sei.“ In der Konsequenz seien viele Menschen mit Sozialhilfebezug „Zu gesund für die IV, zu krank für den Arbeitsmarkt“ (Wenger 2018: 20 f.). Tatsächlich hat die Anzahl Personen, welche nach Aufhebung ihrer IV-Rente Sozialhilfe bezogen, in den letzten Jahren um rund 20 % zugenommen. Auch die Anzahl neu bei der IV angemeldeter Personen, welche vier

Jahre nach Anmeldung Sozialhilfe beziehen, habe sowohl relativ als auch absolut zugenommen, was sich nicht mit der Entwicklung der Arbeitslosenquote begründen lasse (Bischof/Guggisberg 2020: 71 f.). Es scheint somit tatsächlich eine Verlagerung von der Invalidenversicherung zur Sozialhilfe stattzufinden. Dabei ist erwähnenswert, dass die Anzahl IV-Renten seit Mitte der 1980er Jahre stark gestiegen sei, was sich auf Renten aufgrund psychischer Störung zurückführen lasse. Innerhalb dieser Renten sei insbesondere der IV-Code 646², zu welchem auch die Borderline-Persönlichkeitsstörung zählt, um das Neunfache gestiegen (Baer/Fasel/Frick 2009: XI). Eine Studie von Baer, Fasel und Frick (2009) untersuchte die Berentungen dieses unscharf umrissenen Codes 646, um genauere Informationen zu gewinnen, welche Zahlen sich erhöht haben. Sie kamen einerseits zum Ergebnis, dass 70 % der Menschen mit Renten aus psychischen Gründen „typische besonders ausgeprägte Persönlichkeitsmerkmale“ (z. B. ängstlich-vermeidend, emotional instabil, narzisstisch...) aufweisen, welche in irgendeiner Form aktenkundig waren. Diese Merkmale seien noch keine diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen, sie seien jedoch in ihrer Ausprägung wahrscheinlich „weit über dem Durchschnitt solcher Merkmale in der Allgemeinbevölkerung“ und seien ferner „ein relevantes Hindernis für die berufliche Eingliederung.“ (ebd.: 96 f.) Menschen mit einer solchen Persönlichkeitsakzentuierung seien zudem häufig biografisch hoch belastet (ebd.: 98). Schaut man sich die Diagnosen innerhalb des IV-Codes 646 genauer an, so sind Persönlichkeitsstörungen mit fast einem Drittel die wichtigste „rentenbegründende Einzeldiagnose“, also diejenige Diagnose, welche bezüglich Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit das höchste Gewicht hatte (ebd.: 104 f.). Baer, Fasel und Frick (2009: 106) halten fest: „Persönlichkeitsstörungen sind unflexible und andauernde unangepasste Verhaltensmuster, die mit einer sehr hohen funktionellen Belastung und diversen Beeinträchtigungen verbunden sind. Dass sie von Laien oft nicht als Störungen erkannt werden, bedeutet nicht, dass sie schwer objektivierbar oder in Bezug auf die Arbeitsbeeinträchtigungen vernachlässigbar wären.“

Was die Sozialhilfe angeht, so hat ein Vergleich von 13 Städten ergeben, dass etwa 63 % der Sozialhilfe-Beziehenden in Langzeitfällen gesundheitlich beeinträchtigt sind. Diese gesundheitlich beeinträchtigten Personen lassen sich aufteilen in (gerundete Zahlen) Depression (11 %), Suchtproblematiken (19 %), übrige psychische Beeinträchtigung (32 %), physische Beeinträchtigung (34 %) und Unfall (4 %) (Salzgeber/Schmocker 2015: 50). Die OECD hat bei der Sozialhilfe festgestellt, dass sich Sozialämter des hohen Vorkommens psychischer Erkrankung bei ihrer Klientel eher als die RAVs bewusst seien, es aber (wie auch bei den RAVs) an Kapazität mangle, um mit solchen Problemen umzugehen (OECD 2014: 18). Sie hält fest, es stünden „keine Instrumente zur Verfügung, um

² Die IV unterteilt psychische Krankheiten in Kategorien wie „641 (Schizophrenie), 642 (Manisch-depressives Kranksein) [...] 646 („Psychogene oder milieureaktive Störungen; Neurosen; Borderline cases (Grenzbereich Psychose – Neurose); einfache psychische Fehlentwicklungen z. B. depressiver, hypochondrischer oder wahnhafter Prägung; funktionelle Störungen des Nervensystems und darauf beruhende Sprachstörungen, wie Stottern; psychosomatische Störungen, soweit sie nicht als körperliche Störungen codiert werden“)“ (Baer/Fasel/Frick 2009: XI).

Klientinnen und Klienten mit psychischen Problemen zu identifizieren“, es müsse Wissen über das Thema aufgebaut werden und das Gesundheitswesen müsse bei Identifikation eines psychischen Problems sehr rasch eingebunden werden (OECD 2014: 113). Baumgartner und Briner (2018: 16 f.) merken an, „Die psychiatrische und die soziale Versorgung sind in der Schweiz organisatorisch getrennt“, was dazu führe, dass schwierige Patientinnen und Patienten „gerne hin- und hergeschoben“ würden zwischen den beiden Systemen. Sie beschreiben die exemplarische Situation auf Sozialdiensten folgendermassen:

Viele Klientinnen und Klienten befinden sich in einer Spirale von Arbeitslosigkeit, depressiver Verstimmung und Resignation. Für die Sozialarbeiterin ist es in solchen Situationen oft schwierig zu beurteilen, ob der Klient an einer primär therapeutisch anzugehenden Krankheit leidet, allenfalls sogar eine IV-Anmeldung angezeigt ist – oder ob der Klient im Bereich Arbeitsintegration stärker gefördert und gefordert werden muss.

Sie plädieren für eine enge Kooperation zwischen psychiatrisch-psychotherapeutischer und sozialer Versorgung, wie sie in der Stadt Zürich schon seit 2006 besteht. Dort können die Sozialarbeitenden der Sozialhilfe Klientinnen und Klienten „mit deren Einverständnis bei Fragen zum psychischen Gesundheitszustand oder zur Arbeitsfähigkeit in der Sprechstunde der Poliklinik [Psychiatrische Poliklinik der Stadt Zürich] anmelden.“ Es seien dabei auch Dreiergespräche mit den Sozialarbeitenden möglich, etwa um Vorurteile abzubauen. Das Angebot stelle eine „Verknüpfung von sozialer und psychiatrischer Hilfe im Lebensumfeld der Klientinnen und Klienten“ dar und habe zum Ziel, „psychisch beeinträchtigte Klientinnen und Klienten frühzeitig zu erkennen, Chronifizierungsprozessen entgegenzuwirken und die Sozialarbeitenden bei schwierigen Entscheidungen zu unterstützen“, damit diese „mit schwierigen Personen zu einer Fachperson können und nicht wie früher allein gelassen werden.“ (ebd.)

Es lässt sich resümierend festhalten, dass Gesundheit und sozioökonomischer Status in engem Zusammenhang stehen und dass Menschen mit psychischer Erkrankung, gerade mit einer so schweren chronischen Krankheit wie der Borderline-Persönlichkeitsstörung, im Arbeitsmarkt stark benachteiligt sind. Von der Arbeitslosenversicherung, welche sich des Problems zu wenig bewusst ist und weder über genügend Wissen noch über Ressourcen oder Infrastruktur im Umgang mit psychischen Krankheiten verfügt, werden viele dann ausgesteuert und enden in der Sozialhilfe oder bei der IV. Bei der Invalidenversicherung sind Menschen mit Persönlichkeitsstörung die Gruppe, welche in den letzten Jahrzehnten den grössten Zuwachs an Renten hatte. Die IV tendiert in den letzten Jahren allerdings dazu, weniger Neurenten zu vergeben und bestehende Renten aufzuheben, wodurch mehr Menschen gezwungen sind, Sozialhilfe zu beziehen. In der Sozialhilfe schliesslich, dem „letzten Auffangnetz“ der sozialen Sicherheit in der Schweiz, weist ein beträchtlicher Teil der Klientel psychische

Krankheiten auf, und dennoch mangelt es häufig an Wissen, Ressourcen oder Infrastruktur, um diese adäquat versorgen zu können.

4 Die Sozialhilfe in der Schweiz

Da es in dieser Arbeit um Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung in der *Sozialhilfe* geht, soll diese nun genauer beleuchtet werden. Zunächst geht es darum, wie die Sozialhilfe in der Schweiz funktioniert und welche Prinzipien ihr zugrunde liegen. In einem Zwischenteil geht es um Kritik, welche an der Sozialhilfe geäußert wird. Danach geht es darum, wie in der Sozialhilfe Fälle bearbeitet werden. Schliesslich werden Schlüsse gezogen, was für spezifische Schwierigkeiten in diesem Rahmen entstehen können, wenn Borderline-Betroffene Sozialhilfe beziehen, womit die Unterfrage dieser Arbeit beantwortet wird.

4.1 Funktionsweisen und Prinzipien der Sozialhilfe in der Schweiz

Der Aufbau der Sozialhilfe in der Schweiz ist komplex und vielschichtig. So beschreibt Schleicher (2016: 263-268), wie beispielsweise schon unterschieden werden kann, ob mit Sozialhilfegeldern einzelne Personen (individuelle/direkte Sozialhilfe), Institutionen (institutionelle/indirekte Sozialhilfe, beispielsweise über die Finanzierung von gemeinnützigen Projekten oder Unternehmen) oder weitere Hilfen (Sozialhilfe „im weiteren Sinne“, z. B. Beihilfen für Arbeitslose, Alleinerziehende, Stipendien usw.) finanziert werden. Im Folgenden soll es um „die individuelle, bedarfsabhängige, aber nicht ursachenspezifische Hilfe aus Mitteln der öffentlichen Hand“ gehen (ebd.: 264), also wenn eine mittellose Person oder Familie Sozialhilfe bezieht. Die Sozialhilfe funktioniert dabei als „Auf-fangeinrichtung“, wenn keine andere Sozialversicherung zuständig ist. Dabei existiert in der Schweiz kein Bundesrahmengesetz: Sozialhilferecht ist Sache der Kantone, welche den Vollzug häufig an die Gemeinden delegieren, wodurch die Sozialhilfe kleinräumig sehr unterschiedlich vollzogen werden kann (vgl. ebd.: 266). Die Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe (SKOS) versuche hier, Lücken zu füllen und „Als privatrechtlich organisierter Fachverband [...] die Leistungen der Sozialhilfe auf dem Weg der freiwilligen interkantonalen Koordination zu harmonisieren, wo möglich zu standardisieren.“ Die entsprechenden Richtlinien der SKOS seien zwar grosso modo akzeptiert, hätten aber dennoch „nicht die Verbindlichkeit und Beständigkeit einer gesetzlichen Ordnung.“ (ebd.: 267) Häfeli (2008: 68) definiert handlungsleitende Prinzipien der Sozialhilfeorgane, welche „den anthropologischen, aber auch rechtsethischen und staatspolitischen Rahmen der Sozialhilfe“ darstellen würden. Dies seien die **Wahrung der Menschenwürde** und die (soziale und berufliche) **Integration** als übergeordnete Ziele (vgl. ebd.: 69-71). Ein weiterer Grundsatz ist das **Subsidiaritätsprinzip**, wonach Sozialhilfe nur gewährt wird, wenn alle übrigen Hilfsmöglichkeiten ausgeschöpft sind. So sei Sozialhilfe subsidiär gegenüber „den Möglichkeiten der Selbsthilfe“, also der eigenen Arbeitskraft und

dem eigenen Vermögen, den „Leistungsverpflichtungen Dritter“, beispielsweise Sozialversicherungsansprüche oder Unterhaltsverpflichtungen, und auch „freiwilligen Leistungen Dritter“, etwa Leistungen von Stiftungen oder Angehörigen (ebd.: 73 f.). Ferner sei das **Individualisierungsprinzip** zu nennen, wonach Leistungen „jedem einzelnen Fall angepasst sind und sowohl den Zielen der Sozialhilfe im Allgemeinen als auch den Bedürfnissen der betroffenen Person im Besonderen entsprechen“ sollen (ebd.: 76). Dadurch kann zwar einerseits auf die besonderen Umstände des Einzelfalls eingegangen werden. Andererseits macht Schleicher (2016: 273) darauf aufmerksam, dass die Behörde dadurch genaue Kenntnisse der Situation haben muss, was „mehr oder weniger tiefe Eingriffe in die private Sphäre, mithin in das Grundrecht der persönlichen Freiheit“, bedinge. Das **Bedarfsdeckungsprinzip** besagt, dass „Sozialhilfe einer Notlage abhelfen soll, die individuell, konkret und aktuell ist“, Sozialhilfe kann also nicht für die Vergangenheit geleistet werden (Häfeli 2008: 78). Das **Finalprinzip** besagt, dass nicht die Ursache der Bedürftigkeit (wie bei den Sozialversicherungen, welche nach dem Kausalprinzip funktionieren), sondern die Tatsache, dass jemand bedürftig ist, einen Anspruch generiert. Der Anspruch auf Sozialhilfe ist somit verschuldensunabhängig (vgl. Schleicher 2016: 269). Zuletzt nennt Häfeli (2008: 81-84) zwei allgemeine Pflichten der Sozialhilfeempfänger: Einerseits die **Eigenverantwortung**, eine „übergeordnete ethische Grundhaltung [...], die in unserer Gesellschaft in allen Lebenslagen erwartet wird“. Andererseits nennt er die Pflicht zur **Gegenleistung**, wonach Hilfeempfänger verpflichtet seien, an Integrations- und Beschäftigungsprogrammen teilzunehmen. Tecklenburg (2020: 458) macht ferner auf den Diskurs der letzten 20 Jahre aufmerksam, wonach die Rede sei von „massiven Missbräuchen, von explodierenden Kosten, von einer um sich greifenden Sozialindustrie und von sozialer Hängematte, in welcher sich die Beziehenden wohlfühlen sollen.“ Er stellt dem entgegen, dass die Sozialhilfe in der Schweiz weniger als 3 % der Ausgaben der sozialen Sicherheit ausmache. In Folge dieser Kritik seien jedoch die **Kontrollmechanismen** der Sozialhilfeorgane verstärkt worden.

4.2 Kritik an der Sozialhilfe und Forderungen

Die Sozialhilfe steht und stand in den letzten Jahrzehnten immer wieder in der Kritik. Exemplarisch werden hier die wichtigsten Argumente und Forderungen des Positionspapiers der „Allianz Austausch Armut“ (2021) vorgestellt. Die Allianz wird von unterschiedlichen Akteuren aus den Bereichen Sozialpolitik, Soziale Arbeit und Armut getragen, unter anderem der Sozialdemokratischen Partei (SP), dem Branchenverband der Sozialen Arbeit Avenir Social, der Heilsarmee, dem Verein Surprise oder der Unabhängigen Fachstelle für Sozialhilferecht (UFS). Als erstes stellt die Allianz unter der Rubrik **eine würdige Existenzsicherung** fest, dass etwa zwei Drittel der Sozialhilfe-Beziehenden aufgrund ihrer Situation nicht in den Arbeitsmarkt integriert werden können und der Sozialhilfe-Bezug kein „Bittgang“ sein dürfe, sondern ein Rechtsanspruch werden müsse. Ergänzend dazu hält

Lucas (2020: 121 f.) fest, dass es diverse Gründe gebe, dass Menschen auf Sozialhilfe verzichten – Unter anderem die Komplexität des sozialen Systems und die Belastungen bei der Antragstellung, Angst vor Stigmatisierung, Vorurteile und „das manchmal respektlose Gebaren des Staatspersonals“ oder auch bei ausländischen Staatsangehörigen die Angst, die Aufenthaltsberechtigung zu verlieren. Die Mitglieder der Allianz fordern unter anderem eine Harmonisierung der Sozialhilfe (mittels eines Rahmengesetzes), die Erhöhung des Grundbedarfs sowie des Vermögensfreibetrags auf das Niveau der Ergänzungsleistungen (EL), einen erhöhten Rechtsschutz der Sozialhilfebeziehenden, mehr persönliche Hilfe (anstatt Verwalten der Armut), qualifiziertes Fachpersonal in den Sozialdiensten und mehr Unterstützung bei der Mobilität (Allianz Austausch Armut 2021: 2-6). Avenir Social (2014: 3 ff.) stellt ausserdem fest, dass im Zuge der Revision der SKOS-Richtlinien 2005 ein differenziertes Sanktionierungssystem eingeführt wurde, das beispielsweise Leistungskürzungen bei Nichteinhalten von Weisungen (z. B. das Nicht-Antreten einer Integrationsmassnahme) beinhaltet. Dies verfolge auch das Ziel einer kollektiven Abschreckung und Stigmatisierung sowie der Legitimation der Sozialhilfe gegenüber Öffentlichkeit und Politik. Es wird aber festgehalten, dass Druck und Zwang „einen vermeidenden Motivationsmodus aus[löst], der sich nicht zielführend auswirkt. In der Sozialhilfe kann das zu Verweigerung der Kooperation, fehlender Transparenz, Nichterscheinen zu Terminen, aggressiven Verhaltensweise, Drohungen, usw. führen. Überdies können Sanktionen das Vertrauensverhältnis zur Organisation und den Sozialarbeitenden zerstören und das Machtgefälle erhöhen.“ Unter dem Titel **Bildung schützt vor Armut** wird festgehalten, dass Menschen ohne nachobligatorische Ausbildung (welche etwa die Hälfte der Sozialhilfe beziehenden Erwachsenen ausmachen) oder mit fehlenden Grundkompetenzen (etwa ein Drittel) besonders stark armutsgefährdet seien. Es wird gefordert, dass vermehrt in die Kompetenzförderung und Qualifizierung investiert werde, wobei das individuelle Potenzial im Vordergrund stehen müsse und nicht die Kosten der Ausbildungen. Es werden auch niederschwellige Bildungsangebote (wie beispielsweise der Pflegehelferkurs) gefordert. Es wird angemerkt, dass auch die Wirtschaft in die Pflicht zu nehmen sei, um von Exklusion bedrohten Menschen Chancen zu bieten (vgl. Allianz Austausch Armut 2021: 6-8). Schliesslich behandelt die Allianz auch die **Stärkung der Sozialen Arbeit** und führt auf, wie viele heutige Organisationsstrukturen in der Sozialhilfe bzw. im „Sozialbereich“ im Verlaufe der neoliberalen Reformen (Stichwörter „New Public Management“, „Schlanker Staat“) der 1980er- bis 1990er Jahre gewachsen seien. Dies habe einen Wertewandel ausgelöst, in dessen Folge soziale Probleme vermehrt mit ökonomischen Kriterien (Effizienz, Sparen, Eigenverantwortung) betrachtet wurden. Es wird aufgezeigt, wie die Mitarbeitenden in der Sozialhilfe über spezifische Kompetenzen verfügen müssen, um in diesem sensiblen Bereich zu arbeiten. Es wird unter anderem gefordert, dass die maximale Falllast 60 Fälle auf 100 Stellenprozent betragen soll (mehr zum Thema Fallanzahl im Kapitel 4.3), dass bei Personal nicht gespart werden dürfe und die vorhandene Zeit in die Arbeit mit den Adressatinnen und Adressaten

investiert werden solle, dass im Sozialbereich tätige Mitarbeitende entsprechend ausgebildet sein müssen und dass es zu vermeiden sei, staatliche Aufgaben auszulagern, um durch die Privatisierung Kosten zu sparen (vgl. ebd.: 8-12). Im Übrigen weisen Studien wie beispielsweise von Lucas, Ludwig, Chapuis et. al. (2019: 163 ff.) darauf hin, dass der Nichtbezug von Sozialhilfe verheerende Konsequenzen haben könne, wobei es in dieser Studie um „Familien in prekären Situationen“ (eigene Übers.) in Genf geht. Der Nichtbezug setze eine „negative soziale und gesundheitliche Spirale“ (eigene Übers.) in Gang. Die Spirale beim Nichtbezug beginne mit Schulden beispielsweise bei Verwandten oder Bekannten, bald schon können Steuern und Krankenkassenprämien nicht mehr bezahlt werden, allenfalls ist auch die Wohnung in Gefahr. Arzt- und Zahnarztbesuche würden aus finanziellen Gründen aufgeschoben oder gar nicht mehr wahrgenommen, die gesundheitliche Situation verschlechtere sich. Kinder können nicht mehr an Freizeit- und sportlichen Aktivitäten teilnehmen und werden sozial ausgegrenzt. Da der Bezug von Sozialhilfe dermassen stigmatisiert sei, werde das Antreten von prekären Arbeitsverhältnissen häufig als Alternative dazu gesehen, wobei solche Stellen weiter zur prekären Situation beitragen. Während also einerseits Kritik an der Sozialhilfe in unterschiedlichsten Bereichen geübt wird, besteht eigentlich ein gesellschaftliches Interesse daran, dass Menschen Sozialhilfe tatsächlich beziehen, wenn sie einen Anspruch darauf haben. Im Folgenden geht es nun darum, wie die Fallbearbeitung in einem Sozialdienst konkret aussehen kann.

