

Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW
Hochschule für Soziale Arbeit HSA
Bachelor-Studium in Sozialer Arbeit
Muttenz

Die Arbeitsbeziehung als Daueraufgabe der Sozialen Arbeit

Ein Beitrag entlang der Gestaltung einer professionellen
Arbeitsbeziehung zu Menschen mit einer Borderline-Störung

Bachelor-Thesis von Dario Adelfio

Eingereicht bei Dr. des. Cornelia Rügger

Fachhochschule Nordwestschweiz – Hochschule für Soziale Arbeit

Zum Erwerb des Bachelor of Arts in Sozialer Arbeit

Juli 2021

Abstract

Die vorliegende Bachelor-Thesis geht der Frage nach, was in der Arbeitsbeziehung zu Menschen mit einer Borderline-Störung im Kontext der Sozialen Arbeit zu berücksichtigen ist. Dazu findet eine Auseinandersetzung mit dem objekttheoretischen Wissen zur Borderline-Störung, dem Verständnis der Sozialen Arbeit mit psychisch kranken Menschen und theoretischen Grundlagen zur Arbeitsbeziehung, statt. In ihrem Kern beschäftigt sich die Arbeit mit der Theorie Integration und Lebensführung und deren konstitutiven Begrifflichkeiten. Diese sind für den Verlauf der Arbeit elementar und unterstreichen die Bedeutung von „Integration und Lebensführung“ für die Soziale Arbeit. Ferner werden durch den Einbezug theoretischer Bezugspunkte zur Arbeitsbeziehung wichtige Erkenntnisse, die in der Zusammenarbeit mit Borderline-Betroffenen zu berücksichtigen sind, herausgearbeitet. In ihrem Ergebnis weist die Arbeit einen „Modellversuch“ auf. Der Modellversuch verdeutlicht, was es in der Gestaltung einer Arbeitsbeziehung zu Menschen mit einer Borderline-Störung zu berücksichtigen gilt. Abschliessend wird das erarbeitete Modell reflektiert und weiterführende Fragen werden formuliert.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	
Tabellenverzeichnis.....	
1. Einleitung	1
1.1 Ausgangslage	1
1.2 Motivation.....	3
1.3 Ziele, Fragestellungen und Aufbau der Arbeit.....	3
1.4 Anmerkungen zur Abhandlung.....	4
2. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung	5
2.1 Geschichte und Beschreibung des Störungsbegriffs	5
2.1.1 Diagnostische Kriterien nach DSM-5 und ICD-10.....	5
2.1.2 Epidemiologie	6
2.2 Ursachen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung	7
2.2.1 Traumatisierung.....	7
2.2.2 Das bio-psycho-soziale Entstehungsmodell	8
2.2.3 Resümee	9
2.3 Emotionsregulation und Beziehungsverhalten	9
2.3.1 Problembereich Emotionsregulation und Kognition	9
2.3.2 Dysfunktionale Bewältigungsstrategien	10
2.3.3 Auswirkungen der Emotionsregulation auf das Beziehungsverhalten	11
2.3.4 Beziehungsverhalten	11
2.4 Soziale Arbeit und Borderline-Persönlichkeitsstörung.....	12
2.4.1 Borderline-Persönlichkeitsstörung im Kontext der Sozialen Arbeit.....	13
2.4.2 Herausforderungen der Beziehungsgestaltung	13
2.4.3 Resümee	15
3. Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie	16
3.1 Allgemeine Funktionsbestimmung Sozialer Arbeit	16
3.2 Funktion Sozialer Arbeit mit Menschen mit einer psychischen Krankheit	17
3.3 Bio-psycho-soziales Paradigma und die soziale Dimension	18
3.3.1 Das bio-psycho-soziale Modell.....	18
3.3.2 Die soziale Dimension psychischer Krankheit und Gesundheit.....	19
3.4 Integration und Lebensführung – eine Allgemeine Theorie Sozialer Arbeit.....	20
3.4.1 Theoretische Bezugspunkte	20
3.4.2 Modellierung Integration und Lebensführung	21
3.5 Integration und Lebensführung und die Entwicklung psychischer Krankheit...	23
3.5.1 Integration und psychische Musterbildung	23
3.5.2 Der Blick hinter die Kognitions-Emotions-Verhaltensmuster	24
3.6 Soziale Diagnostik in der Sozialen Arbeit.....	26
3.6.1 Interventionen.....	27
3.6.2 Zusammenfassung	28
4. Soziale Arbeit als Beziehungsprofession.....	30
4.1. Beziehung und Bindung	30
4.2 Professionelle Beziehungsgestaltung	31
4.2.1 Unterschied freundschaftlicher und professioneller Beziehung	31
4.2.2 Die professionelle Arbeitsbeziehung im Allgemeinen	32
4.3 Die Arbeitsbeziehung in der Sozialen Arbeit.....	32
4.3.1 Die Rolle der Arbeitsbeziehung für die Soziale Arbeit	33
4.3.2 Herausforderungen der Arbeitsbeziehung	34
4.3.3 Arbeitsbeziehung als interpersonelles Verfahren	35
4.4 Einige theoretische Bezugspunkte zur Arbeitsbeziehung	37
4.4.1 Die Strukturlogik des Arbeitsbündnisses – Oevermann.....	37

4.4.2 Soziale Arbeit als Beziehungsprofession – Gahleitner	38
4.4.3 Das Konzept der vertrauensvollen Arbeitsbeziehung – Hansjürgens	41
4.4.4 Diskussion entlang der Borderline-Störung	42
5. Schlussfolgerungen	45
5.1 Ausblick.....	50
6. Literaturverzeichnis	51
Erklärung des Studierenden zur Bachelor-Thesis.....	53

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bio-psycho-soziales Entstehungsmodell.....	8
Abbildung 2: Lebensführungssystem als bio-psycho-soziale Form des menschlichen Überlebens	22
Abbildung 3: Das basale Integrationsmodell: 2-Ebenen-Modell	24
Abbildung 4: Das erweiterte Integrationsmodell: 3-Ebenen-Modell	25
Abbildung 5: Das Prozessmodell zur Gestaltung einer Arbeitsbeziehung zu Menschen mit einer Borderline-Störung.....	45
Abbildung 6: Erkenntnisse zur Gestaltung der Arbeitsbeziehung.....	48

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien nach DSM-5.....	6
--	---

1. Einleitung

Die Soziale Arbeit findet sich in ihrem breiten Angebotsspektrum auch in der Zusammenarbeit mit Menschen mit einer Borderline-Störung wieder. Die Arbeitsbeziehung zwischen Professionellen der Sozialen Arbeit und Klientel bildet die Grundlage für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit. Menschen mit einer Borderline-Störung weisen herausforderndes (Beziehungs-)Verhalten auf, welches sich auf die Gestaltung einer Arbeitsbeziehung und somit auf den Unterstützungsprozess auswirken kann. Daraus lässt sich ableiten, dass die Praxis der Sozialen Arbeit hinsichtlich Menschen mit einer psychischen Krankheit, objekttheoretisches Wissen zu Störungsbilder bedingt und Methodenkompetenzen der Arbeitsbeziehung anzuwenden versteht. Die nachfolgenden Kapitel bearbeiten die Ausgangslage, die Motivation, Ziele, Fragestellungen, den Aufbau der Arbeit sowie Anmerkungen zur Abhandlung.

1.1 Ausgangslage

Die Lebenszeitprävalenz einmal im Leben an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zu erkranken liegt, wenn man die Adoleszenz berücksichtigt, bei ca. 5% (vgl. Bohus 2019: 12). Die Borderlinestörung zählt somit zu den häufigsten psychischen Erkrankungen im Lebenszyklus (vgl. ebd.). Über 80% der mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostizierten Menschen nehmen professionelle Hilfe in Anspruch (vgl. Rahn 2019: 70). Daher stellen Menschen mit einer solchen psychischen Krankheit das grösste Kontingent persönlichkeitsgestörter Menschen in psychiatrischen Kliniken und verwandten Hilfeinrichtungen dar (vgl. ebd.). Die Wahrscheinlichkeit einer Zusammenarbeit mit einem Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung im Kontext der Sozialen Arbeit ist demnach gross. Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erleben Emotionen intensiver und länger anhaltend als Nichterkrankte (vgl. Bohus 2019: 5). Bei Menschen mit einer Borderline-Störung ist die Fähigkeit, Emotionen zu regulieren beeinträchtigt, was zu Störungen im Selbstbild und in zwischenmenschlichen Beziehungen führt (vgl. Rahn 2019: 44). Er spricht in diesem Zusammenhang von einer emotionalen Instabilität. In zwischenmenschlichen Beziehungen führt die benannte Instabilität zu einem mehr oder weniger ausgeprägten Verlust an Sicherheit in der Beziehung. Auch im Kontext der Sozialen Arbeit und somit in der Zusammenarbeit zwischen Professionellen der Sozialen Arbeit und Menschen mit einer Borderline-Störung, wird die emotionale Instabilität deutlich (vgl. ebd.). Professionell Helfende „triggern“ die Schemata von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen durch ihr Verhalten besonders schnell und stark und so werden auch dysfunktionale interaktionelle Strategien getriggert (vgl. Sachse 2020: 20). Durch die bereits deutlich werdende Herausforderung in der Zusammenarbeit, benötigt die Soziale Arbeit

Wissensbestände aus dem Bereich Krankheit und Gesundheit.

Die Soziale Arbeit blickt auf eine lange Tradition im Gesundheitswesen zurück (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 9). Bereits in den frühen Phasen der Entstehung, beschäftigte sich die Soziale Arbeit mit Gesundheits- und Krankheitsprozessen und deren sozialen Auswirkungen. Auch in der Psychiatrie kristallisierte sich eine lange sozialpädagogische, wie auch sozialarbeiterische Entwicklung heraus. Ab den 1970er Jahren lösten sich die Anstaltspsychiatrien zunehmend auf und durch den Durchbruch der Idee der Sozialpsychiatrie, eröffnete sich für die Soziale Arbeit prinzipiell eine neue konzeptionelle Basis für interprofessionelle Aushandlungsprozesse (vgl. ebd.). Damit die soziale Ebene bzw. die soziale Dimension von psychischer Krankheit und Gesundheit ausgewiesen werden kann, wird das bio-psycho-soziale Modell zugezogen, welches sich auch in der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zeigt (vgl. ebd.: 84f.). Der Grundgedanke dieses Modells besteht darin, dass alle Teilbereiche, die biologisch-organische, die psychische und die soziale Ebene in Wechselwirkung zueinander stehen und einen diversen Erklärungsansatz für die Entwicklung und den Verlauf von Störungen beinhalten. Als allgemeine Theorie der Sozialen Arbeit eignet sich Integration und Lebensführung, um Menschen im individuellen Lebensführungssystem wahrzunehmen, ihre Probleme der Integration, die ein Lebensführungssystem kennzeichnen, zu beschreiben und zu verstehen (vgl. ebd.: 150). Das Ziel und die Aufgabe der Sozialen Arbeit besteht dabei darin, Integration in die Gesellschaft zu unterstützen und zu begleiten und dabei ein Lebensführungssystem so zu gestalten, dass ein befriedigendes Leben in angemessenen sozialen Beziehungen möglich wird (vgl. ebd.: 174.) Da die Praxis der Sozialen Arbeit nicht die Probleme der Lebensführung allgemeiner Art, sondern in der Ausprägung konkreter Fälle bearbeitet, liegt es nahe, die Zusammenarbeit mit Menschen mit einer Borderline-Störung im Hinblick auf die Praxis zu beschreiben. Damit es in der Praxis zu spezifischen Interventionen kommen kann, wird ein tragfähiges Arbeitsbündnis vorausgesetzt (vgl. Hancken 2020: 57).

Die Arbeitsbeziehung zur Klientel ist im Praxisalltag omnipräsent und bildet eine Bedingung für eine gelingende Zusammenarbeit hinsichtlich des individuellen Unterstützungsbedarfs der Klientel. Eine professionelle Beziehungsgestaltung beinhaltet ein aufgabenorientiertes und reflektiertes Handeln, damit eine Arbeitsbeziehung nicht dem Zufall überlassen wird. In der Ausgestaltung einer professionellen Beziehung zur Klientel bedarf es somit mehr als nur „gutes Fingerspitzengefühl“ und auf der „gleichen Wellenlänge“ zu sein. So versteht sich die Soziale Arbeit auch als Beziehungsprofession (vgl. ebd.: 9f.). Konzeptionen professioneller Beziehungsgestaltung in der Sozialen Arbeit benötigen eine umfassende Perspektive. Bei Klientel, welches bereits vielfach Beziehungsabbrüche und Vertrauensmissbrauch erlebt haben, ist die professionelle Beziehungsgestaltung eine vielgestaltige Angelegenheit, welche den Einbezug interdisziplinärer Wissensbestände erfordert (vgl. Gahleitner 2017: 35). Es

wird deutlich, dass eine tragfähige Arbeitsbeziehung und insbesondere deren Ausgestaltung vor dem Hintergrund der Theorie Integration und Lebensführung, dem objekttheoretischen Wissen zur Borderline-Störung und Kenntnissen der Arbeitsbeziehung verstanden werden muss, damit diese spezifisch, zielgerichtet und fachlich fundiert in der Praxis umgesetzt werden kann.

1.2 Motivation

Das Absolvieren unterschiedlicher Module im Bachelorstudium in Sozialer Arbeit und der begleiteten Tätigkeit in der Praxis, waren stets von persönlichem Interesse hinsichtlich der Gestaltung der Arbeitsbeziehung und der professionellen Unterstützung von Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung begleitet. Die Bedeutung der Arbeitsbeziehung rückte mit der wachsenden Praxiserfahrung rasant in den Vordergrund des persönlichen Verständnisses für Praxis der Sozialen Arbeit. Die Bedeutung der Arbeitsbeziehung in unterschiedlichen Bereichen der Sozialen Arbeit (Schulheim mit verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen und Wohnhaus mit psychisch beeinträchtigten Menschen) war im Praxisalltag omnipräsent und in der Zusammenarbeit mit der Klientel spürbar. Die Begeisterung rund um das Thema der Arbeitsbeziehung hält noch immer an und wird aus diesem Grund vertieft bearbeitet.

1.3 Ziele, Fragestellungen und Aufbau der Arbeit

Das Ziel dieser Arbeit besteht darin, anhand der Wissensbestände zur Borderline-Persönlichkeitsstörung und hinsichtlich des Verständnisses der Sozialen Arbeit, mittels Einbezugs der Grundlagen zur Arbeitsbeziehung und spezifisch drei auserwählten theoretischen Bezugspunkten herauszufinden, was in der Gestaltung einer Arbeitsbeziehung zu Menschen mit einer Borderline-Störung zu berücksichtigen ist. Demnach wird in Kapitel 2 das objekttheoretische Wissen zur Borderline-Störung beschrieben. Dabei werden insbesondere die Beziehungsgestaltung und die emotionale Instabilität herausgearbeitet. Weiter wird die Borderline-Störung im Kontext der Sozialen Arbeit beschrieben und aufgezeigt, in welchen Arbeitsfeldern es zu einer Zusammenarbeit zwischen Professionellen der Sozialen Arbeit und Menschen mit einer Borderline-Störung kommen kann. In Kapitel 3 wird die Funktion der Sozialen Arbeit mit Menschen mit einer psychischen Krankheit aufgezeigt. Ferner wird speziell die Theorie Integration und Lebensführung sowie das Lebensführungssystem mit konstitutiven Begriffen dargestellt und als Relevante Theorie für die Soziale Arbeit und speziell für die Arbeit mit Menschen mit einer psychischen Krankheit ausgewiesen. In Kapitel 4 werden Grundlagen der Arbeitsbeziehung dargestellt. Dabei wird insbesondere die Rolle der Arbeitsbeziehung für die Soziale Arbeit erläutert sowie mögliche

Herausforderungen aufgezeigt. Weiter werden drei theoretische Bezugspunkte für das Thema der Arbeitsbeziehung beigezogen. Diese werden in einem nächsten Schritt im Verhältnis zur Borderline-Störung betrachtet. Daraus werden Erkenntnisse gezogen, die es in der Gestaltung einer Arbeitsbeziehung zu Borderline-Betroffenen zu berücksichtigen gilt. Schliesslich werden die Erkenntnisse in einem Modellversuch dargestellt und dieses anschliessend kritisch diskutiert. Im letzten Kapitel werden die Erkenntnisse diskutiert und Schlussfolgerungen sowie weiterführende Fragestellungen formuliert. Aus den bisherigen Ausführungen zur Ausgangslage, zum Ziel und zur Motivation ergibt sich folgende Fragestellung:

Was ist in der Gestaltung einer unterstützenden Arbeitsbeziehung zu Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung im Kontext der Sozialen Arbeit zu berücksichtigen?

Und folgende Unterfragen, die durch die Arbeit führen werden.

- Was ist eine Borderline-Persönlichkeitsstörung und welche Ursachen lassen sich für die Entstehung finden?
- Welche Herausforderungen ergeben sich bei der Arbeit mit Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung hinsichtlich der Beziehungsgestaltung?
- Welche Funktion hat die Soziale Arbeit mit Menschen mit einer psychischen Krankheit?
- Welche Rolle hat die Arbeitsbeziehung in der Sozialen Arbeit?
- Was ist fallspezifisch für die Ausgestaltung von Arbeitsbeziehungen als interpersonelles Verfahren zu berücksichtigen?

1.4 Anmerkungen zur Abhandlung

An dieser Stelle gilt es anzumerken, dass diese Arbeit die Komorbidität und die medikamentöse Behandlung von Menschen mit einer Borderline-Störung nicht behandelt, da diese keinen direkten Zusammenhang mit dieser Bachelor-Thesis haben und dazu bereits zahlreiche Literatur vorliegt. Ferner werden organisationale Rahmenbedingungen im Kontext der Sozialen Arbeit nicht konkret aufgeführt und lediglich erwähnt. In der vorliegenden Arbeit werden verschiedene Bezeichnungen, wie „Borderline-Störung“, „Borderline-Persönlichkeitsstörung“ und „Borderline-Betroffene“ verwendet. Alle verwendeten Begrifflichkeiten, so auch die verwendeten Benennungen „psychisch Kranke“ oder „psychisch kranke Menschen“ sind wertfrei zu verstehen und soll keine stigmatisierende Wirkung auf Lesende haben.

2. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung

Mit dem Kapitel 2 wird das der Arbeit zugrundeliegende Verständnis der Borderline-Persönlichkeit vorgestellt und vertieft vor dem Hintergrund der Emotionsregulation und des Beziehungsverhaltens (Kap. 2.3) dargelegt. Des Weiteren werden Herausforderungen der Zusammenarbeit zwischen Menschen mit einer Borderline-Störung und Professionellen der Sozialen Arbeit (Kap. 2.4) erläutert.

