

FHNW

Hochschule für Soziale Arbeit

Bachelor-Studium in Sozialer Arbeit

Muttenz

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung im Kontext der Sozialen Arbeit

Eine Auseinandersetzung mit der Klinischen Sozialen Arbeit und dem Skillstraining aus der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) zur Förderung gesellschaftlicher Teilhabe von Borderline-Patient*innen in der Klinischen Sozialen Arbeit

Zicola Raffael

Eingereicht bei: Wim Nieuwenboom

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

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

Abstract

Die Klinische Soziale Arbeit befasst sich im psychiatrischen Arbeitsfeld als Fachsozialarbeit mit den (psycho-)sozialen Problemstellungen von psychisch kranken Menschen und den Angehörigen. Obwohl der hohe Einfluss der sozialen Dimension auf eine psychische Erkrankung bekannt ist, kämpft die Soziale Arbeit weiterhin um einen Behandlungsanspruch für psychische Erkrankungen und die Anerkennung ihres Arbeitsfeldes. Durch das häufige Auftreten der Borderline-Persönlichkeitsstörung in psychiatrischen Einrichtungen (rund 20% aller Patient*innen), ist ihr eine hohe Wichtigkeit zuzuordnen. Die Dialektisch-Behaviorale Therapie mit ihrem Skillstraining gilt als etablierte Therapie zur Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Indem sich die Klinische Soziale Arbeit mit der Kooperationsgestaltung innerhalb der Psychiatrie beschäftigt und das Skillstraining als zusätzliche Methode in ihren Fundus aufnimmt, könnte die Klinische Soziale Arbeit die Arbeit in der Psychiatrie und die gesellschaftliche Teilhabe von Patient*innen mit einer diagnostizierten Borderline-Persönlichkeitsstörung unterstützen und eine Angebotslücke innerhalb der Therapie füllen. Sich stellende Herausforderungen sowie Lösungsvorschläge für die Klinische Soziale Arbeit werden in der hier vorliegenden Arbeit erläutert.

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung.....	1
1.1	Ausgangslage.....	1
1.2	Herleitung der Fragestellung	2
2.	Die Borderline-Persönlichkeitsstörung.....	5
2.1	Definition Borderline-Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 und DSM-V	5
2.2	Ätiologie.....	7
2.2.1	Gentische Belastung.....	7
2.2.2	Psychosoziale Erfahrungen	8
2.2.3	Störung der Affektregulation.....	8
2.2.4	Dissoziative Phänomene	9
2.2.5	Störungen der Körperakzeptanz und der Schmerzwahrnehmung	9
2.2.6	Dysfunktionale Grundannahmen und inkompatible Schemata	9
2.2.7	Objektive soziale Variablen	10
2.2.8	Ohnmacht in der Erlebenswelt von BPS-Patient*innen.....	10
2.3	Epidemiologie und Verlauf.....	11
2.4	Diagnostik.....	11
2.5	Differentialdiagnose und Komorbidität.....	12
2.6	Therapie / Behandlung.....	12
2.6.1	Die Schematherapie / Schema-fokussierte Therapie (SFT).....	13
2.6.2	Die Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP).....	13
2.6.3	Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)	13
3.	Die Soziale Arbeit in der Psychiatrie.....	18
3.1	Definition Soziale Arbeit, Klinische Soziale Arbeit und Psychotherapie	18
3.1.1	Soziale Arbeit.....	18
3.1.2	Klinische Soziale Arbeit.....	19
3.1.3	Psychotherapie	20
3.1.4	Zusammenfassung.....	21

3.2	Gegenüberstellung Klinische Soziale Arbeit und Psychotherapie	21
3.2.1	Das bio-psycho-soziale Modell	21
3.2.2	Interdisziplinäre Kooperation als Strukturmerkmal der Klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie	23
3.2.3	Die Sozialtherapie als methodische Grundlage der Klinischen Sozialen Arbeit	26
3.3	Zwischenfazit.....	29
4.	Das Skillstraining als Teil der Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen....	32
4.1	Das Skills-Training aus der Dialektisch-Behavioralen Therapie	32
4.1.1	Was versteht man unter Skills?	33
4.1.2	Struktur des Skilltrainings	36
4.1.3	Die Module des Skilltrainings	37
4.2	Das Skillstraining als Methode für die Soziale Arbeit	39
4.2.1	Auftrag der Klinischen Sozialen Arbeit im Skillstraining	39
4.2.2	Herausforderungen für die Klinische Soziale Arbeit mit dem Skillstraining	40
5.	Beantwortung der Fragestellung	43
6.	Ausblick und weitere Überlegungen.....	45
7.	Literatur- und Quellenverzeichnis	47
8.	Ehrenwörtliche Erklärung	50

1. Einleitung

1.1 Ausgangslage

Um die Relevanz von psychischen Störungen und deren Betrachtung in der Sozialen Arbeit aufzuzeigen, soll hier auf statistische Befunde zurückgegriffen werden. Laut Obsan-Bericht zur psychischen Gesundheit in der Schweiz, erkrankt beinahe jede zweite Person im Verlaufe ihres Lebens an einer psychischen Störung. Aus der Veröffentlichung von Wittchen und Jacobi aus dem Jahr 2011 geht hervor, dass mehr als ein Drittel der europäischen Bevölkerung, d.h. ca. 164,7 Millionen Menschen, einmal im Leben an einer psychischen Störung erkranken (vgl. Schuler/Tuch/Peter 2020: 9). Ausserdem wird von einer Zunahme der Inanspruchnahme des Versorgungssystems aufgrund psychischer Störungen berichtet (vgl. ebd.: 10). Laut der Global Burden of Disease (GBD) Studie verursachen psychische Störungen in der Schweiz 13,6% aller DALYs (disability-adjusted life years), welche aussagen, wie viele potenziell gesunde Lebensjahre durch eine Krankheit oder Behinderung verloren gingen. Damit reihen sich die psychischen Störungen hinter Krebs (16,4%) und Erkrankungen des Bewegungsapparats (15,1%) an dritter Stelle ein (vgl. ebd.). Laut dem Bundesamt für Statistik waren innerhalb eines Jahres 6% der Bevölkerung aufgrund eines psychischen Problems in Behandlung. Frauen (8%) gegenüber Männern (4%) häufiger. 15% der Bevölkerung der Schweiz zeigen Symptome mittlerer oder hoher psychischer Belastung auf, wobei es sich bei 3% der Männer und 5% der Frauen um eine hohe psychische Belastung handelt (vgl. Bundesamt für Statistik 2017).

Zu den psychischen Erkrankungen gehören auch die Persönlichkeitsstörungen. Die am häufigsten anzutreffende ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS). Zwischen 30% und 60% aller Patient*innen, die mit einer Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurden, leiden an der BPS. Allgemein in der Bevölkerung wird die Verbreitung auf zwei bis vier Prozent geschätzt. Schätzungen zufolge sind zehn Prozent aller Patient*innen in einem ambulanten psychiatrischen Setting und mehr als 20% aller stationären Patient*innen von einer BPS betroffen. Dabei ist die Zahl der Frauen dreimal höher als die Zahl der Männer (vgl. Kreisman/Straus/Kreisman 2008: 22f.). Dass die soziale Dimension und deren Bearbeitung in psychiatrischen Fällen wichtig ist, steht mittlerweile ausser Frage (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 7). Obwohl bekannt ist, dass psychische und soziale Prozesse eng miteinander verbunden sind, hier wird sogar von einer „strukturellen Koppelung“ (ebd.) gesprochen, wird die soziale Dimension noch immer unterbelichtet. Die soziale Dimension hat somit einen grossen Einfluss

auf den Verlauf einer psychischen Krankheit und sollte bei der Behandlung unbedingt in Betracht gezogen werden.

1.2 Herleitung der Fragestellung

Zur Behandlung von BPS stehen international vier Psychotherapiekonzepte zur Verfügung, die sich zur Behandlung von Borderline-Patient*innen als wirksam erwiesen haben. Davon am weitesten verbreitet ist die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT), ebenso werden die Schematherapie, die Schema-fokussierte Therapie (SFT) und die Übertragungs-fokussierte Psychotherapie (TFP) angewendet. Das DBT-Therapieprogramm benutzt Elemente der Verhaltenstherapie, der kognitiven Therapie, der Gestalt- und Hypnotherapie und aus dem Zenbuddhismus (Fokussierung, Achtsamkeit, Selbstregulation). Nach der Vorbereitungsphase mit Diagnostik, Motivationsarbeit und Information, folgen Module zur Verhaltenskontrolle und ein Skillstraining zur Bearbeitung des dysfunktionalen emotionalen Erlebens (vgl. Bischkopf et al. 2017: 414). Das Skillstraining wird in folgende vier Schritte unterteilt: 1. „Vermittlung von theoretischem Wissen“, 2. „Individuelle Anpassung der Skills“, 3. „Übungen mit den Skills unter Non-Stress-Bedingungen“, 4. „Einsatz der Skills als zielförderndes Alternativverhalten“ (Bohus/Wolf-Arehult 2016: 2). Im klassischen, ambulanten DBT-Setting sind die Skillsgruppen Teil eines ambulant durchgeführten DBT-Behandlungsprogrammes. Das heisst, dass die Patient*innen an der Skillsgruppe teilnehmen und zeitgleich von einer Einzeltherapeut*in nach den Richtlinien der DBT behandelt werden (vgl. ebd.: 3). Der erste und der dritte Schritt wird in den Skillsgruppen und der zweite, sowie der vierte Schritt von den Einzeltherapeut*innen bearbeitet. Aktuell werden häufig nur Skillsgruppen angeboten, also ohne eine Kooperation mit DBT-Einzeltherapeut*innen. Die Einzeltherapeut*innen haben bisweilen auch keine Möglichkeiten, ihre Patient*innen an Skillsgruppen zu vermitteln.

Generell im Gesundheitswesen oder bei der Bearbeitung von psychiatrischen Fällen in der Psychiatrie ist es noch immer so, dass die Soziale Arbeit, aufgrund des hier vorherrschenden medizinischen Paradigmas, immer wieder asymmetrischen Beziehungsstrukturen zwischen ärztlichen (Psychiater*innen) und psychosozialen Fachkräften (Sozialarbeiter*innen), begegnet. Die Soziale Arbeit wird oft als Restgrösse gesehen, um alles, was nach der Arbeit anderer Professionen noch ansteht, zu erledigen. Da Sozialarbeiter*innen zur Bearbeitung vieler ihnen zugestandenen Aufgaben andere Fachkräfte für Detailfragen oder -probleme hinzuziehen müssen, werden sie eher als Generalisten und nicht als Spezialisten verstanden (vgl. ebd.: 27f). Mit der klinischen Sozialen Arbeit entsteht allerdings eine Fachsozialarbeit,

die diesen Vorurteilen entgegenwirken kann. Sie hat die Prävention und Reduktion von psychosozialen Belastungen und die Erhöhung des Handlungsrepertoires der Klient*innen zum Ziel. Sie fokussiert sich auf die Überwindung psychosozialer Folgen von akuten und chronischen Erkrankungen und soll zu einer besseren Passung im Klient-Umwelt-System beitragen. Sie strebt gesellschaftliche Teilhabe an und fördert die Partizipation der Betroffenen am gesellschaftlichen Leben (vgl. ebd.: 39). Das angestrebte (soziale) Wohlbefinden hat einen grossen Einfluss auf die Gesundheit des Menschen. Durch das Anstreben dieses Wohlbefindens von Seiten der Sozialen Arbeit leistet sie ebenfalls eine therapeutische Funktion: Sie leistet Sozialtherapie (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 177). In der klinischen Teildisziplin der Sozialen Arbeit geht es darum, die autonome Lebensbewältigung unter den Bedingungen einer psychischen Krankheit zu stärken. Es sollen neue Möglichkeiten geschaffen werden und die damit verbundenen Fähigkeiten gebildet und trainiert werden. (vgl. ebd.: 178).

Nimmt die Klinische Soziale Arbeit das Skillstraining als Methode in ihr Repertoire auf, könnte sie damit eine Angebotslücke füllen, indem sie eine enge Zusammenarbeit zwischen der DBT-Einzeltherapeut*in und den Skillsgruppen gewährleisten kann. Auch kann sie die Behandlung von Betroffenen mit BPS im Hinblick auf eine autonome Lebensführung massgebend unterstützen, weil die Betroffenen die Skills innerhalb der eigenen Lebenswelt praktisch üben und anwenden müssen. Dabei hat die Klinische Soziale Arbeit auch die Möglichkeit, das Umfeld der Betroffenen in die Arbeit miteinzubeziehen. Begleitet die Klinische Soziale Arbeit diesen Prozess, befinden wir uns genau im vorher beschriebenen Ziel- und Fokusbereich der Klinischen Sozialen Arbeit.

Das Skillstraining eignet sich vor allem zur Bearbeitung im ambulanten Setting, kann aber auch im (teil-)stationären Bereich der Klinischen Sozialen Arbeit angewendet werden. Eine weitere Möglichkeit ist das STEPPS-Trainingsprogramm, das von Nancee Blum in den USA entwickelt wurde. Das Gruppentrainingsprogramm richtet sich an Menschen mit einer BPS und trainiert dabei Fertigkeiten im Umgang mit Emotionen und Verhalten (Krisenbewältigung, Problemlösen, Alltagsgestaltung, Beziehungsaufbau) und zieht dabei die Angehörigen, Freunde und professionellen Helfer in den Prozess mit ein (vgl. Dachverband-Stepps 2021). Auch dieses Programm eignet sich für das (teil-)stationäre und das ambulante Setting der Sozialen Arbeit.

Aus den oben gewonnenen Erkenntnissen lässt sich nun folgende Fragestellung ableiten:

Wie kann die Soziale Arbeit die psychotherapeutische Arbeit in der Psychiatrie und die gesellschaftliche Teilhabe von Patient*innen mit einer diagnostizierten Borderline-Persönlichkeitsstörung mithilfe von Skilltrainingsprogrammen unterstützen?

2. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung

In diesem Kapitel wird die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) vorgestellt. Die Leser*innen sollen ein Verständnis für diese psychische Krankheit erlangen, erfahren welche Eigenheiten sie hat und wie sie behandelt wird.

2.1 Definition Borderline-Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 und DSM-V

Um über die Borderline-Persönlichkeitsstörung diskutieren zu können, muss erst definiert werden, worum es sich bei der Störung handelt.

Im internationalen statistischen Klassifikationssystem von Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) ist die BPS als Borderline-Typ (F60.31) der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (F60.3) aufgeführt. Sie gehört allgemein zu den Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69), die im Kapitel 5 Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99) des ICD 10 zu finden sind. (vgl. BfArM-ICD-10-GM 2022).

Die emotional Instabile Persönlichkeitsstörung zeigt sich durch eine deutliche Tendenz Impulse, ohne die Berücksichtigung von Konsequenzen, auszuagieren. Dies ist mit einer unvorhersehbaren und launenhaften Stimmung verbunden. Es besteht die Neigung zu emotionalen Ausbrüchen und eine Unfähigkeit, impulsives Verhalten kontrollieren zu können. Ferner besteht eine Tendenz zu streitsüchtigem Verhalten und zu Konflikten mit Anderen, insbesondere dann, wenn impulsive Handlungen durchkreuzt oder behindert werden. Während sich der impulsive Typ (F60.30) vorwiegend durch emotionale Instabilität und mangelnde Impulskontrolle kennzeichnet, ist der Borderline-Typ zusätzlich gekennzeichnet durch Störungen des Selbstbildes, der Ziele und der inneren Präferenz, durch ein chronisches Gefühl von Leere, durch intensive, aber unbeständige Beziehungen und einer Neigung zu selbstdestruktivem Verhalten mit parasuizidalen Handlungen und Suizidversuchen (vgl. ebd.).

Das diagnostische und statistische Manual psychischer Störungen (DSM-5) ordnet die verschiedenen Persönlichkeitsstörungen auf der Basis von deskriptiven Ähnlichkeiten in drei Hauptgruppen (Cluster) ein. Die BPS ist in Cluster B, zusammen mit der Antisozialen, der Histrionischen und der narzisstischen Persönlichkeitsstörung eingeordnet (vgl. Falkai et al. 2018: 884).

Ganz allgemein werden Persönlichkeitsstörungen im DSM-5 (ebd.: 883) folgendermassen definiert:

Eine *Persönlichkeitsstörung* stellt ein überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten dar, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht, tiefgreifend und unflexibel ist, seinen Beginn in der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter hat, im Zeitverlauf stabil ist und zu Leiden oder Beeinträchtigungen führt.

Wie auch das ICD-10 beschreibt das DSM-5 als Hauptmerkmal der BPS ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität. (vgl. ebd.: 909) Damit nach DSM-5 (ebd.) eine BPS vorliegt, müssen mindestens fünf der folgenden Kriterien erfüllt sein:

1. Verzweifeltes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden.
2. Ein Muster instabiler und intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.
3. Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.
4. Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgaben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Essanfälle“).
5. Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.
6. Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z.B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehrere Tage andauern).
7. Chronische Gefühle von Leere
8. Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).
9. Vorübergehende, durch Belastung ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.