4.3 Die Fallbearbeitung in der Sozialhilfe

Müller de Menezes (2011: 13) schrieb ihre Dissertation mit dem Ziel, „die Vorgehensweisen von SozialarbeiterInnen bei der Fallbearbeitung [in der Sozialhilfe] zu beschreiben“. Dabei kristallisierten sich die vier Typen „Passung, Dienstleistung, Fürsorge und Sanktion“ heraus. Im Folgenden soll es darum gehen, die wichtigsten Erkenntnisse dieser Arbeit aufzuzeigen, um idealtypisch festzuhalten, wie Professionelle der Sozialen Arbeit in der Sozialhilfe Fälle führen. Sie hält fest, „Der Professionalisierungsgrad der Sozialhilfe variiert im föderalen System“, die Tendenz sei, dass je grösser die Gemeinde, desto besser die Sozialverwaltung und desto eher sei Fachpersonal vorhanden (ebd.: 32). Dabei sei eine weitere Professionalisierung dringend nötig, weil die Komplexität des Sozialwesens und somit die Anforderungen an die Fallführenden gestiegen sei (vgl. ebd.: 34). Ein häufig genanntes Problem seien knappe zeitliche Ressourcen der Sozialarbeitenden, was dazu führen könne, dass „Reflektierte, offensive und langfristige sozialarbeiterische Interventionen“ seltener geleistet werden können und „dass Sozialdienste bei hoher Belastung die Priorität bei der wirtschaftlichen Sozialhilfe setzen und eine Tendenz besteht, komplexe Fälle zu vernachlässigen“. Im Kanton Bern, wo Müller de Menezes ihre Untersuchung durchführte, sei 2011 die Vorgabe gewesen, dass pro 100-%-Stelle 80 bis 100 Fälle angemessen seien (ebd. 36 f.), wobei Maeder und Nadai (2004: 112) festhalten, dass 100 Fälle auf 100 Stellenprozent wohl gerade noch knapp zu bewältigen seien. Die Falllast in der

Sozialhilfe war in letzter Zeit öfters Thema im fachlichen Diskurs, insbesondere im Zusammenhang mit der Stadt Winterthur. Dort sei die Anzahl Fälle auf 120-140 Fälle pro 100%-Pensum gestiegen, per März 2017 sei sie auf durchschnittlich 143 Fällen gewesen. In einem Versuch wurde bei drei Sozialarbeitenden die Falllast auf 75 Fälle bei einem 100%-Pensum reduziert (vgl. Eser Davolio/Strohmeier/Zwicky et. al. 2017: 5 f.). Die Ergebnisse zeigten, dass die Experimentalgruppe mit reduzierter Fallanzahl häufiger Kontakt mit der Klientel pflegte und die Zeitressourcen nutzte, um die Fallarbeit zu intensivieren und um weiterführende Prozesse anzustossen. Als positive Effekte sei die Berufszufriedenheit grösser gewesen und zudem konnten finanzielle Einsparungen erzielt werden, da mehr Personen von der Sozialhilfe abgelöst wurden (vgl. ebd.: 27). Die Allianz „Austausch Armut“ (2021: 11) indessen fordert in ihrem Positionspapier ein Maximum von 60 Fällen auf ein Vollzeitpensum.

Müller de Menezes identifiziert bei Untersuchung der gesetzlichen Grundlagen im Kanton Bern Kontextbedingungen, welche sich in der sozialarbeiterischen Praxis der Sozialhilfe als relevant erwiesen hätten (Müller de Menezes 2011: 234). Dies sei erstens die **Hierarchie zwischen Sozialdienst und Klientel**. Das Sozialhilferecht strukturiere hier die Beziehung und gestalte sie asymmetrisch, die Professionellen hätten Entscheidungsbefugnisse, über welche Klientinnen und Klienten nicht verfügen. Diese Rahmenbedingung sage aber noch nichts über die effektive Beziehungsgestaltung aus (vgl. ebd.: 238). Ferner werde Wert gelegt auf **Wirkungs- oder Zielorientierung** der Sozialhilfe, obwohl hier die Steuerungsmöglichkeiten bekanntermassen beschränkt seien (vgl. ebd.: 242). Die **persönliche und wirtschaftliche Hilfe** seien zudem **eng verflochten**, was unter anderem darauf zurückzuführen sei, dass sich in der Sozialen Arbeit verschiedene Rationalitäten vermischen würden, im Fall der Sozialhilfe sind dies ökonomische und pädagogische. Auch hier seien je nach Sozialdienst unterschiedliche Gewichtungen möglich (vgl. ebd.: 246-248). Ausserdem würden Sozialarbeitende in der Sozialhilfe **soziale Kontrolle** ausüben, da mit verschiedenen Massnahmen wie finanziellen Anreizen und Kürzungen normkonformes Verhalten gefördert werde (ebd.: 249). Schliesslich habe die im Kapitel 4.1 erwähnte Debatte über den Sozialhilfemissbrauch zu vermehrter **Missbrauchsbekämpfung** geführt. Da es die Sozialarbeitenden sind, welche die Höhe der finanziellen Hilfe berechnen und allfällige Weisungen und Auflagen bestimmen, würde ihnen „in der Praxis die Aufgabe der Verhinderung und Aufdeckung des Sozialhilfemissbrauchs“ zukommen. Der Stellenwert von Kontrolle sei deswegen gestiegen (ebd.: 254).

Im Weiteren hat Müller de Menezes (2011: 297 ff.) bei ihrer kasuistischen Analyse vier Typen der Fallbearbeitung in der Sozialhilfe identifiziert. Entscheidend für die Zuteilung eines Typs sei dabei „die dominante Vorgehensweise bei der Fallbearbeitung“ gewesen, es sei aber auch zu

Wechseln der dominanten Vorgehensweise gekommen (ebd. 2011: 311). Die identifizierten Modi der Fallbearbeitung sind:

- Typ standardisierte Dienstleistung
- Typ administrative Sanktion
- Typ persönliche Fürsorge
- Typ fallspezifische Passung

Der **Typ standardisierte Dienstleistung** (vgl. ebd.: 298-300) entspreche „dem Bild der ‚modernen‘ Sozialhilfe im Sinne eines Managements“. Sozialarbeitende, welche diesem Typ entsprechen, legen hohen Wert auf Verwaltungshandlung und Routinen. Das Vorgehen sei eher starr und wenig an die spezifischen Bedürfnisse der Klientel angepasst. Wenn Klientinnen und Klienten Angebote nicht nutzen, sei es aus Unwillen oder aus Unfähigkeit, führe dies nicht zu Sanktionen, jedoch zu Vernachlässigung des Falles, weil die weitere „Investition“ in die Person nicht sinnvoll erscheine. Der Dienstleistungstyp sei erwerbsorientiert und gehe davon aus, dass Klientinnen und Klienten viele Ressourcen hätten und Eigeninitiative zeigten. Die Haupttätigkeiten seien „die Ausrichtung finanzieller Leistungen und die Vernetzung der KlientInnen mit Integrationsangeboten.“ Die Beziehungsgestaltung sei sachlich-nüchtern und eher symmetrisch, jedoch gehe dieser Typ auch von Annahmen aus, die nicht immer zutreffend seien, nämlich, dass primär finanzielle Unterstützung nötig ist, Eigenaktivität oder Integrationsprogramme immer zu Ablösungen führen und dass psychosoziale oder gesundheitliche Probleme nicht bearbeitet werden müssen. Der **Typ administrative Sanktion** (vgl. ebd.: 301-305) dagegen entspreche „der Aktivierungspolitik in der Variante von Zwang und Bestrafung.“ Auch hier seien Verwaltungshandeln und Routinen sehr wichtig. Typischerweise würden Sozialarbeitende des administrativ-sanktionierenden Typus Forderungen an die Klientel stellen und den Klientinnen und Klienten drohen und sie finanziell sanktionieren, sofern sie die Forderungen nicht erfüllen. Auch hier seien Integrationsprogramme ein wichtiges Arbeitsinstrument, im Gegensatz zum Typen der standardisierten Dienstleistung werde hier jedoch sanktioniert, wenn beispielsweise Absenzen auftreten. Dieser Typus sei „mit normativen Werten der Sozialen Arbeit unvereinbar, führt zu Frustration bei den SozialarbeiterInnen und kann bei den KlientInnen keine positiven Entwicklungsprozesse fördern.“ Die Beziehungsgestaltung des Sanktionstyps sei distanziert und sehr asymmetrisch. Der **Typ persönliche Fürsorge** (ebd.: 305-307) entspreche nicht der „modernen“ Sozialhilfe, sondern „eher der früheren Fürsorge oder dem Vormundschaftsbereich“. Es finde eine starke Einflussnahme der Sozialarbeitenden auf die Klientel statt, und zwar nicht offen über Bestrafung, „sondern subtil auf der Grundlage einer asymmetrischen Vertrauensbeziehung“. Die Sozialarbeitenden hätten dabei ihre Vorstellungen und Ziele und erwarteten, dass die Klientinnen und Klienten diese übernehmen und ihnen gehorchen. Der Fürsorgetyp weise „Tendenz zur Fremdbestimmung“ auf und habe

„paternalistische Züge“. Dieser Typ ist mit einem zweischneidigen Schwert vergleichbar: Zwar leisten die Sozialarbeitenden konkrete Unterstützung, allerdings nur, wenn die Klientel ihre Forderungen erfüllen. Wenn dies nicht geschieht, „kommt es zu einem Konflikt und Kooperationsproblemen“. Schliesslich wird der Typ **fallspezifische Passung** (ebd.: 307-311) beschrieben, welcher „den Kriterien professionellen Handelns“ entspreche. Merkmale seien, dass die Selbstbestimmung und der Wille der Klientel respektiert werde, wobei die Professionellen dennoch Einfluss nehmen und gegebenenfalls Veränderungsvorschläge anbringen. Eine allfällige Kooperationsverweigerung werde ernst genommen und ihr werde auf den Grund gegangen. Die Fallbearbeitung folge am Individuum orientiert, die Zielsetzung erfolge realistisch. Die Klientinnen und Klienten würden die Sozialarbeitenden „als unterstützend wahrnehmen, sie erwähnen eine Vertrauensbeziehung, schätzen konkrete Hilfestellungen und die gute Zusammenarbeit“. Entsprechen würde die Klientel Hilfestellung erhalten, „unabhängig davon, ob eine spätere Erwerbsintegration realistisch oder eine Veränderungsbereitschaft vorhanden ist.“ Die Voraussetzungen an die Professionellen seien bei diesem Typus indes hoch: Er setze „eine hohe Reflexions- und Bewältigungskompetenz, KlientInnenorientierung und Flexibilität voraus. Ein ‚realistischer Optimismus‘, hohes Engagement und Einsicht in begrenzte Wirkmöglichkeiten sind ebenso wichtige Faktoren.“ Was die Häufigkeit anbelangt, so sei in der nicht repräsentativen Stichprobe von 24 Fällen der Dienstleistungstyp in 7 Fällen dominant gewesen, der Sanktionstyp in ebenfalls 7 Fällen, der Fürsorgetyp sei bei 2 Fallbearbeitungen hervorstechend und der Passungstyp sei bei 8 Fallbearbeitungen zum Vorschein gekommen. Es sei dabei zu vermuten, dass in einem Sozialdienst alle Typen vorkommen (vgl. ebd.: 312).

Müller de Menezes (2011: 343 ff.) resümiert in ihrer Dissertation, „dass die Qualität und Professionalität der in der Sozialhilfe erbrachten Dienstleistungen unterschiedlich ausfällt und es zu Ungleichbehandlungen der KlientInnen kommt.“ Was die vier Typen von Fallführungen anbelangt, so seien Sozialarbeitende vom Typ **standardisierte Dienstleistung** für „einfache Fälle“ mit lediglich finanziellem Bedarf geeignet, aber nicht zur Unterstützung bei komplexen psychosozialen Problemen. Bei Fallführenden, welche nach dem Typ **administrative Sanktion** arbeiten, würden „die Kriterien professionellen Handelns“ nicht erfüllt, positive Entwicklungen könnten kaum gefördert werden. Der Typ **persönliche Fürsorge** könne sinnvoll sein, wenn jemand sich in einer krisenhaften Situation befinde, er könne aufgrund der Tendenz zu Fremdbestimmung jedoch zu Problemen bei der Kooperation führen. Die **fallspezifische Passung** hingegen entspreche „den Kriterien professionellen Handelns und weist das höchste Unterstützungspotenzial auf.“ Die Arbeitsbeziehung sei konstruktiv und der Typ eigne sich „für alle KlientInnen, die einen sozialarbeiterischen Unterstützungsbedarf haben.“ Müller de Menezes (2011: 344) führt an, dass „der Passungstyp die Kriterien erfüllt, die normative Handlungsmodelle und Methoden Sozialer Arbeit aufstellen, was auf die anderen Typen

nur teilweise oder gar nicht zutrifft.“ Sie argumentiert, weswegen es für Sozialarbeitende in der Sozialhilfe wichtig ist, sich an diesem Typus zu orientieren:

Eine Orientierung am Passungstyp bedeutet eine Stärkung der sozialarbeiterischen Fachlichkeit in der Sozialhilfe. Dies ist nötig, weil ein beachtlicher Teil der SozialhilfebezügerInnen nicht nur von einem finanziellen Problem betroffen ist, sondern auch mit den Ursachen und Folgen der Armutssituation sowie psychosozialen oder gesundheitlichen Problemen und biographischen Krisen konfrontiert ist. Es ist zentral, dass komplexe Problemsituationen erkannt und fallspezifisch bearbeitet werden, womit sozialarbeiterische Professionalität gefragt ist.

Die Sozialhilfe habe „moralisierende und punitive Tendenzen“, soziale Integration und Alltagsbewältigung würden vernachlässigt (ebd.: 350). Bei Sozialer Arbeit in staatlichem Rahmen müsse aber „nicht nur die Rechtmässigkeit, sondern auch die Qualität sozialarbeiterischen Handelns sichergestellt werden. Dies bedingt eine entsprechende Organisationskultur und ausreichende Ressourcen.“ (ebd.: 348)

4.4 Mögliche spezifische Probleme bei Borderline-Erkrankten in der Sozialhilfe, Beantwortung der Unterfragestellung

Im Verlauf dieser Arbeit wurde aufgezeigt, dass Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung an einer sehr schweren Störung mit extremen und quälenden Gefühlen leiden, keine gefestigte Persönlichkeit haben und auch zwischenmenschlich mit grossen Problemen zu kämpfen haben. Es zeigte sich, dass Menschen mit schweren chronischen Krankheiten wie der Borderline-Persönlichkeitsstörung auch im Arbeitsmarkt grosse Schwierigkeiten haben und ein hohes Risiko aufweisen, früher oder später aus dem Erwerbsleben ausgeschlossen zu werden. Die Invalidenversicherung, welche im Grundsatz bei solchen Krankheiten zuständig wäre, vergibt tendenziell weniger Renten, wodurch schwer kranke Menschen wie Borderline-Betroffene in der Sozialhilfe enden können. Demgegenüber ist die Sozialhilfe in der Schweiz ein sehr kleinräumiger und uneinheitlich organisierter Bestandteil der sozialen Sicherheit. Sie wird zuständig, wenn weder Selbsthilfe noch andere Sozialversicherungen greifen und wird von Prinzipien wie Eigenverantwortung, der Pflicht zur Gegenleistung und in den letzten Jahren vermehrt Kontrolltendenzen geleitet. Der Grad an Professionalisierung kann dabei je nach Sozialdienst erhebliche Unterschiede aufweisen. Es wurde ausserdem festgestellt, dass Sozialämter zwar ein Bewusstsein für das Thema psychische Beeinträchtigung ihrer Klientel haben, es aber an Wissen und Kapazität mangelt, um adäquat mit den betroffenen Klientinnen und Klienten umzugehen. Im Folgenden möchte ich an dieser Stelle die Unterfrage meiner Fragestellung (**Welche Aspekte sind problematisch bei der Arbeit mit Klientinnen und Klienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Sozialhilfe?**) beantworten.