2.1 Geschichte und Beschreibung des Störungsbegriffs

Der Begriff „Borderline“ kann auf die klinischen Beobachtungen von Adolf Stern (1938) zurückgeführt werden (vgl. Bohus 2019: 3). Die deskriptive Beschreibung „Borderline“ beinhaltete damals eine unscharfe und fluktuierende „Grenzlinie“ (deutsch für Borderline) zwischen Psychose und Neurose. Die Borderline-Störung wurde im Zeitraum zwischen 1920 und 1965 dem schizophrenen Formenkreis zugeordnet. Mitte der sechziger Jahre des vorigen Jahrhunderts veröffentlichte Kernberg (1967) seine Arbeit „Borderline Personality Organisation“ (vgl. ebd.). Kernbergs entwicklungspsychologisch-genetische Vorstellungen basieren auf der Annahme, dass die Borderline-Organisation eine Art „Fixierung“ aus einer entwicklungspsychologischen frühen Phase beschreibt. Kernberg trug somit massgeblich zur psychoanalytischen Perspektive des Borderline-Konstrukts bei. Das Konstrukt umfasst alle schwereren Formen der Persönlichkeitsstörungen und betont drei Charakteristika: „Identitätsstörungen“, „primitive Abwehrprozesse“ und „intakte Realitätstestung“ unter hoher Vulnerabilität bei Veränderungen im sozialen Umfeld (vgl. ebd., Hoffmann 2015: 20). Der konzeptuelle Fortschritt Kernbergs trug dazu bei, dass eine logische Grundlage und Struktur für die Einordnung in Klassifikationssysteme vorliegen. Die Aufnahme der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) in das Klassifikationssystem DSM-III beruht auf einer mehrfachzitierten Übersichtsarbeit aus dem Jahr 1975. Gunderson und Singer (1975) postulieren fünf Dimensionen, welche das Störungsbild auf deskriptiver Ebene abbilden: dysphorische Affekte, impulsive Handlungen, Probleme in zwischenmenschlichen Beziehungen, psychose-ähnliche Kognitionen sowie Anpassungsstörungen im sozialen Bereich. Das Kriterium der „instabilen Identität“ kam später hinzu. Gemeinsam bilden diese acht Kriterien als Gesamtheit den Kriterienkatalog des DSM-III (vgl. Bohus 2019: 3).

2.1.1 Diagnostische Kriterien nach DSM-5 und ICD-10

In Kapitel 2.1 wurde der Weg zur Aufnahme in das Klassifikationssystem DSM-III aufgezeigt. Als Ergänzung zum DSM-IV wurde schliesslich das neunte Kriterium, „vorübergehende, stressabhängige paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome“ aufgelistet (vgl. Bohus 2019: 3). Aktuell erfolgt die Diagnose der Borderline-Störung überwiegend

anhand zweier Klassifikationssysteme, des ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) und des DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (vgl. Heedt 2019: 19). Das ICD-10 übernimmt eine phänomenologische und beschreibende Ansicht des DSM. Im Klassifikationssystem DSM-5 wird die Borderline-Persönlichkeitsstörung als ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten beschrieben (vgl. DSM-5 2015: 908). Fünf der folgenden neun Merkmale müssen zutreffen, um eine Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostizieren zu können (vgl. Stiglmayr/Gunia 2017: 12).

Diagnostische Kriterien nach DSM-5

1. Verzweifelte Bemühung, ein wahrhaftiges oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden. (Wichtig: Bei diesem Kriterium werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt) (vgl. ebd.).
2. Muster von instabilen und intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen. Diese sind von wechselnden Extremen der Idealisierung und Entwertung geprägt.
3. Ausgeprägte und anhaltende Instabilität des Selbstbildes oder der Wahrnehmung (Identitätsstörung).
4. Aufweisen von Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen. (Wichtig: Bei diesem Kriterium werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt) (vgl. ebd.).
5. Selbstverletzungsverhalten, Selbstmordandrohungen bis hin zu wiederholten suizidalen Handlungen.
6. Auftretende affektive Instabilität als Folge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung.
7. Chronisches Gefühl von Leere.
8. Formen unangemessener, heftiger Wut oder die Schwierigkeit diese zu kontrollieren.
9. Durch Belastungen ausgelöste, vorübergehende paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.

Tab 1: Diagnostische Kriterien nach DSM-5 (eigene Darstellung nach Stiglmayr/Gunia 2017: 12)

2.1.2 Epidemiologie

Die Lebenszeitprävalenz, einmal im Leben an einer Borderline-Störung zu erkranken, liegt, wenn man die Adoleszenz mitrechnet, bei ca. 5% (vgl. Bohus 2019: 12). Das Geschlechterverhältnis ist ausgeglichen. In der psychiatrischen Versorgung sind jedoch deutlich mehr Frauen vertreten, da männliche Borderline-Betroffene seltener eine

psychotherapeutische Behandlung aufsuchen und vermehrt in Justiz-Vollzugsanstalten anzutreffen sind (vgl. ebd.). Etwa 80% der Borderline-Betroffenen suchen psychiatrische und/oder psychotherapeutische Hilfe auf, davon stehen ca. 20% in ambulanter und 15% in stationärer Behandlung (vgl. Sendera/Sendera 2016: 9). Die Neigung zu Suizidversuchen liegt bei 60%, das Suizidrisiko bei 7%. Borderline-Betroffene leben oftmals in einer Form der chronischen Suizidalität, wobei Suizidversuche nicht immer als Impulsausbrüche zu sehen sind (vgl. ebd.).

2.2 Ursachen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung

Nach einer Auseinandersetzung mit der Geschichte des Störungsbegriffs, den diagnostischen Kriterien und der Epidemiologie, bearbeitet das Kapitel 2.2 die Ursachen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. In diesem Kapitel wird hinsichtlich der Ursachen einer Borderline-Störung, die Traumatisierung und das bio-psycho-soziale Entstehungsmodell zugezogen. Am Ende dieses Kapitels wird die Beantwortung der ersten Unterfrage dieser Bachelor-Thesis in einem Resümee beantwortet.

2.2.1 Traumatisierung

Der Erklärungszugang „Traumatisierung“ wird gewählt, da Traumatisierungen einen starken Einfluss auf den Menschen haben können und sogar zum Realitätsverlust führen können (vgl. Rahn 2019: 29). Der Erklärungszugang Traumatisierung erscheint m. E. als geeignet, da Traumatisierungen im Kontext der Sozialen Arbeit häufig vorkommen und eine Traumatisierung einen Anlass für die Suche nach professioneller Hilfe sein kann (vgl. auch ebd.). Ferner stellt die Traumatisierung einen empirisch belegten und in der Literatur zahlreich verwendeten Erklärungszugang dar (vgl. Bohus 2019: 14).

Menschen mit einer Borderline-Störung haben oft eine wechselhafte und durch viele kritische Ereignisse gekennzeichnete Biografie (vgl. Rahn 2019: 28). Frühe Erfahrung von sexueller Gewalt, körperlicher Gewalt und Vernachlässigung durch primäre Bezugspersonen sowie Gewalterfahrung im Erwachsenenalter gelten als empirisch gesicherte Risikofaktoren für die Entwicklung einer Borderline-Störung (vgl. Bohus 2019: 14). Biografische Erfahrungen wirken unweigerlich in die Gegenwart ein und können dazu führen, dass manche Menschen den Kontakt zur Realität verlieren, da die Erinnerungen die Eindrücke der Gegenwart überlagern (vgl. Rahn 2019: 29). Des Weiteren lässt sich beobachten, dass das soziale Rollenverhalten durch eine Traumatisierung geprägt wird. Traumatisierte Menschen verharren in der Opferrolle oder aber werden selbst zu Täterinnen und Täter, um sich aus der Opferrolle bzw. der vergangenen Traumatisierung zu befreien (vgl. ebd.).

2.2.2 Das bio-psycho-soziale Entstehungsmodell

Dadurch, dass das bio-psycho-soziale Entstehungsmodell drei, für diese Arbeit relevante Dimensionen beschreibt, und dieses Modell in Kapitel 3 erneut zugezogen wird, eignet sich dieses als Erklärungszugang für die Ursachen einer Borderline-Störung. Das bio-psycho-soziale Entstehungsmodell versucht, die empirischen Befunde zur Genese der Borderline-Persönlichkeitsstörung zu integrieren (vgl. Bohus 2019: 16). Etwa die Hälfte der Borderline-Betroffenen berichten über schwerwiegende interpersonelle Gewalterfahrung in der Kindheit und etwa 95% über emotionale Vernachlässigung.

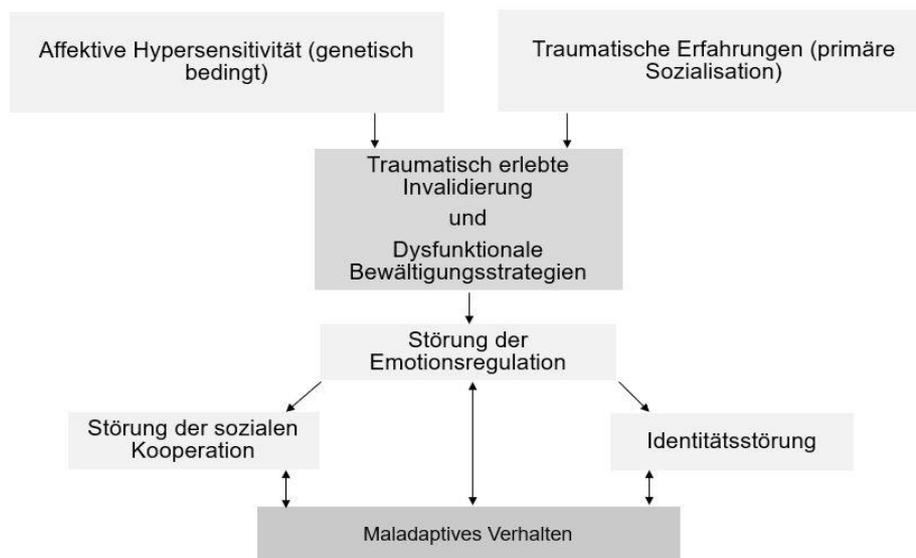


Abb. 1: Bio-psycho-soziales Entstehungsmodell (eigene Darstellung nach Bohus 2019: 16)

Das Modell stellt die frühe, prägende Erfahrung von schwerwiegender emotionaler Zurückweisung und Vernachlässigung (traumatisch erlebte Invalidierung) ins Zentrum. Erfahrungen solcher Art sind nicht zwingend durch das familiäre Umfeld bedingt, sondern können später auch im ausserfamiliären Bereich, etwa in der Schule oder durch andere Peer-Gruppen gefestigt werden (vgl. Bohus 2019: 16). Bohus beschreibt weiter, dass nebst der objektiv gegebenen Traumatisierung und ihren Folgen auch immer die subjektive Wahrnehmung des Kindes oder Jugendlichen und dem jeweiligen Erfüllungsgrad von emotionaler Unterstützung seitens der Eltern oder Freunden berücksichtigt werden muss (vgl. ebd.: 17). Mit der traumatischen Validierung gehen primäre Emotionen wie, Enttäuschung, Ohnmacht, Verlassenheit, Angst einher. Diese Emotionen sind für Kinder und Jugendliche schwer zu ertragen, daher bilden sich Betroffene Erklärungskonzepte: Ich hätte das nicht tun dürfen, es ist mein Fehler (Schuld); irgendwie bin ich nicht wie die anderen, die sind besser (Scham); ich kann ja eh nichts (Selbstverachtung); ich bin echt dumm und mag mich nicht (Selbsthass) (vgl. ebd.). Diese kognitiv-emotionalen Grundannahmen sind stabil

im Selbstkonzept verankert. Mit diesen Grundannahmen werden gemeinsam mit der neurobiologisch verankerten affektiven Hypersensitivität die drei zentralen Bereiche der Borderline-Pathologie gesteuert: Emotionale Dysregulation, Identitätsstörungen und Störungen der sozialen Kooperation. Zur kurzfristigen Entlastung oder internen Konsistenzsicherung werden somit die meisten maladaptiven Verhaltensmuster eingesetzt (vgl. ebd.).

2.2.3 Resümee

Anhand einer ersten Darlegung des objekttheoretischen Wissens zur Borderline-Störung erschliesst sich die erste Unterfrage, *„Was ist eine Borderline-Persönlichkeitsstörung und welche Ursachen lassen sich für die Entstehung finden?“*, welche zur Stringenz der Arbeit beiträgt und durch den Beizug der Erklärungsansätze beantwortet wurde. Durch Kapitel 2.1 fand eine erste prägnante historische Einführung des Störungsbegriffs und eine Annäherung an die Borderline-Persönlichkeitsstörung statt. Die weiterführende Bearbeitung diagnostischer Kriterien trägt maßgeblich zu einer Definition und Abgrenzung des Störungsbegriffs bei. In einem weiteren Schritt wurde die Ätiologie der Borderline-Störung erörtert, um so auch die Gesamtheit der ersten Unterfrage beantworten zu können. Dahingehend wird die Beantwortung der zweiten Unterfrage, *„Welche Herausforderungen ergeben sich bei der Arbeit mit Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung hinsichtlich der Beziehungsgestaltung?“* im weiteren Verlauf von Kapitel 2 bearbeitet.

2.3 Emotionsregulation und Beziehungsverhalten

Die Fachliteratur bietet umfangreiche Angaben zu problematischen und charakteristischen Eigenschaften des Störungsbegriffs der Borderline-Störung. Damit die Komplexität der Borderline-Störung reduziert werden kann, wurde die Klassifizierung durch DSM-5 und ICD-10 vorgestellt. Nachfolgend werden die zentralen Problembereiche von Borderline-Betroffenen hinsichtlich der Emotionsregulation, dysfunktionalen Bewältigungsstrategien und des Beziehungsverhaltens thematisiert.

2.3.1 Problembereich Emotionsregulation und Kognition

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist eine Unterform der sogenannten emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (vgl. Heedt 2019: 6). Die Emotionsregulation von Menschen mit einer Borderline-Störung stellt somit eine symptomatische Dimension dar (vgl. ebd.). Bereits in der Kindheit beginnt die Entwicklung der Emotionsregulation und ebenso die Möglichkeit einer Schädigung derselben, wie sie bei Borderline-Betroffenen zu sehen sind (vgl. Sendera/Sendera 2016: 52). Nach Martin Bohus (2019: 5) werden Emotionen von

Borderline-Betroffenen länger anhaltend und intensiver wahrgenommen als von Nichterkrankten. Hierbei ist das gesamte emotionale Spektrum betroffen, also sowohl unangenehme (aversive) als auch angenehme (appetente) Gefühle. Rahn (2013: 27) beschreibt an dieser Stelle, dass bei Borderline-Betroffenen vor allem Fertigkeiten zur Kontrolle und Regulation von Emotionen betroffen sind. Weiter beschreibt Bohus (2019: 6), dass die intensive Wahrnehmung von Natur, von Kunst, von zwischenmenschlicher Schwingung, Körperlichkeit und Sexualität genauso dazugehören wie starke negative Gefühle, welche bis hin zum Selbsthass reichen können. Unterliegen diese Emotionen starkem Stress, können diese vielfach nicht differenziert wahrgenommen werden. Borderline-Betroffene erleben dann häufig zeitgleich widersprüchliche wie auch übermässig intensive Gefühle, welche als unerträglich wahrgenommen werden. Bei Borderline-Betroffenen ist in den meisten Fällen gemeinsam, dass diese aversiven Spannungszustände mehrmals täglich auftreten und über Stunden anhalten können. Damit solch starke Spannungszustände gelindert werden können, werden Verhaltensmuster, wie Selbstverletzungen, Hochrisikoverhalten, als dysfunktionale, also nur als kurzfristig wirksame Problemlösestrategien angewendet (vgl. ebd.: 7). Die meisten Studien weisen entlang der Emotionsregulation der Borderline-Persönlichkeitsstörung hinsichtlich neuropsychologischer Mechanismen auf eine Störung der fronto-limbischen Regelkreise hin (vgl. ebd.). Mehrere Bereiche des Gehirns und entsprechend deren Konnektivitäten sind dabei betroffen. Diese Befunde sind noch nicht vollständig ausgereift. Nichtsdestotrotz besteht kein Zweifel, dass Borderline-Betroffene erhebliche morphologische und funktionelle Normabweichungen in der zentralen Emotionsregulation zeigen (vgl. ebd.: 8).

Publizierte Befunde zur neuropsychologischen Leistungsbeeinträchtigung von Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sind weitgehend irrelevant, da wichtige Variablen nicht berücksichtigt wurden. Es ist also zum derzeitigen Forschungsstand nicht von einer generellen kognitiven Leistungseinschränkung auszugehen (vgl. ebd.: 10).

2.3.2 Dysfunktionale Bewältigungsstrategien

Als dysfunktionale Bewältigungsstrategien werden Verhaltensmuster als Antwort auf eine starke emotionsbedingte Anspannung bezeichnet (vgl. Bohus 2019: 7).

Etwa 75% aller Borderline-Betroffenen berichten über selbstschädigende Verhaltensmuster. Die häufigste Form der Selbstschädigung betrifft Schnittverletzungen, die zunächst oberflächlich beginnen, jedoch die Tendenz haben, sich auf den gesamten Körper auszuweiten. Weitere häufige Formen der Selbstschädigung umfassen das Schlagen des Kopfes gegen harte Flächen, sich mit der Zigarette oder dem Bügeleisen zu verbrennen oder das Zufügen von Stichwunden. In den meisten Fällen finden diese Selbstverletzungen im analgetischen Zustand statt, also in einem Zustand, bei welchem Betroffene vor und

während der Verletzung keinen Schmerz verspüren. Es wird übereinstimmend berichtet, dass sich nach einigen Minuten ein Gefühl der Entspannung, Entlastung und Geborgenheit einstellt. Das Schmerzempfinden setzt etwa 20 Minuten nach der Verletzung wieder ein (vgl. ebd.: 8).

Das Hochrisikoverhalten stellt ein weiteres auffälliges Verhaltensmuster dar. Dieses zeigt sich beispielsweise, indem Borderline-Betroffene auf Baukränen balancieren, auf der Autobahn rasen oder auf Bahnschienen sitzen, bis die Vibration spürbar wird (vgl. ebd.). Bohus (2019: 9) beschreibt ein weiteres Phänomen im Zusammenhang mit Störungen der Emotionsregulation, dieses betrifft dissoziative Phänomene. Dissoziative Phänomene beschreiben vorübergehende Störungen der Raum-Zeit- und Selbstwahrnehmung. Dieses stressassoziierte Phänomen kommt gehäuft bei traumatisierten Borderline-Betroffenen vor. Die Symptomatik zeigt sich, indem die Wahrnehmung des eigenen Körpers aus der Aussenperspektive betrachtet wird (vgl. ebd.).

2.3.3 Auswirkungen der Emotionsregulation auf das Beziehungsverhalten

Zwischenmenschliche Beziehungen sind Konstrukte, bei welchen nicht immer Eindeutigkeit herrscht (vgl. Rahn 2019: 44). Diese Tatsache führt dazu, dass die emotionale Instabilität von Borderline-Betroffenen zu einem Verlust an Sicherheit führen kann. Aufgrund der Instabilität kommt erschwerend hinzu, dass Betroffene Schwierigkeiten damit haben, sich in die Gefühlswelt anderer hineinzusetzen (Mentalisieren). Die Verfassung des Gegenübers in die eigene Verhaltensplanung miteinzubeziehen, wird dann schwierig (Mentalisierungsschwäche) (vgl. ebd.). Als Konsequenz bildet sich bei Betroffenen ein zunehmendes Misstrauen und der ständige Versuch, die Beziehung auf gleichem Niveau zu halten. Wiederum führt dies aufgrund eines Nichtgelingens zum Versuch, die Beziehung in jeder Hinsicht zu kontrollieren. Gelegentlich können auch kleinere Abweichungen zu Irritationen führen, was bewirkt, dass das Kontrollverhalten die gesamte Beziehung beeinflusst und so auch die Ressourcen der beteiligten Person aufbrauchen und überfordern kann (vgl. ebd.).