2.2 Ätiologie



Abb. 1: Neurobehaviorales Entstehungsmodell der Borderline-Persönlichkeitsstörung (in: Bohus 2009: 536)

Um zu verstehen, wie eine Borderline-Persönlichkeitsstörung entsteht, verwendet diese Arbeit das neurobehaviorale Entstehungsmodell (Abb. 1). Es zeigt die wesentlichen Merkmale zur Entstehung einer BPS. Dabei berücksichtigt es genetische Komponenten, traumatische Erfahrungen, dysfunktionale Lernprozesse und Verhaltensmuster der Betroffenen (vgl. ebd.).

2.2.1 Genetische Belastung

Seit Mitte der 1990er Jahren liegen Befunde aus Zwillingsstudien vor, die einen starken genetischen Einfluss nachweisen. In einer Studie von Torgersen und Kollegen lagen die Konkordanzraten für eine BPS-Diagnose nach DSM-IV-Kriterien für eineiige Zwillinge bei ca. 35% und bei zweieiigen bei ca. 7% (vgl. Torgersen et al. 2000: 419). Bis auf diese Studie wurden aber hauptsächlich Verhaltens- und Erlebensdimensionen, wie z.B. Beziehungsverhalten, affektive Labilität oder Zwanghaftigkeit, untersucht. Es wird ein dimensionales Modell verfolgt, in dem von einem starken Zusammenhang zwischen Persönlichkeitszügen und Persönlichkeitsstörung ausgegangen wird (vgl. Bohus 2009: 537). Die Arbeitsgruppe um Livesley konnte 18 Persönlichkeitszüge identifizieren, die vier Persönlichkeitsfaktoren zuzuordnen waren: emotionale Dysregulation, dissoziales Verhalten, Hemmung und Zwanghaftigkeit. Die emotionale Dysregulation, ein Persönlichkeitsfaktor, der grosse Überschneidungen mit der Phänomenologie der BPS zeigt, konnte eine Heredität von 47% nachgewiesen werden (vgl. Brunner/Resch 2009: 13).

Die Befunde legen also die Vermutung nahe, dass genetische Einflüsse zur Entstehung einer BPS beitragen können. Vielmehr aber scheinen sie einen Einfluss auf einzelne Symptomdimensionen wie z.B. die affektive Dysregulation zu haben (vgl. ebd.).

2.2.2 Psychosoziale Erfahrungen

Sexuelle Gewalterfahrungen (ca. 65%), körperliche Gewalterfahrungen (ca. 60%) und Vernachlässigung (ca. 40%) lassen sich als relevante biographische Erfahrungen identifizieren (vgl. Zanarini 2000 in: Bohus 2009: 537). Es handelt sich bei der sexuellen Gewalt oft um sehr frühe, meist innerfamiliäre Kindheitserfahrungen. Eine Untersuchung im deutschsprachigen Raum konnte diese Zahlen bestätigen (vgl. Limberger et al. 2006 in: ebd.). Jedoch verneinten 15% der insgesamt 250 befragter Patient*innen traumatische Erfahrungen in der Kindheit. Trotz der hohen Missbrauchsrate ist der kausale Zusammenhang zwischen traumatischer Kindheitserfahrungen und Entwicklung einer BPS nicht geklärt. Es darf demnach nicht davon ausgegangen werden, dass es sich bei der BPS um eine chronifizierte posttraumatische Belastungserkrankung handelt (vgl. ebd.).

2.2.3 Störung der Affektregulation

Untersuchungen konnten zeigen, dass BPS-Patient*innen im Vergleich zu gesunden Menschen häufiger, länger und intensiver aversive Anspannung erleben, dabei jedoch Schwierigkeiten haben ihre erlebten Emotionen zu differenzieren (vgl. ebd.). Limbische, paralimbische und neokortikale frontale Strukturen im Gehirn spielen eine zentrale Rolle für emotionale, motivationale, kognitive und motorische Verarbeitungsprozesse. Zusätzlich sind diese Hirnareale zuständig für die Fähigkeit zur sozialen und emotionalen Selbstregulation. Mittlerweile ist bekannt, dass nicht nur eine Substanzschädigung dieser Areale, sondern auch chronischer Stress oder erhebliche Verwahrlosungserlebnisse aus der Kindheit, den neurobiologischen Reifungsprozess beeinträchtigen und somit zu kognitiven und emotionalen Störungen führen kann. Dabei wurde die Bedeutung des Lebensalters zum Zeitpunkt der Traumatisierung belegt (vgl. ebd.). PET-Studien bei Patient*innen mit BPS geben Hinweise auf metabolische Veränderungen im präfrontalen Kortex (vgl. Schmahl et al. 2002 in: ebd.: 538). Eine MRT-Studie zeigt eine Volumenreduktion des Hippocampus um 16% und der Amygdala um 8% bei Patient*innen mit BPS gegenüber gesunden Menschen auf (vgl. Driessen et al. 2000 in: ebd.).

2.2.4 Dissoziative Phänomene

Ca. 65% aller Patient*innen, die an einer BPS erkrankt sind, leiden unter schwerwiegender, dissoziativer Symptomatik (vgl. ebd.). Bei einer dissoziativen Störung fallen im Normalfall zusammenhängende psychische Fähigkeiten wie z.B. Sinneswahrnehmungen, das Gedächtnis, das Bewusstsein oder die eigene Identität, teilweise oder vollständig auseinander (vgl. Amrhein 2017). Aversive Anspannungsphänomene und dissoziative Symptomatik bei Patient*innen mit BPS bedingen einander stark. Es wird demnach vermutet, dass diese Symptomatik durch intrapsychischen Stress getriggert wird. Wie bereits erwähnt (Kapitel: 2.2.1) können dissoziative Symptome zumindest teilweise genetischen Einflüssen unterliegen. Dissoziative Zustände können einen negativen Einfluss auf Lernprozesse haben. Neue Erfahrungen zu machen und diese mit bisherigen Erfahrungen zu verknüpfen, ist demnach für BPS-Patient*innen unter Stress erschwert (vgl. Bohus 2009: 538).

2.2.5 Störungen der Körperakzeptanz und der Schmerzwahrnehmung

Über 50% einer Stichprobe von 400 Borderline-Patient*innen lehnen ihren Körper intensiv ab. Patient*innen berichten über Scham und Ekel beim Gedanken an ihren Körper und einer Angst von körperlichen Berührungen. Ebenso ist die stressabhängige Analgesie ein auffälliges Symptom von BPS-Patient*innen. Ungefähr 70% der selbstverletzenden Betroffenen berichten, dass sie während der Selbstverletzung keine Schmerzen wahrnehmen (vgl. ebd.).

2.2.6 Dysfunktionale Grundannahmen und inkompatible Schemata

Bisher gibt es keine Nachweise dafür, dass bei der BPS eine Einschränkung der funktionellen und kognitiven Leistungsfähigkeit vorliegt. Allerdings scheint gesichert, dass ein hohes Mass an inhaltlich kognitiven Problemen, die sich in der Fachterminologie der Psychotherapie als dysfunktionale Grundannahmen, automatische Gedanken, Pläne und Schemata beschreiben lassen, vorliegen (vgl. ebd.: 539). Alle diese intrapsychischen Konzepte führen zu selektiver Aufmerksamkeit, überwertigen interpretativen Mustern, Katastrophengedanken sowie dysfunktionalen Handlungsentwürfen. Diese Schemata werden durch biographische Erfahrungen begründet und sind daher subjektiv nachvollziehbar, da diese Muster das aktuelle innere Erleben und die zwischenmenschlichen Bezugssysteme der BPS-Betroffenen steuern. Zu den häufigsten Grundannahmen von Borderline-Patient*innen gehören z.B.: „Ohne ein liebendes Gegenüber löse ich mich auf“, „Ich bin anders als alle anderen“, „Wenn mir jemand nahekommt, droht Gefahr“ oder „Wenn jemand sieht, wie ich wirklich bin, wird er mich verlassen“ (vgl. ebd.).

2.2.7 Objektive soziale Variablen

Der Sozialstatus von BPS-Patient*innen ist in den meisten Fällen niedrig. Durch das häufige Auftreten der Symptomatik in der Adoleszenz ist es für Betroffene schwierig, einen adäquaten Schulabschluss zu erlangen. Des Weiteren gestaltet sich die Partnerwahl häufig problematisch, da durch die häufig traumatisierenden sexuellen Erfahrungen aus der Kindheit und das impulsive Verhaltensmuster der Aufbau einer zuverlässigen Beziehung schwierig ist. Durch eine oft verzweifelte Bindung, einem hohen Mass an Liebe, Impulskontrollstörungen und mit starken Schwankungen der Affekte gestaltet sich auch die Kindererziehung oft schwierig. Die Kinder können dadurch selbst Persönlichkeitsstörungen entwickeln, was dann wiederum zu Schuldgefühlen bei den BPS-Betroffenen führt. Ebenfalls problematisch sind die Kontakte zu den Tätern im Erwachsenenalter. Oft finden im Erwachsenenalter noch inzestuöse sexuelle Kontakte statt, die wiederum Schuld und Schamgefühle bei den Betroffenen hervorrufen. (vgl. ebd.: 540).

2.2.8 Ohnmacht in der Erlebenswelt von BPS-Patient*innen

Die inneren Erfahrungen von aversiven Emotionen der BPS-Patient*innen spielen eine zentrale Rolle. Angst, Scham, Schuld oder Wut, aber auch Ekel werden als zentrale aversive Emotionen beschrieben. Von den Betroffenen wird der Zustand als bedrohend, beschrieben, sie finden keinen Ausweg. Hilflosigkeit, Angst und tiefgreifende Verlassenheit sind weitere Emotionen, die genannt werden. Sie befinden sich in einem Ausnahmezustand zwischen Aktivierung der letzten Reserven und sich dem Schicksal fügen. „Ohnmacht“ scheint ein guter Begriff für die Beschreibung dieses Zustandes (vgl. ebd.: 541). Ohnmacht hat hier aber nicht immer nur mit Angst zu tun. Es kann beispielsweise Scham sein, die sich nicht den öffentlichen Blicken entziehen kann, Wut, die kein Objekt findet oder Ekel, der nicht ausgestossen werden kann (vgl. ebd.). Geht man nun davon aus, dass BPS-Betroffene aversive Emotionen deutlich stärker erleben, ist die Wahrscheinlichkeit Ohnmacht zu erleben deutlich erhöht. Es kann daraus geschlossen werden, dass das Bestreben von BPS-Patient*innen darin besteht, Ohnmachtserfahrungen zu vermeiden, z.B. durch das Vermeiden von sozialen Herausforderungen, Beziehungen oder Sexualität, oder diese so schnell wie möglich zu beenden, z.B. durch Sekundäremotionen (Abschwächung von Scham, Neid und Eifersucht durch Wut, die sich gegen andere oder sich selbst richtet oder die Aktivierung von Schuld) oder durch Selbstverletzungen, da sie emotionale Erregungszustände dämpfen (vgl. ebd.: 541f.).

Das Modell zeigt auf, dass sich genetische Faktoren, wie Dissoziationsneigung, Störungen der Reizkontrolle und Affektmodulation mit psychosozialen Variablen wie sexuellem Missbrauch

und emotionaler Vernachlässigung zusammenwirken. Dies hat dysfunktionale kognitiv-emotionale Schemata zur Folge, die sich in Störungen der Identität, der Beziehungsregulation, der Affektregulation und der Handlungssteuerung verfestigen. Vor allem die Störung der Affektregulation führt häufig zu intensiver innerer Anspannung und subjektiver Erfahrung von Hilflosigkeit und Ohnmacht. Die Folge sind Verhaltensmuster, die die aversive Anspannung rasch dämpfen, jedoch langfristig die Affektregulation, als auch das Selbstwertgefühl, negativ beeinflussen (z.B. Selbstverletzungen, Drogen- oder Alkoholabusus, Essstörungen oder Hochrisikoverhalten) (vgl. ebd.: 542).

2.3 Epidemiologie und Verlauf

Laut DSM-V (vgl. Falkai et al. 2018: 912) wird die Prävalenz der BPS in der Allgemeinbevölkerung auf 1,6% geschätzt. Dabei liegt die Prävalenz in der Primärversorgung bei ca. 6%, bei ambulanten psychiatrischen Patienten bei ca. 10% und in stationären psychiatrischen Einrichtungen bei ca. 20%. Die Prävalenz im Alter kann abnehmen.

Ein Muster von chronischer Instabilität im jungen Erwachsenenalter, die mit Phasen von schwerwiegenden affektiven und impulsiven Kontrollverlusten und häufiger Inanspruchnahme von Einrichtungen des allgemeinen Gesundheitswesens und spezieller psychiatrischer Institutionen einhergehen, zeigt sich bei BPS-Patient*innen am häufigsten. In den jungen Erwachsenenjahren sind die Suizidgefahr und störungsbedingte Beeinträchtigungen am grössten. Diese nehmen mit zunehmendem Alter ab. Bei Personen, die sich in Therapie befinden, zeigen sich Verbesserungen oftmals innerhalb des ersten Jahres. Die Neigung zu Impulsivität, intensiven Emotionen und die Intensität in der Beziehungsgestaltung halten jedoch meistens ein Leben lang an. Zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr erlangt die Mehrzahl der BPS-Patient*innen eine Stabilität in den beruflichen Funktionen und in Beziehungen (vgl. ebd.).

2.4 Diagnostik

Zur Diagnosestellung der Borderline-Persönlichkeitsstörung gibt es einerseits ein Interviewverfahren, bei welchem vor allem der klinische Eindruck aus dem Erstinterview zählt. Unter Berücksichtigung der Gegenübertragung wird hier auf Kernsymptome einer BPS geachtet. Antworten auf die Fragen zum Selbstbild der Person (Identitätsdiffusion?), wie es mit der Affektwahrnehmung, -steuerung und -benennung beschaffen ist, ob es Hinweise auf eine Überich-Pathologie gibt oder die Art und Weise wie die betroffene Person die Beziehung zu

den Untersuchenden gestaltet, geben erfahrenen Untersuchern bereits die Möglichkeit, das Vorliegen einer BPS zu belegen oder auszuschliessen (vgl. Kızıllhan 2020: 211).

Zudem gibt es Formale Interviewverfahren, die anhand einer vorgegebenen Matrix durchgeführt werden. Das STIPO-D (Strukturiertes Interview zur Persönlichkeitsorganisation) wurde aus dem Kernbergschen Ansatz des Strukturellen Interviews entwickelt. Vorteilhaft ist hier, dass es zwar eingeübt werden muss, danach aber keine weitere klinischen Erfahrungen der Untersuchenden benötigt wird (vgl. ebd.).

Das SKID-II (Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV) fragt die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung aus dem DSM-IV systematisch ab. Als erstes füllt die betroffene Person einen Fragebogen aus, danach werden strukturierte Fragen anhand eines Manuals gestellt. Weitere gebräuchliche Verfahren sind das DIB (Diagnostisches Interview für das Borderlinesyndrom) von J.G. Gunderson und H. Hütterich (1990) und das IPDE (International Personality Disorder Examination) von Mombour et. Al. (1996), das sich auf die Kriterien aus dem ICD-10 bezieht.

2.5 Differentialdiagnose und Komorbidität

Die BPS kommt oft gemeinsam mit depressiven oder bipolaren Störungen vor (vgl. Falkai et al. 2018: 913). Angststörungen, Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit, sowie Essstörungen und Schlafstörungen gehören ebenfalls zu den Krankheiten, die oft gemeinsam mit einer BPS auftreten (vgl. Bohus/Wolf-Arehult 2016: 385). Borderline-Patient*innen erfüllen häufig zeitgleich die Kriterien für andere Persönlichkeitsstörungen. Die dependenten Persönlichkeitsstörungen (50%), die ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung (40%) und paranoide Persönlichkeitsstörungen (ca. 40%) sind hier zu nennen. Antisoziale Persönlichkeitsstörungen (25%) und histrionische Persönlichkeitsstörungen (15%) sind viel seltener (vgl. ebd.: 386). Zusätzlich von Bedeutung ist die häufige Störung der Aufmerksamkeit und der Hyperaktivität (ADHS). Ca. 20% der BPS-Betroffenen berichten von gravierenden Störungen dieser Bereiche in ihrer Jugend (vgl. ebd.).

2.6 Therapie / Behandlung

Zurzeit finden in der Behandlung der Borderline Persönlichkeitsstörung vier unterschiedliche störungsspezifische Therapiekonzepte Anwendung, die an dieser Stelle erläutert werden:

2.6.1 Die Schematherapie / Schema-fokussierte Therapie (SFT)

Die Schematherapie, oder Schema-fokussierte Therapie (SFT), ist eine Weiterentwicklung der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) von Jeffrey Young. Sie zeichnet sich durch die Integration kognitiver, emotionaler und behavioraler Methoden aus verschiedenen Therapierichtungen aus und legt den Schwerpunkt auf die Gestaltung der therapeutischen Beziehung. Im ursprünglichen Ansatz wurden die dysfunktionalen Schemata fokussiert. Die Schematherapie konzentriert sich auf Schemamodi, die verschiedene schemaassoziierte emotionale Zustände beschreiben (vgl. Jacob/Arntz 2011: 2). Das Ziel ist es, mit den Patient*innen zu erarbeiten, welche Bedürfnisse in der Biografie nicht erfüllt wurden, wie sich die dysfunktionalen Schemata und Modi entwickelt haben, wie sie die Patient*innen aktuell einschränken und wie diese Bedürfnisse aktuell auf bessere Weise erfüllt werden können. Dafür wird jeweils ein individuelles Modusmodell erarbeitet, welches alle Symptome, Probleme und auffällige interpersonelle Muster beinhaltet. Danach werden die Probleme und Symptome bearbeitet. D.h., es wird erarbeitet, welche Modi wann beteiligt sind und dann modusspezifisch interveniert (vgl. ebd.: 5).