Stellt man die Schwierigkeiten, welche die Borderline-Persönlichkeitsstörung verursacht, den Rahmenbedingungen der Sozialhilfe gegenüber, so lassen sich einige Punkte identifizieren, welche besonders problematisch sein dürften. So hat sich gezeigt, dass Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung Schwierigkeiten damit haben, in andere Menschen Vertrauen zu entwickeln und beispielsweise Lob oder Kritik richtig zu verarbeiten und anzunehmen. Die professionelle Beziehung ist hier ein wichtiger Faktor (siehe mehr dazu im Kapitel 5). Aus Ressourcen Gründen (bei beispielsweise weit über 100 Fällen pro Vollzeitstelle) dürfte es wohl aber häufiger vorkommen, dass es schwierig ist, eine solche Beziehung aufzubauen, weil die Zeit fehlt. Doch selbst wenn die Zeit vorhanden wäre, so hat sich auch gezeigt, dass es Typen der Fallführung gibt, welche für die häufig komplexen Fälle mit BPS nicht geeignet sind; bei Borderline-Betroffenen dürfte nur der Typ fallspezifische Passung in Frage kommen. Doch auch an diese Sozialarbeitende stellen sich grosse Herausforderungen: Klientinnen und Klienten mit Borderline haben häufig viele Ressourcen, aber auch Grenzen; sie wirken häufig funktionaler, als sie es tatsächlich sind. Die Balance zwischen Fördern und Fordern dürfte hier einem Tanz auf einer Rasierklinge gleichen, wobei die Professionellen auch über eine stark ausgeprägte Fähigkeit zur Reflexion, zur Echtheit und zur Abgrenzung gegenüber der Klientel verfügen müssen. Kurzum, wenn hier die Sozialarbeitenden nicht professionell agieren, ist die Wahrscheinlichkeit sehr hoch, dass es zu Kooperationsschwierigkeiten kommen wird. Dies wird schliesslich durch die in den letzten Jahren verstärkt eingeführten Kontrollmechanismen zu einer nochmals grösseren Herausforderung. Eine Sozialhilfe-Anmeldung stellt immer auch einen Eingriff in die Rechte der Klientinnen und Klienten dar (Abgabe von sehr persönlichen Dokumenten; Beratungs- und Kontrollgespräche als Voraussetzung für den Sozialhilfe-Bezug). Bedenkt man, dass Borderline-Betroffene einer invalidierenden Umgebung und häufig auch Gewalt ausgesetzt waren und dass Betroffene sich ohnehin schon sehr schnell abgewertet und ausgeschlossen fühlen, bedarf es hier eines enorm ausgeprägten Fingerspitzengefühls, um zu vermitteln, dass es sich um amtliche Standard-Massnahmen und nicht um ein persönliches Misstrauen handelt. Pflichten in der Sozialhilfe wie die Pflicht der Subsidiarität, zur Eigenverantwortung oder zur Gegenleistung stellen häufig relativ hohe Anforderungen an die Funktionsfähigkeit der Klientinnen und Klienten. Wie bereits erwähnt, wirken Betroffene häufig funktionsfähiger, als sie es sind. Es sollte nicht vergessen werden, dass die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine schwere und stark einschränkende Krankheit ist. Es kann für Betroffene je nach Situation enorm schwierig oder sogar unmöglich sein, den Anspruch auf RAV-Taggelder geltend zu machen oder in ein Arbeitsintegrationsprogramm zu gehen, wobei Sanktionen in einem solchen Fall wohl katastrophale Folgen für die Zusammenarbeit hätten. Ferner wurde festgehalten, dass der Nichtbezug von Sozialhilfe eine gesundheitliche und soziale Negativspirale in Gang setzt und gesellschaftlich (und auch wirtschaftlich) gesehen überhaupt nicht wünschenswert ist. Ein weiterer Stolperstein, welcher bei der Konstellation von Klientinnen und Klienten mit Borderline-

Persönlichkeitsstörung in der Sozialhilfe entsteht, ist die Kleinräumigkeit der Sozialhilfe. Impulsivität ist eines der Kennzeichen der BPS, Betroffene können häufig den Job, die Lebenspartner oder auch den Wohnort wechseln. Während also viele Borderline-Betroffene kaum gebunden oder gefestigt sind, ist die Sozialhilfe oftmals auf kommunaler Ebene angesiedelt. Dadurch kann es vorkommen, dass eine Person immer wieder von unterschiedlichen Gemeinden unterstützt wird, die Person ist kaum je „greifbar“, es kann sehr schwierig bis unmöglich sein, eine längerfristige, kontinuierliche und zielgerichtete Unterstützung einzurichten. Erschwerend kommt hinzu, dass die Sozialhilfe an kaum einem Ort in der Schweiz systematisch mit der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung vernetzt ist, es ist somit den einzelnen Fallbearbeitenden überlassen, eine erkrankte Person zu erkennen oder angemessen mit einer vorliegenden Erkrankung umzugehen. Nachdem im ersten Teil der Arbeit spezifische problematische Aspekte herausgearbeitet wurden, wird der Fokus der weiteren Arbeit darauf liegen, was für Sozialarbeitende in der Sozialhilfe im Umgang mit BPS-betroffenen Klientinnen und Klienten hilfreich sein kann.

5 Das Verhältnis von Psychotherapie und Sozialer Arbeit

In diesem (Zwischen-) Teil wird es darum gehen, zu definieren, was Psychotherapie eigentlich ausmacht. Ich beschreibe Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen Psychotherapie und Sozialer Arbeit und zeige auf, inwiefern psychologisch-psychotherapeutische Methoden in der Sozialen Arbeit eingesetzt werden können. Darauf gehe ich noch spezifisch auf die klinische Sozialarbeit ein, welche in Form von Psychiatrie-Sozialdiensten über institutionelle Schnittstellen mit der Psychiatrie/Psychotherapie verfügt. Schliesslich wird in diesem Kapitel die (professionelle) Beziehung behandelt, welcher sowohl in der Sozialen Arbeit als auch in der Psychotherapie eine zentrale Stellung zukommt.

Zunächst soll es darum gehen, was eigentlich die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Sozialer Arbeit und Psychotherapie sind. Ohling (2015: 66-83) beschreibt verschiedene Schnittstellen zwischen den beiden Bereichen wie etwa die Tatsache, dass verschiedene psychotherapeutische Methoden in der Sozialen Arbeit Anwendung finden. Ferner hätten beide Professionen die Gesundheit und die soziale Situation zum Gegenstand, welche einer starken gegenseitigen Wechselwirkung unterliegen. Dazu nennt sie die „helfende Beziehung“, ähnliche Profile der jeweiligen Studierenden und eine „Überschneidung der Klientel“. Schliesslich hätten beide Berufe grundsätzlich zum Ziel, „dass den Menschen geholfen werden soll, sich mit sich selber, ihrer Gruppe und in der Gesellschaft besser zu fühlen, ihren Platz zu finden, teil zu haben.“ Was die Unterschiede anbelangt, so gibt sie verschiedene Merkmale der Sozialen Arbeit an, welche nicht typisch für die Psychotherapie sind, beispielsweise soziale Gerechtigkeit als wichtiges Ziel, die Allzuständigkeit und

Kontrollfunktion bei der Arbeit und die Notwendigkeit hoher rechtlicher und administrativer Kompetenzen. Schneider und Heidenreich (2018: 1752) definieren die Ziele der Psychotherapie darin, dass diese „in der Regel primär in der Veränderung der psychischen Leidenszustände“ liege und Menschen mit „Störungen mit Krankheitswert“ betreffe. Die Soziale Arbeit hingegen sei durch „Problemanalysen und Interventionen gekennzeichnet, die (trotz arbeitsfeldspezifischer Schnittmengen) nicht auf behandlungsbedürftige Leidenszustände fokussieren.“ Dies scheint mir eine zentrale Unterscheidung zu sein: die beiden Berufsfelder Psychotherapie und Soziale Arbeit haben den grundlegenden Unterschied, dass es in der Sozialen Arbeit im Kern nicht um die Behandlung von psychischen Erkrankungen geht.

Adam-Lauer (2017: 761 f.) nennt verschiedene Gründe, welche für vertiefte Kenntnisse der Psychotherapie in der Sozialen Arbeit sprechen. Einerseits seien Professionelle der Sozialen Arbeit oftmals die ersten, bei welchen Auffälligkeiten in Bezug auf die psychische Gesundheit zutage treten. Wenn ihre Klientel sich in psychotherapeutischer Behandlung befinde, werde von den Professionellen ausserdem erwartet, dass sie Kenntnisse davon hätten, was in der Behandlung geschieht. Schliesslich sei es „notwendig und hilfreich“, wenn professionelle der Sozialen Arbeit aktiv psychotherapeutische Methoden beherrschen. Galuske (2011: 143) merkt an, dass Professionelle der Sozialen Arbeit sich durchaus psychotherapeutischer Techniken bedienen können, gerade, „wenn dies im Hinblick auf die Person, ihr Problem und die Situation sinnvoll und begründet erscheint.“ Dabei sei jedoch wichtig, dass „sozialpädagogische Methoden nicht durch therapeutische Methoden ersetzbar sind“, vielmehr müssen die Methoden durch die Brille der Sozialen Arbeit kritisch betrachtet und gegebenenfalls angepasst werden.

Im Folgenden soll es noch um die klinische Sozialarbeit gehen, welche ihrem Gegenstand gemäss intensiver mit psychisch erkrankten Menschen in Kontakt kommt als andere Bereiche der Sozialen Arbeit. Unter klinischer Sozialarbeit versteht man die „Teildisziplin der Sozialen Arbeit, die sich mit psycho-sozialen Störungen und den sozialen Aspekten psychischer und somatischer Störungen/Krankheiten und Behinderungen unter Berücksichtigung der Lebenslage der Betroffenen befasst“ (Pauls 2013: 22). Im Gegensatz zur klinischen Psychologie setze sie „an der sozialen Perspektive an, bspw. an der Erhöhung des Unterstützungspotentials innerhalb von privaten und professionellen sozialen Netzwerke [sic] der Klienten, durch Vernetzung und Kooperation [...], durch direkte Alltagsunterstützung [...] und durch Kompensation defizitärer sozialstruktureller Situationsmerkmale [...], ggf. durch direkte Unterstützung und Moderation bei Lebensereignissen und Situationen im Feld“ (ebd.: 23 f.). Dabei betont Pauls (2013: 126), „Die psychotherapeutischen Sicht- und Vorgehensweisen leisten einen wichtigen Beitrag für die Grundformen psycho-sozialer Behandlung, indem sie Grundkenntnisse über die innerpsychischen Vorgänge der Person und Methodenkompetenz

beitragen.“ Die Methodenkompetenz der Psychotherapie werde dabei benötigt „in der Gesprächsführung, bei Hilfen zur Erlebnisverarbeitung und zur Verhaltensänderung, in der Beratung, der sozialen Therapie und der Krisenintervention.“ Dabei sei klinische Sozialarbeit laut Geissler-Piltz, Mühlum und Pauls (2005: 104)

keine Ansammlung von Techniken zur Veränderung des Verhaltens von Individuen, sondern ein integrierter professioneller Ansatz zur Verbesserung der Passung zwischen Klient bzw. Klientensystem und Umwelt. Sie trägt mit ihrer Offenheit für den psychotherapeutischen Blickwinkel und ihrer Methodenintegration hingegen auch der Tatsache Rechnung, dass jedes Individuum fortwährend vor der Aufgabe steht, auf [sic] dem Hintergrund seiner körperlichen Gesundheit, psychischen Struktur, aktuellen psychosozialen Situation und ökonomischen Lage Veränderungen zu bewältigen. Sie kann daher nicht auf psychotherapeutische Grundlagen der Beziehungsarbeit und des Umgangs mit dem Selbstbezug von Klient und Helfer verzichten. Diese Methodenkompetenz wird benötigt in der Gesprächsführung und bei Hilfen zur Erlebnisverarbeitung und Verhaltensänderung in Beratung, Sozialer Therapie und Krisenintervention.

Aus Perspektive der klinischen Sozialarbeit wird somit ersichtlich, dass psychotherapeutisches Wissen einerseits nötig ist, um die innerpsychischen Vorgänge der Patientinnen und Patienten zu verstehen. Andererseits stellen die Methoden der Psychotherapie wichtige Grundlagen dar, auf denen die Methodenkompetenz der Professionellen in der klinischen Sozialarbeit aufbauen, etwa in Bereichen wie der Gesprächsführung oder der Beratung.

An diesem Punkt halte ich es für sinnvoll, im Sinne eines Exkurses vertieft auf die professionelle Beziehung einzugehen. Gahleitner (2017: 232, 286 f.) beschreibt, wie der Erfolg in psychosozialen Institutionen massgeblich von der gelingenden Beziehungsgestaltung abhängt, wobei sie die entsprechenden Voraussetzungen für den Aufbau der professionellen Beziehung benennt. So brauche es erstens „eine authentische, emotional tragfähige, persönlich geprägte und dennoch reflexiv und fachlich durchdrungene Beziehungsgestaltung.“ Ferner müsse durch „fachkompetente und bindungsensible Nähe-Distanz-Regulierung wieder Vertrauen möglich gemacht werden.“ Dies entfalte Chancen auf Veränderungsprozesse in Form von weiteren möglichen Verbindungen im (professionellen) Netzwerk der Klientinnen und Klienten. Dieser Beziehungsgestaltungsprozess müsse den gesamten Alltag durchdringen, bis schliesslich ein „vertrauensvolles, professionelles ‚Umgebungsmilieu‘“ entwickelt sei, welches auf das Individuum zurückwirke. Schäfter (2010: 293 f.) hat Arbeitsprinzipien für die Beziehungsgestaltung in der Sozialen Arbeit herausgearbeitet. Diese würden „sowohl eine spezifische Haltung als auch sich daraus ableitendes, zielorientiertes Handeln“ ausdrücken. Diese seien erstens reflexive, kontextbezogene Zuwendung, also die „Teilnahme an den Schilderungen der KlientIn durch anteilnehmendes Fragen und Paraphrasieren, die gleichzeitig aufgabenorientierte, zielbezogene Verbalisierung von Ängsten, Wünschen etc.“ Zweitens ist das die selektive, persönliche Öffnung, also wenn Fachkräfte „sich persönlich ansprechen lassen oder in der Beratung auf eigene,

ähnliche Erfahrungen verweisen“. Drittens nennt sie die Ressourcenorientierung, also die „Wahrnehmung und Thematisierung von Gelingendem und Stärken“. Schliesslich führt sie die Kompetenzpräsentation aus, also wenn Professionelle „ihr Mehr-Wissen und Mehr-Können in der Beratung verdeutlichen bzw. „präsentieren““. Daraus könnten sich dann die vier Beziehungsqualitäten wechselseitiges Vertrauen, gegenseitiges Verständnis, wechselseitige Wertschätzung und gemeinsame Hoffnung entwickeln. Auch Müller de Menezes (2011: 337 ff.), deren Arbeit in Kapitel 4.3 ausführlich behandelt wurde, äussert sich zur Beziehungsgestaltung in Sozialdiensten. So bestehe die berufliche Anforderung in der Sozialhilfe „darin, die Beziehung zu den KlientInnen aufgabenorientiert und partizipativ zu gestalten“, wobei phasen- oder bereichsweise auch eine symmetrische Beziehung anzustreben sei. Dies sei beim Passungs- und Dienstleistungstyp zeitweise möglich, bei den Typen Sanktion und Fürsorge nicht, da diese immer asymmetrisch ausfielen. Ein zentraler Faktor sei Vertrauen. Dieses könne durch „Erfahrungen von Verlässlichkeit, Transparenz und Unterstützung“ aufgebaut werden und wirke dann „wie ein Schmiermittel und vereinfacht die Zusammenarbeit zwischen SozialarbeiterIn und KlientIn.“ Ohne Vertrauensverhältnis würde Kontrolle, etwa in Form von Hausbesuchen oder verhörmässigem Befragen, stärker gewichtet. Schliesslich könne es zu Konflikten kommen, was aber nicht per se negativ zu bewerten sei. Der Konflikt müsse produktiv bewältigt werden, es brauche eine offene Aussprache. Der Hinweis auf Mitwirkungspflichten sei bei Konflikten jedoch nicht hilfreich, es bestehe die Vermutung, dass Konflikte „oft mit der Fremdbestimmung der KlientInnen und einer asymmetrischen Beziehungsgestaltung zusammenhängen.“ Die **Psychotherapie** kennt selbstverständlich auch unterschiedliche Konzepte der Beziehungsgestaltung, auf die ich aus Platzgründen in dieser Arbeit jedoch nicht eingehen kann. Linehan (2017: 388), um deren Dialektisch-Behaviorale Therapie es im Folgenden gehen wird, betont, viele Strategien der DBT seien „nur dann effektiv, wenn sie sich auf eine positive Beziehung zwischen Patientin und Therapeut stützen können [...]“. Auch für den Therapeuten selbst sei eine positive Beziehung hilfreich, da sie ihn unterstütze, „ein konstruktives Arbeitsbündnis aufrechtzuerhalten, oder ihn davon abhalten [sic], mit Feindseligkeit, Frustration oder anderen nicht-therapeutischen Verhaltensweisen zu reagieren.“ Die Beziehung spiele in der DBT gar eine doppelte Rolle: Sie sei „das Medium, durch das der Therapeut die Therapie verwirklicht; sie ist aber auch die Therapie.“ Dies bedeutet, dass der Therapeut sich „mitfühlend, sensibel, flexibel, nicht-wertend, akzeptierend und geduldig“ verhalten müsse, damit auf Grundlage dieser Beziehung die Therapie effektiv sein kann (Beziehung als Therapie). Andererseits kann diese Beziehung dann verwendet werden als „Mittel zum Zweck – eine Möglichkeit, genügend Kontakt mit und Einfluss auf die Patientin zu haben, um Veränderung und Wachstum zu fördern.“ (Beziehung als Therapie-Medium). Der Therapeut müsse „immer wieder eine angemessene Balance zwischen diesen beiden Ansätzen finden.“

Zusammengefasst, lässt sich festhalten, dass Soziale Arbeit und Psychotherapie viele Gemeinsamkeiten und Schnittstellen aufweisen. Der grösste Unterschied liegt wohl darin, dass Psychotherapie – im Gegensatz zu Sozialer Arbeit – primär die Veränderung von psychischen Leidenszuständen mit Krankheitswert zum Ziel hat. Aber aufgrund der vielen Gemeinsamkeiten (z. B. Gesundheit und soziale Situation als Gegenstand, helfende Beziehung, Überschneidung bei der Klientel...) eignen sich psychotherapeutische Methoden hervorragend für einen Einsatz in der Sozialen Arbeit. Die psychotherapeutischen Methoden leisten dabei einerseits einen Beitrag zum Verständnis der innerpsychischen Vorgänge der betroffenen Klientinnen und Klienten und können andererseits die Grundlage für das Methodenrepertoire wie etwa bei der Gesprächsführung oder Beratung bieten. Die (professionelle) Beziehung wird sowohl in der Sozialen Arbeit als auch in der Psychotherapie als zentrale Voraussetzung für eine gelingende Zusammenarbeit angesehen. Im nächsten Kapitel geht es nun um eine konkrete psychotherapeutische Methode und um Elemente davon, welche sich in die Soziale Arbeit in der Sozialhilfe integrieren lassen.