2.3.4 Beziehungsverhalten

In Beziehungen treffen Menschen mit diversen Persönlichkeitsmerkmalen und Interaktionsmustern aufeinander (vgl. Sendera/Sendera 2016: 80). Zu Spannungen in zwischenmenschlichen Beziehungen kann es kommen, wenn unterschiedliche Interessen, Bedürfnisse und Gewohnheiten aufeinandertreffen. So stellt selbst die freie Partnerwahl kein Garant für die Erfüllung eigener Bedürfnisse dar. Beziehungsinvolvierte fühlen sich bei Nichterfüllung von Bedürfnissen missverstanden, vernachlässigt oder gar angegriffen (vgl. ebd.). Das Beziehungsverhalten von Menschen mit einer Borderline-Störung zeichnet sich in

einem Wechselspiel zwischen Nähe- und Distanzproblemen, von Bindungsstreben und einem Autonomiebedürfnis ab. So steht auf der einen Seite der Wunsch nach vollkommener Bedürfnisbefriedigung und andererseits stösst die Angst, seelische Verletzungen zu erleiden, die andere Person weg. Durch die ständige Angst, verlassen zu werden, wird das Autonomiestreben gehemmt. Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leben in einer Welt der Instabilität und sind dadurch oft nicht in der Lage, eigene Bedürfnisse nach Nähe, Liebe und Stabilität zu erkennen, Selbstverantwortung zu übernehmen und Grenzen zu setzen und/oder diese zu akzeptieren (vgl. ebd.). Ein weiteres Problem stellen hierbei das mangelhaft ausgeprägte Vertrauen und die damit verbundenen kooperativen Verhaltensmuster dar (vgl. Bohus 2019: 11).

Rahn (2019: 54) beschreibt, dass die Problematik des Beziehungsverhaltens sich vor dem Hintergrund der Störung des Selbstbildes abspielt. Weiter hält er fest, dass Menschen sich nicht nur ein Bild von anderen, sondern auch von den eigenen emotionalen Reaktionen und vom eigenen Verhalten machen (vgl. ebd.). Bei Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung spiegelt sich die Erkrankung in ihren Einschätzungen und Bewertungen und somit im Selbstbild wider. Für die Entwicklung der Selbstsicherheit ist die Krisenanfälligkeit als auch die emotionale Instabilität ungünstig. Daraus folgt die Suche nach Sicherheit, welche eine Reaktion auf eine tiefe Verunsicherung darstellt (vgl. ebd.: 55). Borderline-Betroffene leiden unter einem inneren Chaos, das auch als Art unruhige Leere empfunden wird. Die charakteristische Symptomatik, dass „Nicht-allein-sein-Können“ ist Ausdruck dieser aussergewöhnlich starken Bestürzung von innerer Leere (Kap. 2.1.1, Kriterium 7) und Ratlosigkeit (vgl. ebd.).

2.4 Soziale Arbeit und Borderline-Persönlichkeitsstörung

Im Kapitel „Emotionsregulation und Beziehungsverhalten“ wurden zentrale Aspekte der Emotionsregulation und folglich die Interaktionsmuster in der Beziehungsgestaltung bzw. im Beziehungsverhalten beschrieben. Dass die Interaktionsmuster von Menschen mit einer Borderline-Störung auch Auswirkungen auf die professionelle Zusammenarbeit im Kontext der Sozialen Arbeit haben, liegt nahe und wird demnach in den folgenden Kapiteln thematisiert. Das Ziel nachfolgender Kapitel liegt darin, aufzuzeigen, „wo“ Menschen mit einer Borderline-Störung und Professionelle der Sozialen Arbeit in Zusammenarbeit treten und was dabei mögliche Herausforderungen sein können. Des Weiteren wird die nächste Unterfrage, *„Welche Herausforderungen ergeben sich bei der Arbeit mit Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung hinsichtlich der Beziehungsgestaltung?“*, beantwortet.

2.4.1 Borderline-Persönlichkeitsstörung im Kontext der Sozialen Arbeit

In der Ausgangslage wurde bereits darauf hingewiesen, dass die Borderline-Persönlichkeitsstörung das grösste Kontingent an Menschen mit einer psychischen Krankheit in psychiatrischen Kliniken und verwandten Hilfeeinrichtungen darstellt (vgl. Rahn 2019: 70). Die Soziale Arbeit spiegelt sich im Begriff „verwandte Hilfeeinrichtungen“ wider. Damit eine Ausdifferenzierung des Begriffs „Hilfeeinrichtungen“ und gleichzeitig auch die Unabdingbarkeit von störungsspezifischem Wissen zur Borderline-Störung durch Professionelle der Sozialen Arbeit herauskristallisiert werden kann, wird aufgezeigt, wo sich Menschen mit einer Borderline-Störung und Professionelle der Sozialen Arbeit begegnen:

In Gefängnissen, in der Bewährungshilfe, in der Drogenhilfe, in Einrichtungen für Obdachlose, in psychiatrischen Kliniken, in betreuten und/oder begleiteten Wohnhäusern, in Einrichtungen für Immigrierte, in Einrichtungen der Jugendhilfe, wie beispielsweise Schul- oder Kinderheimen, um nur einige zu nennen, kann es zur Zusammenarbeit zwischen Borderline-Betroffenen und Professionellen der Sozialen Arbeit kommen (vgl. Bosshard/Ebert/Lazarus 2010: 362ff.).

2.4.2 Herausforderungen der Beziehungsgestaltung

Da Persönlichkeitsstörungen Auswirkungen auf das gesamte zwischenmenschliche Verhalten haben, bildet sich eine Persönlichkeitsstörung in den Begegnungen zu anderen Menschen und selbstverständlich auch zu Professionellen der Sozialen Arbeit ab (vgl. Rahn 2019: 12). Die gemeinsame Erarbeitung eines abgestimmten Störungskonzeptes spielt in der Zusammenarbeit mit Borderline-Betroffenen eine zentrale Rolle. So greifen Lösungsstrategien nur, wenn die Abstimmung gelingt und es zu einem gemeinsamen Verständnis der Erkrankung kommt (vgl. ebd.: 33). Rahn (2019: 12) beschreibt den entscheidenden Einfluss der ersten Begegnung auf die weitere Beziehungsgestaltung. Diese dient im professionellen Kontext oft der Informationssammlung, bildet aber gleichzeitig den Beginn der Gestaltung einer professionellen Beziehung.

Menschen mit einer Beziehungsstörung, so auch die Borderline-Persönlichkeitsstörung, weisen negative Schemata im Hinblick auf sich selbst und Beziehungen auf (vgl. Sachse 2020: 17). Interaktionspartner, also auch Professionelle der Sozialen Arbeit, werden diese Schemata mit ihrem eigenen Verhalten mit hoher Wahrscheinlichkeit aktivieren (triggern). Weist eine Person ein negatives Selbstbild auf, so reagiert sie schnell und heftig auf alle Verhaltensweisen von Interaktionspartnern, die sich im Sinne des Schemas interpretieren lassen (vgl. ebd.: 19). Aktivierte Schemata sind hauptsächlich verantwortlich für das gegenwärtige Stressniveau von Borderline-Betroffenen (vgl. Rahn 2019: 12). Steigt das Stressniveau an, findet eine Reduktion der zwischenmenschlichen Fertigkeiten und somit der sozialen Kompetenzen eines Menschen statt. Das überhöhte Stressniveau kann zu

primitiven Verhaltensweisen wie Flucht, Kampf, und Erstarren führen (vgl. ebd.).

In der Praxis gibt es unterschiedliche Konstellationen, die auf ein hohes Stressniveau hinweisen: Borderline-Betroffene fürchten, aufgrund des hohen Spannungsniveau die Kontrolle zu verlieren. Eine solche Konstellation zeigt sich vor allem durch Vermeidungsverhalten (Fragen ausweichen oder nicht antworten) (vgl. ebd.: 13). Aufgrund biografischer Erfahrungen haben Borderline-Betroffene feste Verhaltensmuster entwickelt, um mit solchen Situationen umzugehen. Diese Konstellation ist in den meisten Fällen die Folge von chronischem Stress. Diese Verhaltensmuster, wie auch schon in Kapitel 2.3.2 beschrieben, dienen der Stressreduktion, funktionieren aber nur, wenn die Verhaltensmuster rigide ausgeführt werden. Durch eben solche Verhaltensmuster können Borderline-Betroffene manipulativ auf Andere wirken. Bei professionellen Helfenden wird dadurch oft Ärger erzeugt. So können Missverständnisse entstehen, da das Bedürfnis der Borderline-Betroffenen darin besteht, das eigene Stressniveau zu senken, und das Bedürfnis der Professionellen, der Manipulation entgegenzutreten. Hierbei ist es essenziell, zu beachten, dass sich Borderline-Betroffene oft der Problematik ihres Verhaltens bewusst sind, das Verhalten jedoch mangels Alternativen nicht ändern (können) (vgl. ebd.: 15). Grundsätzlich gilt, dass Borderline-Betroffene ihre Verhaltensmuster erst ändern können, wenn ähnlich wirksame Alternativen vorliegen oder erarbeitet werden (vgl. ebd.).

In der Zusammenarbeit mit Menschen mit einer Borderline-Störung ist eine professionelle Beziehung unabdingbar (vgl. Sendera/Sendera 2016: 73). Eine tragfähige professionelle Beziehung gilt als eine der potentesten Wirkfaktoren im professionellen Umgang mit Borderline-Betroffenen (vgl. ebd.). An dieser Stelle wird auf ein besonders beziehungsgefährdendes Phänomen eingegangen, das in der Zusammenarbeit mit Borderline-Betroffenen auftreten kann. Im professionellen Setting können Übertragungsphänomene wachgerufen werden. Diese können an die Abhängigkeitsgefühle eines Kindes erinnern. So können Professionelle der Sozialen Arbeit, als auch weitere fallrelevante Fachkräfte in die Falle geraten, durch besonderes Engagement und den Aufbau intimer Nähe traumatisierende Erfahrungen der Borderline-Betroffenen wieder gut machen zu wollen. Ab diesem Zeitpunkt besteht die Gefahr der Narzissmus-Falle, also eigene narzisstische Bedürfnisse zu befriedigen (vgl. ebd.).

Damit das höchst komplexe Interaktionsverhalten von Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung verstanden werden kann, wird eine Betrachtung über das des „normalen“ Interaktionsverhalten erforderlich (vgl. Sachse 2020: 29) Es muss davon ausgegangen werden, dass neben dem normalen Muster eine zweite Handlungsregulationsebene, die nach anderen Prinzipien funktioniert, existiert. Die Grundlage der zweiten Ebene der Handlungsregulation bildet bestimmte, aus der biografischen Erfahrung einer Person stammende Grundannahmen oder auch Schemata.

Die Wissensstruktur, die sich durch Erfahrung entwickelt und durch bestimmte Situationen aktiviert wird, wird als Schema bezeichnet. Bei Aktivierung dieser Schemata wird die weitere Verarbeitung durch diese gesteuert. Bei Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung werden Schemata der Biografie in zwei Bereiche unterteilt: Selbstschemata, also Annahmen über das Selbst, und Beziehungsschemata, Annahmen über Beziehungen (vgl. ebd.). Kenntnisse über das Interaktionsverhalten von Menschen mit einer Borderline-Störung sind somit für das Verständnis des Störungsbildes und weiter für die Gestaltung einer Arbeitsbeziehung bedeutungsvoll. Damit in der Zusammenarbeit mit Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung Interventionen angegangen werden können, ist eine tragfähige Beziehung notwendig (vgl. ebd.: 43). Konfrontationen tragen dazu bei, dass Borderline-Betroffene ein Problembewusstsein aufbauen, welches für die weitere Zusammenarbeit und gleichzeitig für die Gestaltung der Beziehung von grosser Bedeutung ist. Damit das Problembewusstsein aufgebaut werden kann, sollten Borderline-Betroffene mit ihrem System konfrontiert werden, also Konfrontationen entlang ihrer Strategien, Interaktionsmuster und der Auswirkungen ihres Handelns auf Andere erfahren (vgl. ebd.: 55).

2.4.3 Resümee

In der Auseinandersetzung mit der Emotionsregulation und dem Beziehungsverhalten von Menschen mit einer Borderline-Störung wurden dysfunktionale Bewältigungsstrategien, ihre Auswirkungen auf das Selbst und auf die Beziehungsgestaltung herausgearbeitet. Anhand des Interaktionsverhaltens mit Professionellen der Sozialen Arbeit wurde weiter auf die Herausforderung in der Zusammenarbeit sowie auf unerlässliches objekttheoretisches Wissen für die Gestaltung der Zusammenarbeit eingegangen. Durch die Erarbeitung des Kapitels 2.4.2 konnte die zweite Unterfrage, *„Welche Herausforderungen ergeben sich bei der Arbeit mit Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung hinsichtlich der Beziehungsgestaltung?“*, beantwortet werden. Als Herausforderungen in der Zusammenarbeit hinsichtlich der Beziehungsgestaltung fallen insbesondere Übertragungsphänomene, das Triggern der Schemata durch Professionelle der Sozialen Arbeit, das Vermeidungsverhalten, die Unsicherheit und das Beziehungsverhalten von Menschen mit einer Borderline-Störung auf.

3. Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie

In Kapitel 2 wurde festgestellt, dass es zwischen Professionellen der Sozialen Arbeit und Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Zusammenarbeit im Kontext der Sozialen Arbeit kommen wird. In Kapitel 3 wendet sich der Blick daher vom objekttheoretischen Wissen zur Borderline-Störung, hin zur (klinischen) Sozialen Arbeit und ihrer Funktionsbestimmung allgemeiner Art sowie derer mit Menschen mit einer psychischen Krankheit und weiter zu einer allgemeinen Theorie Sozialer Arbeit.

Anmerkung

Für die Bearbeitung von Kapitel 3 liegt der Fokus auf die Literatur „Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie“ von Sommerfeld et al. (2016) sowie auf die Studie „Integration und Lebensführung“ von Sommerfeld/Hollenstein/Calzaferri (2011). Die Literaturwahl für das Kapitel 3 beruht auf der Tatsache, dass Sommerfeld et al. (2016) die soziale Dimension ausführlich vor dem Hintergrund des bio-psycho-sozialen Modells bearbeiten, dass das Buch eine jahrelange Forschungsarbeit mit psychisch kranken Menschen ausweist und daher für die Bearbeitung der Fragestellung von hoher Relevanz ist. Weiter führen die Literaturen „Integration und Lebensführung“ als allgemeine Theorie Sozialer Arbeit ein, welche sich auf das Störungsbild der Borderline-Persönlichkeitsstörung adaptieren lässt. Der Buchtitel „Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie“ lässt vermuten, dass wir uns in der klinischen Sozialen Arbeit bewegen. Sommerfeld et al. (2016: 172) verdeutlichen aber, dass klinische Soziale Arbeit systematisch zunächst immer und zuvorderst Soziale Arbeit ist.

3.1 Allgemeine Funktionsbestimmung Sozialer Arbeit

Da die Soziale Arbeit eine junge Erscheinung in der Menschheitsgeschichte darstellt, liegt es nahe, dass die Grundlagen der Sozialen Arbeit eng mit dem Zusammenhang der Gesellschaft in Verbindung stehen, in welcher sie sich gebildet hat (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 65). Durch das alte Verständnis der Gesellschaftsordnung wurde das Verhältnis des Individuums zur Gesellschaft durch die Geburt determiniert. Durch die Geburt wird dem Individuum ein Platz (Position) in der hierarchisch geordneten Gesellschaft zugeordnet. Dadurch, dass die soziale Position eines Individuums mit der Geburt festgelegt war, wurde auch die Integration eines Individuums und seine Privilegien, Pflichten und Tätigkeiten weitgehend vorausgesetzt (vgl. ebd.: 65). Die grundlegende Differenz der Form der Vergesellschaftung von Individuen besteht nun darin, dass Individuen nicht mehr in gleichem Masse sozialräumlich fixiert sind. Vielmehr müssen sie sich im sozialen Raum der Gesellschaft bewegen, um ihr Leben zu führen. Menschen haben nicht mehr eine vorausgesetzte gesellschaftliche Position und müssen sich diese nun individuell aneignen

(vgl. ebd.). „Aus einer statischen, überschaubaren und stabilen Form der Vergesellschaftung wird ein *hochgradig dynamischer und in seinem Ausgang ungewisser, ergebnisoffener, 'multioptionaler' Prozess* [Hervorhebungen im Original].“ (Sommerfeld et al. 2016: 67)

Weiter beschreiben sie, dass der moderne, sich an der demokratischen Idee der Freiheit orientierende und auf ihr gründende, kapitalistisch überformte Modus der Vergesellschaftung zur Folge hat, dass Individuen ihre Lebensführung und ihre Integration in die Gesellschaft unter ungleichen Ausgangsbedingungen selbst herstellen müssen (vgl. ebd.: 67f.). Es stellt sich nun die Frage, wie sich an diesem strukturellen Integrationsproblem der Gesellschaft ein neues Funktionssystem, die Soziale Arbeit, entstehen kann. Für die Entstehung eines Funktionssystems, braucht es einen zentralen Wert, der in der Semantik der Gesellschaft eine Relevanz auf sich laden kann, so dass er als konstitutiv für die Emergenz eines Funktionssystems wirksam werden kann (vgl. ebd.: 69). Der Wertebezug für die Soziale Arbeit liegt in der Semantik der (humanistischen) Demokratiebewegung, wie beispielsweise die Gerechtigkeit, die als Wert das Rechtssystem strukturiert (vgl. ebd.). Zusammenfassend lässt sich nach Sommerfeld et al. (2016: 70) die Funktion der Sozialen Arbeit folgendermassen beschreiben: Die gesellschaftliche Funktion Sozialer Arbeit besteht darin, gesellschaftsstrukturell induzierte Integrationsprobleme zu bearbeiten, die sich in gesellschaftlich randständigen, psycho-sozial problembeladenen und eingeschränkter Teilhabe zeigen. So nimmt sich die Soziale Arbeit in einer präventiven Wahrnehmung auch problematischen Formen der Lebensführung an, die auf Dauer zu einem Abstieg in Randbezirke der Gesellschaft führen würden (vgl. ebd.).

Anders ausformuliert, bearbeitet die Soziale Arbeit Folgeprobleme der modernen Gesellschaft, die in direkter Verbindung mit den Integrationsmodalitäten dieser Gesellschaft stehen. „Sie befasst sich mit Menschen und Gruppen, die mit den gegebenen gesellschaftlichen Lebensbedingungen nicht zurechtkommen, die in ihrer individuellen Lebensbewältigung scheitern, die nur eingeschränkt an der Gesellschaft teilhaben und von dauerhafter Exklusion betroffen oder bedroht sind.“ (Sommerfeld et al. 2016: 71)

3.2 Funktion Sozialer Arbeit mit Menschen mit einer psychischen Krankheit

Nach Beschreibung der Funktionsbestimmung Sozialer Arbeit wird nun die Funktion Sozialer Arbeit mit Menschen mit einer psychischen Krankheit dargestellt, um ein differenziertes Verständnis Sozialer Arbeit zu erarbeiten.