2.6.2 Die Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP)

Bei der TFP handelt es sich um eine abgeänderte Form der psychodynamischen Psychotherapie nach Dr. Paulina Kernberg. Sie basiert auf der Psychoanalyse. „In dieser Form der Borderline-Behandlung geht es um das Überführen rigider und primitiver internalisierter Objektbeziehungen sowie abgespaltener Anteile in eine reifere, integriertere und flexiblere Form.“ (Kızıllhan 2020: 216) Der Fokus liegt in der Bearbeitung der Beziehungsschwierigkeiten der Patient*innen, die sich in der sogenannten Übertragung im Hier und Jetzt zeigen und bearbeitet werden können. Die Behandlungsmethode ist besonders geeignet für Patient*innen, die in interaktionelle Konflikte geraten oder in diesem Bereich einen hohen Leidensdruck haben (vgl. UPK o.J.).

2.6.3 Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)

Die DBT hat für die vorliegende Arbeit eine besondere Wichtigkeit. Darum wird sie etwas ausführlicher beschrieben.

Die DBT wurde in den 80er Jahren von Marsha Linehan als störungsspezifische ambulante Therapie für chronisch suizidale BPS Patient*innen entwickelt und ist aktuell zur Behandlung von Borderline-Patient*innen am weitesten verbreitet. Sie integriert viele verschiedene therapeutische Methoden aus dem Bereich der Verhaltenstherapie, der kognitiven Therapie, der

Gestalttherapie, der Hypnotherapie und der Zen-Meditation (vgl. Bohus/Wolf-Arehult 2016: 395). Der Ansatz der dialektischen Therapie besteht im Gegensatz zu üblichen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Methoden nicht im Verändern oder Modifizieren von schmerzlichen Gefühlszuständen oder problematischen Umweltbedingungen, sondern darin, diese zu akzeptieren (vgl. Linehan/Linehan 2008: 23). Es wird mehr Augenmerk auf die Bedeutung von Ereignissen und die Akzeptanz von Situationen und Gefühlen gelegt als auf die Veränderung deren.

Das allen übergeordnete Ziel der DBT ist der Aufbau von dialektischen Verhaltensmustern. Dafür müssen, kurzgefasst, dialektische Denkmuster aufgebaut werden. Betroffene müssen die Fähigkeit erlernen, extreme Reaktionen auf bestimmte Situationen durch integrative, ausgeglichene Reaktionen zu ersetzen (vgl. ebd.: 89).

Die dialektische Denkweise geht davon aus, dass sich die Wahrheit und die Ordnung der Dinge im Laufe der Zeit herausbilden und entwickeln. Gibt es Meinungsverschiedenheiten, wird nach der Wahrheit, die beide Gesprächspartner in ihrer Darstellung von der Ordnung der Dinge ausgelassen haben, gesucht. So entsteht die Wahrheit durch die neue Ordnung, die alles zuvor Ausgelassene in sich vereinigt. Die dialektische Denkweise kann als Mittelweg zwischen der universalistischen Denkweise und der relativistischen Denkweise betrachtet werden. Die universalistische Denkweise geht davon aus, dass es eine absolute Wahrheit und Ordnung der Dinge gibt. Sie sagt, dass eine Person recht und die andere Person unrecht hat. Die relativistische Denkweise hingegen will darauf hinaus, dass es keine universelle Wahrheit gibt und die Ordnung der Dinge vollkommen davon abhängt, wer die Ordnung vornimmt. Da die Wahrheit vom Betrachter abhängt, ist es hier sinnlos nach ihr zu suchen (vgl. ebd.). Dialektisches Denken zeichnet sich demnach durch die Fähigkeit aus, die Vorstellung von Polaritäten zu überwinden und stattdessen die Realität als komplexes und vielschichtiges Phänomen zu erkennen. Dafür muss die Bereitschaft in Gegensätzen zu denken und sich widersprechende Standpunkte einzunehmen bzw. diese zu vereinen, vorhanden sein. Man muss mit Wechsel und Inkonsistenz leben können und erkennen, dass jeder vermeintlich allgemeingültige Standpunkt bereits seine eigene Widerlegung in sich birgt (vgl. ebd.: 90).

Für Borderline-Patient*innen ist es typisch, dass ihr ganzes Leben aus Dichotomien besteht. Sie neigen dazu alles in den Kategorien „Entweder“ und „Oder“ einander gegenüberzusetzen. Dieses Muster wird als Spaltung oder zu Englisch „Splitting“ (ebd.: 27) bezeichnet. Betroffene denken meistens in Extremen und halten an ihren Standpunkten fest. Für sie ist es beispielsweise schwierig zu erkennen, dass die beiden Aussagen, zu leben und zu sterben

wollen, gleichzeitig wahr sein können. Aus psychodynamischer Sicht folgt dies aus einem unlösbaren Konflikt zwischen intensiven negativen und positiven Emotionen. Aus dialektischer Sicht stellt ein solch andauernder Konflikt aber ein Scheitern der Dialektik dar. Anstelle von Synthese und Transzendenz stehen im typischen Borderline-Konflikt tief verwurzelte, aber unvereinbare Positionen, Wünsche und Vorstellungen einander gegenüber (vgl. ebd.). Dadurch, dass Betroffene nach der absoluten Wahrheit und konkreten, unveränderlichen Fakten suchen, ist ihre Aufnahmefähigkeit für neue Informationen gering.

Das Ziel der DBT ist nun aber nicht, dass Betroffene nur noch in Grautönen denken, sondern dass sie in der Lage sind, schwarz wie auch weiss gleichzeitig zu akzeptieren. Es soll eine Einheit zwischen den Gegensätzen erreicht werden, welche die Realität beider Seiten anerkennt (vgl. ebd.: 90). Indem der Betroffene Gegensätze erkennt, kann er sich über sie stellen und sie so schlussendlich auflösen.

Die Aufgabe der therapierenden Person besteht darin, der zu behandelnden Person zu helfen, diese absoluten und extremen Gedanken zu identifizieren und gemeinsam mit ihr die eigenen Schlussfolgerungen und Überzeugungen auf ihre Berechtigung zu überprüfen (vgl. ebd.: 91).

Wichtig ist es, hier noch anzufügen, dass in der DBT das als wahr betrachtet wird, was hilft und funktioniert. Linehan (ebd.) listet folgende problematische Denkmuster auf, die es in der DBT zu behandeln gilt:

1. Willkürliche Schlussfolgerungen, die aufgrund ungenügender oder widersprüchlicher Informationen gezogen werden.
2. Übergeneralisierung
3. Übertreibung der Bedeutung oder Wichtigkeit eines Ereignisses.
4. Unangemessene Attribution der Schuld und Verantwortung für negative Ereignisse auf die eigene Person.
5. Unangemessene Attribution der Schuld und Verantwortung für negative Ereignisse auf andere.
6. Beleidigungen oder die Zuordnung negativer Bezeichnungen, die keine über das beobachtete Verhalten hinausgehende Informationen liefern.
7. Katastrophieren – die Annahme, dass etwas Schreckliches geschehen wird, wenn bestimmte Ereignisse nicht eintreten.
8. Hoffnungslosigkeit oder pessimistische Erwartungen bezüglich der Zukunft, die auf selektiver Aufmerksamkeit gegenüber negativen Erlebnissen in der Vergangenheit oder Gegenwart beruhen, nicht auf überprüfbaren Tatsachen.

Was genau mit dialektischen Verhaltensmustern gemeint ist, wird durch den Begriff der Ausgewogenheit wohl am besten beschrieben. Betroffene der BPS sind selten in der Lage ein

ausgewogenes Leben zu führen. Ihr Denken, die Gefühlsreaktionen und Handlungen sind dichotom und extrem. Betroffene sollen nach der Therapie fähig sein, auf Schwierigkeiten im Leben ausgewogener zu reagieren. Linehan (2008) benennt folgende dialektischen Spannungen, die dafür aufgelöst werden müssen:

1. Förderung von Fertigkeiten versus Selbst-Akzeptanz.
2. Lösung von Problemen versus Akzeptanz von Problemen.
3. Affektregulierung versus Affekttoleranz.
4. Selbstwirksamkeit versus Hilfesuchen.
5. Unabhängigkeit versus Abhängigkeit.
6. Transparenz versus Verschlossenheit.
7. Vertrauen versus Misstrauen.
8. Emotionale Kontrolle versus Toleranz gegenüber Emotionen.
9. Kontrollieren/Verändern versus Beobachten.
10. Zuschauen versus Teilnehmen.
11. Von anderen nehmen versus anderen geben.
12. Sich selbst in den Mittelpunkt stellen versus andere in den Mittelpunkt stellen.
13. Nachdenken/Meditation versus Handlung.

Konkret gestaltet sich die Dialektisch-Behaviorale Therapie in vier Module. Einzeltherapie, Telefonberatung, Skillstraining in der Gruppe und Supervision. Die Einzeltherapie erstreckt sich in der Regel über ca. zwei Jahre mit einer Behandlungsstunde pro Woche. Dabei ist der Einzeltherapeut zur Lösung akuter, eventuell lebensbedrohlichen Krisen telefonisch erreichbar. Zeitgleich besuchen die Patient*innen ein Fertigkeitstraining, eine sogenannte Skillstrainingsgruppe. Die Absprachen zwischen Einzel- und Gruppentherapeut*innen findet idealerweise in der Supervisionsgruppe statt, die ebenfalls einmal wöchentlich stattfinden sollte. (vgl. Bohus/Wolf-Arehult 2016: 395)

Nach der Vorbereitungsphase mit Diagnostik, Motivationsarbeit und Information folgt die erste Therapiephase, die sich mit schwerwiegenden Problemen auf der Verhaltensebene befasst. Zuerst kommt an dieser Stelle lebensbedrohliches Problemverhalten, wie z.B. Suizidversuche, Selbstverletzungen oder das Unterlassen von medizinischer Notversorgung. Krisenerzeugendes Verhalten, wie z.B. aggressive Durchbrüche oder Straftaten, die die soziale Situation verschlechtern und die Therapie behindern können, gehören hier ebenfalls dazu. An zweiter Stelle kommen Verhaltensmuster, die den Fortschritt der Therapie beeinträchtigen. Dies können z.B. Verweigerungen der Patient*innen sein, mitzuarbeiten. Sind solche Probleme nicht oder nicht mehr vorhanden, können sich Therapeut*innen schwerwiegenden psychischen Problemen zuwenden, allerdings nur dann, wenn sie so ausgeprägt sind, dass sie die Arbeit an

der Verbesserung der sozialen Erfüllung behindern. Beispiele hier sind Drogen- und Alkoholmissbrauch, schwere soziale Phobien oder Essstörungen (vgl. ebd.: 401).

In der zweiten Therapiephase wird der Fokus nun weniger auf den Abbau von Problemverhalten gelegt, stattdessen vielmehr auf den Aufbau von langfristig, sozial günstigem Verhalten. Auftretende Probleme sollen hier immer vorrangig bearbeitet werden, ansonsten werden andere psychische Symptome bearbeitet. In der dritten Therapiephase folgen dann vermehrt generelle Themen der Lebensführung (vgl. ebd.: 401f.).

Zum zusätzlichen Verständnis der dialektischen Vorgehensweise verbildlicht Marsha Linehan (2008) die Dialektisch-Behaviorale Therapie für Betroffene einer Borderline-Persönlichkeitsstörung:

Die zu behandelnden Personen stehen sich mit den Therapeut*innen auf einer Wippe gegenüber. Sie bewegen sich darauf vor und zurück, versuchen die Balance zu halten und gleichzeitig gemeinsam in die Mitte zu kommen, um dann sozusagen auf die nächsthöhere Ebene klettern zu können. Ist das geschafft, geht das Ganze von vorne los. Während sich die Patient*innen vor und zurück bewegen, tun die Therapeut*innen dasselbe, um die Balance aufrecht zu halten. Bei suizidalen Borderline-Patient*innen ersetzt Linehan die Wippe allerdings durch einen dünnen Bambusstab, der auf einem Hochseil liegt, das über dem Grand-Canyon aufgespannt ist. Hier besteht die Gefahr, dass beide in den Abgrund stürzen. Der Auftrag der Therapeut*innen ist es, dafür zu sorgen, dass auch hier gemeinsam auf die Mitte zugegangen wird. Schnelle Bewegungen und Gegenbewegungen sind hier aber zentral (vgl. ebd.: 23).

3. Die Soziale Arbeit in der Psychiatrie

Das Krankheitsbild und die Behandlungsformen einer BPS wurden ausführlich beschrieben. Nun geht es darum die Soziale Arbeit in das Arbeitsfeld der Psychiatrie einzugliedern. Um die Soziale Arbeit, die Klinische Soziale Arbeit und die Psychotherapie voneinander abgrenzen zu können und um darüber zu diskutieren und festzulegen, welchen Auftrag die Soziale Arbeit im Bezug zur BPS hat, müssen die Begriffe zunächst definiert werden.

3.1 Definition Soziale Arbeit, Klinische Soziale Arbeit und Psychotherapie

3.1.1 Soziale Arbeit

Der Berufsverband AvenirSocial beschreibt die Soziale Arbeit im Berufskodex für die Soziale Arbeit (2010: 8) als Profession, die den sozialen Wandel, Problemlösungen in zwischenmenschlichen Beziehungen sowie die Ermächtigung und Befreiung von Menschen fördert, mit dem Ziel das Wohlbefinden der einzelnen Menschen anzuheben. Dabei stützt sich Soziale Arbeit auf Theorien menschlichen Verhaltens wie auch auf Theorien sozialer Systeme, um dort zu vermitteln, wo Menschen und ihre sozialen Umfelder aufeinander einwirken. Fundamental dafür sind die Prinzipien der Menschenrechte und der sozialen Gerechtigkeit.

Der Weltverband der Sozialen Arbeit (International Federation of Social Work, IFSW) hat im Juli 2014 in Melbourne die Soziale Arbeit neu definiert. Der Deutsche Bundesverband für Soziale Arbeit (DBSH 2016) hat diese Definition wie folgt übersetzt:

„Soziale Arbeit fördert als praxisorientierte Profession und wissenschaftliche Disziplin gesellschaftliche Veränderungen, soziale Entwicklungen und den sozialen Zusammenhalt sowie die Stärkung der Autonomie und Selbstbestimmung von Menschen. Die Prinzipien sozialer Gerechtigkeit, die Menschenrechte, die gemeinsame Verantwortung und die Achtung der Vielfalt bilden die Grundlage der Sozialen Arbeit. Dabei stützt sie sich auf Theorien der Sozialen Arbeit, der Human- und Sozialwissenschaften und auf indigenes Wissen. Soziale Arbeit befähigt und ermutigt Menschen so, dass sie die Herausforderungen des Lebens bewältigen und das Wohlergehen verbessern.“

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es in der Sozialen Arbeit einerseits um die Arbeit in der Praxis in den unterschiedlichen Einrichtungen und Arbeitsfeldern geht, in denen sozialarbeiterische Unterstützung notwendig ist und andererseits auch um die Theorie einer wissenschaftlichen Fachdisziplin.

Im Mittelpunkt der Sozialen Arbeit stehen somit Menschen, die in sozialen Problemlagen leben. Diese Problemlagen entwickeln sich häufig in Wechselwirkung mit gesamtgesellschaftlichen Veränderungen (vgl. Bischkopf et al. 2017: 19). Wird die soziale Dimension menschlicher Existenz zur Herausforderung, versucht die Soziale Arbeit, durch die Unterstützung der betroffenen Menschen, aber auch durch die Beeinflussung gesellschaftlicher Strukturen, die Handlungsfähigkeit der Betroffenen zu erweitern und den Menschen zu einem möglichst autonomen, gesunden und befriedigendem Leben zurück zu verhelfen (vgl. ebd.).