6 Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)

Im Folgenden geht es zunächst darum, kurz darzustellen, was die DBT ist, wo sie in der Psychotherapie zu verorten ist und was ihre grundlegenden Gedanken sind. Darauf kommt der eigentliche Kernteil der Arbeit, in welchem ich Elemente der DBT aufführe und diskutiere, welche sich meines Erachtens in die Soziale Arbeit in der Sozialhilfe integrieren lassen. Schliesslich folgt am Ende dieses Kapitels der Abschluss der Arbeit, in welchem die Ergebnisse diskutiert werden, die Hauptfragestellung wird beantwortet und weiterführende Gedanken werden angeführt.

6.1 Beschreibung der DBT: Geschichte, Einordnung, Grundlage

Blickt man auf die Geschichte der kognitiven Verhaltenstherapie, so lassen sich drei Phasen herausarbeiten. Die Entwicklung begann in den 1940er/1950er Jahren mit der behavioralen Phase der Verhaltenstherapie, welche ihren naturwissenschaftlich-empirischen Hintergrund betonte und fast ausschliesslich auf die Verhaltensebene fokussierte. In den 1970er Jahren begann die kognitiv-verhaltenstherapeutische Phase, da klar wurde, dass eine Reduktion der Menschen auf Verhaltensweisen nicht zielführend ist; der Fokus wurde ergänzend auf Gedanken und Überzeugungen der Patientinnen und Patienten gelegt. In den 1990er Jahren wurde dies schliesslich abermals ergänzt, da einige Patientinnen- und Patientengruppen mit den etablierten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Methoden nicht oder nur schlecht erreicht werden konnten. Der Blick richtete sich neu auch auf Gefühle und Emotionen und das Therapie-Repertoire wurde mit entsprechenden Methoden wie z. B. Fertigungs- und Emotionsregulationstrainings ergänzt. Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) ist, neben anderen Methoden wie etwa der Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT), eine typische

Vertreterin dieser neueren Therapierichtungen, die auch „dritte Welle“ genannt werden (Heidenreich/Michalak 2013: 14 ff.). Die DBT wurde „in den 1980er Jahren von Marsha Linehan (Seattle, USA) als modulare störungsspezifische ambulante Therapie für chronisch suizidale Patientinnen mit BPS entwickelt“ (Bohus 2019: 20). Bis in die 1980er Jahre hinein galt die Borderline-Persönlichkeitsstörung als kaum behandelbar, bis Linehan „mit der Dialektisch Behavioralen Therapie (DBT) erstmals einen wissenschaftlichen Wirksamkeitsnachweis erbrachte.“ Linehan definierte „eine tiefgreifende Störung der Emotionsregulation als das zentrale Problem der BPS“, wobei die DBT hauptsächlich darauf abzielt, Fertigkeiten für Stresstoleranz und Emotionsregulation zu verbessern (ebd.: 3). Stiglmayr (2017: 628) beschreibt die DBT als eine „manualgestützte, verhaltenstherapeutisch orientierte Therapie. Neben den etablierten kognitiv-behavioralen Methoden integriert die DBT eine Vielzahl weiterer Strategien und Techniken vor allem aus der Gesprächspsychotherapie, der Gestalttherapie, der Hypnotherapie und dem Zen-Buddhismus.“ Ferner sei die DBT die erste Psychotherapie-Form, deren Wirksamkeit bei der Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung in klinischen Studien belegt werden konnte. Ihr wird der höchste Evidenzgrad bei der Behandlung der BPS zugesprochen (vgl. ebd.: 637).

Linehan (2017: 22-27) beschreibt die Dialektik, welche auch schon im Namen der Dialektisch-Behavioralen Therapie vorkommt, als eine der Grundlagen ihrer Methode. Dialektik sei eine Weltsicht. Einerseits betone sie „Das Prinzip der wechselseitigen Beziehungen und der Ganzheit“, nichts existiert nur für sich, sondern alles ist einem Kontext unterlegen. Ein weiteres wichtiges Prinzip der Dialektik ist dasjenige der Polarität, die Realität sei „nicht statisch, sondern besteht aus inneren einander entgegengesetzten Kräften (,These‘ und ,Antithese‘), aus deren Integration (,Synthese‘) ein neues Paar entgegengesetzter Kräfte resultiert.“ Daraus ergibt sich, dass jede Dysfunktionalität auch Funktionalität, jede Verzerrung auch Wahrheit und jede Zerstörung auch Aufbau enthalte. Deswegen ist die Validierung, also die „Bestätigung der Berechtigung der Gefühle und Gedanken der Patientin“, zentral für die DBT; es muss davon ausgegangen werden, dass jedermann das nötige Potential für Veränderung in sich trage („die Eichel ist der Baum“). Dies alles führe ausserdem „zu einer Ganzheit, die sich in einem kontinuierlichen Wandlungsprozess befindet.“ Das Wesen des Lebens sei somit „der Wandel (oder ,Prozess‘), nicht Struktur oder Inhalt“. In der Therapie bestehe immer „ein vorübergehendes Gleichgewicht zwischen den Versuchen der Patientin, so zu bleiben, wie sie ist, also keine Veränderung vorzunehmen, und andererseits den Versuchen, sich trotz der ihr durch ihre Vorgeschichte und ihre aktuelle Situation auferlegten Einschränkungen zu verändern.“ Kurzum, der Grundsatz des dialektischen Ansatzes bestehe „darin, nichts als eine endgültige Wahrheit oder unbezweifelbare Tatsache zu akzeptieren. Die Frage, die sich Patientin und Therapeut stellen, ist also: ‚Was ist es, das wir bisher noch nicht verstehen?‘“ Die Verhaltensweisen der Borderline-Betroffenen könne als „Scheitern an der Dialektik“ interpretiert werden. Sie wechseln „zwischen zwei klaren, aber

unvereinbaren Standpunkten hin und her und sind unfähig, zu einer Synthese der zwei Positionen zu gelangen.“ So kann zum Beispiel ein Mensch gemäss diesem Denken unmöglich gut sein, wenn er auch nur einen kleinsten Fehler begangen hat; er bleibt fehlerhaft. Wenn also beispielsweise die Sozialarbeiterin, welche in der Regel sehr engagiert und professionell ist, einmal aus Versehen vergisst, die monatliche Zahlung auszulösen, dann fällt es dem Borderline-betroffenen Klienten schwer, zu akzeptieren, dass die Sozialarbeiterin einfach einen Fehler begangen hat. Vielmehr wird es wohl daran liegen, dass sie eine schlechte Sozialarbeiterin ist oder dass sie den Klienten hasst oder ihr ist der Klient einfach egal. Solche extremen Ansichten bergen ein enormes Konfliktpotenzial, sei es in der Partnerschaft, im privaten Umfeld, aber auch im professionellen Setting. Im Folgenden soll es deshalb darum gehen, Haltungen, Techniken und Konzepte aufzuzeigen, welche Sozialarbeitende in der Sozialhilfe darin unterstützen können, mit Klientinnen und Klienten umzugehen, welche an einer BPS leiden.

6.2 Transfer: Elemente, welche in der Sozialhilfe eingesetzt werden können

Zunächst sei erwähnt, dass dieser Teil, welcher der Kern dieser Arbeit ist, relativ willkürlich zusammengestellt wurde. Neben meiner persönlichen Erfahrung als Sozialarbeiter in der Sozialhilfe und den Vorarbeiten und Definitionen dieser Arbeit berufe ich mich auch auf mein Bauchgefühl, um auszuwählen, welche der unzähligen Prinzipien, Techniken und Strategien der DBT ich im Folgenden aufführe. Nicht zuletzt hat auch der begrenzte Platz dieser Arbeit einen Rahmen zur Auswahl vorgegeben. Das zentrale Auswahlkriterium war, ob die ausgewählten Prinzipien, Techniken und Strategien meines Erachtens realistischerweise unter den – ausführlich dargelegten – Rahmenbedingungen der Sozialhilfe nutzbringend eingesetzt werden können. Eine andere Person würde aber möglicherweise den Fokus auf andere Punkte legen und die Auswahl der in der Sozialhilfe einsetzbaren Elemente sähe anders aus. Die Elemente folgen im Übrigen in der Reihenfolge, in welcher sie in Linehans Werk zu finden sind.

6.2.1 Annahmen über Borderline-Betroffene

Linehan (2017: 78) führt Grundannahmen auf, welche es erleichtern, mit Borderline-Betroffenen zu arbeiten. Diese scheinen mir sehr wichtig, da das Verhalten der Betroffenen diesen Annahmen häufig diametral gegenübersteht. So ist eine wichtige Grundannahme, dass die Betroffenen sich wirklich Mühe geben. Borderline-Betroffene würden häufig extrem hart daran arbeiten, sich zu verändern; die Bemühungen seien meist aber nicht sehr offensichtlich. Dies führe oft zum Schluss, sie würden sich gar keine Mühe geben oder es sei ihnen egal, ob sich etwas verbessert oder verschlechtert. Die Dispositionen der Erkrankung würden auch dazu führen, dass sich Betroffene noch viel mehr anstrengen müssten als Nicht-Betroffene, um sich zu ändern. Nur weil sich die Betroffenen wirklich Mühe geben,

heisst das leider noch lange nicht, dass sie dies auch erreichen. Mit ihrer häufig schwer belasteten Vergangenheit haben Menschen mit BPS nicht alle ihre Schwierigkeiten selbst herbeigeführt, aber es führt kein Weg daran vorbei, dass sie die Probleme selbst lösen müssen. Weder Therapierende noch Sozialarbeitende können die Betroffenen „retten“, mehr als eine Unterstützung ist nicht möglich, der Löwenanteil der Arbeit liegt bei den Betroffenen selbst. Auch geht Linehan davon aus, dass das Leben von suizidalen Borderline-Betroffenen unerträglich sei, was klar werde, wenn man die Symptome und Schwierigkeiten der Betroffenen anschaut und ernst nimmt. Die einzige Lösung bestehe darin, das Leben zu ändern. Ferner geht Linehan davon aus, dass Borderline-Patientinnen in der Therapie nicht versagen können. Es liege „an der Therapie, an dem Therapeuten oder an beiden [...]“, wenn die Patientin die Therapie abbricht, keine Fortschritte macht oder sich ihr Zustand sogar verschlechtert.“ Auch wenn die Motivation der Betroffenen mangelhaft sei, sei es an den Therapierenden, diese zu erhöhen. Dieser Punkt scheint mir in Hinsicht auf die Soziale Arbeit wichtig, da es vorkommen kann, dass ein Klient oder eine Klientin immer wieder andere Therapeutinnen und Therapeuten aufsucht oder sich in stationären Einrichtungen als „nicht tragbar“ oder „therapieresistent“ zeigt. In diesem Fall sollten die Fallführenden in der Sozialhilfe die Betroffenen nicht vorschnell als „hoffnungslose Fälle“ abstempeln, sondern eben davon ausgehen, dass sie sich grosse Mühe gegeben haben. Schliesslich geht Linehan auch davon aus, dass Therapeutinnen und Therapeuten (oder, übertragen auf diese Arbeit, Sozialarbeitende) von Borderline-Betroffenen Unterstützung benötigen. Borderline-Betroffene würden zu den „schwierigsten“ Patientinnen und Patienten zählen, es komme häufig zu Hilferufen und Krisen, die potenzielle Fehlerrate sei gross. Aus diesem Grund sei es wichtig, sich die „Unterstützung einer Supervisions-Gruppe, eines Beraters oder eines Supervisors“ zu holen (mehr zur Unterstützung der Professionellen im Kapitel 6.2.8).

Die Annahmen sind meines Erachtens nützlich, weil sie erneut aufzeigen, dass es sich bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung um ein schwerwiegendes Störungsbild mit grosser Einschränkung der Funktionsfähigkeit handelt, bei welchem die Fallführenden mit einem gewissen Verständnis für die Klientinnen und Klienten arbeiten müssen. Verstreitet sich ein Klient häufig im Arbeitsintegrationsprogramm, fliegt er schon zum dritten Mal aus einem Wohnheim, hangelt er sich von Krise zu Krise oder beschwert er sich bei Terminen ständig darüber, wie unfair die Welt doch sei, heisst das noch lange nicht, dass er sich keine Mühe gibt oder seine Situation nicht verändern will. Vielmehr muss er noch viel mehr als alle anderen an sich arbeiten, um Fortschritte zu erzielen, und das auch mit Unterstützung von Professionellen. Diese müssen hingegen auch davon ausgehen, dass es ihnen zu viel werden kann und sie sich von organisationsinternen oder -externen Kolleginnen und Kollegen helfen lassen sollen.

6.2.2 Merkmale und Fertigkeiten der Professionellen

Linehan geht auch darauf ein, über welche Fähigkeiten ein Therapeut oder eine Therapeutin verfügen soll, um erfolgreich BPS-Betroffene zu behandeln. Gemäss der Dialektik gibt Linehan hier drei Begriffspaare an, welche als gegensätzliche Pole aufgefasst werden können. Therapierende, beziehungsweise Sozialarbeitende sollten bei diesen drei Begriffspaaren jeweils die richtige Balance finden, um erfolgreich mit den Betroffenen interagieren zu können. Beim ersten Begriffspaar, **Annehmen versus Veränderung**, meint das Annehmen, dass die professionelle Beziehung und der Prozess genau so genommen wird, wie er ist; der oder die Sozialarbeitende soll die Bereitschaft mitbringen, „das Positive des aktuellen Zustandes und der Beteiligten zu sehen und keine Verurteilungen, Schuldzuweisungen oder Manipulationen vorzunehmen.“ Gleichzeitig sei „Veränderung die Realität“ und schlussendlich besteht der Zweck von therapeutischer (oder sonstiger professioneller) Hilfe häufig aus der Notwendigkeit von Veränderung oder dem Wunsch der Betroffenen danach. Professionelle müssen also gleichzeitig Wärme/Akzeptanz und Kontrolle ausstrahlen und richtig dosieren: Kontrolle über Verhaltensänderungen/Interventionen muss durch Wärme und Akzeptanz in der Beziehung ausgeglichen werden, um als stützend und hilfsbereit empfunden zu werden. Bei den nächsten Begriffen, **unbeirrbar Zentriertheit versus mitfühlende Flexibilität**, meint der erste Begriff, dass die Professionellen an sich selbst und den Klienten oder die Klientin glauben, „Es bedeutet Ruhe inmitten von Chaos, wie das Auge des Sturms“, was auch eine gewisse Weitsicht im Prozess bedeutet, trotz kurzfristiger Krisen oder Veränderungen. Bei der mitfühlenden Flexibilität hingegen soll der oder die Sozialarbeitende offen sein für neue Informationen, um die Position gegebenenfalls auch zu ändern. Zuvor eingenommene Positionen müssen also bereitwillig aufgegeben werden, die Professionellen müssen jederzeit bereit sein, ihr Verhalten als falsch einzustufen. Linehan beschreibt es metaphorisch folgendermassen: „Zentriertheit bedeutet, mit beiden Beinen fest auf der Erde zu stehen; Flexibilität heisst, die Schulter so zu wenden, dass die Patientin vorbeigehen kann.“ Einerseits sind also eine klare Haltung und Konsistenz erforderlich, aber andererseits auch eine Flexibilität mit steter Bereitschaft, seine Haltung und das Verhalten zu ändern. Schliesslich beschreibt Linehan die **stützende versus wohlwollend fordernde Haltung**. Die Professionellen unterstützen die Klientin oder den Klienten, vermitteln Informationen, beraten, geben Kraft und Hilfestellung. Gleichzeitig gilt es, abzuwägen, wann Hilfe notwendig ist und wann das Gegenüber sich selbst helfen kann. Das wohlwollende Fordern meint somit, dass die vorhandenen Fähigkeiten erkannt werden, der Klient oder die Klientin wird darin bestärkt, selbst die Verantwortung zu übernehmen, wenn dies möglich ist. Metaphorisch beschreibt Linehan, man stosse das Gegenüber mit einer Hand nach vorn, während man es mit der anderen Hand stützt.

Diese Merkmale und Fertigkeiten sind meines Erachtens hervorragend auf die Soziale Arbeit übertragbar. Durch ihre (vermeintliche) Widersprüchlichkeit setzen sie jedoch ein hohes Reflexionspotenzial voraus. Es handelt sich nicht um eine feste Haltung oder eine feste Regel, sondern eben wiederum um einen Balanceakt: Inwieweit akzeptiere ich das Wesen der Klientin und inwieweit stosse ich Interventionen an, um Veränderungen anzuregen? Inwieweit fordere ich das Einhalten von Regeln und Bestimmungen ein und ab wann passe ich diese individuell an? Wo biete ich Hand zur Hilfe und übernehme eine Aufgabe des Klienten und wo bestehe ich darauf, dass er es selbst erledigen muss? Dies sind, nebenbei bemerkt, Fragen, welche sich in der Sozialen Arbeit andauernd stellen. Aufgrund der zu erwartenden Komplexität sind sie bei Borderline-Betroffenen jedoch besonders schwierig zu beantworten und benötigen ein besonderes Feingefühl, einen Balanceakt eben.