Es ist empirisch bewiesen, dass psychisch kranke Menschen eine besonders vulnerable Teilpopulation im Hinblick auf die dynamische Form der Integration unter gegebenen gesellschaftlichen Bedingungen darstellen (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 171). Diese Evidenz setzt sich aus zweierlei Aspekten zusammen, einerseits weil die psychische Krankheit die

Ressourcenlage des Individuums verschlechtert und andererseits, weil die Genese der psychischen Krankheit in der Regel mit Formen der Integration einhergeht, die sich ungünstig ausgewirkt haben und die sich tendenziell im weiteren Verlauf der Krankheit verschlechtern werden (vgl. ebd.). Sommerfeld et al. beschreiben somit, die Evidenz, dass die soziale Dimension einen erheblichen Einfluss auf die Entstehung und den Verlauf psychischer Krankheiten hat (vgl. ebd.: 171). Die klinische Soziale Arbeit beschreibt eine „Teildisziplin der Sozialen Arbeit, die sich mit schwerwiegenden, Leid verursachenden psycho-sozialen Störungen sowie den sozialen Aspekten psychischer und somatischer Abweichungen, Störungen, Krankheiten und Behinderungen unter Berücksichtigung der Lebenslage der Betroffenen befasst“ (Mühlum 2009, zit. in Sommerfeld et al. 2016: 171) Angelehnt an die Funktionsbestimmung Sozialer Arbeit von Sommerfeld et al. (2016: 174), besteht die Funktion der Sozialen Arbeit mit Menschen mit einer psychischen Krankheit darin, ihren Teil der Integration der psychisch kranken Menschen in die Gesellschaft zu leisten, indem sie die psychisch Kranken in deren Lebenswelt unterstützt und begleitet.

3.3 Bio-psycho-soziales Paradigma und die soziale Dimension

Nachdem die Beantwortung der dritten Unterfrage, „*Welche Funktion hat die Soziale Arbeit mit Menschen mit einer psychischen Krankheit?*“ beantwortet wurde und es evident ist, dass die Genese einer psychischen Krankheit in der Regel mit Formen der Integration einhergeht (Kap. 3.2), wird im Folgenden das bio-psycho-soziale Modell verwendet, um die soziale Dimension psychischer Krankheit und Gesundheit als relevante Dimension auszuweisen.

3.3.1 Das bio-psycho-soziale Modell

Der Bezug des bio-psycho-sozialen Modells eignet sich vor dem Hintergrund, dass dieses bereits in Kapitel 2.2.2 dargestellt wurde, um einen Erklärungszugang für die Entstehung und Ursachen einer Borderline-Störung aufzuzeigen. Nachfolgend wird das Modell u.a. dazu verwendet, die soziale Dimension als Ebene der Sozialen Arbeit auszuweisen.

Für eine interprofessionelle Kooperation bedarf es ein gemeinsames Bezugsmodell, auf dessen Grundlage die Arbeitsteilung organisiert und die Interventionen in der anschließenden interprofessionellen Praxis koordiniert werden können (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 86). Das bio-psycho-soziale Modell zeigt sich in der Verfassung der WHO aus dem Jahr 1946, mit der diese gewichtige Institution ein modernes Verständnis von Krankheit und Gesundheit begründet hat (vgl. ebd.: 87). Der Inhalt des Modells lässt sich anhand eines bedeutenden Satzes darstellen: „Gesundheit ist der Zustand des völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen.“ (Weltgesundheitsorganisation 2009, zit. in Sommerfeld et al. 2016: 87)

Damit aus diesem erklärenden und zugleich einführenden Satz, die soziale Dimension vor dem Hintergrund des bio-psycho-sozialen Modells gefasst werden kann, wird nun nach einer Annäherung an das Modell weiter die soziale Dimension von psychischer Krankheit und Gesundheit bearbeitet.

3.3.2 Die soziale Dimension psychischer Krankheit und Gesundheit

Sommerfeld et al. (2016: 84) beschreiben, dass das bio-psycho-soziale Modell u.a. dazu dient, die soziale Ebene bzw. die soziale Dimension von psychischer Krankheit und Gesundheit als relevante Dimension auszuweisen. Die soziale Dimension von Krankheit und Gesundheit entsteht aus der Art und Form der Ordnungen, die sich in den unterschiedlichen Handlungssystemen (bspw. Arbeit und Familie) gebildet haben und wie die betreffende Person innerhalb dieser Integrationsanordnung ihr Leben aktiv führt, also wie eine Person in ihrem Lebensführungssystem – dazu später ausführlicher – eingebunden ist und durch ihre Handlungen auf das jeweilige soziale System zurückwirkt (vgl. ebd.: 102).

Sommerfeld et al. (2016: 102) greifen auf eine Recherche im Rahmen der Master-Thesis von Cornelia Rügger (2012) zurück, die der Frage nach den Merkmalen der sozialen Dimension von psychischer Krankheit und Gesundheit nachging. Mit dem Erklärungswissen, also der Darstellung empirischer Befunde, die Aussagen zum Zusammenhang zwischen psychischer Krankheit und Gesundheit und der sozialen Dimension machen, wird belegt, dass der Zusammenhang in einem engen Verhältnis steht (vgl. Rügger 2012: 50). Rügger untersuchte mehrere Merkmale auf unterschiedlichen Ebenen, die nachfolgend erwähnt, jedoch aus Gründen der Formalität dieser Bachelor-Thesis nicht vollständig auf- und ausgeführt werden können (vgl. ebd.: 32ff.).

- Lebensalter und Geschlecht
- Sozio-ökonomische-, sozio-ökologische- und sozio-kulturelle Merkmale
- Soziale Beziehungen
- Familie, Freizeit/Kultur, Schule, Arbeit
- Biographische Merkmale
- Kritische Lebensereignisse

Dass die soziale Dimension einen erheblichen Einfluss auf die Entstehung und den Verlauf von psychischer Krankheit hat, ist empirisch evident und wird anhand der oben dargestellten Merkmale der Lebensführung und Bedingungen der sozialen Umwelt inhaltlich wiedergegeben, indem jeweils die psychische Krankheit/Gesundheit vor dem Hintergrund der sozialen Dimension dargestellt wird bzw. damit erklärt werden kann (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 171). Indem die Soziale Arbeit psychisch Kranke unterstützt, berät und begleitet, sodass eine Form der Lebensführung entsteht, die vom Individuum als „gutes Leben“ kodiert wird, bearbeitet sie die soziale Dimension psychischer Krankheit (vgl. ebd.: 175). Aufgrund

der Koppelung bio-psycho-sozialer Prozesse leistet die Soziale Arbeit immer ihren Beitrag zur Gesundheit (zumindest auf der Ebene des Sozialen) der Bevölkerung bei. Rekapitulierend beschreibt der Begriff „soziale Dimension“ die Art und Weise, wie ein Subjekt in verschiedene soziale Systeme integriert ist und somit die Integrationsbedingungen (vgl. ebd.: 187). Die Bearbeitung der sozialen Dimension beinhaltet also die Arbeit an den Bewältigungsaufgaben, die sich im Lebensführungssystem stellen, die mit der psychischen Problematik und deren Muster zusammenhängt (vgl. ebd.: 204).

3.4 Integration und Lebensführung – eine Allgemeine Theorie Sozialer Arbeit

Dieses Kapitel führt eine allgemeine Theorie der Sozialen Arbeit ein: Integration und Lebensführung. Damit der Theorieinhalt umfangreich bearbeitet werden kann und ferner der Zusammenhang mit Menschen mit einer psychischen Krankheit (genauer die Borderline-Störung) gehaltvoll herausgearbeitet werden kann, werden zunächst theoretische Bezugspunkte und konstitutive Begriffe der Theorie beschrieben. Nach dieser ersten Abstimmung wird in einem nächsten Schritt das Lebensführungssystem als Modell dargestellt, um auf dieser Basis theoretische Eckpunkte zu veranschaulichen, die für die Praxis von grosser Bedeutung sind. Abschliessend wird dieses Kapitel die allgemeine Theorie der Sozialen Arbeit vor dem Hintergrund psychischer Krankheit und Gesundheit behandeln und anhand einer Zusammenfassung mit Kapitel 2 in Verbindung gebracht.

3.4.1 Theoretische Bezugspunkte

Nach Sommerfeld et al. (2016: 47) beschäftigt sich die Soziale Arbeit mit dem Verhältnis von Individuum und Gesellschaft. Dieses allgemeine Verständnis reicht jedoch nicht aus, um die Komplexität und Dynamik der psycho-sozialen Dynamik beschreiben zu können, mit der sich die Soziale Arbeit theoretisch, wie auch praktisch auseinandersetzt (vgl. Sommerfeld/Hollenstein/Calzaferri 2011: 44). Der Begriff der Integration und Lebensführung (ausführlich Sommerfeld et al. 2011: 21ff.) verspricht einen Zugang, der das dynamische Zusammenspiel zwischen den Mikro- und Makroebenen erschliessen kann. Wie bereits festgestellt beschäftigt sich die Soziale Arbeit mit Individuen, so ist die interessierende Ebene der Analyse die konkrete Ebene der jeweils individuellen Lebensführung, die sich in sozialen (und gesellschaftlichen) Verhältnissen ereignet (vgl. ebd.). Damit bearbeitet die Soziale Arbeit individuelle Verläufe, die in individueller und sozialer Hinsicht problematisch sind und in gesellschaftliche sowie in soziale Systeme eingebettet sind, wobei ohne deren Berücksichtigung ein erheblicher Teil der für den Einzelfall relevanten Faktoren ausgeblendet und unbearbeitet bliebe (vgl. ebd.: 49). Für die Theoriebildung heisst das, dass die psycho-sozialen Dynamiken, als Lebensführung bezeichnet werden und deren gesellschaftliche

Strukturierung, mit dem Begriff der Integration bezeichnet werden kann. In der Auseinandersetzung mit den zentralen Begriffen „Integration“ und „Lebensführung“ und theoretischen Bezugspunkten verweisen Sommerfeld et al. (2016: 51) auf Elias (2006) und Plessner (2003), die einen entscheidenden Pfad für die Konkretisierung der zentralen Begriffe liefern und womit das Verhältnis von Individuum und Gesellschaft als ein dynamisches, sich entwickelndes Verhältnis ausweisen lässt. Der Integrationsbegriff lässt sich als „grundlegende, das menschliche Dasein kennzeichnende und prägende Kategorie“ (Sommerfeld et al. 2016: 52) bezeichnen. Vor dem Hintergrund, dass Menschen nicht einfach in der Welt sind, sondern sich ihre Lebensverhältnisse schaffen, indem sie „tätig“ und „erkennend“ mit der individuell vorfindlichen Welt auseinandersetzen und „in diesem Sinn ihr Leben führen“, wird Lebensführung als „zweite grundlegende, das menschliche Dasein kennzeichnende und prägende Kategorie“ (Sommerfeld et al. 2016: 52) eingeführt.

3.4.2 Modellierung Integration und Lebensführung

Damit die Modellierung des Lebensführungssystems vor den theoretischen Ausführungen von Sommerfeld et al. (2016) betrachtet werden kann, wird diese (Meta-) Theorie zunächst greifbar gemacht.

Sommerfeld et al. (2016: 56) beschreiben die relative Makroebene als den sozialen Raum der Gesellschaft, der in sich einerseits die Organisationen sowie andere Subsysteme der funktionalen Teilsysteme enthält und der sich andererseits in vertikal und horizontal angeordnete soziale Felder gliedern lässt. Die relative Mikroebene wird von Individuen gebildet, die auf diverse Weise mit anderen Handelnden (jeweils systemrelevante) in Kontakt kommen, Beziehungen eingehen und darauf bezogen ihre Aktivität entfalten und somit sozial handeln (vgl. ebd.: 57). Die Integration einer handelnden Person beschreibt also eine aktive Positionierung auf der Ebene der Gesellschaft in unterschiedlichen sozialen Systemen, in denen Handelnde im Rahmen der individuellen Lebensführung integriert sind und teilhaben oder eben nicht teilhaben. Es stellt sich nun die Frage, wie diese noch theoretisch gefasste Beschreibung, für Interventionen brauchbar gemacht werden kann. Damit nach Sommerfeld et al. (2016: 57) die Anforderung an eine Theorie der Sozialen Arbeit, die für die handlungswissenschaftliche Beschreibung und Erklärung von Interventionen brauchbar sein soll, muss das Verhältnis eines bestimmten Individuums zur Gesellschaft im Hinblick auf die Bearbeitung damit zusammenhängender Probleme gefasst werden können. Somit geht es um die Erarbeitung theoretischer Grundlagen, die es der Sozialen Arbeit (handlungswissenschaftlich und professionell) erlauben, eine bestimmte handelnde Person im sozialen Raum „zu beobachten“, in dessen Verlaufs spezifische Probleme auftreten, die die Form der Integration, bzw. die Lebensführung für sich oder für andere zu einem behandlungsbedürftigen Problem werden lassen (vgl. ebd.).

Wie bereits festgestellt, beschreibt das Lebensführungssystem das Verhältnis und die Involviertheit (oder auch nicht) eines Individuums in unterschiedlichen sozialen Systemen, in denen das Subjekt mit anderen Individuen interagiert und eine bestimmte Position im Verhältnis zu diesen einnimmt (vgl. ebd.: 58). Diese Ausführungen, die bereits einen handlungsleitenden Charakter besitzen, werden nachfolgend als Lebensführungssystem dargestellt und sind für die professionelle Praxis entscheidend (vgl. ebd.).

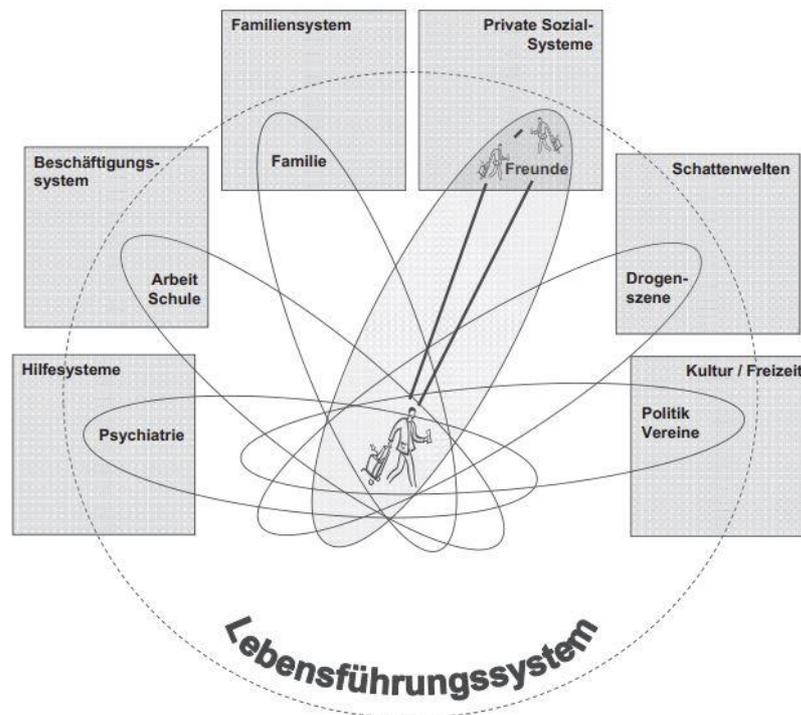


Abb. 2: Lebensführungssystem als bio-psycho-soziale Form des menschlichen Überlebens (in: Sommerfeld et al. 2016: 59)

Entlang der Abbildung lässt sich Aussagen, dass sich das Lebensführungssystem (in der Abbildung als gestrichelter Kreis) aus dem Individuum (Figur in der Mitte) und den eigenen ganz spezifischen Formen der Integration in unterschiedliche Handlungssysteme (bspw. Familiensystem, private Sozialsysteme, Freizeit) zusammensetzt (vgl. Rügger 2012: 26). In der Abbildung wird die Integration des Individuums beispielhaft im sozialen Handlungssystem „private Sozialsysteme“ mit dem Vorschlag „Freunde“ dargestellt. Die Figur (das Individuum) interagiert im Handlungssystem mit einer anderen Figur und nimmt eine bestimmte Position im Verhältnis zu dieser ein (vgl. ebd.)

Das Lebensführungssystem beschreibt ein konkretes, sich selbst organisierendes System, in welchem ein Individuum durch die eigene Integration in verschiedene soziale Handlungssysteme eingebunden ist und dabei das eigene Leben auf seine bestimmte Art und Weise führt (vgl. ebd.). Mit der Lebensführung gehen Aufgaben der Lebensbewältigung und so auch entsprechender Schwierigkeiten einher. Diese festigen sich möglicherweise als

psychische Krankheiten und wirken als solche auf die Integration in die unterschiedlichen Handlungssysteme zurück (vgl. ebd.).

3.5 Integration und Lebensführung und die Entwicklung psychischer Krankheit

Mit den theoretischen Bezugspunkten, der Funktionsbestimmung Sozialer Arbeit mit Menschen mit einer psychischen Krankheit sowie der Darstellung zum Lebensführungssystem wurde aufgezeigt, dass die bio-psycho-soziale Problemdynamik aus der Form entsteht, über welche Positions- und Interaktionsstrukturen Individuen in konkrete Handlungssysteme sozial integriert sind (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 131). Damit Integration und Lebensführung und die soziale Dimension vor dem Hintergrund psychischer Krankheit und Gesundheit verstanden werden können, werden nachfolgend zwei weitere Erklärungsmodelle eingeführt und dabei konstitutive Begriffe erläutert.

3.5.1 Integration und psychische Musterbildung

Die Herausbildung einer kohärenten Ordnungsstruktur in einem sozialen System ist mit einer zunehmenden Synchronisierung im Verhalten eines Individuums (im System) verbunden (vgl. Sommerfeld/Hollenstein/Calzaferri 2011: 128). Dies bedeutet, dass sich in der Interaktion auf Ebene der beteiligten (dynamischen) Individuen zunehmend bestimmte Kognitions-Emotions-Verhaltensmuster herausbilden, die aufeinander bezogen sind und zueinander passen. Im Begriff der Kognitions-Emotions-Verhaltensmuster kommt bereits zum Ausdruck, dass einmal entstanden Ordnungsstrukturen in bestimmten Handlungssystemen sich durch die synchronisierten Interaktionsmuster (aktiver) Individuen reproduzieren, die eine mit der sozialen Struktur gekoppelte psychische Ordnungsbildung implizieren. Erfolgt die Integration also in einem konkreten Handlungssystem über einen längeren Zeitraum und besitzt diese Form der Integration im individuellen Lebensführungssystem eine bestimmte Relevanz, führt dies auf der Ebene des Individuums zu Strukturbildungsprozessen und somit zur Herausbildung einer inneren psychischen Struktur. Im Integrationsprozess entstehen also Kognitions-Emotions-Verhaltensmuster (KEV) in der Psyche eines Individuums, genauer gesagt im Gehirn (vgl. ebd.). In anderen Worten: Durch die Integration in einem konkreten Handlungssystem bilden sich soziale Strukturen, die das Leben regulieren. Gleichzeitig und komplementär dazu bilden sich individuelle psychische Strukturen, die aus derselben Aktivität entstehen, insofern sie mit den sozialen Strukturen unmittelbar in Beziehung stehen (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 61). Diese Koppelung sozialer und psychischer Prozesse werden folglich anhand des 2-Ebenen-Integrationsmodells dargestellt.