Dieser Auftrag der Sozialen Arbeit ergibt ein hohes Mass an Komplexität. Sie setzt sich aus der Mehrdimensionalität der Problemlagen und der gemeinsamen Lösungsrealisierung mit Individuen, Gruppen und Gemeinwesen zusammen. Professionelle der Sozialen Arbeit müssen in unterschiedlichen Arbeitsfeldern, auf verschiedenen Organisationsebenen und in unterschiedlichen Sektoren agieren. Dabei sind sie immer wieder mit unterschiedlichen Themen, Aufgaben und Herausforderungen und mit verschiedenen Adressatinnen und Adressaten konfrontiert. Der Umgang mit Dilemmata und das Bewegen in verschiedenen Spannungsfeldern gehören zum Alltag von Professionellen der Sozialen Arbeit (vgl. AvenirSocial 2010: 7). Das professionelle Handeln von Sozialarbeiter*innen drückt sich durch eine differenzierte Reflexion und Auseinandersetzung mit den verschiedenen Hilfe- und Kontrollaufgaben und den damit verbundenen Macht- und Ohnmachtsgefühlen aus (vgl. Bischkopf et al. 2017: 21). Die Professionellen tragen bei ihrer Arbeit z.B. ein sogenanntes Doppelmandat. Sie sind zum einen den Anliegen und Interessen der Hilfesuchenden verpflichtet und zum anderen aber auch ihrem Auftraggeber sowie dem Staat (vgl. Hochuli-Freund/Stotz 2017: 50). Dieses Spannungsfeld zwischen Hilfe und Kontrolle wurde von Staub Bernasconi (2007) durch ein drittes Mandat ergänzt. Zusätzlich nennt sie noch den Anspruch, dass ein Professioneller der Sozialen Arbeit basierend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und innerhalb des Ehrenkodexes der Sozialen Arbeit als Profession agieren muss. Somit ergibt sich ein Spannungsfeld zwischen Hilfe, Kontrolle und der Sozialen Arbeit als Profession, in dem sich die Professionellen der Sozialen Arbeit während ihrem Tun verantworten müssen.

3.1.2 Klinische Soziale Arbeit

Die Klinische Soziale Arbeit wird als sogenannte Fachsozialarbeit innerhalb der Sozialen Arbeit verstanden. Sie folgt dabei allgemein den Grundsätzen, die im vorangegangenen Kapitel zur Definition der Sozialen Arbeit bereits genannt wurden. Die Soziale Arbeit kümmert sich im psychiatrischen Arbeitsfeld um die (psycho-)sozialen Problemstellungen psychisch kranker Menschen und deren Angehörigen. Sie unterstützt psychisch kranke Betroffene und deren

Bezugspersonen bei denjenigen sozialen Frage- und Problemstellungen, die die psychische Erkrankung mitverursacht haben oder die Folgen davon sind. So wird versucht deren soziales, psychisches und körperliches Wohlbefinden zu verbessern (vgl. Bischkopf et al. 2017: 29). Die Klinische Soziale Arbeit hat also die Prävention und Reduktion von psychosozialen Belastungen zum Ziel. Ausserdem verfolgt sie die Verbesserung von möglichen Handlungen der Klient*innen. Der Fokus liegt dabei auf der Überwindung akuter und chronischer Erkrankungen und soll zu einer besseren Passung im Klient-Umwelt-System beitragen. Ebenfalls wird die Realisierung von gesellschaftlicher Teilhabe angestrebt, sowie die Partizipation der Betroffenen am gesellschaftlichen Leben gefördert (vgl. ebd.: 39). In ihrer Arbeit übernimmt die Klinische Soziale Arbeit klinische Aufgaben, wann immer ihre psychosozial fundierte Bildung notwendig ist, und versucht dabei stets die Bedingungen der sozialen Lebenswelt, sowie die Vorstellungen der Betroffenen im Behandlungsprozess, zu berücksichtigen. (vgl. Geissler-Piltz/Gerull 2009: 13)

3.1.3 Psychotherapie

Die Psychotherapie, was übersetzt so viel bedeutet wie die Heilung der Seele, „bezeichnet im Allgemeinen die gezielte professionelle Behandlung von psychischen Störungen und/oder psychisch bedingter körperlicher Störungen mit psychologischen Mitteln“ (Dorsch/Wirtz/Strohmer 2017: 1375). Verschiedene Psychotherapieschulen prägen die unterschiedlichen Methoden und Konzepte. Diese stellen z.B. behaviorale, kognitiv-behaviorale, analytische, tiefenpsychologische, humanistische, systemische oder körperorientierte Theoriemodelle psychischer Störungen in den Mittelpunkt. Ausserdem hat die Organisationsform einen Einfluss auf die psychotherapeutische Behandlung. Die Struktur einer Psychotherapie wird verändert, wenn sie in einem Einzel-, Paar- oder Gruppensetting stattfindet, oder wenn sie ambulant oder stationär durchgeführt wird (vgl. ebd.).

Helle (2019) macht ebenfalls die Aussage, dass die verschiedenen Mittel und Methoden der Psychotherapie geprägt sind von verschiedenen Therapieschulen. Auf Wikipedia seien über 160 verschiedene psychotherapeutische Methoden zu finden. Um einen groben Überblick zu schaffen, können die verschiedenen therapeutischen Ansätze durch das sogenannte Vier-Säulen-Modell den Grundorientierungen „psychodynamische Verfahren“, „systemische Verfahren“, „humanistisch-psychologische Verfahren“ und „Verhaltenstherapeutische bzw. kognitiv-behaviorale Verfahren“ zugeordnet werden (vgl. ebd.: 4).

Welche verschiedenen psychischen Störungen es gibt und welche Kriterien erfüllt sein müssen, um damit diagnostiziert zu werden, ist in international anerkannten Klassifikationssystemen wie z.B. dem ICD-10 oder dem DSM-V klar definiert.

3.1.4 Zusammenfassung

Zusammengefasst ist der Unterschied der Psychotherapie zur Sozialen Arbeit also dieser, dass sich die Psychotherapie mit den psychologischen, den geistlichen Problemlagen von Patient*innen auseinandersetzt, während die Soziale Arbeit die sozialen Problemlagen von Klient*innen in den Fokus nimmt.

Während sich die Psychotherapie mit der Verursachung, den Merkmalen, der Systematik sowie mit der Diagnostik, der Prävention und mit der Therapie von seelischen oder psychischen Erkrankungen beschäftigt, nimmt die Klinische Soziale Arbeit in der Psychiatrie, als Fachsozialarbeit, die psycho-sozialen Problemlagen der Patient*innen und deren Angehörigen in den Fokus, die aufgrund der psychischen Krankheit und den damit einhergehenden psychologischen Problemlagen entstehen. Dabei ist in der Psychotherapie klar definiert, unter welchen Bedingungen, welche psychiatrische Erkrankung gegeben ist und mehrheitlich auch, wie sie behandelt werden kann oder soll.

3.2 Gegenüberstellung Klinische Soziale Arbeit und Psychotherapie

Nachdem nun der Unterschied zwischen den Begriffen geklärt ist, stellt sich die Frage, wie sich die verschiedenen Professionen im Arbeitsfeld der Psychiatrie gegenüberstehen. Wie gestaltet sich interprofessionelle Kooperation, welche Herausforderungen gibt es bei der Realisierung des Auftrages der Sozialen Arbeit und wie kann man den Herausforderungen gerecht werden?

3.2.1 Das bio-psycho-soziale Modell

Wenn unterschiedliche Professionen gemeinsam an einem Fall arbeiten sollen, muss diese interprofessionelle Kooperation gut organisiert sein. D.h., dass die Arbeitsteilung definiert sein muss und Interventionen in der interprofessionellen Praxis klar koordiniert werden müssen. In einer interprofessionellen Kooperation kommen unterschiedliche professionelle Wissenssysteme zum Zug. Im Falle dieser Arbeit, das der Psychotherapie, das der Medizin oder der Neurobiologie und das der Sozialen Arbeit. Um diese Wissenssysteme verknüpfen zu können ist ein geteiltes Bezugsmodell nötig. Ein solches, bereits bekanntes Bezugsmodell ist das Modell der WHO, das Gesundheit und Krankheit in einem bio-psycho-sozialen Verständnis beschreibt (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 86f.). Sommerfeld und Co. (ebd.: 87) führen die

Entstehung des bio-psycho-sozialen Modells auf die Verfassung der WHO aus dem Jahre 1946 zurück und weisen zusätzlich auf eine lange Entwicklungsgeschichte hin, die aber, aufgrund der Rahmenbedingungen dieser Arbeit, nicht weiter erläutert wird.

Vereinfacht beschreibt das Modell, dass die drei Ebenen, die biologisch-organische, die psychische und die soziale Ebene in Wechselwirkung zueinanderstehen. Der Verlauf und die Entwicklung von psychischen Störungen können gestützt auf verschiedene Faktoren auf den unterschiedlichen Ebenen erklärt werden (vgl. ebd.: 86). Das Modell stellt eine Möglichkeit dar diese Wechselwirkungen sowie die dadurch entstehenden Dynamiken und Übergänge zwischen den Ebenen zu fassen. Es kann davon ausgegangen werden, dass die biologischen Prozesse die Prozesse auf der sozialen und der psychischen Ebene prägen. Damit sind nicht nur biologische Abläufe gemeint, sondern auch strukturelle Veränderungen im Zentralnervensystem und dem Gehirn sowie genetische Prozesse. Im Umkehrschluss aber prägen die soziale und die psychische Ebene, die Art und Weise wie ein Mensch integriert ist und wie er sein Leben führt, auch die biologischen Prozesse. (vgl. ebd.)

Wird das bio-psycho-soziale Modell von Gesundheit und Krankheit nun als handlungsleitendes Paradigma in der Psychiatrie betrachtet, bietet es die Möglichkeit unterschiedliche Diagnosen in einer Gesamtdiagnose zusammenzufassen. Neurologische, neuropsychologische, somatische, psychische und soziale Diagnosen könnten sich ergänzen. Auf dieser Grundlage könnte dann ein koordinierter, interprofessioneller Hilfeplan entwickelt und umgesetzt werden (vgl. ebd.: 87). Das würde bedeuten, dass sich die Psychiatrie auf ein ganzheitliches Verständnis psychischer Störungen abstützt, das sowohl psychologische wie soziale und biologische Aspekte gleichwertig berücksichtigt.

Mit diesem Verständnis von Gesundheit und Krankheit wird unbestreitbar, dass die soziale Dimension, die Art und Form von Integration und Lebensführung eines Menschen, einen massgeblichen Einfluss auf den Verlauf einer psychischen Störung und somit auch auf den Heilungsprozess einer betroffenen Person hat. In der Psychiatrie sind die Stimmen zur Bearbeitung der sozialen Dimension als Teil der Behandlung zwar lauter geworden, dennoch wird sie noch immer zu wenig in die Bearbeitung von Fällen miteinbezogen. Die beiden Felder werden mehr oder weniger voneinander getrennt behandelt. Die Professionellen der Psychotherapie fokussieren sich mehrheitlich auf die psychische Ebene und betrachten dabei den Menschen als in sich geschlossene, von der Umwelt unbetroffene Instanz, während die Klinische Soziale Arbeit mehr die soziale Ebene psychisch Kranker bearbeitet. Das geteilte Rollenverständnis der verschiedenen Professionen ist allerdings nicht zwingend als etwas

Negatives zu betrachten. Aufgrund des Verständnisses von Gesundheit und Krankheit nach dem bio-psycho-sozialen Bezugsmodell, scheint es richtig, dass der Fokus der jeweiligen Profession auf dem eigenen Feld liegt. Jedoch scheint es angebracht, basierend auf den gemachten Erkenntnissen und aufgrund der Unbestreitbarkeit, dass psychische Krankheiten durch alle Ebenen gleichermassen beeinflusst werden, die jeweiligen Interventionen mehr aufeinander abzustimmen und besser zu koordinieren. So können unterschiedliche Fokusse bewusst gemacht und blinde Flecken aufgedeckt werden. Es ermöglicht ein gegenseitiges Profitieren.

Basierend auf diesen Erkenntnissen gilt es also die Kooperation zwischen den einzelnen Berufsfeldern in der Psychiatrie etwas umzudenken, damit allen Patient*innen in psychiatrischer Behandlung die bestmögliche Chance zur Heilung und Reintegration in der Gesellschaft und Perspektiven hin zu einem guten Leben geboten werden kann.

3.2.2 Interdisziplinäre Kooperation als Strukturmerkmal der Klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie

Aus dem vorangegangenen Kapitel geht hervor, dass Professionelle der Sozialen Arbeit meistens Teil eines multidisziplinären Teams sind. Jede Profession hat dabei die eigene Rolle in einem Fall, also die eigene zu bearbeitende Ebene eines Falles sowie den eigenen Wissensbezug, basierend auf dem Fachwissen des jeweiligen Berufsfeldes. Durch die Mehrdimensionalität von psychosozialen und psychischen Beeinträchtigungen sowie durch die Komplexität der Entstehungs- und Verstärkungsbedingungen und durch die Pluralität der erforderlichen Massnahmen wird die intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit in der Sozialen Arbeit notwendig. (vgl. Merten/Amstutz 2019: 40) Die erwähnte Komplexität und die Verwobenheit in den Alltag der Klient*innen sowie deren Umfeld legen nahe, dass Behandlungsangebote multidisziplinär und multiperspektivisch ausfallen (vgl. ebd.).

Diese Multiperspektivität spielt gerade deswegen eine grosse Rolle, weil jede Profession in einem Fall ihrer eigenen Logik, Expertise und Überzeugung folgt. Damit eine Kooperation in einem Fall funktionieren kann, müssen diese unterschiedlichen Logiken aufeinander abgestimmt werden (vgl. Hochuli-Freund/Amstutz 2019: 111). Es heisst also, dass die Soziale Arbeit in ihrem sozialpädagogischen Handeln und die Psychotherapie in ihrem psychotherapeutischen Handeln, bewusst Perspektivenwechsel machen müssen, um den unterschiedlichen Bezugsrahmen gerecht werden zu können. So werden unterschiedliche Sichtweisen und Wissensformen von den verschiedenen Beteiligten in die Bearbeitung eines Falles miteinbezogen (vgl. ebd.: 114). Kooperation in dieser Form gestaltet sich sehr vielfältig

und ist somit auch auf unterschiedlichen Ebenen eine Herausforderung. Erstens auf intrapersonaler Ebene, denn aus Dilemmata zwischen konflikthafter Persönlichkeitsanteilen oder situativen Wahrnehmungen können Wertungen und Empfindungen entstehen. Zweitens auf interpersoneller Ebene, aufgrund des Austausches zwischen allen Beteiligten Professionen und deren Standpunkte, Ansprüche und Richtigkeitsvorstellungen. Drittens auf interkollektiver Ebene, weil Abgleichungen und Abstimmungen unterschiedlicher Interessen und Ansprüche aller beteiligter Gruppen gefordert werden und viertens auf intersystemischer Ebene, weil alle beteiligten Systeme ihre Integrität bewahren und ihre Kooperation basierend auf ihren eigenen Schnittstellen gestalten wollen (vgl. Merten/Amstutz 2019: 41).

Die Kooperation in einer Psychiatrie nach diesem beschriebenen Kooperationsverständnis zu gestalten, stellt sich als eine grosse Herausforderung für die Klinische Soziale Arbeit heraus. In einer Psychiatrie wird das Strukturmerkmal der interdisziplinären Kooperation durch das vorherrschende Paradigma der Medizin und den daraus resultierenden, asymmetrischen Beziehungsstrukturen zwischen den ärztlichen und psychosozialen Fachkräften geprägt. Das heisst, dass die medizinischen Fachkräfte die Mitarbeitenden aus dem psychosozialen Bereich nicht als gleichwertig betrachten. Professionelle der Sozialen Arbeit, bzw. der Klinischen Sozialen Arbeit, sind auf die fachliche Kooperation mit den Ärzten angewiesen. Am deutlichsten zeigt sich die Asymmetrie, wenn Professionelle der Klinischen Sozialen Arbeit in einer Klinik angestellt sind. Zusätzlich liegt hier die Fachaufsicht über die Professionellen der Sozialen Arbeit in der Regel noch beim Stations- oder Oberarzt (vgl. Bischof et al. 2017: 27). Sichelschmidt und Kollegen (2015: 11) beschreiben dieses Phänomen so, dass die Klinische Soziale Arbeit im deutschen Gesundheitswesen zwar existent ist, aber kein eigenes Handlungsfeld besitzt um eine eigenständige Behandlung von Menschen durchführen zu können. Hinzu kommt hier noch, dass die Sozialarbeitenden nicht alle im sozialen Bereich anfallenden Tätigkeiten selbst erledigen können. Oft müssen sie andere Fachkräfte zur vertieften Bearbeitung von Detailproblemen oder -fragen hinzuziehen. Hier entsteht bei anderen Fachkräften, und manchmal auch bei den Sozialarbeitenden selbst, der Eindruck, dass sie zwar von vielem etwas verstehen aber nirgends über ein hohes Fachwissen verfügen. Es wird mehr von Generalisten als von Spezialisten gesprochen (vgl. Bischof et al. 2017: 28). Bei anderen Professionen führt dies dazu, dass Professionelle der Klinischen Sozialen Arbeit als diejenigen betrachtet werden, die nach getaner Arbeit noch den Rest erledigen.

Für die Sozialarbeitenden bedeutet das, dass sie immer unter Rechtfertigungs- und Legitimationsdruck stehen. Diesen gilt es zu behandeln. Eine reflektierte und selbstbewusste

professionelle Haltung auf Seiten der Professionellen der Sozialen Arbeit kann hier bereits Gegensteuer zu diesem Bild der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie geben. Wichtig ist aber trotzdem, dass die Soziale Arbeit in der Psychiatrie nicht vergisst, dass ihr Kerngeschäft ganz klar in der Bearbeitung der sozialen Dimension liegt und sie sich gegebenenfalls gegen Aufforderungen zu Tätigkeiten, die für andere Berufsfelder reserviert sind, abgrenzen müssen (vgl. ebd.).