6.2.3 Einzelne dialektische Strategien

Im Folgenden geht es um rhetorische (oder man könnte auch sagen didaktische) Strategien, welche Linehan beschreibt. Es ist jedoch zu beachten, dass diese dialektischen Strategien nicht „abgehobene Spielereien oder Taschenspielertricks“ sind; das Handeln der Anwenderin oder des Anwenders müsse von „Ehrlichkeit und Engagement geprägt“ sein, damit die Strategien erfolgreich sein können (Linehan 2017: 161). Linehan beschreibt, wie Geschichten meist eingängiger seien als Anleitungen und Instruktionen (BPS-Betroffene schweifen leicht ab!) und empfiehlt deshalb den **Einsatz von Metaphern** (vgl. ebd.: 154 ff.). Dies schaffe auch eine entspanntere Atmosphäre und eine gut konstruierte Metapher wirke weniger bedrohlich, gerade, wenn man das Gegenüber auf negative Auswirkungen des Verhaltens aufmerksam machen will. Auf die Soziale Arbeit in der Sozialhilfe übertragen, könnte ein von Linehan inspiriertes Beispiel zum Beispiel folgendes sein. Ein Klient kann sich nicht dazu bewegen, seine Steuererklärung auszufüllen und abzugeben, da es immer schmerzlich und mühsam ist, das (finanzielle) Jahr Revue passieren zu lassen. Es droht aber eine Einschätzung durchs Steueramt und ein Verlustschein im Betreibungsregister. Der Klient bleibt, metaphorisch gesprochen, passiv in der Ecke eines brennenden Zimmers, der einzige Ausweg ist die brennende Tür. Er muss sich in nasse Tücher hüllen und durch die Tür laufen, sonst wird es nur noch schlimmer. Ein anderes Beispiel könnte sein, dass es einer Klientin psychisch immer schlechter geht (was sie auch einsieht), sie weigert sich aber, psychotherapeutische oder psychiatrische Hilfe anzunehmen. In der Metapher ist sie wie eine Bergsteigerin, die auf einer winterlichen Bergtour schrecklich friert und sich dennoch weigert, Winterkleidung anzuziehen. Eine weitere interessante dialektische Strategie ist das **Ausdehnen (Extending)** (vgl. ebd.: 157). Dabei geht es darum, dass die Professionelle den Klienten ernster nimmt als er sich selbst. Dies sei insbesondere effektiv, wenn der Klient gar nicht damit rechnet, ernst genommen zu werden. Im Beispiel von Linehan geht es um eine Suizidandrohung (wobei man beim Thema Suizidalität meines Erachtens Vorsicht walten lassen sollte, siehe auch Kapitel 6.2.9).

Übertragen auf den Sozialdienst, könnte es aber so aussehen, dass der Klient meint, er könne sich gleich die Kugel geben, wenn ihm das Sozialamt eine bestimmte Leistung, zum Beispiel die Neuanschaffung eines Sofas, nicht bewillige. In diesem Fall könnte die Sozialarbeiterin stark auf die Bemerkung mit der Kugel eingehen, fragen, ob er suizidal sei; ob er denn eine Schusswaffe habe, ob er regelmässig solche Gedanken habe, ob sie eine Ambulanz rufen soll etc. und sich weigern, das Gespräch fortzuführen, bis das Thema geklärt ist. In der Regel erkenne der Klient, dass er die angedrohten Konsequenzen übertrieben hat und wird wohl zurückrudern (es sei denn, er wäre wirklich suizidal), worauf die Sozialarbeiterin inhaltlich auf den Klienten eingehen und eine Lösung mit ihm suchen kann. Eine weitere nützliche Strategie besteht darin, **aus Zitronen Limonade zu machen** (vgl. ebd.: 159 f.). Es bedeutet, dass der Sozialarbeiter ein Problem in einen Vorteil umwandelt bzw. umdeutet. Es könne dabei sehr schwierig sein, positive Aspekte zu finden; gar „so schwierig wie die Suche nach der Nadel im Heuhaufen.“ Die Strategie soll ausserdem auch nur angewendet werden, wenn die Klientin weiss, dass sie dem Sozialarbeiter vertrauen kann und er ihre Schmerzen anerkennt, da sie sonst denken könnte, er ignoriere ihr Leiden. Ein Beispiel könnte hier sein, dass es einer Klientin nach dem zigsten Psychiatrie-Aufenthalt psychisch immer noch sehr schlecht geht und sie sich bei ihrem Sozialarbeiter beklagt, wie schlimm alles sei. Der Sozialarbeiter könnte darauf erwähnen, dass sie sicher sehr leide und es eine schwierige Situation sei – Aber je öfters sie erfolglos in der Psychiatrie oder bei anderweitigen Behandlungen war und je schlechter es ihr gehe, desto höher seien ihre Chancen, eine IV-Rente zu erhalten und somit die Möglichkeit auf ein besseres Einkommen und ein selbstbestimmteres Leben zu haben. (Hier zeigt sich wiederum der Balanceakt beim Umgang mit Borderline-Betroffenen, da die Klientin diese Bemerkung auch so auslegen könnte, dass der Sozialarbeiter sie loswerden will).

Wie bereits eingangs erwähnt (und wie auch im Kapitel 5 ersichtlich wurde), sind diese Strategien nicht dazu gedacht, als „Tricks“ angewendet zu werden; sie eignen sich nur als Instrumente, wenn eine professionelle Beziehung steht und der Sozialarbeiter oder die Sozialarbeiterin sie mit Echtheit und gutem Willen anwenden. Wenn dies geschieht, so können solche Strategien jedoch dazu beitragen, dass Borderline-Betroffene Kritik, Vorschläge etc. besser annehmen und sich eher auf Veränderungen, Interventionen, Informationsvermittlungen usw. einlassen, anstatt in ihren Überzeugungen und Gedanken zu bleiben, welche häufig das Schlimmste vermuten.

6.2.4 Die Validierung

Im Kapitel 2.2 wurde ersichtlich, dass Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung einem invalidierenden, also abwertenden, Umfeld ausgesetzt waren. Hier setzt die Technik des Validierens an, dem Gegenüber soll vermittelt werden, dass das Verhalten „sinnvoll und im aktuellen Kontext

verstehbar ist“ (Linehan 2017: 163). In der Psychotherapie können gerade zu Beginn Validierungsstrategien die am meisten genutzten Strategien sein. Linehan betont, dass gerade bei BPS-Betroffenen eine „auf bedingungslosem Annehmen und Validierung der Verhaltensweisen“ basierende Strategie allerdings auch kontraproduktiv sein könne, weil das Drängen auf Annehmen und Validieren so wirken könne, dass die Probleme und Verzweiflung der Klientinnen und Klienten nicht ernst genommen würden, wobei die DBT wiederum versuche, ein Gleichgewicht zwischen Validierungs- und Veränderungsstrategien zu finden. Die Validierung werde gebraucht, um Veränderungsstrategien auszugleichen. Wenn also beispielsweise die Belastung im Umfeld der betroffenen Person steige, sollte man entsprechend mehr validieren (vgl. ebd.: 164).

Was nun den konkreten Ablauf der Validierung angeht, so beschreibt Linehan (2017: 165) drei Schritte. Zunächst gehe es um **aktive Beobachtung**, der Professionelle müsse aktiv zuhören und beobachten, was die Klientin denkt, fühlt und macht. Vorannahmen und Klatschgeschichten über die Klientin werden ausgeblendet, der Professionelle schaue und fühle wirklich einfach ganz genau hin. Im zweiten Schritt, der **Reflexion (Spiegelung)**, spiegle die Sozialarbeiterin dem Klienten ihre „Gefühle, Gedanken, Annahmen und Verhaltensweisen wider.“, was eine wertfreie Haltung voraussetzt. Die Sozialarbeiterin höre wiederum aufmerksam zu und gebe die Chance, rückzumelden, wenn etwas falsch sei („Ist das so richtig?“). Beim dritten Schritt, der **direkten Validierung**, betone der Sozialarbeiter „die Klugheit oder Validität der Reaktion“ und melde der Klientin zurück, dass er ihre Reaktion verstehen könne. Es werde vermittelt, dass die Gefühle, Gedanken und Handlungen der Klientin Sinn ergeben „im Kontext der momentanen Lebenssituation der Person“, also beispielsweise in Anbetracht der häufig zahlreichen invalidierenden Vorerfahrungen der Klientin. Auch wenn der Professionellen dysfunktionale Verhaltensweisen auffallen, welche als Ganzes betrachtet oft schädlich sind, achtet sie sich „auf die Aspekte der Reaktionen, die im Kontext entweder verstehbar oder angemessen sind.“ Die Suche nach dem Element in einer Verhaltensweise, welches validierbar sei, sei manchmal „wie die Suche nach dem Goldkorn in einer Schale Sand“; die DBT gehe aber davon aus, dass in jeder Sandschale ein Körnchen Gold stecke.

Im Weiteren zeigt Linehan einzelne Validierungsstrategien auf, so etwa für **Emotionen**. Auch wenn hier einige Strategien im Detail zu sehr auf der therapeutischen Ebene angegliedert sind, gibt es durchaus Ansätze, welche in der Sozialen Arbeit anwendbar sind. So kann es im akuten Krisenzustand wichtig sein, dass der Sozialarbeiter einfach nur zuhört und die Gefühle der Klientin validiert. Dies kann nach und nach zu einer Beruhigung führen, worauf dann wieder der Fokus aufs Problemlösen gesetzt werden kann (mehr zu Krisen im Kapitel 6.2.9). Weiter kann es sich für einen Klienten sehr validierend anfühlen, wenn die Sozialarbeiterin seine Emotionen lesen kann, ohne dass er darüber sprechen muss. Dies könne vermitteln, dass die emotionale Reaktion normal, voraussehbar

und verstehbar sei, da die Sozialarbeiterin schliesslich von sich aus bemerkt habe, wie es ihm geht. Dieses Vorgehen scheint mir insbesondere sinnvoll in Situationen, welche in der Sozialhilfe häufiger vorkommen und oftmals ähnliche Reaktionen auslösen, etwa ein ablehnender Entscheid der IV. Es dürfte wohl nicht weit hergeholt sein, dass der Klient sich in einer solchen Situation mit seinen Problemen und Einschränkungen nicht ernst genommen fühlt, und wenn die Sozialarbeiterin ihn auch noch etwas näher kennt, kann sie seine Gefühlslage mit hoher Wahrscheinlichkeit vorausahnen und dies entsprechend thematisieren (ebd.: 167 ff.). Was nun Validierungsstrategien für **Kognitionen** angeht, so beschreibt Linehan, wie BPS-Betroffene häufig in „verrückt machenden“ Familien aufgewachsen seien, wobei ihre Wahrnehmungen und Wirklichkeitsvorstellungen abgewertet wurden. Die Betroffenen neigen deshalb dazu, Dinge zu verzerren, zu übertreiben oder sich selektiv zu erinnern, weswegen das Umfeld (inklusive Sozialarbeitende) in der Tendenz annehme, die Betroffenen liegen falsch oder seien eher im Unrecht bei Auseinandersetzungen. Um hier professionell zu reagieren, soll der Sozialarbeiter erst einmal herausarbeiten, was die Klientin für Annahmen hat, also was sie für Konstrukte hat, um sich ihre Welt zu organisieren. Der Professionelle müsse versuchen, den wahren Kern zu finden; es sei wesentlich, nicht vorschnell die Meinungen, Gedanken und Entscheidungen der Klientin zu verurteilen. Durch die Suche nach dem wahren Kern gebe der Sozialarbeiter einen Vertrauensvorschuss und zeigt an, dass er davon ausgehe, in den Gedanken einen Anteil an Validität, Logik oder Sinn zu finden. Schliesslich sei es durchaus auch möglich, dass der Sozialarbeiter und die Klientin unterschiedliche Meinungen und Bewertungen haben, welche es zu respektieren gelte, ohne sich anzumassen, die überlegene oder bessere Ansicht zu haben (vgl. ebd.: 177-183). Eine weitere Validierungsstrategie besteht in **Ansporn- oder Cheerleading-Strategien**. In Anlehnung an Linehans Football-Beispiel, welches sie in ihrem Buch verwendet (sie ist US-Amerikanerin) könne die Arbeit mit Borderline-Erkrankten so sein, als wäre man der Trainer des schlechtesten Bundesliga-Clubs im letzten Spiel der Saison. Die Mannschaft liegt gegen Ende der zweiten Halbzeit 7:0 hinten, es ist kalt und es schneit, die Mannschaft will aufgeben. Es ist nun die Aufgabe des Trainers, standhaft zu bleiben, Mut zuzusprechen und die Mannschaft zu veranlassen, weiterzuspielen bis zum Abpfiff. Beim Anspornen validiere die Sozialarbeiterin die Fähigkeiten im Klienten, Schwierigkeiten zu überwinden und die Situation zu verbessern. Es bedeute, die Person dazu zu bringen, so viel zu leisten, wie sie könne, und die Hoffnung zu geben, dass sich diese Fähigkeiten noch ausbauen lassen, während man allerdings realistisch bleibt. Wiederum gehe es um ein Gleichgewicht zwischen der Würdigung, wie schwierig es ist, Fortschritte zu machen und dem gleichzeitigen Vertrauen in die Fähigkeiten des Klienten. Fürs Anspornen sei es denn wichtig, anzunehmen, dass der Klient sein Bestes gibt und ihn zu ermutigen, indem die Professionelle die Überzeugung ausdrückt, dass der Klient letztendlich seine Schwierigkeiten bewältigen oder in einer bestimmten Situation zurechtkommen wird. Auch könne ein Klient gelobt werden, wobei hier Vorsicht geboten ist, da Lob auch als

Bedrohung wirken kann, wenn es z. B. das Ende der Hilfe andeutet („Sie halten Ihre Wohnung inzwischen sehr sauber!“ könnte so aufgefasst werden, dass die – dringend nötige – Wohnbegleitung abgemeldet wird). In der Fussball-Metapher würde der Trainer das Spielfeld nicht verlassen, weil die Mannschaft am gewinnen ist. Auch wenn es gut läuft, soll die Sozialarbeiterin also weiterhin für den Klienten da sein und Unterstützung und Hilfe anbieten, falls er in Schwierigkeiten gerät – Schliesslich ist die Angst vor dem Verlassenwerden ein sehr starkes Element der BPS (vgl. ebd.: 180-184).

Wenn man bedenkt, dass Borderline-Betroffene häufig jahrzehntelang invalidiert wurden, sind die Validierungsstrategien meines Erachtens ein intuitiv erlernbarer Teil des Umgangs mit Betroffenen. Allgemein (und nicht nur bei Borderline-Betroffenen) halte ich sie für nützlich, um zu Klientinnen und Klienten eine Beziehung aufzubauen und dafür zu sorgen, dass diese sich verstanden und wertgeschätzt fühlen. Gerade im Fall von BPS-Betroffenen können sie dafür sorgen, dass diese positiven Erfahrungen mit den Mitarbeitenden der Sozialhilfe sammeln und die Kooperationsbereitschaft dadurch steigt. Nicht zuletzt sind die Validierungsstrategien sehr ressourcenorientiert, da meist nach dem „Körnchen Gold“ gesucht wird, welches die Klientinnen und Klienten leitet.

6.2.5 Verpflichtungsstrategien

Die DBT kennt Problemlösestrategien, wobei darunter nicht das umgangssprachliche Lösen von Problemen gemeint ist. Es sind zum grössten Teil Strategien, welche dysfunktionale Verhaltensweisen als zu lösende Probleme sehen und diese entsprechend verändern möchten (beispielsweise werden Probleme wie Essattacken oder Selbstverletzungen durch Techniken zur Emotionsregulation gelöst). Dies sind psychotherapeutische Veränderungsprozesse und deswegen meiner Ansicht nach im Sozialdienst nicht anwendbar. Eine Sparte der Problemlösestrategien sind aber Verpflichtungsstrategien, welche in die Fallarbeit der Sozialhilfe eingebracht werden können. So führt Linehan an, dass die Leistung, etwa bei einer Aufgabe, eng mit dem Grad an Verpflichtung korreliert, „Menschen tun mit grösserer Wahrscheinlichkeit etwas, wenn sie damit einverstanden sind.“ (Linehan 2017: 210) Ohne die Diskussion um die verschiedenen Pflichten in der Sozialhilfe erneut aufzugreifen (siehe Kapitel 4.1), sei vorgängig erwähnt, dass ich in diesem Kapitel weniger die Pflichten meine, welche als Rahmenbedingungen der Sozialhilfe angesehen werden müssen, etwa die Pflicht zur Deklaration von Einkommen oder zur Abgabe bestimmter Dokumente. Diese sind in der Regel nicht verhandelbar und es wäre beinahe zynisch, hier Verpflichtungsstrategien anzuwenden, wenn ein Unterlassen zu einer Abmeldung von der Sozialhilfe führen würde, da die Sozialhilfe nicht den Charakter einer (Dienst-) Leistung wie die Psychotherapie hat, sondern eben das unterste Glied in der Kette des Schweizer Sozialsystems ist und deswegen in der Regel unumgebar ist. Es gibt aber durchaus Spielräume in der Sozialhilfe, wo Verpflichtungsstrategien sinnvoll sein können. Linehan erwähnt, dass zu Beginn