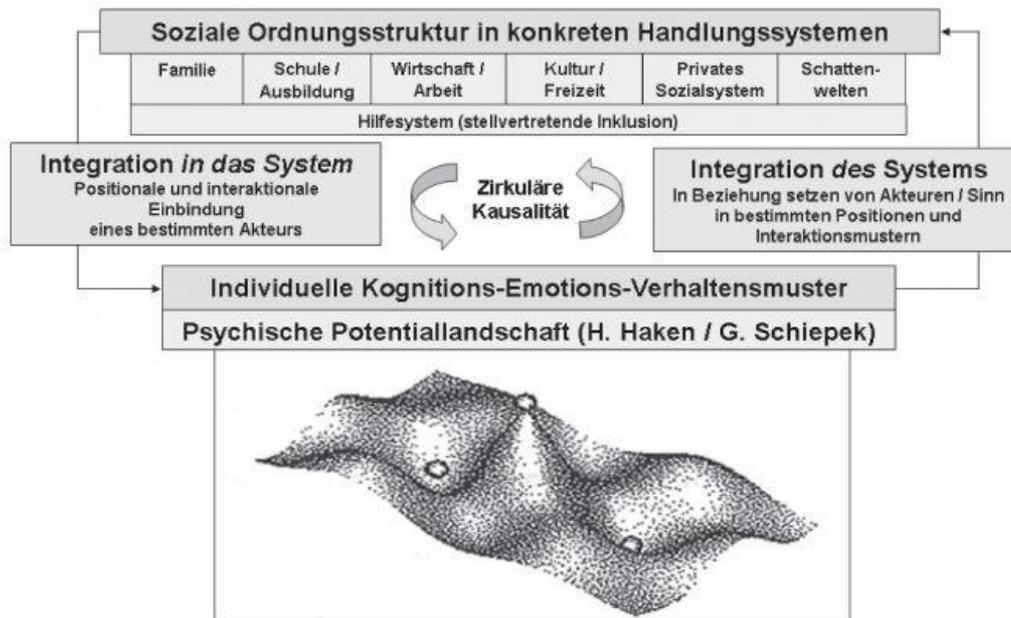


Abb. 3: Das basale Integrationsmodell: 2-Ebenen-Modell (in: Sommerfeld et al. 2016: 61)

Die beiden oben eingeführten Ebenen zeichnen das Lebensführungssystem in schematisierter Weise ab.

Im Laufe des Lebens eines Individuums wird es in diverse soziale Systeme integriert und führt darin sein Leben (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 62). In und durch die Tätigkeit in den sozialen Systemen, in denen ein Individuum integriert ist, bilden sich die Persönlichkeit, die individuellen Kompetenzen und die Verhaltensweisen, die individuellen Kognitions-Emotions-Verhaltensmuster sowie die nach Beirle & Schiepek (2002) benannte „psychische Potenziellandschaft“ (vgl. ebd.). Die psychische Potenziellandschaft umfasst nicht nur die aktuellen und vergangenen Muster, sondern auch das in der gesamten Reichweite des Individuums liegende Entwicklungspotenzial. Die individuellen Muster bilden sich nicht nur auf diese dynamische Weise, sondern die Lebensführung bleibt immer dynamisch. Anders formuliert bedeutet das, dass das Lebensführungssystem eines Menschen und die Art und Weise, wie es sich reproduziert, immer zirkulär rückgekoppelt mit der Art und Weise, wie dieser Mensch in unterschiedliche soziale Systeme integriert ist und dort aktiv ist, bleibt (vgl. ebd.).

3.5.2 Der Blick hinter die Kognitions-Emotions-Verhaltensmuster

Die Koppelung sozialer und psychischer Prozesse wurde mit dem 2-Ebenen-Modell dargestellt. Für die Erklärung, wie psychische Krankheit mit der sozialen Dimension zusammenhängt, muss dieses Modell um eine weitere Ebene ergänzt werden (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 132). Die Seite des Individuums, die bisher mit dem Begriff der „psychischen Potenziellandschaft“, grob gefasst wurde, wird folgend mit Blick auf der

biologisch-organischen Grundlage ausdifferenziert. Damit die biologische Ebene in das Modell miteinbezogen werden kann, wird das menschliche Gehirn als Organ in das Erklärungsmodell aufgenommen (vgl. ebd.).

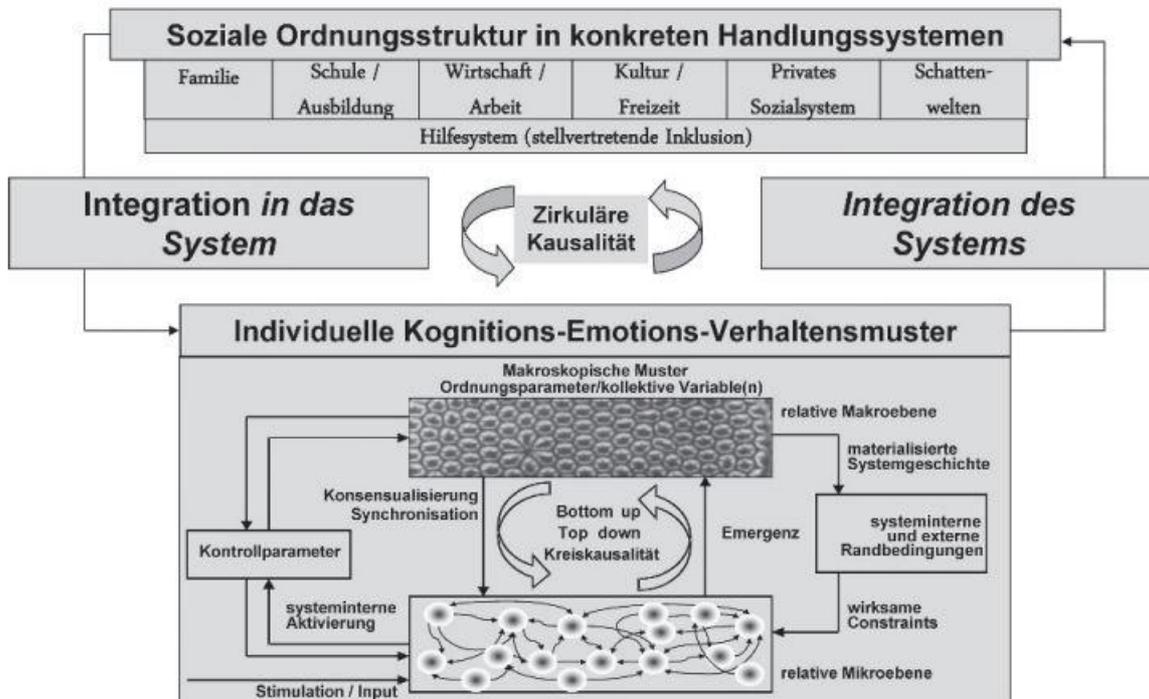


Abb. 4: Das erweiterte Integrationsmodell: 3-Ebenen-Modell (in: Sommerfeld et al. 2016: 133)

In diesem 3-Ebenen-Integrationsmodell lassen sich mindestens zwei grosse kreiskausale Prozesse unterscheiden: Der vom Organismus her gedachten inneren (bio-psychischen) und den äusseren (psycho-sozialen) kreiskausalen Prozess, die miteinander über das Gehirn strukturell gekoppelt sind (vgl. ebd.: 133). Die innere zirkuläre Kausalität beschreibt die neuronalen rekursiven (zurückführenden) Beziehungen, deren Ergebnis sich in der Form von Kognitions-Emotions-Verhaltensmustern auf der relativen Makroebene der psychischen Potenziallandschaft zeigt. Die äussere zirkuläre Kausalität umfasst die Rückkopplungsbeziehung zwischen dem Organismus und der Integration in die verschiedenen sozialen Systeme eines Lebensführungssystems (vgl. ebd.).

Sommerfeld et al. (2016: 133) verstehen das Gehirn als selbstorganisierendes System, mit dem die spezifische Form der Lebensführung von Menschen möglich wird, weil dessen Selbstorganisation im Kontakt und in tätiger Auseinandersetzung mit der Umwelt stattfindet. Im Gehirn materialisiert sich durch dessen Funktion die Transformation biografischer Erfahrung in Musterbildung. Vor dem Hintergrund der Selbstorganisation des Gehirns und dessen dynamischen Zusammenhang mit der Lebensführung, wird auf zwei weitere Ebenen eingegangen: Die Teilhabe an und die Integration in soziale Systeme sind für den Menschen existentiell, weil Sozialität das Medium ist, mit der die Gattung Mensch ihr Leben organisiert

und folglich bilden soziale Systeme eine Voraussetzung für die Befriedigung von Bedürfnissen (vgl. ebd.: 134). Die zweite Kategorie, mit der die Biologie des Menschen gefasst wird, sind die Bedürfnisse des Menschen und deren Befriedigung, die das Überleben sichern (vgl. ebd.).

Die soziale Form menschlicher Lebensführung impliziert, dass Menschen in ihrer Bedürfnisbefriedigung von anderen Menschen und der Form der Integration in soziale Systeme abhängig sind. Eine solche Abhängigkeit macht Menschen nicht nur in der entwicklungs-sensiblen Zeit der Kindheit, sondern ein Leben lang verletzlich (vgl. ebd.: 169). Vor diesem Hintergrund gilt es nun auf die Begrifflichkeit der Vermeidungsmuster bzw. Vermeidungsstrategien einzugehen: Soziale Bedürfnisse und deren Befriedigung schaffen für sich genommen Problemstellungen, die alle Menschen bewältigen müssen (vgl. ebd.: 137). Diese haben per se ein hohes kränkendes und damit wiederum Vermeidungsstrategien begünstigendes Potenzial. So liegt es in der Natur sozialer Systeme, dass sie als relative Makrostruktur die Bedürfnisbefriedigung ihrer Mitglieder einschränken (vgl. ebd.: 169). Die Entwicklung wirksamer Vermeidungsmuster ist überlebensnotwendig, wenn die konkrete Form der Integration schmerzhaftes Versagen von Bedürfnissen oder gar intentional zugefügte Verletzungen (bspw. häusliche Gewalt, sexueller Missbrauch) beinhaltet (vgl. ebd.). Solche wiederkehrenden Verletzungen in der sozialen Lebenswelt und deren Antizipation versetzen ein psychisches System in eine pathogene Form von Stress und haben für die Bildung der Kognitions-Emotions-Verhaltensmuster weitreichende Folgen (vgl. ebd.).

3.6 Soziale Diagnostik in der Sozialen Arbeit

In Kapitel 3.3 wurde die soziale Dimension als relevante Ebene für die Soziale Arbeit ausgewiesen und auf ihren Zusammenhang mit psychischer Krankheit und Gesundheit verwiesen. Die soziale Diagnostik beinhaltet das professionelle Verstehen von bio-psycho-sozialen Problemstellungen in der Sozialen Arbeit mit besonderem Fokus auf die soziale Dimension (vgl. Soziale Diagnostik: o.J.). An dieser Stelle liegt es somit nahe, dem Kapitel der sozialen Diagnostik zunächst einen einführenden Charakter zuzuschreiben, um diesen dann ferner, vor dem Hintergrund der Ausgestaltung von Arbeitsbeziehungen expliziter auszuführen.

Sommerfeld et al. (2016: 267) verstehen unter sozialer Diagnostik, den Prozess des wissens- und methodengestützten, wertebasierten, multiperspektivischen Erfassens, Erklärens und Verstehens von sozialen Problemlagen und bio-psycho-sozialen Problemstellungen mit besonderem Fokus auf die soziale Dimension. Soziale Diagnosen können Individuen, Gruppen, Organisationen sowie das Gemeinwesen betreffen und haben

eine erklärende, handlungsleitende und prognostische Funktion. So bildet die soziale Diagnostik die Basis für fallspezifische Zielformulierungen und Interventionen (vgl. Soziale Diagnostik: o.J.).

3.6.1 Interventionen

Mit der Beschreibung der psychischen Potenziallandschaft, die sich aus einem Set von Kognitions-Emotions-Verhaltensmuster zusammensetzt (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 62), wurde ersichtlich, dass die KEV situativ durch bestimmte Triggerreize abgerufen werden (vgl. ebd.: 199). Wird eine Verhaltensvariante, oder eine „Alternative“, um die Terminologie von Rahn 2019 zu verwenden (s. Kap. 2.4.2), wieder und wieder aktiviert, dann entsteht unter Umständen ein alternatives Muster, das auf dieselben oder mit der Zeit auch auf andere Triggerreize mit einem anderen Ordnungszustand reagiert (vgl. ebd.).

Beinhaltet die Bearbeitung der sozialen Dimension die Arbeit an den Formen der Integration und damit zwingend auch die Arbeit an der psychischen Potenziallandschaft, kann daraus geschlossen werden, dass die Interventionen der Sozialen Arbeit massgeblich im „Schaffen von Erfahrungsräumen in der Lebenswelt der psychisch kranken Menschen“ (Sommerfeld et al. 2016: 203) bestehen, die die Bildung neuer Potenziale begünstigen, sie unterstützen und stabilisieren (vgl. ebd.). Konzeptionell besteht die zentrale Aufgabe der Sozialen Arbeit in der Lebenswelt der handelnden Individuen Erfahrungsräume zu schaffen, in welchen neu erlernte und individuelle Muster und Strategien, oder eben Alternativen, durch Erprobung gefestigt werden können. Erfahrungsräume können durch Inszenierungen von sozialen Systemen durch die Soziale Arbeit geschaffen werden (bspw. begleitete/betreute Wohngruppen, Selbsthilfegruppen), oder durch eine Intervention in die bereits bestehenden sozialen Systeme, wie bspw. in der Familie, auf der Arbeit oder in privaten sozialen Systemen (vgl. ebd.: 186). Sommerfeld et al. (2016: 204f.) betonen weiter, dass Wirkfaktoren (indem Erfahrungsräume geschaffen werden, wobei Individuen Selbstwert, Selbstwirksamkeit, das Erreichen von Zielen und intrinsische Motivation erleben können) die Bedeutung des Schaffens von Erfahrungsräumen, in denen Lernprozesse stattfinden können, die mit der therapeutischen Arbeit an der Potenziallandschaft synchronisiert werden müssen, weil sich erst dann das Potenzial der Therapie vollständig entfalten kann. Potenziale müssen sich in der subjektiven Lebenswelt bewähren oder sie verlöschen wieder. Eine solche Bewährung findet nicht in einer Therapiesitzung statt, sondern nur in der Lebenswelt in den konkreten Formen, welche das Lebensführungssystem annimmt. Interventionen in der Sozialen Arbeit sind somit an den eben ausgeführten Erklärungen zu orientieren (vgl. ebd.). Die Basis der Intervention bildet also das Verstehen der Problemgenese und damit das Verstehen des Lebensführungssystem, anders formuliert, ist ohne ein Verständnis der Komplexität des Zusammenspiels psychischer und sozialer

Prozesse eine Intervention in diese Komplexität zielgerichtet nicht möglich (vgl. ebd.: 205).

3.6.2 Zusammenfassung

Das Ziel dieser Zusammenfassung besteht darin, die Erkenntnisse zum objekttheoretischen Wissen zur Borderline-Persönlichkeitsstörung (Kap. 2) mit den Erkenntnissen zur sozialen Dimension psychischer Krankheit und der allgemeinen Theorie Integration und Lebensführung (Kap. 3) zu verbinden. In Kapitel 3 spiegelt sich die Soziale Arbeit hinsichtlich ihrer Funktionsbestimmung allgemeiner Art und spezifisch in ihrer Funktion mit Menschen mit einer psychischen Krankheit wider, um damit auch die Borderline-Persönlichkeitsstörung im Kontext der Sozialen Arbeit zu verstehen.

Für den Zugang zu den Ursachen einer Borderline-Störung wurde u.a. das bio-psycho-soziale Modell als Entstehungsmodell beigezogen. Im Zentrum des Modells steht die prägende Erfahrung von schwerwiegender emotionaler Zurückweisung und Vernachlässigung (Kap. 2.2.2). Als Erklärungszugang wird die biologische Ebene (genetisch bedingt) und die psychosoziale Ebene (traumatische Erfahrungen in der primären Sozialisation) verwendet, die in eine Störung der sozialen Kooperation und in eine Identitätsstörung gegliedert werden können und in einem weiteren Schritt in Wechselwirkung mit maladaptivem Verhalten stehen. Das bio-psycho-soziale Modell zeigt sich auch in der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation aus dem Jahr 1946 und besitzt damit eine Gewichtung hinsichtlich eines modernen Verständnisses von Krankheit und Gesundheit. Das Modell geht von einem Zustand des völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens aus und räumt der sozialen Ebene einen ebenbürtigen Platz neben der körperlichen und geistigen Ebene ein (Kap. 2.2.2). Nach Sommerfeld et al. (2016: 84) eignet sich das Modell u.a. dazu die soziale Ebene bzw. die soziale Dimension von psychischer Krankheit und Gesundheit als relevante Dimension auszuweisen. Es ist empirisch evident, dass die soziale Dimension einen erheblichen Einfluss auf die Entstehung und den Verlauf von psychischer Krankheit hat. Daraus schliesst sich, dass die Soziale Arbeit hinsichtlich der sozialen Dimension (unter Einbezug biologischer und psychosozialer Faktoren) eine Borderline-Persönlichkeitsstörung vor dem Hintergrund der Theorie Integration und Lebensführung erklären und verstehen kann. Angesichts der Tatsache, dass die Borderline-Symptomatik eine Störung im Bereich des Beziehungsverhalten aufweist, eignet sich der Erklärungszugang von Integration und Lebensführung, da davon ausgegangen wird, dass die psychische Potenziallandschaft, die aus einem Set von Kognitions-Emotions-Verhaltensmuster gebildet wird, in der Integration und schliesslich in der Interaktion mit unterschiedlichen Handlungssystemen gebildet wird (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 199). Durch die Integration und Interaktion in subjektiven Handlungssystemen entsteht immer eine Beziehung zwischen dem Subjekt und den Menschen des zugehörigen Handlungssystems

(vgl. ebd.: 167). Ausgehend vom Lebensführungssystem kann die psychische Potenziallandschaft einer Person mit einer Borderline-Störung in den individuellen Handlungssystemen getriggert werden und maladaptive Verhaltensmuster und ferner auch dysfunktionale Bewältigungsstrategien bekräftigen. Das Erlernen neuer Muster scheint somit unabdingbar, um dominante, im Bereich der Borderline-Störung oft maladaptive und nur kurzzeitig wirksame Problemlösungsstrategien, verändert werden können und neue Muster entstehen können (vgl. auch ebd.: 199). Sommerfeld et al. (2016: 203) postulieren, dass Interventionen der Sozialen Arbeit entscheidend durch das Schaffen von Erfahrungsräumen in der Lebenswelt von Individuen bestehen. Diese Erfahrungsräume begünstigen die Entstehung neuer Potenziale, indem sie diese unterstützen und möglicherweise festigen und in diesem Sinn für die Entwicklung einer neuen Ordnung auf der sozialen Ebene und rückgekoppelt auf der psychischen Ebene wirksam sind (vgl. ebd.). Es stellt sich nun die Frage, wo ein Mensch mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung diese Erfahrungsräume findet und wer diese bietet bzw. schafft. Die Antwort auf diese Frage findet sich in der Praxis der Sozialen Arbeit, wo Professionelle der Sozialen Arbeit Erfahrungsräume schaffen, in denen sich Potenziale in der Lebenswelt bzw. im Lebensführungssystem bewähren können und dadurch neue KEV entstehen können. Da die Praxis der Sozialen Arbeit nicht die Probleme der Lebensführung allgemeiner Art, sondern in der Ausprägung konkreter Fälle bearbeitet, liegt es somit nahe, die Zusammenarbeit mit Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung vor dem Hintergrund der Arbeitsbeziehung zu beschreiben. Sommerfeld, Hollenstein und Calzaferri (2011) unterstreichen in ihrer Studie zu Integration und Lebensführung wiederkehrend die Bedeutsamkeit einer tragfähigen Arbeitsbeziehung zwischen Fachkräften und Klientel.