Sichelschmidt und Kollegen (2015: 11) sagen ebenfalls, dass in jeder Einrichtung die Krankheiten behandelt und Gesundheit als messbare Effektgrösse definiert, Soziale Arbeit stattfindet, diese aber von den in der Gesundheitsversorgung etablierten Disziplinen nicht als gleichwertig betrachtet wird. Ihre Meinung ist, dass eine rein medizinische oder psychotherapeutische Versorgung nicht ausreichend ist, um komplexe Problematiken befriedigend bearbeiten zu können. Sie sind der Meinung, dass die Klinische Soziale Arbeit diejenige Profession sein könnte, die sich um das soziale Problem in Behandlungskontexten kümmert. Sie unterstützen die Bearbeitung eines Falles in der Psychiatrie nach dem Verständnis von Gesundheit und Krankheit nach dem bio-psycho-sozialen Bezugsmodell der WHO.

Es kann so weit festgehalten werden, dass die Arbeitsteilung zwischen den Professionen grundsätzlich klar und definiert ist. Beide Professionen haben ihr eigenes Arbeitsfeld und ihren eigenen mehr oder weniger klar definierten Teil, den es in einem psychiatrischen Fall zu bearbeiten gilt. Die Herausforderung für die Klinische Soziale Arbeit scheint vor allem darin zu bestehen, im Arbeitsfeld der Psychiatrie als notwendige Profession anerkannt und als wichtige, zusätzliche Profession zur Bearbeitung von psychischen Problemen ernstgenommen zu werden. Die Klinische Soziale Arbeit gilt zwar innerhalb der Psychiatrie bereits als fest etabliert, muss sich allerdings immer wieder aufs Neue für die Bedeutung und Wahrnehmung des Sozialen in der Psychiatrie einsetzen (vgl. Geissler-Piltz/Gerull 2009: 18).

Der Klinischen Sozialen Arbeit stehen in solch einem Behandlungskontext mit multiniveaunalen Problemlagen besondere Bedeutungen zu. Sie ist die einzige der bisher genannten Professionen, die eine Person nicht als von der Umwelt isoliertes Subjekt betrachtet. Vielmehr betrachtet sie die zu behandelnden Personen „mit all ihren Verstrickungen in kreischausal wechselwirkenden, systemischen Interaktionen.“ (Sichelschmidt et al. 2015: 38) Ausserdem wird in der Sozialen Arbeit der Bereich der Gesundheit in der Fachdiskussion stärker fokussiert (vgl. Geissler-Piltz/Gerull 2009: 13). Aber auch hier: Die Forschung der Sozialen Arbeit im Bereich Gesundheit und Krankheit wird bisweilen kaum zur Kenntnis genommen, auch wenn die Klinische Soziale Arbeit versucht Gegensteuer zu geben. Um in der

Arbeitswelt der Psychiatrie als eigenständige Profession, für die Behandlung von psychisch Erkrankten, ernstgenommen zu werden, gilt es für die Klinische Soziale Arbeit ein Gut zu bieten, das andere Professionen nicht in gleicher Qualität bieten können. Sie wird in der multiprofessionellen Arbeit ihre Expertise offensiv nach aussen vertreten, dokumentieren und profilieren müssen (vgl. ebd.: 18).

Für die Klinische Soziale Arbeit in der Psychiatrie ist es nun zentral, die interdisziplinäre und multiperspektivische Kooperation und Kommunikation einerseits zu gestalten und andererseits zu stärken. Zudem muss die Organisation der Fälle innerhalb der Psychiatrie besser koordiniert werden. Das heisst, dass Strukturen geschaffen werden müssen, die es allen beteiligten Professionen ermöglicht zusammenzukommen und auf Augenhöhe an einem Fall zu arbeiten. So wird für die Patient*innen die bestmögliche Chance zur Heilung geboten, indem alle Dimensionen des bio-psycho-sozialen Modelles gleichwertig und aufeinander abgestimmt bearbeitet werden. An welchen Punkten Schnittstellen zu finden sind, die eine solche Kooperation und Koordination ermöglichen und wie die Klinische Soziale Arbeit ihren Teil mit der Sozialtherapie als Kernmethodik dazu beitragen kann, wird im folgenden Kapitel erläutert.

3.2.3 Die Sozialtherapie als methodische Grundlage der Klinischen Sozialen Arbeit

Durch das bio-psycho-soziale Konzept und die Diskussion zur Wichtigkeit der interdisziplinären Kooperation im Kontext einer Psychiatrie wird klar, dass die Klinische Soziale Arbeit einen Anspruch darauf besitzt, ihren Teil an Fällen beizutragen. Das Konzept der Sozialpsychiatrie bietet hier die Möglichkeit Schnittstellen zu finden, mit denen der sozialen Dimension in der Psychiatrie mehr Geltung gemacht werden kann.

Die Sozialpsychiatrie erlebte in den 1980er Jahren einen Aufschwung. Die soziale Dimension wurde mehr als Teilbereich der Psychiatrie betrachtet, der die soziale Umwelt der Patient*innen zu verstehen und zu behandeln versucht. Sie trat jedoch wieder vermehrt in den Hintergrund. Die Abschaffung der Anstaltspsychiatrie ist zwar gelungen, die Integration von Menschen mit schweren psychischen Problemen, sprich das Ermöglichen von Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie einer möglichst selbständigen und selbstbestimmten Lebensführung, ist allerdings ein Feld geblieben, das viele Herausforderungen mit sich bringt. Dieser erneute Niedergang der Sozialpsychiatrie hat einerseits mit den gesellschaftlichen und politischen Entwicklungen zu tun, aber auch mit dem Fortschritt der medizinisch-pharmakologischen Psychiatrie. Durch den Fortschritt in der medikamentösen Behandlung, die klar das Leiden von psychischen Erkrankungen verringern kann, wurde es überhaupt erst möglich Patient*innen aus psychischen Anstalten zu entlassen. Sie konnten nun durch die Medikamente ruhiggestellt

werden. Dadurch waren sie nicht zu auffällig und nicht zu bedrohlich für die Mitmenschen im gesellschaftlichen Alltag. Zudem ermöglichten die Medikamente eine mehr oder weniger geordnete Lebensführung in der Gesellschaft und schafften somit grundsätzlich gute Voraussetzungen für die Arbeit an der Integration der psychisch Erkrankten und deren Lebensführung. Dieser Zweig der medikamentösen Behandlung von psychischen Erkrankungen ist bis heute dominant, auch wenn psychotherapeutische und sozialpsychiatrische Ansätze wieder vermehrt genutzt werden. Es hat sich mittlerweile gezeigt, dass sich nicht alle Probleme von Patient*innen einfach auflösen, nur weil die Symptomatik von psychischen Problemen medikamentös reguliert wurden. Es müssen weiterhin Fragen und Antworten nach der Integration gesucht und gefunden werden (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 90).

Heute wird die Sozialtherapie als ein wissenschaftliches Methodenkonzept verstanden, das vor allem in der Klinischen Sozialen Arbeit Anwendung findet. Die Leitideen des Konzeptes sind auf Menschen mit multiplen gesundheitlichen und psychosozialen Problemlagen und deren oftmals schwierige Umwelt gerichtet. Interventionen in diesem Konzept erfolgen auf drei Ebenen. Auf der Ebene der Person, der Ebene der Umwelt und der Passung zwischen der individuellen und der sozial-strukturellen Ebene (vgl. Bischoff et al. 2017: 180). Die psychosozialen Interventionen geschehen dabei vor dem Hintergrund der Person-In-Environment Perspektive und auf Basis einer professionellen Beziehungsgestaltung (vgl. ebd.). Die Sozialpsychiatrie trägt zur Behandlung von psychosozialen Notlagen bei, unterstützt Klient*innen bei der persönlichen, sozialen, sowie der schulischen oder beruflichen Entwicklung, fördert die Gesundheit und versucht soziale und strukturelle Problemlagen abzubauen oder präventiv zu verhindern. Gesellschaftliche Teilhabe bildet dabei immer das grundlegende Ziel. Es wird somit als heilendes und inklusionsförderndes Verfahren für Hard-to-Reach-Klient*innen angesehen (vgl. ebd.). Damit ist eine Methode zu verstehen, die neben klassischen sozialarbeiterischen Hilfen, wie z.B. psychosoziale Beratung, auch therapeutische Interventionen in die Arbeit mit Klient*innen integriert. Dieser Teil konnte sich bisher allerdings nicht etablieren, weil er durch die Kostenträger nicht geregelt refinanziert wird. Die Sozialtherapie findet vor allem in therapeutischen Langzeiteinrichtungen oder in der Suchttherapie Anwendung (vgl. ebd.: 41).

In diesem Sinne kann gesagt werden, dass die Rolle der Sozialen Arbeit als Hilfsprofession in der Psychiatrie im Bereich der Versorgung folgerichtig ist. Also im Bereich der Organisation von Infrastruktur und infrastrukturellen Leistungen. „Sie zielt auf die Qualität der Integration

und der Lebensführung von psychisch Kranken in der Gesellschaft, auf ein gutes oder mindestens gelingenderes Leben unter den Bedingungen einer psychischen Erkrankung und auf die emanzipatorische Leitvorstellung der Autonomie der Lebenspraxis.“ (Sommerfeld et al. 2016: 91)

Innerhalb der Sozialpsychiatrie gibt es verschiedene Formen der Arbeit. Diese werden im Folgenden kurz vorgestellt. In den verschiedenen Formen sind schlussendlich auch die Schnittstellen zu finden, die zur Gestaltung einer guten, und koordinierten interdisziplinären Kooperation notwendig sind und dafür genutzt werden können.

3.2.3.1 Aufsuchende Soziale Arbeit und niedrigschwellige Basisversorgung

Die Aufsuchende Soziale Arbeit und niedrigschwellige Basisversorgung zeichnet sich durch den lebensweltnahen Zugang zu den Klient*innen oder Klientengruppen aus. Es wird einerseits im öffentlichen Raum, z.B. in Form von Streetwork oder im privaten Raum, zu Hause bei den Klient*innen betrieben. Leitparadigmen in der Aufsuchenden Sozialen Arbeit sind Akzeptanz der aktuellen Lebenssituation, die Niederschwelligkeit und Barrierefreiheit des Angebotes.

Als Ziele der Aufsuchenden Sozialen Arbeit zählen die Verhinderung von weiteren gesundheitlichen Schäden sowie die Sicherstellung der Basisversorgung von Klient*innen. Dies kann z.B. sein, dass Notfallstellen sichergestellt werden, genügend warme Mahlzeiten vorhanden sind, sichere Übernachtungen oder Kontakte zu weiteren sozialen Hilfesystemen und zur medizinischen Grundversorgung etc. sichergestellt werden (vgl. Bischkopf et al. 2017: 40).

3.2.3.2 Psychosoziale Diagnostik

Bei der psychosozialen Diagnostik handelt es sich um einen strukturierten Prozess, der zur Erfassung und Analyse des Beratungs- und Behandlungsbedarfes von psychisch kranken Patienten*innen dient. Die psychosoziale Diagnostik schafft ein Situationsverständnis und eröffnet Behandlungsoptionen. Dies geschieht einerseits durch die klassifikatorische Diagnostik und andererseits durch die Erhebung der aktuellen psychosozialen Lebenssituation der Klient*innen sowie durch die Analyse der Biografie unter der Perspektive von bedeutsamen sozialen und gesundheitsrelevanten Faktoren (vgl. ebd.).

3.2.3.3 Psychosoziale Beratung und Einzelfallhilfe

Unter psychosozialer Beratung und Einzelfallhilfe ist eine spezifische Form der Einzelfallhilfe zu verstehen. Es handelt sich hierbei um eine direkte Unterstützung für Betroffene. Sie führt

zur Überwindung von psychosozialen Notlagen und zu einer Erhöhung der eigenen Handlungsfähigkeit. Im Rahmen einer psychosozialen Beratung kommen Verfahren der psychosozialen Diagnostik, spezifische Methoden der Gesprächsführung, hier sind z.B. der klientenzentrierte oder der motivierende Ansatz zu nennen, sowie das Case-Management zur Anwendung (vgl. ebd.).

3.2.3.4 Soziale Gruppenarbeit

Wie der Name bereits zu verstehen gibt, arbeitet man in der sozialen Gruppenarbeit nicht mit einzelnen Klient*innen, sondern mit einer ganzen Klientengruppe. Die Gruppe zählt in der Sozialen Arbeit als wichtiges Setting und greift auf eine lange Tradition zurück. Der Gruppe ist ein bedeutsamer Wirkfaktor im klinischen Kontext zur Genesung von Patient*innen zugewiesen. Es ermöglicht Patient*innen zu erleben, dass es auch andere Menschen gibt, die mit ähnlichen Problemen kämpfen. Es zeigt ihnen, dass sie nicht allein sind. Es ermöglicht den Betroffenen Solidarität zu erfahren und aus ihrer sozialen Isolation herauszutreten. Sie können über ihre individuellen Probleme sprechen und Rollenvorbilder vom mitmenschlichen Verhalten (Modelllernen) erlernen, sowie wichtige Informationen und Hoffnung von denjenigen erhalten, die in ihren Krisen oder Krankheiten bereits weitergekommen sind (vgl. ebd.: 41).

Im Kapitel 4.1.2 wird der Sozialen Gruppenarbeit noch eine besondere Bedeutung als Gefäss für das Skillstraining zukommen.

3.2.3.5 Evaluation

Im Rahmen der Einzelfall- oder Gruppenarbeit ist es wichtig, dass in regelmässigen Zeitabständen die Ziele überprüft werden. Dies ist von grosser Bedeutung für die Entwicklung von weiteren Massnahmen in der Betreuung von Patient*innen. Die Evaluation findet hierbei auf der Systemebene statt, indem geschaut wird, ob und wie eine spezifische Intervention für die jeweiligen Klient*innen oder die jeweilige Klientengruppe wirkt (vgl. ebd.).

3.3 Zwischenfazit

Aus den vorangegangenen Kapiteln geht hervor, dass sich die Psychotherapie, die Soziale Arbeit und die Klinische Soziale Arbeit dahingehend unterscheiden, dass sie verschiedene Aspekte oder Ebenen einer psychischen Erkrankung in den Fokus nehmen. Die Psychotherapie fokussiert sich auf die seelischen Beschwerden, die durch eine psychische Krankheit entstehen. Die Klinische Soziale Arbeit hingegen zielt auf eine gute Qualität der Integration und

Lebensführung in der Gesellschaft unter den Bedingungen der psychischen Erkrankung. Ausserdem versteht sich die Klinische Soziale Arbeit als Fachsozialarbeit und gliedert sich so in das Professionskonstrukt der Sozialen Arbeit ein.

In der Theorie scheint bereits klar und anerkannt zu sein, dass eine psychische Krankheit von allen drei Ebenen des bio-psycho-sozialen Verständnisses beeinflusst wird und Multiperspektivität und Koordination in der Behandlung wichtige Begriffe darstellen. In der Praxis allerdings hat sich dieses Verständnis noch nicht vollumfänglich etabliert. Die Klinische Soziale Arbeit muss sich immer wieder dafür einsetzen, dass die soziale Dimension als wichtig und die Soziale Arbeit als zusätzliche behandelnde Profession in einem psychiatrischen Fall anerkannt wird.

Zwischen der Profession der Psychotherapie und der Klinischen Sozialen Arbeit scheint eine eher adaptive Kooperation zu bestehen, die hauptsächlich aus einem gegenseitigen Informationsaustausch und gegebenenfalls aus zeitlicher Abstimmung von Interventionen besteht. Würde die adaptive Haltung durch eine integrative ersetzt, könnte die Zusammenarbeit allerdings viel weiter reichen. Eine koordinierte und systemische anstelle einer sektoriellen Bearbeitung praktischer Probleme der Klient*innen bildet das Ziel dieser Form der Kooperation. Nach einem getrennten analytischen Prozess, begeben sich die verschiedenen Professionen in einen Dialog, in dem bisherige Erkenntnisse, Einschätzungen und Erklärungen der verschiedenen Berufsfelder erörtert, überprüft, ergänzt und weiterentwickelt werden. So entsteht schlussendlich ein differenziertes, integratives, transprofessionelles Gesamtbild eines Falles, basierend auf welchem nun gemeinsame Ziele formuliert und Interventionen für die jeweiligen Professionen erstellt werden können (vgl. Hochuli-Freund/Amstutz 2019: 119). Es würde also eine Gesamtdiagnose ermöglichen, wie sie im Kapitel 3.2.1 bereits erwähnt bzw. gefordert wurde. Auf diese Weise der Kooperation kommt der Klinischen Sozialen Arbeit bezogen auf die sozialen Komponenten von Gesundheit und Krankheit eines Falles, ein eigener Behandlungsanspruch, ausserhalb ihrer klar definierten Aufgabe als Case-Manager (Koordinator von Hilfeleistungen im Sozial- und Gesundheitssystem), zu. Durch integrative Kooperation wird, zusammen mit den erhobenen Daten aus der Medizin, ein multimodaler Behandlungsansatz der Psychologie und der Sozialen Arbeit möglich (vgl. Sichelschmidt et al. 2015: 37).