der Zusammenarbeit Momente, in denen die Klientin sich verpflichtet, mitzuarbeiten, sofort verstärkt werden müssen. Auf einer zweiten Ebene müsse die Patientin beziehungsweise Klientin sich dazu verpflichten, „bei den spezifisch ausgewählten Behandlungsmassnahmen mitzuarbeiten.“ Bezogen auf die Sozialhilfe könnte damit ein Paket an individuell ausgehandelten Interventionsmassnahmen, z. B. ein Kurs, eine Wohnbegleitung, der Besuch einer Beratungsstelle usw. gemeint sein. Es sei dabei wichtig, zu bedenken, dass aktuelle kritische Ereignisse das Mass an Verpflichtung reduzieren können und dass die Klientin auch an Verpflichtungen erinnert und bei der Einhaltung unterstützt werden muss (vgl. ebd.: 211). Auch sei vor dem Aushandeln einer Verpflichtung eine gewisse Flexibilität und Respekt vor Wünschen, Zielen und Vorstellungen der Klientin vonnöten (vgl. ebd.: 212). Sind diese Voraussetzungen erfüllt, so gibt es verschiedene Strategien, um an der Verpflichtung zu arbeiten. So könne es etwa Sinn ergeben, gemeinsam mit der Klientin **Pro und Kontra** (vgl. ebd.: 212) einer Verpflichtung abzuwägen, um einerseits die positiven Aspekte zu wiederholen und andererseits Gegenargumente bei Vorbehalten zu entwickeln, welche früher oder später sicherlich auftauchen werden, gerade dann, wenn die Klientin allein ist und keine Unterstützung hat, um gegen ihre Zweifel anzukämpfen. Eine weitere Strategie ist die, den **Advocatus Diaboli** (vgl. ebd.: 214) zu spielen. Hierbei geht es darum, dem Klienten Argumente zu liefern, die gegen eine Verpflichtung sprechen (die Gegenargumente müssen natürlich weniger schwer wiegen als die Argumente dafür), mit dem Hintergedanken, dass der Klient die Verpflichtung nicht leichtfertig eingeht und ihm allfällige Gegenargumente schon bekannt sind, er wird also in seiner Verpflichtung gestärkt, sollte er später ohne anwesende Sozialarbeiterin Zweifel kriegen. Die **Fuss in der Tür-** bzw. **Tür- im Gesicht-**Techniken (vgl. ebd.: 214) entstammen der Sozialpsychologie. Beim Fuss in der Tür geht es darum, eine kleine Aufgabe zu stellen, welche dann in einem zweiten Schritt vergrössert wird. So könnte z. B. das niederschwellige Ziel sein, dass die Klientin sich verpflichtet, einfach ein einziges Mal beim Beschäftigungsprogramm aufzutauchen – und darauf wird noch die Verpflichtung eingeholt, dass sie sich auch aktiv dort einbringt, wenn sie sich ja sowieso verpflichtet hat, zu erscheinen. Bei der Tür im Gesicht geht es hingegen darum, zuerst viel mehr zu verlangen, als man will, um die Forderung danach anzupassen. So könnte von der Klientin verlangt werden, von jetzt an immer pünktlich zu den Terminen zu erscheinen, komme, was wolle – Und danach reduziert man die Forderung, dass die Klientin zumindest spätestens eine Stunde vorher anrufen soll, wenn sie einen Termin nicht wahrnehmen kann. In gewissen Situationen kann es auch sinnvoll sein, die **Wahlfreiheit und das Fehlen von Alternativen** zu betonen (vgl. ebd.: 215), da Linehan davon ausgeht, dass Verpflichtungen stärker sind, wenn man überzeugt ist, die Verpflichtung freiwillig eingegangen zu sein und andererseits annimmt, auf anderem Weg seine Ziele nicht zu erreichen. So hat beispielsweise ein IV-Verfahren kaum Aussichten auf Erfolg, wenn der Klient nicht aktiv mitarbeitet und die Abklärungstermine bei der IV nicht wahrnimmt. Den Klienten auf seine Mitwirkungspflicht und die Pflicht zur Geltendmachung

subsidiärer Leistungen aufmerksam zu machen, dürfte wohl nicht in jedem Fall erfolgsversprechend sein, insbesondere, wenn die Untersuchungen der IV als psychisch belastend empfunden werden. Im Sinne der Verpflichtungsstrategien könnte die Sozialarbeiterin nun herausarbeiten, was die Ziele des Klienten sind, wobei es für Klientinnen und Klienten in der Regel wünschenswert sein dürfte, sich von der Sozialhilfe ablösen zu können. In diesem Sinne könnte erarbeitet werden, dass der Klient (trotz der sozialhilferechtlichen Pflichten) schlussendlich nur durch freiwillige Mitarbeit Erfolgsaussichten auf eine IV-Rente (oder Umschulung) haben kann. Und da der Klient beispielsweise auf dem Arbeitsmarkt keine Chance hat oder unbedingt eine Umschulung möchte, welche ihm die Sozialhilfe nicht ermöglichen kann, ist das IV-Verfahren der einzige Weg, um sein Ziel zu erreichen. Das Prinzip der **Verhaltensausformung (Shaping)** (vgl. ebd.: 215 f.) besagt, „dass Verpflichtungen häufig ausgeformt werden müssen.“ Es betont das Prozesshafte der Verpflichtungen: Allenfalls muss eine Verpflichtung abgeändert werden, da sie nicht mehr den Umständen entspricht, oder ist so erfolgreich, dass sie sogar ausgedehnt werden kann. Allenfalls muss auch die Klientin nochmals an die Verpflichtung erinnert werden oder sie befindet sich gerade in einer Krise (oder ist anderweitig entmutigt) und es ist sinnvoll, einige der Verpflichtungen temporär auszusetzen. Es sei hier zentral, dass der Professionelle situativ die Anforderungen zurückschraube, ohne die Klientin als Versagerin dastehen zu lassen. Schliesslich kommt Linehan bei den Verpflichtungsstrategien abermals auf das **Anspornen (Cheerleading)** (vgl. ebd.: 216) zu sprechen, welches auch hier eingesetzt werden kann. So sei ein grosses Problem bei BPS-Betroffenen, dass diese oft davon ausgingen, dass ihre Versuche, Lösungen in die Praxis umzusetzen, in Versagen oder Demütigung enden werde. Es sei deswegen schwierig für sie, Verpflichtungen einzugehen, wenn nur wenig Hoffnung bestehe, diese auch einhalten zu können. Es ist deshalb wichtig, dass die Sozialarbeiterin dem Klienten Mut macht, ihn anspricht und jeden noch so kleinen Fortschritt verstärkt.

Da Verpflichtungen eher eingehalten werden, wenn das Gegenüber sie auch einhalten will, sehe ich in den Verpflichtungsstrategien wichtige Methoden, um die Zusammenarbeit in der Sozialhilfe zu verbessern und um eher erfolgsversprechende Interventionen aufgleisen zu können. Wie Linehan (2017: 216) jedoch betont, müssen Verpflichtungen mit Borderline-Betroffenen mehrmals wiederholt und oftmals auch erneuert werden, was auch eine gewisse Flexibilität und Fingerspitzengefühl vonseiten der Professionellen bedingt. Es ist ein Prozess, auf welchen sich die Professionellen einlassen müssen (und welcher auch ressourcenintensiv sein kann); es wäre nicht realistisch, zu erwarten, dass Verpflichtungen nach einmaliger Absprache vollständig umgesetzt werden, auch wenn die Klientinnen und Klienten die Verpflichtungen ernsthaft und ehrlich und von sich aus eingegangen sind.

6.2.6 Grenzen beachten

Wie im Kapitel 2.1 dargelegt, ist die Nähe-Distanz-Problematik wohl eines der bekanntesten Symptome der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Entsprechend kennt die DBT auch Prinzipien im Umgang mit Grenzen der Professionellen. Linehan (2017: 238) betont, in der DBT liege die Verantwortung für das Berücksichtigen der Grenzen bei den Therapeutinnen und Therapeuten bzw. den Professionellen. Dementsprechend obliegt es ihnen, zu reflektieren, welche Verhaltensweisen sie noch zu (er)tragen bereit sind und wann sie Grenzen setzen. Im Prinzip sorgen die Professionellen beim Grenzen setzen für die Klientinnen und Klienten, indem sie für sich selbst sorgen. Wo dabei die Grenzen liegen, sei von Person zu Person und je nach Umständen unterschiedlich: Die persönlichen Umstände der Professionellen, die aktuelle Beziehung zwischen Sozialarbeiter und Klientin, die aktuellen Ziele im Prozess oder die Eigenschaften der Klientin können hier einen Unterschied machen. Generell gelte, je stärker die professionelle Beziehung, desto weiter die Grenzen, da auch Professionelle eher bereit seien, mehr zu ertragen, wenn sie sich dem Gegenüber näher fühlen. Auch seien die Grenzen häufig weiter bei Klientinnen und Klienten, welche mitarbeiten als bei denjenigen, welche sich dagegen sträuben (vgl. ebd.: 239). Bei Grenzen gelte es, ehrlich zu sein mit dem Borderline-Betroffenen. Die Grenzen dienen dem Wohl der Professionellen, und dies könne auch so kommuniziert werden. Wenn der Klient die Grenzen der Sozialarbeiterin überschreitet und sie lässt dies zu, so steigt die Wahrscheinlichkeit, dass sie Fehler macht oder ihrerseits überreagiert, was dem Klienten schlussendlich schaden kann. In Extremsituationen (für die Klientinnen und Klienten) kann es jedoch auch hilfreich sein, die Grenzen vorübergehend auszudehnen (vgl. ebd.: 241). Versucht die Klientin jedoch ständig, die Grenzen des Sozialarbeiters auszudehnen, indem sie etwa über ihre Bedürfnisse diskutiert, sei es verlockend, die Grenzen temporär auszudehnen (und allenfalls dann zu diskutieren, dass ihre Bedürfnisse unangemessen seien). Dies sei ein Fehler, es gelte in solchen Situationen, standhaft zu sein, zu den Grenzen zu stehen und dies nötigenfalls immer wieder zu thematisieren. Es sei jedoch wichtig, dass das Setzen von Grenzen nicht bedeute, dass die Sozialarbeiterin dem Klienten gar nicht helfen kann oder will. Der Schmerz des Klienten kann validiert werden, allenfalls kann mit ihm ein Weg gefunden werden, sein Problem zu lösen, ohne dass die Sozialarbeiterin über ihre Grenzen muss.

6.2.7 Ausgewogene Kommunikation

Linehan unterscheidet bei den stilistischen Strategien zwischen den gleichberechtigten und den respektlosen Kommunikationstechniken. Bei der **gleichberechtigten Kommunikation** geht es um die vertraulichen Anteile in der Beziehung. So ist etwa **Reaktionsbereitschaft** ein wichtiges Element: Der Professionelle hört aufmerksam zu, lässt sich nicht ablenken, kritzelt nicht auf seinem Schreibblock herum, erkennt und berücksichtigt Wünsche und Bedürfnisse der Klientin, nimmt diese ernst und reagiert mit angemessenen und relevanten Antworten im Gesprächsfluss (vgl. Linehan 2017:

280). Weiter gehört ein gewisses Mass an **Selbstöffnung** zur gleichberechtigten Kommunikation. Die DBT ermuntere in manchen Situationen zur Selbstöffnung und rate in anderen davon ab; es komme auch darauf an, ob es hilfreich und im Prozess gerade relevant sei (vgl. ebd.: 281). Es wird unterschieden zwischen der Ich-bezogenen und der Personen-bezogenen Selbstöffnung. Die *Ich-bezogene Selbstöffnung* bezeichnet dabei Offenbarungen über die aktuellen Gefühle und Reaktionen der Professionellen gegenüber dem Klienten. Wenn etwa der Klient sich ständig beschwert, dass ihm zu Hause die Decke auf den Kopf falle, während die Sozialarbeiterin schon zum zigsten Mal eine Beschäftigung auf die Beine stellte, zu welcher der Klient dann nie erschien, könnte eine solche Selbstöffnung wie folgt aussehen (nach Linehan 2017: 283): „Sie meinen ständig, die Decke fällt Ihnen auf den Kopf, aber wenn wir eine Beschäftigung organisieren, welche Ihnen zusagt, gehen Sie nicht hin. Das frustriert mich, ich habe gerade das Gefühl, Sie lassen sich nicht helfen.“ Es geht also darum, dass die Professionelle beschreibt, wie sie die aktuelle Interaktion persönlich wahrnimmt. Dies kann auch die Stimmung betreffen, ungefähr so: „Ich habe das Gefühl, dass unsere Interaktion immer angespannter wird. Empfinden Sie das auch so?“ (Ebd.: 284), der Fokus des Dialoges wird auf die aktuelle Interaktion gelegt. Davon zu unterscheiden ist die *personenbezogene Selbstöffnung*: Dabei geht es um Informationen über die eigene Person, welche der Sozialarbeiter offenbart (z. B. Alter, Familienstand, Kinder, Religion, Arbeitsgewohnheiten...). Es wird dabei geraten, dass der Professionelle Informationen, die er mit gutem Gefühl teilen kann, offenlegen soll, wobei die Grenzen von Person zu Person unterschiedlich sind. Es wird allerdings geraten, sehr zurückhaltend beim Teilen aktueller Probleme zu sein, um nicht die Klientinnen und Klienten in eine beratende Rolle zu bringen (vgl. ebd.: 286 f.). Ein weiteres Element der gleichberechtigten Kommunikation ist **Wärme**. Die warme Beteiligung sei die übliche Haltung in der DBT (vgl. ebd.: 287-289). Aufgrund des gesetzlichen Auftrags in der Sozialhilfe und der dementsprechend wesentlich grösseren Distanz als in einem Psychotherapie-Setting halte ich Wärme nicht für das wichtigste Kriterium. **Echtheit** hingegen halte ich für eine zentrale Eigenschaft. Gerade BPS-Betroffene haben ein sehr feines Gespür für Nuancen in Stimmung und Ausdruck, aufgrund ihrer Eigenschaften und Vergangenheit (invalidierendes Umfeld mit willkürlichen Regeln und Grenzen) kommen sie auch häufig mit den „künstlichen Grenzen und Barrieren“ der Therapeuten- bzw. Sozialarbeiterinnenrolle nicht zurecht. Die DBT legt denn auch grossen Wert auf Echtheit, die Professionelle sei einfach sie selbst und baue mit dem Klienten eine echte (professionelle) Beziehung auf.

Nachdem nun die gleichberechtigte Kommunikation thematisiert wurde, geht es im Folgenden um deren Gegenpol, die **respektlose Kommunikation**. Die entsprechenden Techniken können dazu eingesetzt werden, dass Klientinnen und Klienten „aus der Bahn geworfen“ werden bzw. aus dem Gleichgewicht gebracht werden, damit sich wieder ein Gleichgewicht einspielen kann. Die respektlosen Kommunikationstechniken sollen die Aufmerksamkeit der Klientin erregen und sie dazu

bringen, einen völlig anderen Standpunkt zu verstehen. Es sei dabei wichtig, dass die Kommunikation „aus der Mitte“ des Professionellen komme, das heisst, sie muss echt sein, und sie müsse „in einen Mantel von Mitgefühl, Sorge und Wärme eingebettet sein“, um nicht negativ wahrgenommen zu werden. Im Grundsatz müsse dabei die zugrunde liegende Annahme der Klientin aufgenommen und auf emotionslose Weise über- oder untertrieben werden, um die Klientin auf neue Aspekte hinzuweisen (vgl. ebd.: 295). Eine mögliche respektlose Kommunikationstechnik ist das **Bohren, wo man sonst nur mit Samthandschuhen hinfasst**. Die DBT geht dabei davon aus, dass Borderline-Betroffene zerbrechliche und starke Anteile haben; die Technik wendet sich an die stabilen Anteile. Der Gedanke der Technik sei derjenige des Feuerwehrmanns, der sich im Brandfall nicht höflich vorstellt und um Entschuldigung bittet, sondern die Gefährdeten packt und aus dem Fenster ins Fangnetz wirft, um im (emotionalen) Chaos Zeit zu sparen. Die Sozialarbeiterin kommuniziert direkt und geradeheraus; klar, konkret und unvoreingenommen stellt sie die Fragen und bohrt eben dort nach, wo andere sich nicht trauen würden, nachzufragen. Das respektlose Vorgehen sei dabei keine fehlende emotionale Beteiligung, im Gegenteil, emotionaler Ausdruck werde vorausgesetzt (vgl. ebd.: 297). Eine weitere Technik ist der **Einsatz eines konfrontativen Tones** bei dysfunktionalem Verhalten. So hat beispielsweise einer meiner Klienten, welcher seine Drogen-Vergangenheit überwunden hat und seit Jahren zufrieden in einem betreuten Setting wohnt, geäußert, er überlege sich, eine WG mit einer noch immer heroinabhängigen Kollegin zu gründen, er wolle meine Meinung dazu wissen. Ich fragte ihn irritiert, ob er *ernsthaft* denke, dass dies eine gute Idee sei. Es stellte sich heraus, dass er die Idee auch für schlecht hielt, aber eine zweite Meinung hören wollte (vgl. ebd.: 298). Eine weitere Technik besteht darin, **den Bluff der Klientin aufliegen zu lassen**. Wenn beispielsweise eine Klientin damit droht, auszuwandern, in eine andere Gemeinde zu ziehen oder auf der Strasse zu leben, um nicht mehr zu den Terminen mit dem Sozialarbeiter gehen zu müssen, könnte die Antwort sein, „Das ist natürlich Ihr Recht. Soll ich den Lebensunterhalt für nächsten Monat bereits stoppen oder wie schnell setzen Sie Ihr Vorhaben um, was denken Sie?“ Es geht dabei darum, die Klientin ernster zu nehmen, als sie es möchte. Es sei dabei wichtig, der Klientin noch einen Ausweg offen zu lassen, wobei das Auffangnetz gleichzeitig mit dem Bluff aufgespannt werde (zum obigen Beispiel angefügt: „Aber das können Sie ja noch entscheiden und es sich überlegen; bis Sie etwas anderes melden, lassen wir es so weiterlaufen.“) (vgl. ebd.: 298).

Linehan (2017: 299) betont, „Gleichberechtigung und Respektlosigkeit müssen miteinander zu einer stilistischen Struktur verwoben werden. Keine von beiden allein oder unausgewogen angewandt, repräsentiert DBT.“ Nur Gleichberechtigung könne zu „nett“ und nur Respektlosigkeit zu „gemein“ sein, die beiden müssen sich die Waage halten. Ich möchte noch anfügen, dass die respektlosen Techniken meines Erachtens nur eingesetzt werden sollten, wenn grundsätzlich eine professionelle Beziehung und ein gewisses Vertrauen vorhanden sind, da die Beamten von der Sozialhilfe

sonst als zynische Grobiane mit respektlosem Umgangston wahrgenommen werden können. Ist jedoch eine tragfähige Beziehung vorhanden, können die respektlosen Techniken die gleichberechtigten ergänzen und beispielsweise helfen, neue Perspektiven aufzuzeigen und Bewegung in den Stillstand zu bringen.