Nur auf der Basis einer tragfähigen Arbeitsbeziehung können spezifische Interventionen und so auch Potenziale zum Einsatz kommen (vgl. Hancken 2020: 57). Zudem gilt die Arbeitsbeziehung als zentraler Wirkfaktor (Kap. 3.6.1) und somit gilt es diesen Wirkfaktor genauer zu betrachten (ebd.: 58).

Die Herausforderung und Bedeutung einer unterstützenden und tragfähigen Arbeitsbeziehung zu Menschen mit einer Borderline-Störung wird nun immer deutlicher. Das nächste Kapitel thematisiert demnach theoretische Bezüge zum Beziehungsbegriff und spezifisch zur Arbeitsbeziehung und deren Herausforderungen.

4. Soziale Arbeit als Beziehungsprofession

Der Argumentationsverlauf dieser Arbeit zeigt, dass die Klientel der Sozialen Arbeit durch das Schaffen von Erfahrungsräumen in der Praxis neue Muster erlernen und festigen kann. Die Basis für das Schaffen von Erfahrungsräumen und schliesslich der Interventionen beruht auf dem Konstrukt einer tragfähigen und vertrauensvollen Arbeitsbeziehung.

Demnach wird in Kapitel 4 zunächst der Beziehungsbegriff definiert und Unterschiede zwischen professioneller und freundschaftlicher Beziehung aufgezeigt. Weiter werden Erkenntnisse zur professionellen Arbeitsbeziehung dargestellt und diese in einem nächsten Schritt anhand theoretischer Bezugspunkte zur Arbeitsbeziehung mit dem Beziehungsverhalten von Borderline-Betroffenen auf ihre Eignung überprüft. Anhand dieser Erkenntnisse, der Erkenntnisse zur sozialen Dimension psychischer Krankheit, der Theorie Integration und Lebensführung und des objekttheoretischen Wissens zum Störungsbild der Borderline-Störung, wird ein Modellversuch entlang einer professionellen Arbeitsbeziehung zu Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erarbeitet.

4.1. Beziehung und Bindung

Der Begriff „Beziehung“ beinhaltet im Alltagsverständnis eine grosse Bedeutungsbandbreite. Folglich findet zunächst eine Annäherung an den Beziehungsbegriff statt.

In ihren Ausführungen bezieht sich Gahleitner (2017: 35) auf die Definition von Asendorpf und Banse (2000), die „Beziehung“ über den Begriff der „Interaktion“ definieren. Demnach bestehen Beziehungen aus Interaktionsreihen zwischen zwei Menschen (vgl. Asendorpf/Banse/Neyer 2017: 11). Jede Interaktion wird von der vorausgegangenen Erfahrung und der Erwartung künftiger Interaktionen geprägt und kann so den weiteren Beziehungsverlauf beeinflussen (vgl. ebd.). Jede zwischenmenschliche Beziehung weist ihr eigenes und spezifisches Interaktionsmuster auf (vgl. Sendera/Sendera 2016: 69). Beziehungen werden durch Kommunikationsmuster geknüpft und vertieft (oder auch zerstört) und unterscheiden sich durch das jeweilige Naheverhältnis. Ein Individuum bringt seine spezifischen Verhaltens- und/oder Beziehungsmuster in Beziehungen mit. Oft sind die Wurzeln dieser Muster in der Kindheit zu finden. Es wird zwischen Eltern-Kind-Beziehungen, Partnerschaftsbeziehungen, Geschwisterbeziehungen, Freundschaftsbeziehungen, Arbeitsbeziehungen und anderen mehr unterschieden. Besitzt ein Mensch die Kompetenz bzw. die Fähigkeit eine Beziehung zu einem anderen Menschen einzugehen, spricht man von Beziehungsfähigkeit. Sendera und Sendera beschreiben weiter, dass Ursachen für zwischenmenschliche Probleme oft darin bestehen, dass das Kind nicht gelernt hat, den Anforderungen in emotional besetzten Situationen gerecht zu werden (vgl. ebd.). An dieser Stelle muss die Aussage von Sendera und Sendera (2016: 69) m. E. um den Aspekt der

Familie ergänzt werden, denn ein Kind ist mit den Verhaltens- und Beziehungsmustern oder – mit der Begrifflichkeit von Sommerfeld et al. (2016) – den Kognitions-Emotions-Verhaltensmustern, der Erziehungsberechtigten konfrontiert und so ist das Potenzial, Anforderungen in emotional besetzten Situationen gerecht zu werden, nicht des Kindes wegen erschwert.

In einem weiteren Schritt beschreiben Sendera und Sendera (2016: 69), dass Beziehungen in sogenannten Ursprungsfamilien einen Einfluss auf das spätere Beziehungsverhalten haben. Zudem schützen das Bindungsverhalten und das Senden von Bindungssignalen das Kind vor möglichen Gefahren, gewährleisten das Überleben und stillen seine Bedürfnisse nach Nähe und Zuwendung (vgl. ebd.: 86). Das Bindungsverhalten wird nach dem Bedürfnis nach Nähe und Schutz gesteuert und die Neugier steuert das Explorationsverhalten. Die emotionale Sicherheit eines Kindes wird sowohl durch das Bindungsverhalten als auch das Explorationsverhalten gewährleistet. Kinder erfahren Bindungssicherheit, wenn sie die Erfahrung machen, dass ihre emotionalen, psychischen und physischen Bedürfnisse Beachtung finden und befriedigt werden (vgl. ebd.).

4.2 Professionelle Beziehungsgestaltung

In Kapitel 4.2 findet zunächst eine Differenzierung freundschaftlicher und professioneller Beziehung statt. Im Hinblick auf das nächste Kapitel, bei welchem spezifische theoretische Bezugspunkte und deren Vergleich mit dem Störungsbild von Menschen mit einer Borderline-Störung unternommen werden, bietet dieses einen ganzheitlichen Überblick über die professionelle Arbeitsbeziehung. Weiter werden in Kapitel 4.2.3 die Unterfragen, „*Welche Rolle hat die Arbeitsbeziehung in der Sozialen Arbeit?*“ und „*Was ist fallspezifisch für die Ausgestaltung von Arbeitsbeziehungen als interpersonelles Verfahren zu berücksichtigen?*“, beantwortet.

4.2.1 Unterschied freundschaftlicher und professioneller Beziehung

Wie bereits in Kapitel 4.1 erwähnt, zeichnen sich nach Asendorpf und Banse (2000) Beziehungen durch stabile und dyadentypische Interaktionsmuster aus (vgl. Gahleitner 2017: 35). Interaktionen werden wiederum von der Erfahrung vorausgegangener und künftig zu erwartenden Interaktionen geprägt (vgl. ebd.). Dieses Verständnis von Beziehung deckt Parallelen zu den Ausführungen von Sommerfeld et al. (2016: 61f.) auf, die davon ausgehen, dass sich in und durch die Tätigkeit in sozialen Systemen, in die ein Individuum integriert ist, individuelle Kompetenzen und die Verhaltensweisen (Kognitions-Emotions-Verhaltensmuster und schliesslich die psychische Potenziallandschaft) bilden. Hierbei wird davon ausgegangen, dass die psychische Potenziallandschaft nicht nur die aktuellen und vergangenen Muster erfasst, sondern auch das in der gesamten Reichweite des Individuums

liegende Entwicklungspotenzial (Kap. 3.5.1). Zwischen einer freundschaftlichen und einer helfenden, professionellen Beziehung kann es auch immer wieder zu Überschneidungen kommen (vgl. Hancken 2020: 56). Es besteht die Möglichkeit, dass aus funktionalen Beziehungen freundschaftliche Beziehungen werden, dies sollte jedoch bei einer professionell gestalteten Arbeitsbeziehung ausgeschlossen sein (vgl. ebd.). Dies verdeutlicht Hancken mit den Ausführungen von Rogers (1961/2004), indem sich die helfende Beziehung dahingehend von der persönlichen Beziehung unterscheiden lässt, dass die helfende Person die Absicht verfolgt, beim Gegenüber Entfaltung, Entwicklung und ein verbessertes Fertig-Werden mit dem Leben zu fördern (vgl. Hancken 2020: 56). Methodisches sozialarbeiterisches Handeln basiert auf kommunikativer Verständigung mit dem Ziel, präventiv, kompensierend und korrigierend zu wirken. Die professionelle Beziehungsarbeit bietet so kein kompensatorisches Angebot an Freunden oder Bekannten, sondern ist vielmehr die Basis für eine professionelle Soziale Arbeit (vgl. ebd.). Hochuli Freund und Stotz (2017: 84) unterstreichen diese Aussage, indem sie die Beziehung zwischen Professionellen der Sozialen Arbeit und Klientel als unabdingbare Voraussetzung für professionelles Handeln beschreiben.

4.2.2 Die professionelle Arbeitsbeziehung im Allgemeinen

Durch den Begriff „professionelle Arbeitsbeziehung“ wird eine Form der zwischenmenschlichen Beziehung, die zwischen einer professionell tätigen Person und deren Zielgruppe besteht, beschrieben (vgl. Arnold 2009: 27). Professionelle Beziehungen weisen in deren Anwendungsfeldern kontextunabhängige strukturelle Ähnlichkeiten auf, wie eine Asymmetrie durch Unterschiede in Bezug auf Machtressourcen und Kompetenzen, eine gegenseitige Abhängigkeit, zeitliche Begrenztheit, ein festgelegtes Rollenverhältnis sowie eine Begrenztheit der Interaktion (da ausschliesslich für den Zweck der Problemlösung vorgesehen) (vgl. Arnold 2009: 27, Hancken 2020: 58). Eine weitere strukturelle Gegebenheit für die Arbeitsbeziehung betrifft den der für alle Arten zwischenmenschlicher Beziehungen phasenhaften Verlauf: Beziehungsaufbau, Phase der Auseinandersetzung mit einem gemeinsamen Thema, Phase der Ablösung (vgl. Arnold 2009: 28). Kommunikation und Interaktion ergeben die Grundlage von Beziehungen. Unter Kommunikation versteht man den Informationsaustausch mit seinen Facetten und unter Interaktion werden aufeinander bezogene und sich beeinflussende Handlungen gefasst (vgl. ebd.).

4.3 Die Arbeitsbeziehung in der Sozialen Arbeit

Nach einer Differenzierung der zwischenmenschlichen und der professionellen Beziehung, wobei noch spezifisch auf die allgemeine Arbeitsbeziehung eingegangen wurde, folgt nun eine Auseinandersetzung mit der Arbeitsbeziehung in der Sozialen Arbeit. Die folgenden

Kapitel umfassen die Rolle der Arbeitsbeziehung für die Soziale Arbeit, Herausforderungen der Arbeitsbeziehung und eine Auseinandersetzung mit der sozialen Diagnostik für die Gestaltung der Arbeitsbeziehung.

4.3.1 Die Rolle der Arbeitsbeziehung für die Soziale Arbeit

Soziale Arbeit wird als Beziehungsarbeit verstanden, denn ohne eine tragfähige und vertrauensvolle Basis ist eine inhaltliche Soziale Arbeit kaum vorstellbar (vgl. Hancken 2020: 72). Arnold (2009: 30) beschreibt, dass der Stellenwert einer positiven professionellen Beziehung in der Sozialen Arbeit massgebend davon abhängt, welches Professionalisierungskonzept der Sozialen Arbeit als Grundlage der Zusammenarbeit mit der Klientel dient. Von Fachkräften der Sozialen Arbeit wird die Kenntnis der Notwendigkeit einer Individualisierung der Klientel und die Fähigkeit derer Unterstützung erwartet. In der Gestaltung der Zusammenarbeit zwischen Klientel und Professionellen der Sozialen Arbeit sollten Sozialarbeitende immer von der Achtung davor getragen sein, dass es sich um eine Begegnung und Interaktion zweier Menschen handelt und dass die Klientel Rücksichtnahme im Status als Klientin und Klient erwarten kann (vgl. ebd.).

Der Arbeitsbeziehung zwischen Sozialarbeitenden und deren Klientel wird in der Fachliteratur eine ebenso hohe Relevanz wie dem methodischen Handeln beigemessen (vgl. ebd.: 31). Von Professionellen der Sozialen Arbeit wird erwartet, dass das Arbeitsbündnis mit der Klientel hergestellt wird und sie motiviert, am Hilfeprozess mitzuwirken. Beziehungsfördernde Handlungen in der Sozialen Arbeit haben bis heute keine grundlegende methodische Absicherung und so wird der Beziehungsaspekt in methodischen Darstellungen oft eher randständig angemerkt. Die Kooperationsfähigkeit und -bereitschaft der Klientel gelten neben institutionellen Rahmenbedingungen und den fachlichen Kompetenzen der Professionellen der Sozialen Arbeit als Bedingungen für eine erfolgreiche Hilfeleistung. Auf Seiten der Professionellen der Sozialen Arbeit muss daher davon ausgegangen werden, dass die Klientel über Kooperations- und Mitwirkungsbereitschaft sowie über Ressourcen, die für eine aktive Beteiligung am Hilfeprozess notwendig sind, verfügt oder die Bereitschaft hat diese zu erwerben. Für die Hilfeplanung bzw. den Unterstützungsprozess wird die Arbeitsbeziehung als bedeutsam benannt (vgl. ebd.). Nach Arnold (2009: 33) gilt die professionelle Arbeitsbeziehung demnach als Basis und Rahmen für methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit über sie und in ihr werden die Inhalte Sozialer Arbeit gestaltet, vermittelt und umgesetzt. Hiermit wird auch die Unterfrage dieser Bachelor-Thesis, *„Welche Rolle hat die Arbeitsbeziehung in der Sozialen Arbeit?“*, erschlossen. Gleichzeitig scheint professionelles methodisches Handeln ohne Beziehungsaufbau und Beziehungsgestaltung nicht umsetzbar zu sein (vgl. ebd.). Arnold (2009: 33) spricht dem Vertrauen in der Arbeitsbeziehung eine besondere Rolle zu. Es ist

daher erstaunlich, dass eine Randständigkeit der professionellen Beziehung in der Diskussion und die Unbestimmtheit dessen, was unter Vertrauen verstanden wird, bestehen (vgl. ebd.), insbesondere dann, wenn davon ausgegangen wird, dass die Qualität der Beziehung zwischen Professionellen der Sozialen Arbeit und deren Klientel „über den Erfolg (...) sozialpädagogischer Sacharbeit“ entscheidet (Stimmer 2000, 44 zit. in Arnold 2009: 33).

4.3.2 Herausforderungen der Arbeitsbeziehung

In der Arbeitsbeziehung kann es immer wieder zu Problemen zwischen Professionellen der Sozialen Arbeit und deren Adressatinnen und Adressaten kommen (vgl. Hancken 2020: 63). Das Zustandekommen einer gelungenen Beziehungsarbeit kann neben motivationalen Schwierigkeiten aufseiten der Klientel und der helfenden Personen durch Widerstände, Abhängigkeiten und Abbrüche/Wechsel erschwert werden. Hancken (2020: 66) beschreibt, dass die Persönlichkeit der helfenden Person zur Herausforderung bzw. zu Hindernissen in der Arbeitsbeziehung führen kann. Sie legt dar, dass die Gefahr der Selbsttherapie besteht, da ein Beruf im psychosozialen Bereich auch immer beinhaltet, eigene Probleme aufzuarbeiten und diese mittels geeigneter Methoden bewältigen zu wollen. Des Weiteren führt Hancken (2020: 66) das Ausüben von Macht und Kontrolle aus. Hierbei spricht sie die Asymmetrie zwischen den beiden Parteien an, die in helfenden Beziehungen immer eine Rolle spielt. Ein konstruktiver Umgang mit Machtbeziehungen ist unerlässlich, damit die Klientel einen günstigen Veränderungsprozess erfahren können. In einer Arbeitsbeziehung kann es immer wieder zu unerwünschten Abhängigkeitsverhältnissen zwischen helfenden Personen und Klientel kommen (vgl. ebd.). Während des gesamten Hilfeprozesses wird die Balance zwischen Abhängigkeit und Unabhängigkeit, zwischen Nähe und Distanz und zwischen Geborgenheit und Autonomie beeinflusst. Besteht bereits eine Neigung der Klientel, sich in Beziehungen abhängig zu machen, wird dieses Verhalten meist auch in der Therapie widergespiegelt. Im professionellen Kontext sollte dies erkannt und angesprochen werden, damit es im weiteren Verlauf des Hilfeprozesses bearbeitet werden kann (vgl. ebd.). Angesichts der Komplexität professioneller Situationen ist es naheliegend, dass auch Professionelle der Sozialen Arbeit Handlungsmuster entwickeln, um das Bestreben nach Sicherheit hinsichtlich „richtigem Handeln“ zu befriedigen und um vernünftig arbeiten zu können (vgl. Arnold 2009: 36). Dadurch entstehen Routinen, welche Reaktionsgeschwindigkeit und Handlungssicherheit erhöhen können. Diese bergen jedoch die Gefahr einer Verringerung der Qualität der Arbeit, insbesondere bei der Nichtbeachtung der Subjekthaftigkeit der Klientel (vgl. ebd.).

4.3.3 Arbeitsbeziehung als interpersonelles Verfahren

Wie bereits in Kapitel 3.6.1 dargestellt, beschreiben Sommerfeld et al. (2016: 203) ausgehend von der Annahme, dass die Bearbeitung der sozialen Dimension die Arbeit an den Formen der Integration bedeutet und damit notwendigerweise auch die Arbeit an der psychischen Potenziallandschaft (der Klientel) beinhaltet, daraus geschlossen werden kann, dass die Interventionen der Sozialen Arbeit massgeblich im Schaffen von Erfahrungsräumen in der Lebenswelt psychisch kranker Menschen bestehen. Diese Erfahrungsräume begünstigen, unterstützen und stabilisieren die Entstehung neuer Potenziale und sind in diesem Sinn für die Entwicklung einer neuen Ordnung auf der sozialen Ebene und damit rückgekoppelt auf der psychischen Ebene förderlich (vgl. ebd.).