Daraus lässt sich schliessen, dass der Psychosozialen Diagnostik und der Evaluation aus der Sozialpsychiatrie eine besondere Bedeutung zuzuordnen ist. Eine integrative Kooperationshaltung, anstelle einer adaptiven, wird in der psychosozialen Diagnostik ein erstes

Mal ermöglicht. Nachdem alle einzelnen Professionen ihr analytisches Verfahren abgeschlossen haben, können z.B. mithilfe einer „Perspektivenanalyse gemeinsam mit Beteiligten“ (Hochuli-Freund/Stotz 2017: 180) die Anliegen und Ressourcen aller Beteiligten an einem Fall, in Form eines Standortgespräches erhoben, geklärt und festgelegt werden, sowie wer an welcher Stelle in der Pflicht ist und was spezifisch zu tun ist. Die Psychosoziale Diagnostik ist als eine mögliche Schnittstelle zu betrachten, die eine bessere Organisation und Koordination eines Falles in der Psychiatrie mit allen Beteiligten ermöglicht und somit die interdisziplinäre Kooperation unterstützen und erweitern kann. Die Evaluation bietet hier eine weitere Schnittstelle. Laut Hochuli-Freund und Stotz (ebd.: 314) sind Zwischenauswertungen, in regelmässigen Abständen, auch mit allen Beteiligten eines Falles zu vereinbaren. Das heisst, die Evaluation als Prozessschritt bietet eine weitere Möglichkeit die interdisziplinäre Kooperation zu organisieren und zu koordinieren, indem man bereits gemachte Interventionen gemeinsam auswertet und danach basierend auf den Erkenntnissen das weitere Vorgehen bespricht.

Nachdem nun erläutert wurde, wie sich die verschiedenen Professionen in der Psychiatrie gegenüberstehen, welche Herausforderungen sich der Klinischen Sozialen Arbeit im Arbeitsfeld der Psychiatrie stellen, wo die Schnittstellen sind und wie die Kooperation zwischen ihnen aussieht, sowie welche Möglichkeiten es gibt, eine gute, interdisziplinäre Kooperation zu gestalten, wird der Fokus im folgenden Kapitel wieder zurück auf die Borderline-Persönlichkeitsstörung gelenkt.

Das Skillstraining aus der DBT wird als eine weitere Methode vorgestellt, der sich die Klinische Soziale Arbeit bedienen könnte, um spezifisch zur Behandlung von Borderline-Patient*innen, eine Schnittstelle zwischen der Psychotherapie und der Klinischen Sozialen Arbeit zu schaffen.

4. Das Skillstraining als Teil der Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen

Das Skillstraining wird in diesem Kapitel als Methode vorgestellt, die es der Klinischen Sozialen Arbeit ermöglichen könnte, die Arbeit mit Patient*innen, die unter einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden, auf Interventionsebene zu unterstützen.

In der Behandlung einer BPS besteht ein Teil aus einem sogenannten Skillstraining. Verschiedene Trainingsprogramme stehen dafür zur Verfügung. Aufgrund ihrer Ähnlichkeit wird der Fokus in dieser Arbeit auf das Skilltrainingsprogramm aus der DBT nach Marsha Linehan gelegt.

Das Skillstraining soll als Methode für die Klinische Soziale Arbeit eine Möglichkeit darstellen, die soziale Dimension von Patient*innen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in die Bearbeitung des Falles einerseits als Ressource mit einzubeziehen und andererseits als möglichen Problemfaktor zu bearbeiten.

4.1 Das Skills-Training aus der Dialektisch-Behavioralen Therapie

In diesem Kapitel wird das Skillstraining aus der Dialektisch-Behavioralen Therapie vorgestellt. Die Leser*innen sollen ein Verständnis für das Skillstraining erlangen, erfahren worum es sich bei Skills handelt, wie sie funktionieren und wie ein Skillstraining strukturiert sein soll.

Das Skillstraining nach Marsha Linehan wird in der DBT als wichtiger Baustein betrachtet. Folgt man dem Grundkonzept, erfolgt es parallel zu den psychotherapeutischen Einzelsitzungen in Form eines Gruppentrainings. Das Skillstraining gilt allerdings als eigenständig. Im Skillstraining werden konstruktive Strategien für den Umgang mit Spannungs-, Stress- und Belastungssituationen erarbeitet und erprobt. Die erlernten Strategien gelten als nachhaltige Ressource in der komplexen Therapieplanung und setzen dort an, wo Hilfe am dringendsten gebraucht wird um zu überleben sowie funktionale Strategien in Krisensituationen, bei Konflikten, Frustrationen, Kränkungen und bei emotionaler Dekompensation, zur Verfügung zu haben. Wichtig im Prozess ist, dass das Skillstraining jeweils an die Gegebenheiten und Bedürfnisse der Patient*innen angepasst wird. Gut ausgebildete Helfende aus unterschiedlichen Professionen trainieren und unterstützen Patient*innen darin, Handlungskompetenz zu erlangen und die jeweils richtige Strategie aus einem breiten Bestand an Skills auszuwählen (vgl. Sendera/Sendera/Sachse 2016: 103).

Das Skillstraining lehrt funktionale Skills, theoretisches Wissen über Inhalte und Zusammenhänge, ermöglicht praktische Übungsmöglichkeiten im Einzel- und/oder Gruppensetting sowie den Erfahrungsaustausch und Rückmeldungen und fördert die allmähliche Integration bis zur automatischen Anwendung der Skills im Alltag. So hilft das Skillstraining den Patient*innen das eigene Denken, Fühlen und Handeln zu verstehen, dysfunktionales Verhalten zu verändern, neue Skills zu erwerben und zu trainieren, zu überleben und Ressourcen zu aktivieren. Die DBT als Ganzes verfolgt das Ziel ineffektives, ungeschicktes oder ungelehrtes Verhalten mit gelerntem, kontrolliertem Verhalten zu ersetzen. Das Skillstraining hat dabei das Ziel, dem Individuum dabei zu helfen, die dafür benötigten Skills zu erlernen (vgl. Linehan 2015: 25). Es verfolgt die Absicht, dass individuelle Mittel gefunden und eingesetzt werden, um schlussendlich im Alltag anders handeln zu können, sprich, das Erreichen von Handlungskompetenz. Dabei werden Inhalte auf die jeweiligen Bedürfnisse und Vermittlungsmöglichkeiten angepasst. Es soll ein Werkzeug geboten werden, das nicht nur eine kurzfristige Linderung der Problematik erzielt, sondern langfristig neue Wege öffnet, die grundsätzlich zur Veränderung des Selbstwertes und der Motivation führen (vgl. Sendera et al. 2016: 103–105).

4.1.1 Was versteht man unter Skills?

Das Wort Skill kommt aus dem Englischen und steht für Fähigkeit oder Fertigkeit. Es handelt sich um kognitive, emotionale und handlungsbezogene Reaktionen, die kurz- und langfristig zu einem Maximum an positiven und einem Minimum an negativen Ergebnissen führen (vgl. Bohus/Wolf-Arehult 2016: 2). Es wird davon ausgegangen, dass das tägliche Leben ständig solche Skills voraussetzt, die zusammenhängend ablaufen, einem aber gar nicht bewusst sind. Es werden Leistungen verstanden, die gelernt und geübt werden müssen, bis sie schliesslich automatisch geschehen oder ganz bewusst eingesetzt werden können. Beispiele dafür sind Kopfrechnen, Schreiben oder Auto fahren (vgl. Sendera et al. 2016: 105). In den meisten Fällen ist es so, dass die Betroffenen zwar die einzelnen Verhaltenskomponenten, die ein Skill braucht, besitzen, diese aber bei Gebrauch nicht richtig zusammenfügen können. Die Einzelteile sind selten neu, die Zusammensetzung dieser allerdings schon (vgl. Linehan 2015: 25).

Marsha Linehan benutzt folgende rote zur Verbildlichung: „[...] an interpersonally skilful response requires putting together words the person already knows into effective sentences, together with appropriate body language, intonation, eye contact, and so forth.” (ebd.)

Bedeutungsgleich auf Deutsch übersetzt: „Eine zwischenmenschlich geschickte Antwort besteht aus dem Zusammensetzen von Wörtern, die der Person bereits bekannt sind, zu

sinnvollen Sätzen, zusammen mit angebrachter Körpersprache, Intonation, Augenkontakt und so weiter.“

Es gibt verschiedene Formen von Skills. Die handlungsbezogenen (behavioralen) Skills, die aussagen, wie man etwas tun kann. Es gibt die gedankenbezogenen (kognitiven) Skills, die aussagen, wie man die eigenen Gedanken kontrollieren und gegebenenfalls ändern kann. Zusätzlich gibt es die sinnesbezogenen (sensorischen) Skills, die aussagen, welcher Sinnesreiz in einzelnen Situationen hilft. Weiter gibt es die körperbezogenen (physiologischen) Skills, die aussagen, wie man sich in verschiedenen Situationen bewegen kann, statt z.B. zu erstarren. Ergänzend dazu gibt es noch die sensomotorischen Skills, die auf Koordination und gezielte Bewegungen abzielen und zu guter Letzt die Interaktionsfertigkeiten zwischen zwei Personen (vgl. Sendera et al. 2016: 106).

Es wird davon ausgegangen, dass jeder Mensch ein Repertoire an Skills besitzt, dieses aber unterschiedlich und verschieden gut ausgeprägt ist. Dieses Repertoire trägt in unterschiedlichen Situationen zur Zielerreichung bei. Menschen, die unter einer Emotionsregulationsstörung leiden, setzen oft dysfunktionale Skills zur Problembewältigung ein. Diese Verhaltensmerkmale werden als Folge von emotionaler Dysregulation und fehlgeleiteten Strategien zur Bewältigung verstanden. Durch diese grossen Defizite müssen Betroffene einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nicht nur neues Verhalten erlernen, sondern auch lernen, ihre Gedanken und Gefühle zu verstehen und neu zu ordnen (vgl. ebd.).

In Stressmomenten oder unter hoher Spannung haben Betroffene oft Schwierigkeiten herauszufinden, welche Skills wirkungsvoll sind. Welcher Skill wann angewandt wird ist von hoher Bedeutung. Daher ist es unabdingbar, dass Betroffene herausfinden, welcher Zugangskanal unter welchen Bedingungen offen ist und welche Skills dann zur Verfügung stehen. Mit Zugangskanal ist die Form der Skills gemeint. Sprich erbringt z.B. ein behavioraler oder ein sinnesbezogener Skill gerade eine gewünschte Wirkung. Dabei muss auch immer überlegt werden, in welchen Situationen welcher Skill eingesetzt werden kann. Hilft zum Beispiel eine kalte Dusche (sinnesbezogener Skill) und man befindet sich gerade im Zug, muss ein alternativer Skill eingesetzt werden (vgl. ebd.: 107). Indem die Betroffenen eine Sammlung von allen Skills erstellen, die sie ausprobiert und funktioniert haben, bekommen sie einen Einblick in bereits vorhandene oder bereits erlernte funktionale Skills.

Mit dem Begriff der Spannung kann der aktuelle Zustand des Betroffenen beschrieben werden. Durch bildliche Darstellung (z.B. durch eine Skala) wird den Betroffenen vermittelt, dass es

einerseits verschieden hohe Spannungszustände gibt und damit andererseits der emotionale Zustand ausgedrückt werden kann. Ebenfalls wird beigebracht, dass es je nach Spannungszustand sinnvoll ist unterschiedliche Skills anzuwenden. Auf einer Spannungskurve (Abb. 2) wird z.B. der Wert 40 als leichter Spannungszustand eingestuft und der Wert 70 als Punkt bezeichnet, bei dem die Kontrolle über die eigenen Gedanken und Handlungen verloren gehen und es ohne die Hilfe von Aussenstehenden nicht mehr möglich ist die Spannung zu lösen. Dieser Punkt wird auch als „point of no return“ bezeichnet (vgl. ebd.: 108).

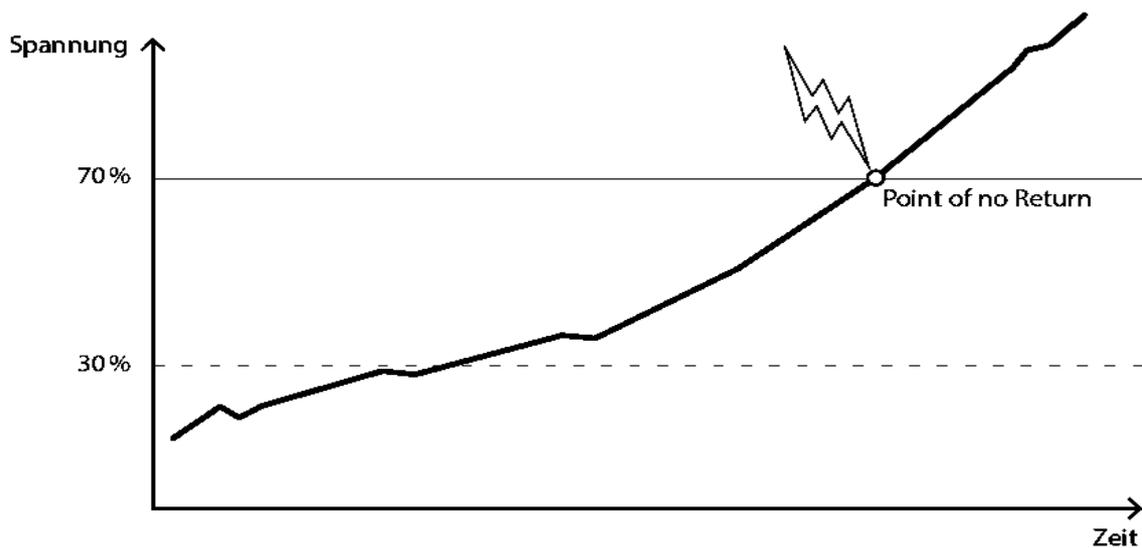


Abb. 2: Spannungskurve (in: Sendera et al. 2016: 109)

Weil die eigene Spannungswahrnehmung immer subjektiv ist, ist es für die Patient*innen notwendig, dass sie die eigene Spannung differenziert wahrnehmen können. Dies muss erlernt werden, denn körperliche Impulse und Veränderungen müssen bewusst wahrgenommen werden können. Ein mögliches Hilfsmittel dies zu trainieren ist das Spannungsprotokoll (Abb. 3). Patient*innen können dafür z.B. dreimal täglich den subjektiv empfundenen Wert eintragen und somit Veränderungen beobachten.

Wochentag	Spannungswahrnehmung – Einschätzung	Körperliche Veränderungen/Impulse	Gedanken	Gefühle	Verhalten	Wodurch konnte ich etwas verändern? Skills
Montag						
Dienstag						
Mittwoch						
Donnerstag						
Freitag						
Samstag						
Sonntag						

Abb. 3: Spannungsprotokoll (in: Sendera et al. 2016: 109)

Durch diese Bewusstmachung der unterschiedlichen Spannungszustände und den damit einhergehenden Veränderungen erfahren Patient*innen, dass die jeweiligen Zustände unterschiedliche Skills erfordern um sie zu lindern. Indem im Skillstraining individuelle Skills und Möglichkeiten gesucht werden die erlebte Spannung zu reduzieren, werden den Patient*innen neue Handlungsmöglichkeiten eröffnet.

Da sich ein stark erhöhter Spannungszustand normalerweise nur langsam lindert, erlernt man ganze Skills-Ketten. Dafür werden verschiedene Skills aneinandergereiht. Einer für hohe Spannung, dann für mittlere Spannung usw. Wichtig ist, dass die Betroffenen die Skills-Kette nicht unterbrechen, da Spannung schneller wieder ansteigt als sie gelindert werden kann (vgl. ebd.: 110).

Das Ziel am Ende eines Skillstrainings ist es, dass Patient*innen sich selbst und ihre Spannungswahrnehmung so weit kennen, dass sie die erlernten Skills als Ressource nutzen und diese differenziert bei unterschiedlicher Spannungswahrnehmung automatisch einsetzen können.

4.1.2 Struktur des Skillstrainings

Im Idealfall findet das Skillstraining als Teil eines ambulant durchgeführten DBT-Behandlungsprogrammes statt. Die Betroffenen nehmen an der Skillsgruppe teil und werden zeitgleich von einer DBT-Einzeltherapeut*in nach den DBT-Richtlinien behandelt (vgl. Bohus/Wolf-Arehult 2016: 3). Die Skillstrainer*in und die Einzeltherapeut*in besprechen die jeweils gemachten Erkenntnisse in gemeinsamen Teambesprechungen. Bei dieser Arbeitsteilung sind die Skillstrainer*innen für die Vermittlung von theoretischem Wissen und

das Üben der erlernten Skills unter stressfreien Bedingungen zuständig, die Einzeltherapeut*in für das Einhalten der Rahmenbedingungen und der Therapieverträge sowie die individuelle Anpassung der Skills (vgl. ebd.). Die Gruppe selbst versteht sich als eine Lerngruppe mit von der Gruppe selbst bestimmten Regeln, die helfen, Verhaltensweisen zu steuern und ein Werkzeug zur Stabilisierung zur Verfügung zu stellen. Individuelle Krisen und Probleme sollen dabei möglichst nicht innerhalb der Gruppe, sondern bei einer Einzeltherapeut*in behandelt werden (vgl. Sendera et al. 2016: 111). Durch die Arbeit in den Peer-Groups kann das Hier und Jetzt überprüft und durch andere Gruppenmitglieder bestätigt werden. Das Skillstraining kann auch im Einzelsetting durchgeführt werden. Dann verliert es jedoch die Vorteile, welche durch die Gruppe gewährleistet werden.