6.2.8 Inter- bzw. Supervision der Professionellen

In der Dialektisch-Behavioralen Therapie ist Supervision bzw. Beratung der Professionellen kein optionaler Zusatz, sondern integraler Bestandteil der Therapie. Sie soll den Therapeutinnen und Therapeuten helfen, in der therapeutischen Beziehung zu bleiben und darin bestärkt zu werden. Die Supervisorin oder das Beratungsteam würden ein „Gegengewicht zu dem Therapeuten in seinen Interaktionen mit der Patientin“ bilden. Ausserdem stelle das Supervisions- oder Beratungsteam sicher, dass in der Behandlung auch tatsächlich nach DBT gehandelt werde (Linehan 2017: 318). Auch wenn im Setting in der Sozialhilfe kaum durchführbar ist, dass die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter alle über einen grundlegenden Wissensstand der DBT verfügen und von DBT-Supervisorinnen bzw. -Supervisoren gecoacht werden, gibt es dennoch Gründe, welche beim Umgang mit Borderline-Betroffenen für ein gewisses Mass an gegenseitiger oder externer Unterstützung sprechen, welche im Folgenden diskutiert werden. So würden schwer erkrankte Borderline-Betroffene die „drei belastendsten Verhaltensweisen von Patientinnen (Suizidversuche, Suiziddrohungen und Feindseligkeiten)“ zeigen, während sie ihr „intensives Leiden unablässig kommunizieren“ (ebd.: 319). Ferner würden Borderline-Betroffene die Professionellen bei unwirksamer Therapie (bzw. übertragen auf die Sozialhilfe bei unwirksamen Interventionen) häufig unabsichtlich verstärken und bei wirkungsvoller Therapie (bzw. Interventionen) entsprechend unbeabsichtigt bestrafen (vgl. ebd.: 320). Auch sei bei Borderline-Klientinnen und -Klienten die Gefahr gross, sich entmutigen zu lassen, weil der Anschein entstehen kann, dass Fortschritte ausbleiben. In diesem Sinne könne es der Motivation der Professionellen dienen, wenn in einem Super- oder Intervisionsteam die (auch noch so kleinen) Fortschritte herausgearbeitet werden (oder wenn die Professionellen zumindest daran erinnert werden, dass derartige Probleme bei Borderline-Betroffenen normal sind) (vgl. ebd.: 323). Nicht zuletzt kann in der Super- oder Intervision auch in Erscheinung treten, wenn Professionelle sich nicht an ethische Richtlinien halten, was wohl gerade bei so herausfordernden Klientinnen und Klienten eine Gefahr ist.

Wie erwähnt, stellt die Super- oder Intervision in der DBT einen integralen Bestandteil der Behandlung dar. Auch wenn in der Sozialhilfe keine Psychotherapie durchgeführt wird, halte ich es allgemein für sinnvoll, Fälle zu besprechen und die Vorgehensweise kritisch zu reflektieren, um die Abläufe und Haltungen zu hinterfragen. Gerade bei Borderline-Betroffenen sprechen besonders viele

Gründe dafür, dies zu tun, da die Belastung der Fallführenden grösser und das Potenzial für fachliche oder ethische Fehler entsprechend höher ist.

6.2.9 Strategien für spezifische Probleme: Eröffnen und Beenden von Gesprächen, Krisensituationen, Suizidalität

Linehan stellt auch Lösungsansätze für spezifische Probleme vor, welche bei der Zusammenarbeit mit Borderline-Betroffenen häufig vorkommen. So sei etwa das **Eröffnen von Gesprächen** bereits mit Herausforderungen verbunden. Menschen mit BPS erwarten häufig, dass die Sozialarbeitenden ihnen negativ oder ablehnend gegenüber treten, weswegen sie ständig in Bereitschaft seien, sich zurückzuziehen. Dies sei umso wahrscheinlicher, wenn der letzte Termin negativ verlaufen sei. Da die Betroffenen nie gelernt hätten, mit derartigen negativen Gefühlen umzugehen, könne eine solche Erfahrung als Katastrophe empfunden werden. Der Sozialarbeiter könnte die Klientin deswegen bei Beginn des Termins herzlich begrüssen und ihr sagen, dass er sich freue, sie zu sehen. Es sei auch wichtig, den emotionalen Zustand der Patientin zu erkennen und allfällige versteckte Themen, über die sie eigentlich reden möchte, anzusprechen, auch wenn diese nicht zentral sind beim Termin (Linehan 2017: 337 f.). Neben dem Eröffnen kann bei Borderline-Betroffenen auch das **Beenden von Gesprächen** Herausforderungen bergen. So würden Patienten die Therapietermine häufig „mit derart intensiven negativen Gefühlen, wie Wut, Frustration, Panik, Trauer, Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung, leere, Einsamkeit“ verlassen. Auch wenn in der Sozialhilfe nicht therapiert wird, ist es dennoch denkbar, dass je nach Inhalt eines Gesprächs gegen Ende des Termins negative Gefühle beim Klienten vorhanden sind, was wiederum abgefedert werden kann. So sei es von Person zu Person unterschiedlich, wann die Professionelle den Abschluss des Termins einleiten solle; je nach Klient könne dies schon mit Beginn der Sitzung passieren, damit schlussendlich ein gelungener Abschluss gefunden werden kann. Es biete sich auch an, das Gespräch am Schluss zusammenzufassen, die wichtigsten Punkte nochmals zu resümieren und dabei einen optimistischen Tenor zu vermitteln. Auch kann der Klient am Ende des Termins für die Fortschritte gelobt werden, um ihn zu validieren und anzusprechen. Ebenfalls kann dem Klienten vermittelt werden, dass er bei Bedarf Hilfe erbitten kann (bei der Sozialarbeiterin, bei Bekannten, notfalls bei der Psychiatrie oder der Ambulanz). Schliesslich können Abschlussrituale (zur Tür begleiten etc.) den Abschluss erleichtern (vgl. ebd.: 342-344). Was den **Abschluss der Sozialhilfeunterstützung** (bei Linehan: der Therapie) anbelangt, so dürfte dieser wohl weitaus weniger problematisch sein als bei einer Psychotherapie. Dennoch ist es denkbar, dass gerade bei langjähriger Unterstützung durch den gleichen Sozialarbeiter und bei Fehlen eines weiteren Unterstützungsnetzes der Fallführende in der Sozialhilfe zu einer wichtigen Bezugsperson geworden ist. Wenn nun absehbar ist, dass die Klientin abgelöst werden kann, etwa bei Zuspruch einer IV-Rente, könnte es vorteilhaft sein, diesen Abschlussprozess bewusst zu gestalten. So könnte das

Ende der Unterstützung schon einige Monate zum Voraus thematisiert werden, die Frequenz der Termine könnte verringert werden (vgl. ebd.: 344 f.). Auch wären allfällige Vernetzungen, etwa mit weiteren Beratungsstellen (beispielsweise Pro Infirmis) oder gar einer Psychiaterin oder einem Psychotherapeuten, wünschenswert, damit die Klientin den Zugang zur nötigen Unterstützung hat. Ein weiteres spezifisches Problem sind **Krisensituationen**, welche bei Borderline-Betroffenen häufig vorkommen. Auch wenn im Rahmen einer Psychotherapie die psychische Krise konkreter angegangen werden kann, gibt es Prinzipien, welche auch in der Sozialhilfe einsetzbar sind. So hat es bei einem hohen Grad an Erregung im ersten Moment selten Sinn, auf den Inhalt der Krise einzugehen. Stattdessen kann die Sozialarbeiterin den Fokus auf den emotionalen Zustand des Klienten richten und ihn validieren, damit der Klient sich bewusst machen kann, was ihn eigentlich so sehr erschüttert und weswegen. Dazu kann die Sozialarbeiterin zusammen mit dem Klienten explorieren, was genau die Krise ausgelöst hat und dabei helfen, herauszufiltern, welche Aspekte der Geschichte allenfalls gar nicht relevant oder nicht veränderbar sind. Die Sozialarbeiterin kann beispielsweise die von ihr so verstandene problematische Situation beschreiben und zusammenfassen und sich mit dem Klienten auf eine Definition des Problems verständigen. Ist es identifiziert, geht es um das Problemlösen. Während dies in der DBT wie bereits erwähnt sehr therapeutisch verstanden wird, sind der Sozialhilfe hier aufgrund des Auftrags Grenzen gesetzt; das Thema selbstverletzendes Verhalten beispielsweise kann nicht auf dem Sozialamt behandelt werden (ausser, indem an entsprechende Stellen vermittelt wird). Es gibt hier aber trotzdem genug potenziell kritische Bereiche, in welchen die Mitarbeitenden der Sozialhilfe dem Klienten konkrete Hilfestellung beim Problemlösen bieten könnten (z. B. droht der Klient, die Wohnung zu verlieren und die Sozialarbeiterin hilft bei der Wohnungssuche; oder der Klient erhält einen Zahlungsbefehl, weil er betrieben wird und die Sozialarbeiterin unterstützt ihn beim Umgang mit dem Betreibungsamt oder bei der Anfechtung der Forderung, allenfalls arrangiert sie ein Vernetzungsgespräch mit der zuständigen Schuldenberatungsstelle). Dabei wird empfohlen, eine beratende Rolle einzunehmen, wobei auch konkrete Lösungsvorschläge sinnvoll sein können, denn Passivität des Klienten sei häufig eine Folge mangelnden Wissens oder mangelnder Fertigkeiten. Ein Merkmal von Menschen mit BPS sei auch, dass sie sich auf die kurzfristigen Vorteile ihrer Handlungen konzentrieren und die langfristigen Konsequenzen vernachlässigen, wobei die Sozialarbeiterin den Klienten dabei unterstützen kann, die Vor- und Nachteile abzuwägen. Auch ist zu bedenken, dass der Klient in der emotionalen Krise möglicherweise gar nicht fähig ist, Vor- und Nachteile objektiv abzuwägen, wobei hier die Rolle der Sozialarbeiterin sein kann, den Klienten auf die nachteiligen Auswirkungen einer Handlung hinzuweisen (vgl. ebd.: 348-353). Schliesslich möchte ich im Sinne eines Exkurses noch das Thema **Suizidalität** ansprechen. In der DBT nimmt dieses Thema relativ viel Platz ein, was nicht verwundert, da Suizidalität bei Borderline-Betroffenen häufig vorkommt. In der Dialektisch-Behavioralen Therapie besteht das Ziel der Therapeutinnen und

Therapeuten bei suizidalen Betroffenen darin, „(1) aktiv genug zu reagieren, um die Patientin davon abzuhalten, sich zu töten oder ernstlich zu verletzen; und (2) so zu reagieren, dass die Wahrscheinlichkeit reduziert wird, dass die Patientin sich später suizidal verhält.“ (ebd.: 353) Dies sind natürlich psychotherapeutische Ziele, welche weit über den Möglichkeiten eines Sozialdienstes liegen; dementsprechend sind auch die meisten der von Linehan (2017: 353 ff.) beschriebenen differenzierten Vorgehensweisen bei Suizidalität kaum anwendbar in der Sozialhilfe oder würden eine massive Überforderung darstellen. Kaminsky (2017: 172) beschreibt, wie von Professionellen im Sozialwesen erwartet wird, dass sie bei drohender Suizidgefahr bei Klientinnen und Klienten angemessen reagieren. Es gibt für den beruflichen Alltag Hilfen für die Risikoabschätzung wie etwa die deutsche Version der NGASR-Skala („Nurses‘ Global Assessment of Suicide-Risk“), welche gewichtete Risikofaktoren für Suizid auflistet (Kozel 2014: 3 ff.) oder etliche Fragebögen bezüglich Suizidalität (beispielsweise Schneider/Wolfersdorf 2018: 439 ff.), welche nach Abstufungen Fragen enthalten, die schlussendlich Hinweise auf den Grad an Suizidalität geben sollen. Solche Instrumente könnten potenziell auch für Organisationen wie Sozialdienste angepasst und dort eingeführt werden. Dennoch betont Kaminsky (2017: 172), dass eine jede Sozialarbeiterin „auf der Basis ihrer gewissenhaften Situations einschätzung abwägen, beurteilen und entscheiden [muss], welche Massnahmen sie veranlassen und ergreifen will oder nicht.“ Eine saubere Begründung der Entscheidung und gegebenenfalls kollegiale Beratung seien dabei weiterhin hilfreich. Auch bei höchst professionellem Verhalten verbleibe jedoch immer ein Restrisiko, dass eine Person Selbstmord begeht. Dies gilt wohl insbesondere für die Sozialhilfe, in welcher die Begleitung und der Kontakt situativ nicht sehr eng sind und der Zuständigkeitsbereich der Professionellen sich primär auf den wirtschaftlichen Bereich (und sekundär auf andere Bereiche wie die soziale Integration) bezieht. Dennoch würde sich eine Beschäftigung mit dem Thema wohl lohnen, da die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter in der Sozialhilfe meines Erachtens relativ häufig mit Menschen mit erhöhtem Suizidrisiko zu tun haben dürften (wie eben beispielsweise Borderline-Betroffene) und es situativ auch mitbekommen dürften, wenn Klientinnen und Klienten suizidales Verhalten zeigen. Es wäre dann von Vorteil, wenn das Thema Suizidalität bereits durchgedacht wurde und beispielsweise Wissen vorhanden ist, wie die akute Suizidgefahr abgeschätzt werden kann, wann Hilfsangebote reichen und wann es nötig ist, die Ambulanz oder Notfallpsychiaterinnen und Notfallpsychiater herbeizurufen. Nachdem nun unterschiedliche Aspekte von Linehans Dialektisch-Behavioraler Therapie aufgezeigt wurden, welche in der Sozialhilfe einsetzbar sind, soll es im Folgenden darum gehen, die Ergebnisse nochmals kurz zu diskutieren, in einen Zusammenhang mit der restlichen Arbeit zu stellen und dadurch die Fragestellung zu beantworten und zu einem Abschluss zu kommen.

6.3 Diskussion der Ergebnisse, Beantwortung der Hauptfragestellung und weiterführende Gedanken

Die Unterfrage wurde bereits im Kapitel 4.4 beantwortet, wobei herausgearbeitet wurde, welche Schwierigkeiten eine Borderline-Erkrankung mit sich bringt, in welchen Rahmenbedingungen die Sozialhilfe funktioniert und inwiefern die Sozialhilfeunterstützung von Borderline-Betroffenen spezifische Herausforderungen und Schwierigkeiten mit sich bringen kann. Im zweiten Teil dieser Arbeit ging es schliesslich darum, welche Beiträge die Dialektisch-Behaviorale Therapie hier leisten kann. Im Folgenden möchte ich nun die Hauptfragestellung dieser Arbeit (**Welchen Beitrag zur Arbeit mit Klientinnen und Klienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Sozialhilfe kann die Dialektisch-Behaviorale Therapie leisten?**) beantworten.

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie ist als typische Vertreterin der sogenannten „dritten Welle“ der Verhaltenstherapie einzuordnen und wurde von Marsha Linehan in langjähriger Arbeit spezifisch für Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung entwickelt. Sie ist dabei die Methode, deren Wirksamkeit bei Borderline-Betroffenen am besten wissenschaftlich belegt ist. Der DBT liegt dabei die Weltsicht der Dialektik zu Grunde, welche als eine Art „philosophische Waage“ bezeichnet werden kann: Gemäss Dialektik steckt in jeder Dysfunktionalität auch Funktionalität, in jeder Verzerrung steckt Wahrheit, jede Zerstörung enthält auch Aufbau. Das Leben wird als ständiger Wandel begriffen. Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung sind jedoch nicht imstande, diese scheinbaren Widersprüche miteinander zu vereinen und scheitern daran. Die Dialektik besagt jedoch auch, dass jedermann das nötige Potenzial für Veränderungen in sich trägt. Bereits diese Weltsicht scheint mir gut zur Sozialhilfe (oder auch zur Sozialen Arbeit) zu passen, da auch hier oft scheinbar widersprüchliche Kräfte am Werk sind, die es zu vereinen gilt: Sozialarbeitende haben das Mandat von Hilfe und Kontrolle inne; die Sozialhilfe muss sehr komplexe Probleme lösen und gleichzeitig kostengünstig sein; Sozialarbeitende in der Sozialhilfe bieten, übertrieben ausgedrückt, die linke Hand zur Unterstützung an, während die rechte Hand das Richtschwert hält, mit welchem Sanktionen ausgesprochen werden. Neben diesen philosophischen Überlegungen bietet die DBT aber auch sehr konkrete Elemente, von welcher Sozialarbeitende in der Sozialhilfe profitieren können.

Linehan trifft diverse Annahmen, welche die Zusammenarbeit mit betroffenen Klientinnen und Klienten erleichtern bzw. vieles relativieren dürfte, wenn man sie sich vor Augen hält. So soll davon ausgegangen werden, dass Betroffene sich bei der Zusammenarbeit und der Arbeit an sich selbst wirklich Mühe geben. Wenn sie sich ändern wollen, so müssen sie sich noch viel mehr anstrengen als alle anderen, um das zu erreichen. Sind Borderline-Betroffene ausserdem suizidal, so muss ihr Leben als unerträglich angesehen werden. Bei so schwieriger Klientel wäre es einfach für Sozialarbeitende auf dem Sozialdienst, sich zu sagen, dass sie „es versucht haben“ und nun nichts mehr

gemacht oder sogar sanktioniert wird, wenn Klientinnen und Klienten sich anscheinend „quer stellen“ oder nicht mitwirken. Mit Linehans Annahmen im Hinterkopf muss die Zusammenarbeit jedoch stetig reflektiert und verändert werden, bis allenfalls ein Modus gefunden werden kann, in welchem die Kooperation gelingt. Die Professionellen schliesslich müssen ebenfalls hohe Anforderungen erfüllen und im Sinne der Dialektik stets die Balance halten zwischen Annehmen und Verändern, unbeirrbarer Zentriertheit und mitfühlender Flexibilität sowie stützender und wohlwollend fordernder Haltung. Diese Begriffspaare können den Sozialarbeitenden als Reflexionsinstrument dienen, da in der Zusammenarbeit mit Borderline-Betroffenen stets abgewogen werden muss: Bis wo helfe ich und ab wann fordere ich? Wann beharre ich auf Regeln und wann biege ich diese zurecht? Wie lange versuche ich, einen Zustand zu ändern und ab wann akzeptiere ich den Status Quo als unveränderlich?