Damit Interventionen nun zum Einsatz kommen können, wird eine tragfähige Arbeitsbeziehung vorausgesetzt (vgl. Hancken 2020: 57). Die Erkenntnisse zur Arbeitsbeziehung wurden somit als Voraussetzung für den Einsatz von Interventionen und so für die soziale Diagnostik dargestellt. Eine Annäherung an die soziale Diagnostik fand bereits in Kapitel 3.6 statt. Die soziale Diagnostik beschreibt den Prozess des wissens- und methodengestützten, wertebasierten und multiperspektivischen Erfassens, Erklärens und Verstehens von sozialen Problemlagen mit besonderem Fokus auf die soziale Dimension (vgl. Soziale Diagnostik: o.J.). In der professionellen Praxis der Sozialen Arbeit besteht der Anspruch, die wahrgenommenen Phänomene fachlich adäquat zu beurteilen und somit Realitäten zu erschliessen (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 267). Des Weiteren bildet die soziale Diagnose die Basis für fallspezifische Zielformulierungen und Interventionen und ist ein wesentliches Qualitätsmerkmal sozialarbeiterischer Fallarbeit. Die soziale Diagnose muss demnach auch vor dem Hintergrund theoretischer sowie methodischer Kenntnisse der Arbeitsbeziehung und insbesondere deren Ausgestaltung verstanden werden, um ferner auf dieser Basis für die Klientel ein Verständnis für die Zusammenhänge zwischen ihren Problemen und der Art und Weise, wie sie in ihr Lebensführungssystem eingebunden ist, verstehbar zu machen (vgl. ebd.). Die soziale Diagnostik veranschaulicht problemrelevante Zusammenhänge und ermöglicht Entscheidungen zur Problembearbeitung für die Klientel und zur Interventionsplanung für Professionelle der Sozialen Arbeit (vgl. Pantuček 2019: 80). In der Arbeitsbeziehung mit Menschen mit einer psychischen Krankheit ist es demnach unabdingbar, das Störungsbild (im Falle dieser Bachelor-Thesis das der Borderline-Störung) als fallspezifisch und interpersonelles Verfahren für die Ausgestaltung der Arbeitsbeziehung zu berücksichtigen. Um diese Aussage zu unterstreichen, eignen sich Pantučeks (2019: 223) Ausführungen über die biografische Diagnostik (biografischer Zeitbalken) und dass die Biografie der Klientel eine herausragende Rolle für das Verständnis der Person, ihres Selbstverständnisses, ihres Ortes in der Welt, der Erfahrungen, auf die sie zurückgreift oder die ihr Verhalten vorstrukturieren/beeinflussen, spielt.

Die Biografie der Klientel ist unbestritten ein elementarer Bestandteil, um ferner Interventionen zu planen und durchzuführen. Gerade bei Menschen mit einer Borderline-Störung ist hierbei jedoch Vorsicht geboten. Die vorschnelle Konfrontation eines traumatisierten Menschen mit seiner Biografie kann möglicherweise negative Kindheitserfahrungen „triggern“ und so maladaptives Verhalten begünstigen (vgl. Bohus 2019: 17).

Die Signifikanz der Berücksichtigung von Störungsbildern für die Arbeitsbeziehung wird nun noch deutlicher. Es bedarf einer tragfähigen und vertrauensvollen Arbeitsbeziehung, um Menschen mit einer Borderline-Störung auf ein biografisches Interview (und auch andere Verfahren) vorzubereiten. Somit sind gemeinsam vereinbarte Regeln, um das Gefühl von Sicherheit zu vermitteln essenziell (vgl. Rahn 2019: 116). Rahn postuliert die Bedeutung der Hilfevereinbarung und, dass diese ein unabdingbares Mittel für die Beziehungsgestaltung zwischen professionellen Fachkräften und Borderline-Betroffenen sei (vgl. ebd.: 111).

Pantuček (2019: 35) beschreibt die professionelle Kernkompetenz von Sozialer Arbeit als die hoch individualisierte Behandlung des Falles.

Dieses Verständnis geht mit den Kenntnissen zur Arbeitsbeziehung einher, da ein Fall nur individualisiert behandelt werden kann, wenn Kenntnisse der Arbeitsbeziehung, Interdisziplinarität und die Kenntnis über Störungsbilder, also ein diagnostisches Fallverstehen, vorliegen.

Die soziale Diagnostik gilt es m. E. um einen weiteren Aspekt zu erweitern: Wenn die soziale Diagnostik ihren Beitrag zum Erfassen, Erklären und Verstehen von Problemlagen der Klientel der Sozialen Arbeit leistet und festgestellt wurde, dass die Qualität der Arbeitsbeziehung für die soziale Diagnostik von grosser Bedeutung ist (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 276), so kann die Auseinandersetzung mit den eigenen Kognitions-Emotions-Verhaltensmustern die soziale Diagnostik hinsichtlich der Arbeitsbeziehung sowie deren Ausgestaltung begünstigen. Oder in anderen Worten: Da man immer auch als Person in einer professionellen Beziehung interagiert, ist die Auseinandersetzung mit den eigenen KEV und somit der eigenen Biografie von grosser Bedeutung. Rahn (2019: 46) beschreibt, dass Menschen mit einer Borderline-Störung bei Helfenden ungewöhnlich starke Emotionen erzeugen können. Er führt weiter aus, dass es einer der wichtigsten Aspekte professionellen Handelns ist, dass professionelle Fachkräfte in der Lage sind, die eigene Perspektive und also auch die eigene Biografie kritisch zu reflektieren, um Betroffenen Hilfe überhaupt zugänglich zu machen (vgl. ebd.: 64).

4.4 Einige theoretische Bezugspunkte zur Arbeitsbeziehung

Diese Bachelor-Thesis bearbeitet konkret die Arbeitsbeziehung mit Menschen mit einer Borderline-Störung, folglich werden drei theoretische Bezugspunkte der Arbeitsbeziehung beigezogen, um diese in einem nächsten Schritt mit dem objekttheoretischen Wissen zur Borderline-Störung abzugleichen. Die drei theoretischen Bezugspunkte eignen sich m. E. aufgrund ihrer Relevanz für die Soziale Arbeit und speziell hinsichtlich der Arbeitsbeziehung für die Bearbeitung dieses Kapitels. Letztlich wird dieses Kapitel durch einen Modellversuch entlang der Gestaltung einer Arbeitsbeziehung zu Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung dargestellt.

4.4.1 Die Strukturlogik des Arbeitsbündnisses – Oevermann

Im Rahmen seiner Professionalisierungstheorie konzipierte der Soziologe Ulrich Oevermann (2013: 127) ein Arbeitsbündnismodell für die Soziale Arbeit, wobei der Leidensdruck der Klientel konstitutiv für das Arbeitsbündnis ist. Für Oevermann liegt in der Freiwilligkeit eine wichtige Bedingung für die Gewährleistung von Autonomie: Der Klient erkennt im Leidensdruck mit seinen verbliebenen gesunden Anteilen die beschädigten Anteile und bindet sich mit ersteren so, dass sich die Person verpflichtet, alles zur eigenen Heilung beizutragen (vgl. ebd.). Oevermann (2013: 119), der sich auch mit dem Arzt-Patient-Verhältnis beschäftigt hat, geht von der Grundannahme aus, dass es in der Sozialen Arbeit eine der psychoanalytischen Behandlung vergleichbare Strukturlogik gibt, die sich im Kern mit der Aufgabe der stellvertretenden Krisenbewältigung der Klientel beschäftigt.

Der Begriff der „stellvertretenden Krisenbewältigung“ findet seine Deutung in der Bewältigung von Krisen Anderer, in diesem Falle, der Klientel (vgl. ebd.: 120f.). Eine solche Bewältigung ist nicht von willkürlichem Charakter, sondern basiert auf methodischem und wissenschaftlich erzeugtem Wissen und setzt dort an, wo Krisenbetroffene mit ihren Krisen nicht mehr selbst fertig werden können und deren Bewältigung an eine fremde Expertise delegieren müssen. Damit die Autonomie beim Abwenden der Krise wiedererlangt werden kann, wird die Autonomie im Bewältigungsprozess abgelegt. Oevermann (2013: 121) beschreibt das Ablegen der Autonomie im Bewältigungsprozess als latenten Autonomieverlust. Dieser kann zu einer Abhängigkeit gegenüber professionellen Helfenden führen. Das Ziel des Arbeitsbündnisses solle die Hilfe zur Selbsthilfe sein, also, dass sich die Klientel mit ihren Eigenkräften an der stellvertretenden Krisenbewältigung beteiligt, um der dadurch entstehenden Abhängigkeit entgegenzuwirken. Oevermann (2013: 122f.) behauptet ferner, dass sich Professionelle der Sozialen Arbeit auf zwei Wissenskomponenten für die Gestaltung des Arbeitsbündnisses stützen können: auf standardisiertes Wissen (Fachwissen, Methodenwissen, Theorien) und auf nicht-standardisierbares Wissen (bspw. Fallwissen, Erfahrungswissen).

Weiter geht Oevermann (2013: 128) auf die „Übertragung und Gegenübertragung“ ein. Er beschreibt, dass die Klientel unbewusst Gefühle, Einstellungen sowie Erwartungen der Kindheit an frühere Bezugspersonen auf die Fachperson überträgt. Professionelle der Sozialen Arbeit sollen die Gegenübertragungsgefühle dazu nutzen, das Übertragungsangebot der Klientel zu entziffern und die eigenen Deutungen der Klientel zur Verfügung zu stellen (vgl. ebd.: 136f.). Im Wechselspiel von Übertragung und Gegenübertragung sei es von grosser Bedeutung, dass Professionelle der Sozialen Arbeit die eigenen Gegenübertragungsgefühle kontrollieren können und sowohl moralisierende, überheblich-vereinnehmende Hilfe als auch Bevormundung und moralische Abqualifizierung vermeiden (vgl. ebd.).

Nach Oevermann ist jedes Arbeitsbündnis durch die „widersprüchliche Einheit von spezifischen und diffusen Beziehungskomponenten bestimmt“, [indem sich die Klientel und Professionelle der Sozialen Arbeit] „als ganze Personen in der Logik diffuser Sozialbeziehungen aneinander binden, obwohl sie grundsätzlich in der spezifischen Sozialbeziehung von Vertragspartnern einer kaufbaren Dienstleistung verbleiben“ (Oevermann 2013: 123).

Spezifische Sozialbeziehungen sind die zwischen Rollenträgern und Vertragspartnern, wobei die handelnden Personen austauschbar sind, denn die Sozialbeziehung behält dabei ihre strukturelle Identität (vgl. Garz/Raven 2015: 124). Diffuse Sozialbeziehungen hingegen sind Beziehungen zwischen „ganzen Menschen“, die nicht durch vorgegebene Kriterien bestimmbar sind (bspw. Mutter-Kind-Beziehung, Geschwister-Beziehung). Für diesen Beziehungstypus gilt, dass Personen nicht austauschbar sind und die personalisierte Praxis erst beendet ist, wenn eine Person nicht mehr existiert. Im Gegensatz zur spezifischen Sozialbeziehung sind hier alle Themen zugelassen. Die Aufgabe der Professionellen der Sozialen Arbeit besteht darin, das Zusammenspiel dieser beiden grundsätzlich verschiedenen Beziehungstypen, die im Arbeitsbündnis eine widersprüchliche Einheit bilden, als Handlung- und Erkenntnisrahmen zu nutzen (vgl. ebd.). Im Arbeitsbündnis gelte dabei für die Klientel die Regel „sei diffus“ und auf der Seite der professionellen der Sozialen Arbeit die Abstinenzregel „bleibe spezifisch“ (vgl. Oevermann 2013: 124). Das Arbeitsbündnis als Ort der (Wieder-)Herstellung der Autonomie der Klientel basiert also auf der Einhaltung der Grund- bzw. Abstinenzregel (vgl. ebd.).

4.4.2 Soziale Arbeit als Beziehungsfprofession – Gahleitner

Der nächste theoretische Bezugspunkt wird mit Hilfe von Silke Birgitta Gahleitner durch ihre intensive Auseinandersetzung mit der professionellen Beziehungsgestaltung in der Sozialen Arbeit unternommen. Gahleitner (2017: 17ff.) beschäftigt sich zunächst mit gesundheitlichen Überforderungen durch psychosoziale Verarbeitungsprozesse aktueller Lebensverhältnisse.

Dabei bezieht sie sich auf Konzepte pädagogischer und therapeutischer Bindungsgestaltung sowie auf solche der Bindungstheorie und Ansätze zu sozialen Netzwerken (vgl. ebd.: 34ff.). Aus den Ergebnissen ihrer empirischen Basis, bei welcher sie eine sekundäranalytische Reanalyse dreier Forschungsprojekte untersuchte, beschreibt Gahleitner (2017: 234), dass das Gelingen eines psychosozialen Hilfeprozesses eine authentische, emotional tragfähige, von Nähe geprägte und dennoch reflexiv und fachlich durchdrungene Diagnostik und Beziehungsgestaltung erfordere. In ihren Ausführungen bezieht sich Gahleitner (2017: 109) auf „Netzwerke“, also Muster sozialer Beziehungen, die sich in primäre, sekundäre und tertiäre Netzwerke untergliedern. Die primären Netzwerke beziehen sich auf Familien, Lebens- oder Wohngemeinschaften. Freizeitkontakte, Kolleginnen und Kollegen oder Vereine gehören zu den sekundären Netzwerken. Zu den tertiären Netzwerken rechnen organisierte Netzwerke und Institutionen. Weiter führt sie aus, dass die „persönliche Beziehung“, als Alternativerfahrungen zu frühen Beziehungs- und Vertrauenserschütterungen verstanden werden kann (vgl. ebd.: 133f.) Gelingt es einem Menschen, persönlich tragfähige Beziehungen aufzubauen, sei es in der Verwandtschaft, in Freundschaften oder professionellen Beziehungskonstellationen, vollzieht sich in diesem Geschehen auch die Exploration neuer Verhaltensweisen und letztlich die Identitätsbildung (vgl. ebd.: 134).

Entgegen dem sozialarbeiterischen Ideal der Hilfe zur Selbsthilfe sehen sich professionelle Helfende nicht selten in der Situation, zunächst einmal „Ersatz für versagende Netzwerke zu sein und Netzwerke flicken und erstellen zu helfen“ (Gahleitner 2017: 135). Sind unterstützende Netzwerke rar oder haben sie sich destruktiv entwickelt, prägt diese Erfahrung die Haltung der Klientel gegenüber potenzieller sozialer Unterstützung. Es werden daher zunächst „Alternativerfahrungen“ oder „schützende Inselerfahrungen“ benötigt, bevor überhaupt eine Arbeit an Netzwerken erfolgen kann (vgl. ebd.: 135f.). An dieser Stelle werden Parallelen zur Theorie Integration und Lebensführung erkennbar: Die Beziehungs- und Vertrauenserschütterungen können als die primäre Sozialisation verstanden werden, in welchen sich Kognitions-Emotions-Verhaltensmuster festigen. Die Netzwerke können als soziale Handlungssysteme gefasst werden und die Tatsache, dass Professionelle der Sozialen Arbeit einen Ersatz für versagende Netzwerke darstellen können, lässt sich auf die Erfahrungsräume, die durch Inszenierungen von sozialen Systemen durch die Soziale Arbeit geschaffen werden können, ergänzen (Kap. 3.6.1).

Gahleitner (2017: 234f.) greift das Thema der Bedeutsamkeit der Arbeitsbeziehung erneut auf, indem sie feststellt, dass zunächst in der Dyade durch eine fachkompetente, persönlich geprägte und bindungssensible Nähe-Distanz-Regulierung wieder Vertrauen möglich gemacht werden muss. Diese Aussage unterstreicht sie, indem sie jede der entstehenden, persönlich tragfähigen Verbindungen eine Relevanz und somit jeder Beziehung das

Potenzial, bereits angebaute Vertrauensprozesse weiterzuentwickeln, beimisst.

Gahleitner (2017: 234f.) resümiert, im Ergebnis des gesamten Beziehungsgestaltungsprozesses, dass die

„umfassende Hilfe wie ‘aus einer Hand’ [Hervorhebung im Original] kommen, stets auf struktureller wie psychosozialer Ebene zugleich Vertrauen und neue, tragfähige Möglichkeiten schaffen [muss]. Nur dann wirken die bindungsstarken dyadischen Ausgangsbeziehungen in das Umgebungs- und Institutionsnetzwerk hinein. (...). Die dyadische Beziehung darf dafür jedoch – so zeigen die Ergebnisse – keineswegs nur eine Rollenbeziehung sein, sondern muss in hohem Masse persönlich Qualitäten aufzeigen. Nur persönlich geprägte Beziehungen mit einem gewissen Ausmass von Intimität, Vertrauen und Kontinuität bieten die Chance zum Aufbau eines solchen tragfähigen Netzwerks.“ (Gahleitner 2017: 234)

Gahleitner (2017: 286) hält ihre Erkenntnisse in fünf Voraussetzungen für eine professionelle Beziehungsgestaltung fest:

1. Eine authentische, emotional tragfähige, persönlich geprägte, reflexive und fachlich begründete Beziehungsgestaltung ist für das Gelingen eines psychosozialen Hilfeprozesses elementar.
2. Die Wirkung der helfenden Beziehung zeigt sich besonders am persönlichen Anteil der helfenden Beziehung.
3. Jede der entstandenen persönlich geprägten Verbindungen in das Netzwerkgefüge zählt und jede hat das Potenzial, bereits angebaute Vertrauensprozesse weiterzuentwickeln.
4. Die professionelle Hilfe sollte sowohl auf struktureller als auch auf psychosozialer Ebene Vertrauen schaffen.
5. Helfende müssen die Fähigkeit, Vertrauen herzustellen und aufrechtzuerhalten, fachlich absichern.

Abschliessend stellt Gahleitner (2017: 299ff.) ein Prozessmodell für eine professionelle Beziehungsgestaltung in psychosozialen Arbeitsfeldern vor. Dieses berücksichtigt die Voraussetzungen für eine professionelle Beziehungsgestaltung. Die Modellbasis bildet das diagnostische Fallverstehen, welches zugleich eine Voraussetzung für authentische, empathische und wertschätzende, persönlich geprägte und reflexive Beziehung ist. Demnach kann die dyadische Beziehungs- und Bindungsdimension sekundäre und tertiäre Netzwerke durchdringen und ein vertrauensvolles professionelles Umgebungsmilieu entwickeln.