4.1.3 Die Module des Skilltrainings

Das Skillstraining ist in fünf verschiedene Module eingeteilt. Die jeweiligen Inhalte und Ziele dieser Module werden im folgenden Abschnitt kurz vorgestellt. In den Therapieprogrammen wird zusätzlich zu den Zielen jeweils noch das didaktische Vorgehen beschrieben, sowie Arbeitsmaterial zur Verfügung gestellt. Bohus (2016) ergänzt in seinem Therapeutenmanual noch weitere drei Module. Diese enthalten die Hintergründe und Fakten, eine Einführung in das Skillstraining sowie ein separates Modul zum Umgang mit Sucht. Die Ausführungen zu diesen zusätzlichen Modulen werden hier aus Platzgründen weggelassen.

4.1.3.1 Modul Achtsamkeit

Das Thema Achtsamkeit nimmt im Verlauf einer DBT-Therapie einen grossen Platz ein und stellt das Rückgrat der DBT dar. In der Skillsgruppe werden die Teilnehmenden durch viel Übung an die Akzeptanz der eigenen Realität herangebracht. Ziel hier ist es nicht, die innere Achtsamkeit zu erlangen, sondern Teilnehmende dazu zu motivieren täglich Achtsamkeitsübungen zu machen. Nach dem eigentlichen Abschluss des Moduls werden weiterhin Achtsamkeitsübungen in Form eines Rituals zu Beginn der Sitzung durchgeführt.

Teilnehmende sollen im Verlauf des Moduls mit den wichtigsten Begrifflichkeiten vertraut werden: WAS-Fertigkeiten und WIE-Fertigkeiten sowie die zugehörigen Modalitäten: Wahrnehmen, Beschreiben, Teilnehmen, konzentriert, annehmend und wirkungsvoll. Es wird das Grundprinzip von Akzeptanz und deren Bedeutung für die Übernahme von Verantwortung für die Gegenwart durchdacht (vgl. ebd.: 73).

4.1.3.2 Modul Stresstoleranz

Grundlegend in diesem Modul sind die Fertigkeiten zur erfolgreichen Krisenbewältigung. Es gibt dabei zwei Fokuspunkte oder Kategorien von Skills: veränderungsorientierte Skills oder akzeptanzbasierte Skills. Ersteres sind Fertigkeiten die primär in Hochstresssituationen eingesetzt werden können, um den Umgang mit diesen zu ermöglichen. Letzteres sind Fertigkeiten, die es ermöglichen, belastende, aber unveränderbare Situationen zu tolerieren. Durch die Toleranz werden sie dazu angehalten, das Leben zu akzeptieren wie es ist und so Hochstresssituationen zu vermeiden. Die Teilnehmenden lernen wie man intensive Anspannungen durch das Einsetzen von gezielten Skills regulieren kann (vgl. ebd.: 112).

4.1.3.3 Modul Umgang mit Gefühlen

Wie bereits im Kapitel 2 beschrieben, leiden Borderline-Patient*innen an Emotionsregulationsstörungen. Diese stellen für Betroffene ein zentrales Problem dar und zeigen sich durch emotionale Labilität, extreme Intensität der Gefühle sowie schnelle, intensive Affekte, die sich nur langsam legen (vgl. Sendera et al. 2016: 132).

Im Modul zum Umgang mit den Gefühlen oder Emotionsregulation lernen die Betroffenen eine distanzierte und objektive Einstellung zu den eigenen Emotionen zu entwickeln. Sie werden über verschiedene Emotionen und deren Bedeutung und Funktion für die Menschen informiert. Es soll gelernt werden, ob gefühlte Emotionen in einer Situation sinnvoll sind oder nicht und wie man die eigenen Emotionen regulieren und langfristig stabilisieren kann (vgl. Bohus/Wolf-Arehult 2016: 154).

4.1.3.4 Modul zwischenmenschliche Fertigkeiten

Betroffene lernen in diesem Modul ihre eigenen Ziele durchzusetzen oder eigene Grenzen zu vermitteln, ohne dass sie dabei ihre Selbstachtung oder eine Beziehung zu ihrem Gegenüber schädigen. Zudem können viele Betroffene ihre Wirkung auf die Umwelt nicht adäquat einschätzen. Das zu lernen und auch das Gegenüber richtig zu beurteilen, wird in diesem Modul geübt (vgl. ebd.: 175).

4.1.3.5 Modul Selbstwert

Betroffene einer Borderline-Persönlichkeitsstörung haben oft dysfunktionale Einstellungen sich selbst gegenüber. Das Modul soll die Wahrnehmung dieser Ansichten von Patient*innen schärfen. Sie sollen lernen sie zu relativieren und gegebenenfalls durch sinnvollere Betrachtungsweisen zu ergänzen und auf der Verhaltensebene umzusetzen (vgl. ebd.: 322).

4.2 Das Skillstraining als Methode für die Soziale Arbeit

Nachdem nun bekannt ist, um was es sich beim Skillstraining genau handelt, was Skills sind, wie sie funktionieren und wie ein Skillstraining genau aufgebaut sein soll, geht es darum herauszufinden, wie das Skillstraining als Methode für die Klinische Soziale Arbeit fungieren kann.

4.2.1 Auftrag der Klinischen Sozialen Arbeit im Skillstraining

Im Kapitel 4.1.2 wird ersichtlich, dass jeweils ein Teil des Skilltrainings in der Verantwortung der DBT-Einzeltherapeut*in und ein weiterer Teil bei der Skillstrainer*in liegt. Aus der Herleitung der Fragestellung geht bereits hervor, dass sich das Skillstraining in vier Schritte unterteilt: „Vermittlung von theoretischem Wissen“, „Individuelle Anpassung der Skills“, „Übungen mit den Skills unter Non-Stress-Bedingungen“, „Einsatz der Skills als zielförderndes Alternativverhalten“ (ebd.: 2) und dass die Skillstrainer*in für die Schritte eins und drei zuständig ist.

Nimmt also die Klinische Soziale Arbeit das Skillstraining in ihr Methodenrepertoire auf, bildet die Bearbeitung dieser beiden Schritte einen ersten Auftrag. Die Klinische Soziale Arbeit ist dafür zuständig, das theoretische Wissen zu den Skills zu vermitteln und das Training der erarbeiteten Skills unter Non-Stress-Bedingungen zu gestalten. Dabei muss sich die Klinische Soziale Arbeit im Klaren sein, dass sie auch hier einem Trippelmandat unterliegt. Wie in Kapitel 3.1.1 bereits beschrieben, sind die Professionellen der Sozialen Arbeit den Wünschen und Interessen der Patient*innen verpflichtet und müssen ihre Handlungen im Sinne dieser gestalten. Hinzu kommen die Interessen des Auftraggebers und diejenigen der Sozialen Arbeit als Profession. Diese verschiedenen Interessen aller Beteiligten gegeneinander abzuwiegen und das Skillstraining so zu gestalten, dass sie den Interessen gerecht wird, bildet einen zweiten Auftrag der Klinischen sozialen Arbeit in der Funktion als Skillstrainer*in.

Zusammen mit dem Auftrag der Interessenvertretung aller Beteiligten, kommt als dritter Auftrag die Kooperationsgestaltung zu den Professionellen sowie den Patient*innen hinzu. Die Professionellen der Klinischen Sozialen Arbeit als Skillstrainer*innen sind dazu angehalten, die Kooperation zwischen den Einzeltherapeut*innen und den Skillstrainer*innen so zu gestalten, dass sie den Vorstellungen des Skilltrainings aus der DBT entsprechen. Das Programm des Skilltrainings nach Bohus und Wolf-Arehut (2016) sieht hier eine Teamsitzung oder eine Supervision vor. Eine angemessene Form der Kommunikation und des Informationsaustausches innerhalb solcher Sitzungen zu finden, stellt somit einen weiteren

Auftrag dar. In diesen Sitzungen ist es ebenfalls angebracht eine integrative Kooperation zu pflegen, um eine bestmögliche Klarheit zum Fall aller Beteiligten gewährleisten zu können. An dieser Stelle ist es wichtig anzufügen, dass die Kooperation zu den Patient*innen keinesfalls vergessen gehen darf.

Einer der wichtigsten Aufträge der Klinischen Sozialen Arbeit besteht allerdings darin, ihre Expertise, das eigene Fachwissen, den Wissensbezug und die eigenen Erfahrungen in das Skillstraining miteinfließen zu lassen. Bringt die Klinische Soziale Arbeit z.B. systemtheoretische Wissens Elemente in ein Skillstraining ein (systemische Theoriebildung orientiert sich zur Beschreibung eines Menschen in ihren Relationen, die sich an Beziehungen orientieren, den Rückwirkungen die sich an Zirkularität orientieren und den zeitlichen Prozessen, die sich an Stabilität und Veränderung orientieren (vgl. Hosemann/Geiling 2021: 10f.)), eröffnet sich dadurch ein Tor zu neuen Möglichkeiten und neuen Skills, denen sich die Patient*innen bedienen können. Der Einbezug des theoretischen Wissens wird in den unterschiedlichen Modulen des Skilltrainings möglich.

4.2.2 Herausforderungen für die Klinische Soziale Arbeit mit dem Skillstraining

Als eine der grössten Herausforderungen scheint die Begründung, warum die Klinische Soziale Arbeit diejenige Profession sein soll, die das Skillstraining im Rahmen der DBT durchführt. Dies lässt sich anhand von drei Standpunkten beantworten. Erstens ist es in der täglichen Praxis so, dass einerseits häufig nur Skillsgruppen ohne die vorgesehene Kooperation mit den DBT-Einzeltherapeut*innen angeboten werden und andererseits die DBT-Einzeltherapeut*innen keine Möglichkeiten haben ihre Patient*innen an Skillsgruppen zu vermitteln (vgl. Bohus 2012: 355). Die Klinische Soziale Arbeit hat somit, mit der Aufnahme des Skilltrainings in ihr Methodenrepertoire, die Möglichkeit eine Angebotslücke zu füllen, indem sie den DBT-Einzeltherapeut*innen die Vermittlung ermöglicht.

Zweitens zielt das Skillstraining darauf ab, den Patient*innen Handlungsmöglichkeiten zu bieten, um sich unter den Bedingungen des Krankheitsbildes unbeschwert in der Gesellschaft zu bewegen und ein gutes Leben führen zu können. Mit dem Auftrag des Skilltrainings, die in der Therapie erarbeiteten Skills in der Praxis anzuwenden, zu üben und zu verfestigen, befindet sich das Skillstraining in der sozialen Dimension und somit im Handlungsbereich der Klinischen Sozialen Arbeit.

Drittens gilt das Skillstraining aus der DBT als eigenständig. Demnach bietet das Skillstraining eine gute Möglichkeit zum Einbezug einer zusätzlichen, handlungsorientierten Profession in der Fallarbeit.

Die damit einhergehende Kooperation zwischen den Professionellen der Klinischen Sozialen Arbeit als Skillstrainer*innen und den weiteren Fachkräften, stellt eine weitere Herausforderung dar. Auf Organisations- / Personalebene besteht die Schwierigkeit darin, die interdisziplinäre Kooperation so zu gestalten, dass sie den Ansprüchen aller Beteiligten gerecht wird und das Skillstraining auf die Weise gestaltet werden kann, dass es den Betroffenen zu einem besseren Leben mit ihrer Kondition verhilft. Auf Stichworte wie z.B. die „korrekte Arbeitsaufteilung nach bio-psycho-sozialem Verständnis“, „Auftragsbewusstsein“ und „korrekte Kommunikation zu allen Beteiligten im Fall“ aus vorangehenden Kapiteln ist hier nochmals hinzuweisen.

Weiter ist die professionelle Kooperation zwischen Professionellen und Patient*innen zu nennen, sowie die Kooperation zwischen Professionellen und Dritten, am Fall (noch) nicht direkt beteiligten Personen. Der Hauptfokus einer Kooperation liegt laut Hochuli Freund und Stotz (2017) auf der personenbezogenen Dienstleistung, also auf der Kooperation mit dem Klientel. Möglich sind solche Interventionsleistungen nur in professionellen Arbeitsbeziehungen durch „[...] einen dialogischen, Verständigungs-, Abstimmungs- und Aushandlungsprozess von Fachkräften der Sozialen Arbeit und ihren Klientinnen und Klienten [...]“. (Merten/Amstutz 2019: 45) Diese Leistung, die gemeinsam produziert werden muss, wird Ko-Produktion genannt und verweist auf die Notwendigkeit der Kooperation, hin zu einer gemeinsamen Handlungsausrichtung auf ein vereinbartes Ziel (vgl. ebd.). Eine vertrauensvolle und partizipative Arbeitsbeziehung zwischen den Professionellen und den Klient*innen ist demnach unabdingbar. Nur wenn dies gegeben ist, kann auch eine gute Arbeitsbeziehung zu bisher nichtbeteiligten Instanzen entstehen. Soll eine Person oder ein System aus dem Umfeld der Klient*in in das Skillstraining miteinbezogen werden, die zuvor mit dem Prozess noch keine direkte Berührung hatte, muss die Kooperation und die Kommunikation mit den neuen Akteuren ebenfalls so gestaltet werden, dass es eine für den Prozess gewinnbringende Wirkung erzielt. Hier gilt die Voraussetzung, dass durch den Einbezug neue, wirkungsvolle Skills erarbeitet, werden können. Das Einverständnis der betroffenen Person, weitere Akteure in den Prozess miteinzubeziehen, ist dabei unabdingbar.

Eine weitere Herausforderung stellt die Gestaltung der Skillstrainingssitzungen dar. Gute Skillstrainer*innen fühlen sich auch in schwierigen Situationen sicher und können adäquat auf

Situationen reagieren und den Betroffenen Hilfeleistungen bieten, die ihnen aus der Krise helfen (vgl. Sendera et al. 2016: 103). Skillstrainer*innen haben in erster Linie eine Beratungsfunktion. Die empfundenen Spannungszustände der Patient*innen sind jeweils subjektiv und auch als solche zu betrachten. Die Aufgabe der Skillstrainer*in ist, die subjektiven Spannungszustände korrekt zu interpretieren und entsprechen adäquat darauf zu reagieren (vgl. ebd.: 108). Anhand ihrer Interpretation müssen sie die Skillsfindung der Patient*innen unterstützen. Weiter müssen sie erkennen, welche Möglichkeiten, Gewohnheiten, Interessen, Lebensumstände und auch Unarten der Patient*innen als Ressource betrachtet und für die Arbeit im Skillstraining genutzt werden können (vgl. ebd.: 111). Das Gewährleisten dieses richtigen Angebotes für die jeweiligen Patient*innen und der richtigen Struktur innerhalb der Sitzung, um sie dabei zu unterstützen die Skills in ihrem Alltag zu ermöglichen, stellt eine Herausforderung dar und erfordert ein hohes Mass an Erfahrung, Wissen und Verständnis der Borderline-Persönlichkeitsstörung als Krankheit. Nur wenn dies gewährleistet ist, kann das Methoden- und Handlungsrepertoire der Patient*innen erweitert, trainiert und gestärkt werden.

Seitens der Patient*innen erfordert es ein hohes Mass an Mut, Kraft und Ausdauer angestrebte Ziele zu erreichen. Auftrag der Professionellen ist hier, diese Motivation durch Motivationsarbeit aufrecht zu erhalten. Teile aus der motivierenden Gesprächsführung nach Millner und Rollnick (2015), die zur Weckung und Aufrechterhaltung einer intrinsischen Veränderungsmotivation, hauptsächlich in der Suchtberatung eingesetzt wird, könnten auch für die Arbeit im Skillstraining eingesetzt werden. Die Motivation der Patient*innen aufrecht zu erhalten stellt ebenfalls eine Schwierigkeit für die Klinische Soziale Arbeit und ihrer Rolle als Skillstrainer*in dar.

5. Beantwortung der Fragestellung

Die grundlegende Frage für diese Arbeit ist, wie die Soziale Arbeit die psychotherapeutische Arbeit in der Psychiatrie und die gesellschaftliche Teilhabe von Patient*innen mit einer diagnostizierten Borderline-Persönlichkeitsstörung mithilfe von Skilltrainingsprogrammen unterstützen kann.