Aber natürlich gehen die Anwendungsmöglichkeiten der DBT in der Sozialhilfe über Annahmen und Grundlagen für Haltungen hinaus. So ist die Validierung eines der wichtigsten Elemente der DBT: Da BPS-Betroffene in ihrer Vergangenheit ständig abgewertet wurden, stellt Validierung eine Art Gegenmittel dar, um neue Erfahrungen zu ermöglichen, wobei Validierungs- und Veränderungsstrategien wiederum ausbalanciert werden müssen. Je nach Situation können dabei Emotionen validiert werden (etwa in einer Krise) oder auch Kognitionen (wenn etwa auch in einer stark verzerrten Aussage oder angeblichen Lüge noch versucht, den wahren Kern zu finden). Schliesslich ist es wichtig, Borderline-Betroffene anzuspornen: Den Betroffenen soll vermittelt werden, dass sie keine hoffnungslosen Fälle sind, und ihnen soll Mut und Hoffnung vermittelt werden, dass auch sie es schaffen können, ihre Situation zu verbessern. Wenn das Weltbild eines Klienten oder einer Klientin sehr negativ ist, kann es schwierig sein, dass die Person sich zu etwas verpflichtet. Schlussendlich steigt aber die Wahrscheinlichkeit, dass eine Intervention gelingt, wenn sie von sich aus eine Verpflichtung eingeht. Hier können Verpflichtungsstrategien helfen. Möglicherweise sind Betroffene gar nicht im Stande, Pro und Contra einer Verpflichtung gegeneinander abzuwägen, weswegen die Professionellen hier Hilfe bieten können. Auch kann es sinnvoll sein, dem Gegenüber als *Advocatus Diaboli* aufzutreten und die Gegenargumente bei einer Verpflichtung zu nennen, damit das Gegenüber sich bewusst macht, dass Stolpersteine folgen können. Auch kann es beispielsweise sinnvoll sein, sozialpsychologische Prinzipien wie den Fuss in der Tür (etwas sehr Geringes einfordern und dies dann vergrössern) oder die Tür im Gesicht (etwas viel zu Grosses einfordern und die Forderung dann massiv reduzieren) anzuwenden. Schlussendlich ist es ein Prozess, Klientinnen und Klienten mit BPS zu etwas zu verpflichten; sie müssen an die Verpflichtungen erinnert werden, je nachdem ist es sinnvoll, Verpflichtungen abzuändern oder temporär auszusetzen. Neben diesen Prinzipien stellt Linehan auch rhetorische Strategien vor, welche auf die Arbeit mit Borderline-Betroffenen zugeschnitten sind. Dabei ist es wichtig, dass diese mit Echtheit angewendet werden und nicht als „Tricks“ fungieren. So bietet es sich an, viel mit Metaphern zu arbeiten, da diese eine entspanntere Atmosphäre

schaffen und weniger bedrohlich wirken als direkte Aussagen. Bei Techniken wie dem Ausdehnen (Extending) werden Klientinnen und Klienten ernster genommen, als sie eine Aussage meinen, um eine andere Perspektive aufzeigen zu können. Wenn die Weltsicht sehr negativ ist, kann man auch versuchen, aus Zitronen Limonade zu machen, indem auch in der negativsten Krise noch die positiven Aspekte herausgearbeitet werden. Auch stellt Linehan die ausgewogene Kommunikation vor: Einerseits können Professionelle gleichberechtigt kommunizieren. Dies beinhaltet, sich selbst zu öffnen (bezüglich aktueller Gedanken und Gefühle im Gespräch und gegebenenfalls auch privater Informationen, wo man es für passend erachtet) und dem Gegenüber mit Echtheit und Wärme zu begegnen. Die respektlose Kommunikation hingegen soll das Gegenüber aus der Bahn werfen und eine neue Perspektive aufzeigen. So kann etwa schonungslos und direkt gefragt werden, was Sache ist; die Professionellen bohren, wo man sonst nur mit Samthandschuhen hinfasst. Auch kann das Gegenüber konfrontiert werden oder man kann Bluffs auffliegen lassen. Wie immer in der DBT gilt es, die richtige Balance zwischen ausgeglichener und respektloser Kommunikation zu finden. Schliesslich führt Linehan auch hilfreiche Strategien für spezifische Probleme an wie beim Eröffnen oder Beenden von Gesprächen oder aber bei Krisensituationen, in welchen sich Borderline-Betroffene relativ häufig befinden.

Neben diesen Elementen, welche bei Klientinnen und Klienten angewendet werden, enthält die DBT aber auch Teile, welche sich mehr auf die Professionellen beziehen. So tendieren Borderline-Betroffene dazu, Grenzen auszuloten oder zu überschreiten, weswegen die DBT auch Empfehlungen gibt bezüglich des Beachtens von Grenzen. Grundsätzlich liegt die Verantwortung beim Berücksichtigen der Grenzen bei den Professionellen und diese müssen Grenzen zu ihrem eigenen Wohl setzen. Dies kann und soll auch den Klientinnen und Klienten so kommuniziert werden, denn schlussendlich können Professionelle in einem so herausfordernden und belastenden Arbeitsumfeld nur richtig helfen, wenn es ihnen gut geht. Und schliesslich stellen Inter- bzw. Supervision integrale Bestandteile der Dialektisch-Behavioralen Therapie dar. Klientinnen und Klienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung würden ihr Leiden häufig kommunizieren, kaum wahrnehmbare Fortschritte machen und zeigen in schweren Fällen Verhaltensweisen wie Suizidversuche, Suiziddrohungen und Feindseligkeiten, was belastend ist für die Professionellen. Auch wenn offen bleibt, in welchem Rahmen dies in einem Sozialdienst stattfinden kann, bietet es sich bei dieser Klientel an, Inter- oder Supervision durchzuführen, um den Fallführenden Mut zu machen, Fortschritte herauszuarbeiten und die Fallführung ethisch zu reflektieren.

Es ist nochmals festzuhalten, dass die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine schwere Erkrankung ist, welche die Betroffenen massiv einschränkt. Die Krankheit hat dabei besonders heimtückische Eigenschaften: So betrifft sie die Beziehungsebene zu anderen Personen, bringt

(anscheinende) kognitive Verzerrungen mit sich und lässt die Betroffenen gleichzeitig oft kompetenter wirken, als sie sind. Dies kann eine betroffene Person unsympathisch, nervig oder auch manipulativ wirken lassen. Gleichzeitig weist auch die Sozialhilfe Rahmenbedingungen auf, welche für Menschen mit BPS ganz besonders herausfordernd sein dürften: So sind etwa die Fallzahlen der Sozialarbeitenden häufig hoch, es ist wenig konkretes Wissen über psychische Störungen vorhanden, das System weist durch seine kleinräumige Aufteilung wenig Rechtssicherheit auf und in den letzten Jahren wurden Kontrollmechanismen stärker, welche tief in die Privatsphäre eingreifen. Schliesslich gibt es auch unter den Sozialarbeitenden verschiedene Stile der Fallführung, von denen nicht alle als professionell bezeichnet werden können und von denen nur einer wirklich geeignet scheint, mit psychisch schwer kranken Klientinnen und Klienten professionell umzugehen. Die Techniken, Haltungen und weiteren Elemente der Dialektisch-Behavioralen Therapie, welche meines Erachtens in der Sozialhilfe anwendbar sind, können deshalb auch nur wirksam sein, wenn die Sozialarbeitenden, welche sie benutzen, professionell agieren. Dazu brauchen sie schlussendlich aber auch Rahmenbedingungen, welche ein professionelles Handeln ermöglichen. Im Verlauf meiner Arbeit hat sich gezeigt, dass das Anwenden der DBT-Elemente in der Sozialhilfe mit Aufwand verbunden ist: Es gilt, Techniken zu erlernen; Inter- oder Supervisionssitzungen wären von Vorteil und nicht zuletzt erfordert die Fallarbeit mit Borderline-Betroffenen häufig kleine Schritte, häufige Wiederholungen, eine intensive Beziehungsarbeit und nicht zuletzt sehr viel Geduld. Dies alles ist kaum möglich, wenn ein Sozialarbeiter oder eine Sozialarbeiterin in Vollzeitarbeit 130 Dossiers betreut; von der Allianz Austausch Armut werden maximal 60 Dossiers auf eine Vollzeitstelle gefordert. Aber auch andere Rahmenbedingungen sind der professionellen Fallbearbeitung nicht förderlich (dies gilt sowohl im Allgemeinen als auch bei Borderline-Betroffenen im Besonderen): So schüren etwa die Kontrollmechanismen Misstrauen und kosten gleichzeitig Ressourcen, welche anderswo besser eingesetzt wären. Die Sanktionen, welche zum Methodenrepertoire der Sozialhilfe gehören, untergraben das Vertrauen zusätzlich und erhöhen die Gefahr, dass die Kooperation abgebrochen wird. Durch die (gesetzliche und geografische) Fragmentierung der Sozialhilfe wird erschwert, dass eine Person durchgängig die Hilfe erhält, welche sie benötigt. Und nicht zuletzt sind sich Sozialdienste zwar bewusst, dass viele Klientinnen und Klienten psychisch beeinträchtigt sind, sie verfügen aber nicht über das entsprechende Wissen oder die Ressourcen, um damit umzugehen. Hier wäre es, neben der persönlichen Beschäftigung der Sozialarbeitenden mit dieser Thematik, meines Erachtens unumgänglich, dass eine systematische Kooperation mit Wissenstransfer zwischen Sozialdiensten und psychiatrischen Diensten stattfindet, wie es in Zürich bereits der Fall ist (siehe Kapitel 3). Die Thematik der Borderline-Betroffenen in der Sozialhilfe ist sehr komplex und es dürfte hier viele Schnittstellen in der Klientel von Sozialdiensten und Psychiatrien geben, wodurch sich ein systematischer Austausch anbietet und mutmasslich sehr ergiebig wäre.

7 Quellenverzeichnis

- Adam-Lauer, Gisela (2017). Stichwort Psychotherapie. In: Kreft, Dieter/Mielenz, Ingrid (Hg.). Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik (8. Auflage). Weinheim, Basel: Beltz Juventa. S. 758-762.
- Allianz Austausch Armut (2021). Positionspapier der Allianz „Austausch Armut“ der Betroffenenorganisationen und Organisationen aus dem Bereich der Armutsbekämpfung und -Prävention. URL: https://avenirsocial.ch/wp-content/uploads/2021/05/2021_Positionspapier_Forderungen_Armut_D.pdf [Zugriffsdatum: 15. November 2021].
- AvenirSocial – Soziale Arbeit Schweiz (Hg.) (2014). Sanktionen in der Sozialhilfe. Die Position von AvenirSocial. URL: https://avenirsocial.ch/wp-content/uploads/2018/12/Sanktion_AvenirSocial_2014.pdf [Zugriffsdatum: 08. Dezember 2021].
- Baer, Niklas (2014). Psychische Probleme und Armut sind eng miteinander verbunden. In: ZESO Zeitschrift für Sozialhilfe. 111. Jg. (1). S. 22-23.
- Baer, Niklas/Fasel, Tanja/Frick, Ulrich (2009). Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen. Typologisierung der Personen, ihrer Erkrankungen, Belastungen und Berentungsverläufe. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV.
- Baumgartner, Gabriela/Briner, David (2018). Soziale und psychiatrische Hilfe unter einem Dach. In: ZESO Zeitschrift für Sozialhilfe. 118. Jg. (2). S. 16-17.
- BfArM Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (Hg.) (o. J.). URL: https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/_node.html [Zugriffsdatum: 15. November 2021].
- Bischof, Severin/Guggisberg, Jürg (2020). Entwicklung der Übertritte von der Invalidenversicherung in die Sozialhilfe. Analysen auf Basis der SHIVALV-Daten. Bern: Büro für Arbeits- und sozialpolitische Studien BASS AG zuhanden Bundesamt für Sozialversicherungen BSV.
- Bohus, Martin (o. J.). Hintergrundinformationen/Epidemiologie und Verlauf. URL: <https://www.awp-freiburg.de/programs.html?s=DBT> [Zugriffsdatum: 15. November 2021]. Freiburg: AWP Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftliche Psychotherapie Freiburg.
- Bohus, Martin (2019). Borderline-Störung (2. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Bosshard, Marianne/Ebert, Ursula/Lazarus, Horst (2010). Soziale Arbeit in der Psychiatrie (4. Auflage). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

- Deimel, Daniel/Deloie, Dario (2017). Kapitel Psychosoziale Diagnostik. In: Bischof, Jeannette/Deimel, Daniel/Walther, Christoph/Zimmermann, Ralf-Bruno (Hg.). Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Köln: Psychiatrie Verlag. S. 209-224.
- Dilling, Horst/Freyberger, Harald (Hg.) (2012). Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Nach dem Pocket Guide von J. E. Cooper (6. Auflage). Bern: Hans Huber.
- Eser Davolio, Miryam/ Strohmeier Navarro, Rahel/Zwicky, Heinrich/Gehrig, Milena/ Steiner, Isabelle (2017). Falllast in der Sozialhilfe und deren Auswirkung auf die Ablösequote und Fallkosten. Wissenschaftliche Begleitung eines Pilotprojekts in der Langzeitunterstützung der Sozialen Dienste der Stadt Winterthur (1.9.2015-28.2.2017). Schlussbericht November 2017. Zürich: ZHAW/Departement Soziale Arbeit.
- Falkai, Peter/Wittchen, Hans-Ulrich (Hg.) (2015). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5 (Erstveröffentlichung in den USA 2013). Göttingen: Hogrefe.
- Fiedler, Peter/Herpertz, Sabine (2016). Persönlichkeitsstörungen (7. Auflage). Weinheim, Basel: Beltz.
- Gahleitner, Silke Brigitta (2017). Soziale Arbeit als Beziehungsprofession. Bindung, Beziehung und Einbettung professionell ermöglichen. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Galuske, Michael (2011). Methoden der sozialen Arbeit: eine Einführung (9. Auflage). Weinheim: Beltz Juventa.
- Geissler-Piltz, Brigitte/Mühlum, Albert/Pauls, Helmut (2005). Klinische Sozialarbeit. München: Reinhardt.
- Häfeli, Christoph (2008). Prinzipien der Sozialhilfe. In: Häfeli, Christoph (Hg.). Das Schweizerische Sozialhilferecht. Rechtsgrundlagen und Rechtsprechung. Luzern: Interact. S. 67-85.
- Heidenreich, Thomas/Michalak, Johannes (2013). Einführung. In: Heidenreich, Thomas/Michalak, Johannes (Hg.). Die „dritte Welle“ der Verhaltenstherapie. Grundlagen und Praxis. Weinheim, Basel: Beltz. S. 13-19.
- Kaminsky, Carmen (2017). Ethik in der Sozialen Arbeit. In: Bischof, Jeannette/Deimel, Daniel/Walther, Christoph/Zimmermann, Ralf-Bruno (Hg.). Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Köln: Psychiatrie Verlag. S. 158-174.
- Kozel, Bernd (2014). Professionelle Pflege bei Suizidalität. Arbeitsblätter. URL: https://psychiatrie-verlag.de/wp-content/uploads/2019/01/578_PPS_download.pdf [Zugriffsdatum: 06. Dezember 2021]. Köln: Psychiatrie Verlag.

- Kreisman, Jerold/Straus, Hal (2015). Ich hasse dich – Verlass mich nicht. Die schwarzweisse Welt der Borderline-Persönlichkeit (27. Auflage). München: Kösel.
- Linehan, Marsha (2017). Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline Persönlichkeitsstörung (Nachdruck der 2. Auflage). Oberhaching: CIP-Medien.
- Lucas, Barbara (2020). Verdeckte Armut: Warum auf Sozialhilfe verzichtet wird. In: Caritas Schweiz. Sozialalmanach 2020 – Eine Sozialhilfe für die Zukunft. Luzern: Caritas-Verlag. S. 113-122.
- Lucas, Barbara/Ludwig, Catherine/Chapuis, Jérôme/Maggi, Jenny/Crettaz, Eric (2019). Les non-recours aux prestations sociales à Genève. Quelles adaptations de la protection sociale aux attentes des familles en situation de précarité? Genève: Haute Ecole de Travail Social et Haute Ecole de Santé HES-SO.
- Maeder, Christoph/Nadai, Eva (2004). Organisierte Armut. Sozialhilfe aus wissenssoziologischer Sicht. Konstanz: UVK.
- Müller de Menezes, Rahel (2012). Soziale Arbeit in der Sozialhilfe. Eine qualitative Analyse von Fallbearbeitungen. Wiesbaden: Springer.
- OECD Organisation für wirtschaftliche Entwicklung und Zusammenarbeit (2014). Psychische Gesundheit und Beschäftigung: Schweiz. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV (in Vereinbarung mit der OECD Paris).
- Ohling, Maria (2015). Soziale Arbeit und Psychotherapie. Veränderung der beruflichen Identität von SozialpädagogInnen durch Weiterbildungen in psychotherapeutisch orientierten Verfahren. Weinheim: Beltz Juventa.
- Pauls, Helmut (2013). Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung (3. Auflage). Weinheim: Beltz Juventa.
- Salzgeber, Renate/Schmocker, Beat (2015). Kennzahlenvergleich zur Sozialhilfe in Schweizer Städten. Berichtsjahr 2014, 13 Städte im Vergleich. Bern: Berner Fachhochschule BFH.
- Schäfter, Cornelia (2010). Die Beratungsbeziehung in der Sozialen Arbeit. Eine theoretische und empirische Annäherung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schleicher, Johannes (2016). Sozialhilferecht. In: Mösch Payot, Peter/Schleicher, Johannes/Schwander, Marianne (Hg.). Recht für die Soziale Arbeit. Grundlagen und ausgewählte Aspekte (4. Auflage). Bern: Haupt. S. 263-290.
- Schmidt, Rosemarie/Rahn, Ewald (2010). Betreuung von Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Über die Zusammenarbeit zwischen sozialtherapeutischem Wohnheim und Klinik. In: Kerbe. Forum für Sozialpsychiatrie. Themenschwerpunkt: Persönlichkeitsstörungen. 28. Jg. (1). S. 13-16.

- Schneider, Barbara/Wolfersdorf, Manfred (2018). SOP Abklärung bei Verdacht auf Suizidalität. In: PSYCH up2date. 12. Jg. (6). S. 439-442.
- Schneider, Sabine/Heidenreich, Thomas (2018). Therapie und Soziale Arbeit. Verhältnisbestimmungen und Entwicklungen: Zwischen Annäherung und Abgrenzung. In: Otto, Hans-Uwe/Thiersch, Hans/Treptow, Rainer/Ziegler, Holger (Hg.). Handbuch Soziale Arbeit: Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik (6. Auflage). München: Ernst Reinhardt Verlag. S. 1748-1756.
- Schuler, Daniela/ Tuch, Alexandre/Peter, Claudio (2020). Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2020 (OBSAN Bericht 15/2020). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Stiglmayr, Christian (2017). Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Brakemeier, Eva-Lotta/Jacobi, Frank (Hg.). Verhaltenstherapie in der Praxis. Weinheim, Basel: Beltz. S. 626-638.
- Tecklenburg, Ueli (2020). Sozialhilfe. In: Bonvin, Jean-Michel/Maeder, Pascal/ Knöpfel, Carlo/ Hugentobler, Valérie/Tecklenburg, Ueli (Hg.). Wörterbuch der Schweizer Sozialpolitik. Zürich, Genf: Seismo. S. 456-458.
- Wenger, Susanne (2018). Zu krank für den Arbeitsmarkt, zu gesund für die IV. In: ZESO Zeitschrift für Sozialhilfe. 118. Jg. (2). S. 20-21.