Die Fragestellung erweist sich als facettenreich, weitreichend und greift tief in die Professionsdiskussion hinein. Die wichtigsten Kernpunkte dabei sind, dass die soziale Dimension in der Psychiatrie eher nebenbei anstatt als ebenbürtig betrachtet wird und die Klinische Soziale Arbeit so, mit ihrer klaren Aufgabe als Case-Manager, eher zur Seite gedrängt wird. Das bio-psycho-soziale Modell zeigt aber, dass die soziale Dimension einen mindestens ebenso hohen Anteil an einer psychischen Erkrankung, bzw. an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung aufweist, wie die psychische und die biologische Dimension. Somit kann die Klinische Soziale Arbeit einer der drei Grundpfeiler zur Behandlung von psychischen Erkrankungen darstellen, der neben seiner Tätigkeit als Case-Manager genauso ein Behandlungsanspruch zusteht wie den medizinischen Professionen. Damit die Klinische Soziale Arbeit nicht mehr belächelt und als behandelnde Profession anerkannt wird, wird ein hohes politisches Engagement seitens der Sozialen Arbeit notwendig sein. Mit dem Einher geht die Erkenntnis der Verwobenheit der sozialen, psychischen und biologischen Ebenen, was demnach eine „verwobene“, integrative Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen als erstrebenswert erscheinen lässt.

Mit der Sozialtherapie besteht bereits ein Konzept, das eine integrative, anstelle einer adaptiven, Kooperation innerhalb einer Psychiatrie ermöglicht. Mit der psychosozialen Diagnostik und der Evaluation sind Schnittstellen gefunden worden, die es ermöglichen würden, eine einheitliche Gesamtdiagnose, basierend auf dem Wissensfundus aller beteiligten Professionen auszuarbeiten. Die psychotherapeutischen sowie die sozialen Interventionen können basierend darauf gestaltet und koordiniert sowie schlussendlich evaluiert werden. Damit die Klinische Soziale Arbeit die Fallarbeit in der Psychiatrie nach sozialtherapeutischer Vorstellung gestalten kann, ist es allerdings notwendig, dass sie jeweils die fallführende Instanz ist. In Anbetracht dessen, dass die soziale Dimension in der Psychiatrie aktuell noch eher wenig betrachtet wird, könnte hier noch einiges an Umdenken und Überzeugungsarbeit vorliegen. Die Klinische Soziale Arbeit scheint mit ihrer Position als Case-Manager jedoch gut dafür geeignet zu sein, da sie dadurch einen ganzheitlichen Überblick über die Fälle hat.

Spezifisch für die Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen wurde mit dem Skillstraining als weitere Methode für die Sozialtherapie eine zusätzliche Schnittstelle zwischen den Therapeut*innen und den Professionellen der Klinischen Sozialen Arbeit herausgearbeitet. Daraus kann bereits eine erste Antwort auf die vorliegende Fragestellung formuliert werden. Therapeut*innen haben nicht immer die Möglichkeit ihre Patient*innen an eine Skillstherapeut*in weiter zu verweisen, da es zu wenig Professionelle gibt, welche ein Skillstraining anbieten. Die Klinische Soziale Arbeit kann demnach eine Angebotslücke füllen, indem sie das Skillstraining in ihr Methodenrepertoire aufnimmt und anbietet. So kann sie die psychotherapeutische Arbeit und den Weg hin zur gesellschaftlichen Teilhabe der Patient*innen unterstützen. Wichtig dabei ist, dass die Qualifikation für das Skillstraining zunächst erworben werden muss. Nur so ist es möglich, einerseits den Anspruch, das Skillstraining durchführen zu wollen, gegenüber den medizinischen Professionen geltend zu machen und andererseits mit gutem Gewissen, zusammen mit den Patient*innen, ein Skillstraining durchzuführen.

Eine zweite Antwort auf die Fragestellung lässt sich durch die Expertise der Klinischen Sozialen Arbeit in der Sozialen Dimension sowie in der Sozialtherapie formulieren. Denn durch ihr fundiertes Fachwissen z.B. in der Theorie zur Kooperationsgestaltung wird es ihr ermöglicht, die interdisziplinäre Kooperation adäquat zu gestalten. Zudem wird es ihr durch das fundierte Fachwissen möglich, die Kooperation zwischen den Skillstrainer*innen und den DBT-Einzeltherapeut*innen so zu gestalten, dass die soziale Dimension in die Erarbeitung der einzelnen Skills miteinfließt. Durch den Einbezug von systemtheoretischen Aspekten kann der Blick weg vom Individuum als in sich geschlossenes Objekt, hin zur Person gelenkt werden, die in ihre Umwelt integriert ist und durch ebendiese beeinflusst und geformt wird. Durch die direkte Miteinbeziehung der sozialen Dimension in das Skillstraining wird ihr einerseits die nötige Beachtung geschenkt, indem sie auf der Interventionsebene behandelt werden kann, andererseits werden Tore zu neuen, alternativen Skills bzw. Skillsketten geöffnet. Ein Skill könnte beispielsweise sein, dass man beim Erleben von Spannung nicht die übliche, problembehaftete Kneipe besucht, sondern mit einem Familienmitglied oder einem Mitglied aus der Skillsgruppe einen Kaffee trinken geht. Mit diesem Skill wird zur gleichen Zeit eine Schattenwelt und eine Affekthandlung der erlebten Spannung bearbeitet, sowie die Fähigkeit zur Emotionsregulation und sozialen Interaktion trainiert.

Eine wichtige Kritik, die hier angebracht werden kann, ist, dass sich das Skillstraining in der aktuellen Form durchgesetzt und als wirkungsvoll erwiesen hat. Es lässt sich also auch

argumentieren, dass der Einbezug der Klinischen Sozialen Arbeit und das Rütteln an einer funktionierenden Therapie wenig sinnvoll oder nicht notwendig erscheint. Der Einbezug der Klinischen Sozialen Arbeit in das Skillstraining würde eine Umgestaltung des Trainingsprogrammes und somit viel Aufwand generieren, ohne die Klarheit auf gewinnbringende Wirksamkeit. Es scheint allerdings grosses und gewinnbringendes Potential mit sich zu bringen und praktische Versuche wert zu sein. Dies aus dem an dieser Stelle wiederholten Grund: Die Klinische Soziale Arbeit hat zum Ziel das Handlungsrepertoire der Patient*innen zu erhöhen und fokussiert dabei die Überwindung psychosozialer Folgen von akuten und chronischen (psychischen) Erkrankungen. Dadurch versucht sie zu einer besseren Passung im Klient-Umwelt-System beizutragen und strebt gesellschaftliche Teilhabe und Partizipation am gesellschaftlichen Leben der Patient*innen an. Das Skilltrainingsprogramm hat als Ziel, das Handlungsrepertoire von Patient*innen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung beim Erleben von Spannungs- / Krisenzuständen zu erlernen, zu erweitern und zu trainieren, so, dass die Patient*innen autonom in der Gesellschaft agieren und funktionieren können. Somit hat die Klinische Soziale Arbeit dieselben Ziele wie das Skilltrainingsprogramm der DBT und eignet sich zumindest theoretisch als leitende Profession dafür.

6. Ausblick und weitere Überlegungen

Nun, da die vorliegende Fragestellung beantwortet wurde, stellt sich natürlich noch die Frage wie es mit den Erkenntnissen weitergeht. Es wurde grundlegend geklärt, warum der Sozialen Arbeit überhaupt ein Behandlungsanspruch für psychische Erkrankungen zustehen muss, an welchen Punkten die Schwierigkeiten und Herausforderungen liegen und wie ein erster Versuch zur Anwendung des Skillstrainings durch die Klinische Soziale Arbeit aussehen könnte. Aus der Bearbeitung der Fragestellung lassen sich jedoch weiter Fragen ableiten, die es in Zukunft zu beantworten gibt.

Beispielsweise birgt die fachlich nötige Qualifikation noch Fragen in sich. Wie eine Ausbildung zur Skillstrainer*in in der Klinischen Sozialen Arbeit aussehen soll, muss diskutiert werden. Es muss ausgearbeitet werden ob dafür ein Modul oder eine Modulreihe im Masterstudiengang zur Klinischen Sozialen Arbeit reicht, ob es eine ein- oder mehrtägige Ausbildung braucht oder ob eine Weiterbildung in Form eines CAS-Kurses von Nöten wäre. Welche Inhalte müssen darin genau vermittelt werden und wer ist dafür qualifiziert? Diese Fragen zu beantworten, scheinen

notwendig, damit die Klinische Soziale Arbeit ein angemessenes Gut anbieten kann, dass sich vom Fachwissen anderer Professionen abhebt.

Ein weiterer Punkt ist die Überprüfung der gemachten Erkenntnisse dieser Arbeit. Die vorgeschlagenen Gefässe der Sozialtherapie, die zur Gestaltung der interdisziplinären Kooperation genutzt werden könnten, müssten auf ihre Wirksamkeit überprüft werden. Zeigt sich eine integrative Kooperation wirksam und sind die Gefässe dafür nutzbar oder braucht es andere, bzw. gar neue Gefässe zur Gestaltung der interdisziplinären Kooperation in der Psychiatrie?

Ausserdem muss überprüft werden, ob das Skillstraining als Methode der Klinischen Sozialen Arbeit in Kombination mit der DBT die gewünschte, bessere Wirkung im Heilungsprozess der Patient*innen zeigt und zu einer grösseren Steigerung des Wohlbefindens der Patient*innen führt als das Skillstraining in ihrer bisherigen, etablierten Form. Dafür müssten weitreichende qualitative und quantitative Studien ausgearbeitet und durchgeführt werden. Nur so können gemachte Annahmen schlussendlich in der Praxis überprüft und so statistisch belegt oder widerlegt werden.

Desweiteren kann die Frage gestellt werden, ob es allenfalls noch weitere Bereiche gibt, in welchen sich ein Skillstraining in anderer Form als gewinnbringend erweisen könnte. Beispielsweise in der Suchtberatung oder in der Kinder- und Jugendhilfe könnte das Skillstraining, nicht zur Behandlung von psychischen Störungen, sondern als Methode zum Erlernen von Verhaltens- und Handlungsalternativen, angedacht werden.

7. Literatur- und Quellenverzeichnis

Amrhein, Christine (2017). Dissoziative Störungen. URL: <https://www.therapie.de/psyche/info/index/diagnose/dissoziative-stoerungen/artikel/> [Zugriffsdatum: 07. Februar 2022].

AvenirSocial (2010). Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen. Bern.

BfArM-ICD-10-GM (2022). Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99). URL: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2022/block-f60-f69.htm> [Zugriffsdatum: 05. Februar 2022].

Bischkopf, Jeannette/Deimel, Daniel/Walther, Christoph/Zimmermann, Ralf-Bruno (Hg.) (2017). Soziale Arbeit in der Psychiatrie. 1. Auflage. Aufl. Köln: Psychiatrie Verlag.

Bohus, Martin (2009). Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Margraf, Jürgen/Schneider, Silvia (Hg.). Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. S. 533–559.

Bohus, Martin (2012). Skillstraining für Patienten mit Borderlinestörungen. Gruppenpsychotherapie: Lehrbuch für die Praxis. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. S. 349–366.

Bohus, Martin/Wolf-Arehult, Martina (2016). Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten: das Therapeutenmanual: mit 158 Info- und Arbeitsblättern. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage. Aufl. Stuttgart: Schattauer.

Brunner, Romuald/Resch, Franz (2009). Borderline-Störungen und selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen: Ätiologie, Diagnostik und Therapie. 2., durchgesehene Aufl. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Bundesamt für Statistik (2017). Psychische Gesundheit. URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheits/gesundheitszustand/psychische.html> [Zugriffsdatum: 25. Oktober 2021].

Dachverband-Stepps (2021). Was ist Stepps? URL: <https://www.dachverband-stepps.de/uber-uns/was-ist-stepps>

DBSH (2016). Deutschsprachige Definition Sozialer Arbeit. URL: <https://www.dbsh.de/profession/definition-der-sozialen-arbeit/deutsche-fassung.html> [Zugriffsdatum: 01. März 2022].

Dorsch, Friedrich/Wirtz, Markus Antonius/Strohmer, Janina (Hg.) (2017). Dorsch - Lexikon der Psychologie. 18., überarbeitete Auflage. Aufl. Bern: Hogrefe.

Falkai, Peter/Wittchen, Hans-Ulrich/Döpfner, Manfred/Gaebel, Wolfgang/Maier, Wolfgang/Rief, Winfried/Saß, Henning/Zaudig, Michael/American Psychiatric Association (Hg.) (2018). Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5®. 2. korrigierte Auflage. Aufl. Göttingen: Hogrefe.

Geissler-Piltz, Brigitte/Gerull, Suzanne (2009). Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich: Wissen, Expertise und Identität in multiprofessionellen Settings. Opladen: Budrich UniPress.

Gunderson, JG/Pütterich, H. DIB (1990). Diagnostisches Interview für das Borderlinesyndrom. Göttingen: Hogrefe.

Helle, Mark (2019). Psychotherapie. Berlin [Heidelberg]: Springer.

Hochuli-Freund, Ursula/Amstutz, Jeremias (2019). Multiperspektivität in der Kooperation. Kooperation kompakt: Kooperation als Strukturmerkmal und Handlungsprinzip der Sozialen Arbeit ; ein Lehrbuch. 2. überarbeitete und ergänzte Auflage. Aufl. Opladen Berlin Toronto: Verlag Barbara Budrich. S. 111–135.

Hochuli-Freund, Ursula/Stotz, Walter (2017). Kooperative Prozessgestaltung in der Sozialen Arbeit: ein methodenintegratives Lehrbuch. 4., aktualisierte Auflage. Aufl. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Hosemann, Wilfried/Geiling, Wolfgang (2021). Einführung in die Systemische Soziale Arbeit. 2., überarbeitete Auflage. Aufl. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Jacob, Gitta A./Arntz, Arnoud (2011). Schematherapie. In: Psychotherapeut. 56. Jg. (3). S. 247–258. DOI: 10.1007/s00278-011-0821-8.

Kızıllhan, Jan İlhan (Hg.) (2020). Psychische Störungen: Lehrbuch für die Soziale Arbeit. 4. Auflage. Aufl. Lengerich: Pabst Science Publishers.

Kreisman, Jerold J./Straus, Hal/Kreisman, Jerold J. (2008). Zerrissen zwischen Extremen: Leben mit einer Borderline-Störung; Hilfe für Betroffene und Angehörige. Vollst. Taschenbuchausg., 4. Aufl. Aufl. München: Goldmann.

Linehan, Marsha (2015). DBT skills training manual. Second edition. Aufl. New York: The Guilford Press.

Linehan, Marsha/Linehan, Marsha (2008). Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. korr. Aufl. Aufl. München: CIP-Medien.

Merten, Ueli/Amstutz, Jeremias (2019). Zur Notwendigkeit der Kooperation in der Professionellen Sozialen Arbeit. Kooperation kompakt: Kooperation als Strukturmerkmal und Handlungsprinzip der Sozialen Arbeit ; ein Lehrbuch. 2. überarbeitete und ergänzte Auflage. Aufl. Opladen Berlin Toronto: Verlag Barbara Budrich. S. 45–60.

Miller, William R/Rollnick, Stephen (2015). Motivierende Gesprächsführung Motivational Interviewing: 3. Auflage des Standardwerks in Deutsch.

Mombour, W/Zaudig, M/Berger, P/Guierrez, K/Berner, W/Berner, M (Hrsg.) (1996). IPDE International Personality Disorder Examination von A.W. Loranger, Deutschsprachige Ausgabe. Bern: Huber.

Schuler, Daniela/Tuch, Alexandre/Peter, Claudio (2020). Psychische Gesundheit in der Schweiz Monitoring 2020. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).

Sendera, Alice/Sendera, Martina/Sachse, Rainer (2016). Skills-Training bei Borderline- und Posttraumatischer Belastungsstörung: mit zahlreichen Abbildungen und Tabellen. 4. Auflage. Aufl. Berlin Heidelberg: Springer.

Sichelschmidt, Joschka/Cramer, Ino/Hansjürgens, Rita (2015). Klinische Sozialarbeit als behandelnde Profession: Theoriebildung und Entwicklung eines Behandlungsansatzes. 1. Aufl. Aufl. Bargteheide, Germany: Psymed-Verlag.

Sommerfeld, Peter/Dällenbach, Regula/Rüegger, Cornelia/Hollenstein, Lea (Hg.) (2016). Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie: Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis. Wiesbaden: Springer VS.

Staub-Bernasconi, Silvia (2007). Vom beruflichen Doppel - zum professionellen Tripelmandat. Wissenschaft und Menschenrechte als Begründungsbasis der Profession Soziale Arbeit. In: SiO - Sozialarbeit in Österreich. (02/07). S. 8–17.

Torgersen, Sverre/Lygren, Sissel/Øien, Per Anders/Skre, Ingunn/Onstad, Sidsel/Edwardsen, Jack/Tambs, Kristian/Kringlen, Einar (2000). A twin study of personality disorders. In: Comprehensive Psychiatry. 41. Jg. (6). S. 416–425. DOI: 10.1053/comp.2000.16560.

UPK (o.J.). Übertragungsfokussierte Therapie («TFP - Transference-Focused Psychotherapy»). URL: <https://www.upk.ch/erwachsene/behandlungsangebote/psychotherapeutische-verfahren/uebertragungsfokussierte-therapie.html> [Zugriffsdatum: 21. Februar 2022].