4.4.3 Das Konzept der vertrauensvollen Arbeitsbeziehung – Hansjürgens

Rita Hansjürgens (2018: 84) untersuchte in ihrer Dissertation ebenfalls das Thema der Arbeitsbeziehung, mit dem Fokus auf Erstgesprächen in Suchtberatungsstellen. Der Gegenstand der Untersuchung ist der vermutete Beziehungsaufbau in kommunikativ-interaktioneller Perspektive von Professionellen der Sozialen Arbeit und Menschen mit einem problematisierten Konsum im Kontext von Suchtmitteln, gemeinsam im Setting einer Suchtberatungsstelle (vgl. ebd.: 85). Hansjürgens (2018: 11ff.) liefert in Kapitel zwei eine „Aufarbeitung des empirischen Forschungsstandes“, wobei sie sich unter anderen auch auf die Dissertation von Arnold (2009) zum Thema „Vertrauen als Konstrukt“ bezieht. Ferner präsentiert Hansjürgens (2018: 61ff.) in Kapitel vier „sensibilisierende Konzepte“, die für die spätere Bearbeitung der empirischen Daten von Bedeutung sind und bezieht sich auch auf das Arbeitsbündnis nach Oevermann (2009). Anhand der Ergebnisse gelang es Hansjürgens (2018: 267f.), die sprunghafte oder langsame Entwicklung einer Arbeitsbeziehung in allen Fällen als subjektive Bewertung in Richtung Vertrauen oder Misstrauen zu verstehen. Ein wesentlicher Aspekt für die Entwicklung einer Arbeitsbeziehung ist die Verständigung zwischen Professionellen der Sozialen Arbeit und der Klientel über das Anliegen und die Entwicklung von Zuversicht bezüglich der Realisierung. Die Ergebnisse zeigen, dass Klientinnen und Klienten mit Misstrauen reagierten, wenn sie den Eindruck gewannen, dass sie sich über ihre Anliegen nicht verständlich machen konnten (vgl. ebd.: 271). Andererseits führte es zu einer Bewertung der Arbeitsbeziehung in Richtung Vertrauen, wenn ein von den Klientinnen und Klienten erlebtes Interesse an ihrem Anliegen und ihren Konstruktionen und das Bemühen um diesbezügliche Verständigung stattfanden (vgl. ebd.: 269). Auf Seiten der Professionellen der Sozialen Arbeit führte eine als authentisch und selbstreflexiv bewertete verbale Kommunikation, ein „sich öffnen“ der Klientel zu einem „Vorgehen“ (vgl. ebd.: 278). Eine als manipulierend wahrgenommene verbale Kommunikation der Klientel löste bei Professionellen der Sozialen Arbeit eher eine Bewertung der Arbeitsbeziehung in Richtung Misstrauen aus. In allen von Hansjürgens (2018: 294) dargestellten Fällen fanden mindestens zwei weitere Sitzungen in Form von Gruppengesprächen statt. Es stellte sich heraus, dass in den Fällen, in denen am Material zum Ende des Gesprächs eine Bewertungstendenz eher in Richtung Vertrauen entstand, weitere Kontakte wahrgenommen wurden, die über die oben angegebenen Termine hinausgehen. Als Ergebnis des Erstgesprächs kann in diesen Fällen von einer „vertrauensvollen Arbeitsbeziehung“ gesprochen werden. Bei den Fällen mit der Tendenz der Bewertung eher in Richtung Misstrauen wurde nach den zwei Gesprächsterminen der Kontakt abgebrochen und damit kann in diesen Fällen das Ergebnis des Erstgesprächs begrifflich als „misstrauische Arbeitsbeziehung“ bezeichnet werden. In diesen Fällen sind insbesondere in Bezug auf das Anliegen der Klientinnen und Klienten Abstimmungsfehler erkennbar. Diese passierten dann,

wenn das Anliegen der Klientinnen und Klienten habituell oder aus organisationsbezogenen Gründen den weiterführenden Hilfen untergeordnet wurde und fachliche Spielräume in Bezug auf individuelle Lösungen dadurch möglicherweise nicht vollständig ausgeschöpft werden konnten (vgl. ebd.: 295).

Hansjürgens (2018: 297) konkretisiert ihre Ergebnisse, indem sie diese in einem Modell darstellt, welches davon ausgeht, dass eine Arbeitsbeziehung in dem Moment beginnt, in dem das Anliegen der Klientinnen und Klienten thematisch wird (vgl. ebd.: 281). Weiter hält sie fest, dass sich in allen Fällen eine zunächst unspezifische Beziehung entwickelt, die sich am Ende des Gesprächs als eher vertrauensvolle oder eher misstrauische Arbeitsbeziehung stabilisiert hat (vgl. ebd.: 297). Es folgt die Konstituierung der Arbeitsbeziehung mit der Verständigung darüber, was das explizite Anliegen darstellt. Die Arbeitsbeziehung in Richtung Vertrauen oder Misstrauen kristallisiert sich über dieses Anliegen heraus und stabilisiert sich dann an der Frage der Möglichkeit zur Realisierung. Nach einer subjektiven Bewertung am Ende des Gesprächs kann begrifflich von einer „eher vertrauensvollen Arbeitsbeziehung“ oder von einer „eher misstrauischen Arbeitsbeziehung“ gesprochen werden (vgl. ebd.).

4.4.4 Diskussion entlang der Borderline-Störung

Durch Erhöhung der Komplexität mittels dreier theoretischer Bezugspunkte, die in aller gebotenen Kürze dargestellt wurden, wird nachfolgend erarbeitet, welche Aspekte sich für die Gestaltung der Arbeitsbeziehung mit Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung hinsichtlich des objekttheoretischen Wissens aus Kapitel 1 übertragen lassen bzw. zu berücksichtigen sind.

Für Oevermann liegt in der Freiwilligkeit eine wichtige Bedingung für die Gewährleistung von Autonomie (vgl. Oevermann 2013: 127). An dieser Stelle gilt es anzumerken, dass die Freiwilligkeit der Klientel in der Sozialen Arbeit aufgrund unterschiedlicher Rahmenbedingungen und Kontexte nicht immer gegeben ist. Nichtsdestotrotz liefert das Verständnis der „stellvertretenden Krisenbewältigung“, gerade vor dem Hintergrund des latenten Autonomieverlusts und der Erkenntnis, dass nach Oevermann (2013: 123) jedes Arbeitsbündnis durch die „widersprüchliche Einheit von spezifischen und diffusen Beziehungskomponenten bestimmt“ ist, einen erheblichen Beitrag zum allgemeinen Verständnis des Konstrukts der Arbeitsbeziehung (Kap. 4.4.1). Mit „Übertragung und Gegenübertragung“ beschreibt Oevermann (2013: 128), dass die Klientel unbewusst Gefühle, Einstellungen und Erwartungen der Kindheit an frühere Bezugspersonen auf die Fachperson überträgt, wobei Professionelle der Sozialen Arbeit diese Gegenübertragungsgefühle dazu nutzen sollen, das Übertragungsangebot der Klientel zu entziffern und die eigenen Deutungen der Klientel zur Verfügung zu stellen. Für die

Zusammenarbeit mit Borderline-Betroffenen ist dies von zentraler Bedeutung, so Rahn (2019: 46f.). Menschen mit einer Borderline-Störung erzeugen bei Helfenden ungewöhnlich starke Emotionen, die es stets zu reflektieren gilt. Durch die Konfrontation mit den eigenen starken Gefühlen der helfenden Person können Aversionen entstehen, die die professionelle Haltung gegenüber den Betroffenen erschweren. Damit die Aufrechterhaltung der Arbeitsbeziehung gewährleistet werden kann, ist es von Bedeutung, mit der Spiegelung bzw. der Übertragung von Emotionen zu rechnen und sie nicht als unprofessionell abzuwehren (vgl. ebd.). Sendera und Sendera (2016: 73) beschreiben ebenfalls den Umgang mit Übertragungsphänomenen. Menschen mit einer Borderline-Störung können professionellen Helfenden einen höheren Status einräumen und rufen dabei Übertragungsphänomene auf, die an die Abhängigkeitsgefühle des Kindes erinnern. Es besteht die Gefahr, dass diese Übertragungen die Sehnsucht nach Rettung, Geborgenheit und Liebe wecken und demnach narzisstische Bedürfnisse auf Seiten der professionell Helfenden hervorgerufen. Professionelle Helfende müssen also, wie bereits erwähnt, diese Übertragungen entziffern und sind in der Verantwortung, der Versuchung zu widerstehen, eigene Bedürfnisse zu befriedigen (vgl. ebd.).

Gahleitner (2017: 135f.) geht davon aus, dass wenn unterstützende Netzwerke rar sind oder sich destruktiv entwickelt haben, dies die Haltung der Klientel gegenüber potenzieller Unterstützung beeinflusst. Daher werden zunächst „Alternativerfahren“ oder „schützende Inselerfahren“ benötigt, bevor eine Arbeit an den Netzwerken erfolgen kann (vgl. ebd.). Wie bereits festgestellt, werden hier deutliche Parallelen zur Theorie Integration und Lebensführung erkennbar. Diese geht ebenfalls davon aus, dass Erfahrungen (in Erfahrungsräumen), die gemacht werden, wieder in das psychische System eingebaut werden und dort als negative oder positive Emotionen, als Sinn, Selbstwirksamkeit erfahren und zu einer Bestätigung der neuen Muster beitragen können (vgl. Sommerfeld/Hollenstein/Calzaferri 2011: 323).

Rahn (2020: 15) bekräftigt diese Annahmen aus objekttheoretischer Sicht und beschreibt, dass Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ihre Verhaltensmuster erst ändern können, wenn ähnlich wirksame Alternativen gefunden sind. Damit sind „Alternativerfahren“ oder „Erfahrungsräume“ zentral für das Erleben neuer Potenziale und neuer Erfahrungen, welche dann in das System aufgenommen werden (können). Gahleitner (2017: 234f.) misst jeder persönlich tragfähigen Beziehung das Potenzial bei, bereits angebahnte Vertrauensprozesse weiterzuentwickeln. In der Bedeutsamkeit der Arbeitsbeziehung stellt sie fest, dass zunächst in der Dyade durch fachkompetente, persönlich geprägte und bindungssensible Nähe-Distanz-Regulierung Vertrauen wieder möglich gemacht werden muss (vgl. ebd.). In die Entwicklung einer helfenden Haltung zu Menschen mit einer Borderline-Störung soll auch die eigene Persönlichkeit eingebracht

werden (vgl. Rahn 2019: 120). Menschen mit einer Borderline-Störung benötigen aufgrund ihres grundsätzlichen Misstrauens eine grosse Transparenz in der Arbeitsbeziehung (vgl. ebd.). Für die Bedeutung der Arbeitsbeziehung wird an dieser Stelle die Kenntnis über die eigenen KEV notwendig. So äusserte sich Gahleitner (2017: 286), indem sie als Voraussetzung für eine professionelle Beziehung eine authentische, emotional tragfähige, persönlich geprägte, reflexive und fachlich begründete Beziehungsgestaltung beschreibt. Hansjürgens (2018: 271) stellte in ihren Ergebnissen fest, dass Klientinnen und Klienten mit Misstrauen reagierten, wenn sie den Eindruck gewannen, dass sie sich über ihre Anliegen nicht verständlich machen konnten. Zu einer Bewertung der Arbeitsbeziehung in Richtung Vertrauen führte es von Seiten der Klientinnen und Klienten jedoch, wenn erlebtes Interesse an ihrem Anliegen und ihren Konstruktionen und das Bemühen um diesbezügliche Verständigung stattfanden (vgl. ebd.: 269). Für Professionelle der Sozialen Arbeit führte eine authentische und als selbstreflexiv bewertete verbale Kommunikation („sich öffnen“) der Klientinnen und Klienten zu einem „Vorangehen“ (vgl. ebd.: 278). In Fällen, bei denen eine Tendenz der Bewertung eher in Richtung Misstrauen entstand, wurden weitere Gesprächstermine nicht wahrgenommen und der Kontakt abgebrochen (vgl. ebd.: 295). An dieser Stelle gilt es zu erwähnen, dass ein Kontaktabbruch nicht in allen Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit „so einfach“ möglich ist, da sich die Soziale Arbeit oft auch im unfreiwilligen Kontext bewegt. Weiter beschreibt Hansjürgens (2018: 281), dass eine Arbeitsbeziehung in dem Moment beginnt, in dem das Anliegen der Klientel thematisch wird. So wird auch aus der Sicht des objekttheoretischen Wissens beschrieben, dass die erste Begegnung einen entscheidenden Einfluss auf die weitere Beziehungsgestaltung hat (vgl. Rahn 2019: 12). Dieser geht davon aus, dass die Gestaltung einer hilfreichen und unterstützenden Beziehung bei Borderline-Betroffenen nur gelingt, wenn die Rahmenbedingungen zuvor sicher ausgehandelt werden. Rahn (2019: 64) sagt aus, dass eine hilfreiche Beziehung aufgebaut werden kann, wenn diese von beiden Seiten im Sinne einer Verhandlung geklärt und eingeordnet wird. Die Hilfevereinbarung ist ein wichtiges Mittel für die Beziehungsgestaltung, wenn die Beziehung zu Borderline-Betroffenen fortlaufend ausgehandelt werden muss. Eine Vereinbarung sollte klar formuliert, regelmässig überprüft und gegebenenfalls neu formuliert werden. Dadurch können Anliegen, gemeinsame Ziele, die Beziehungsgestaltung und Offenheit ermöglicht werden, die die Sicherheit und Stabilität in der Arbeitsbeziehung fördern (vgl. ebd.: 111f.). Es wird somit ersichtlich, dass die Ausführungen von Hansjürgens (2018) hinsichtlich der „vertrauensvollen Arbeitsbeziehung“ sich vor dem Hintergrund der Arbeitsbeziehung auf die Ausführungen zum objekttheoretischen Wissen zur Borderline-Störung übertragen lassen.

5. Schlussfolgerungen

Aus den Erkenntnissen zum objekttheoretischen Wissen zur Borderline-Störung, zur Theorie Integration und Lebensführung, den Erkenntnissen zur allgemeinen Arbeitsbeziehung und dem Bezug der Theorien sowie deren Eignung für die Borderline-Persönlichkeitsstörung, findet nachfolgend ein Modellversuch entlang der Hauptfragestellung dieser Bachelor-Thesis, „Was ist in der Gestaltung einer unterstützenden Arbeitsbeziehung zu Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung im Kontext der Sozialen Arbeit zu berücksichtigen?“, statt.

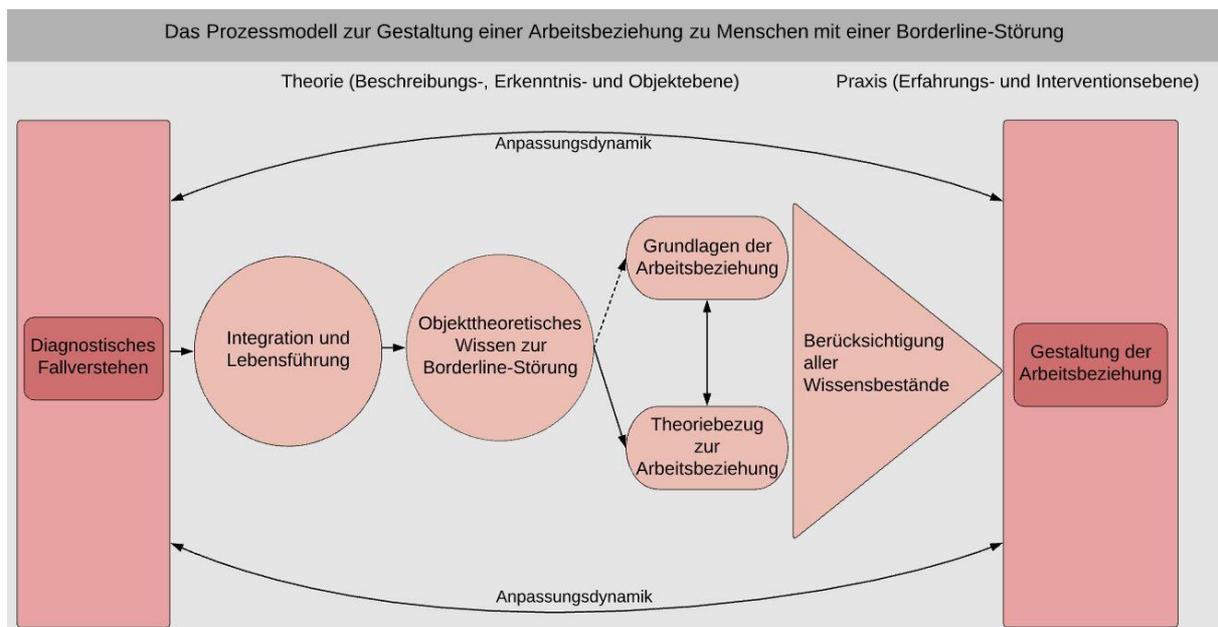


Abb. 5: Das Prozessmodell zur Gestaltung einer Arbeitsbeziehung zu Menschen mit einer Borderline-Störung (eigene Darstellung)

Das auf der Grundlage der Ausführungen und theoretischen Bezugspunkte dieser Bachelor-Thesis erarbeitete Prozessmodell stellt das „Diagnostische Fallverstehen“ der „Gestaltung der Arbeitsbeziehung“ gegenüber. Das „Diagnostische Fallverstehen“ bildet als Pfeiler die Voraussetzung, um das Ziel, die „Gestaltung der Arbeitsbeziehung“, als weiteren Pfeiler zu erreichen bzw. zu gestalten. Vor dem Hintergrund, dass die soziale Diagnostik problemrelevante Zusammenhänge veranschaulicht und damit Entscheidungen zur Problembearbeitung für die Klientel und zur Interventionsplanung für Professionelle der Sozialen Arbeit ermöglicht (vgl. Pantuček 2019: 80), ist das „Diagnostische Fallverstehen“ im Prozessmodell unabdingbar. Im Kontext dieses Prozessmodells ist ferner auch eine Theorie der Sozialen Arbeit („Integration und Lebensführung“) zwingend, um professionsspezifische Wissensbestände zu gewinnen, einzubeziehen und um festzuhalten, dass die Funktion der Sozialen Arbeit mit psychisch kranken Menschen darin besteht, ihren Teil der Integration der

psychisch kranken Menschen in die Gesellschaft zu leisten, indem sie sie in ihrer Lebenswelt unterstützt und begleitet (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 174). Im Kontext der Sozialen Arbeit und spezifisch in der Zusammenarbeit mit Menschen mit einer psychischen Krankheit eignet sich die Theorie „Integration und Lebensführung“ und bildet somit einen elementaren Bestandteil des Prozessmodells. Das Prozessmodell ist weiter vor dem Hintergrund des Lebensführungssystems zu verstehen und somit des Individuums, das mit den eigenen ganz spezifischen Formen der Integration in unterschiedlichen Handlungssystemen agiert (vgl. ebd.: 68). Das Prozessmodell baut hinsichtlich „Integration und Lebensführung“ weiter auf dem Verständnis der sozialen Dimension von psychischer Krankheit und Gesundheit nach Sommerfeld et al. (2016) auf. Es ist empirisch evident, dass die soziale Dimension einen erheblichen Einfluss auf die Entstehung und den Verlauf von psychischer Krankheit hat (vgl. ebd.: 171). Für dieser Bachelor-Thesis und ferner für die Erarbeitung des Prozessmodells ist diese Erkenntnis essenziell und muss in der Zusammenarbeit mit Menschen mit einer Borderline-Störung berücksichtigt werden. Die Bearbeitung der sozialen Dimension beinhaltet also die Arbeit an den Bewältigungsaufgaben, die sich im Lebensführungssystem stellen, die mit der psychischen Problematik und deren Muster zusammenhängt (vgl. ebd.: 204). In und durch die Tätigkeit in den sozialen Systemen, in denen ein Individuum integriert ist, bilden sich die Persönlichkeit, die individuellen Kompetenzen und die Verhaltensweisen, die individuellen Kognitions-Emotions-Verhaltensmuster sowie die psychische Potenziellandschaft (vgl. ebd.: 62). Auf der Basis dieses Verständnisses wird im Prozessmodell weiter „Objekttheoretisches Wissen zur Borderline-Störung“ zugezogen. Das Prozessmodell geht somit davon aus, dass für die Gestaltung der Arbeitsbeziehung ein Individuum mit einer Borderline-Störung im Lebensführungssystem und vor dem Hintergrund der sozialen Dimension wahrzunehmen und demnach das Theoriewissen zu „Integration und Lebensführung“ mit dem „Objekttheoretischen Wissen zur Borderline-Störung“ zu verknüpfen ist. Damit dies gelingt, fand in Kapitel 2 eine Auseinandersetzung mit den diagnostischen Kriterien nach DSM-5 und ICD-10 statt. Weiter wurden zwei Erklärungszugänge (Traumatisierung und biopsychosoziales Entstehungsmodell) beigezogen, um auf die Ätiologie der Borderline-Störung hinzuweisen. Anhand des Problembereichs der Emotionsregulation wurde ferner das Beziehungsverhalten von Menschen mit einer Borderline-Störung dargestellt und aufgezeigt, dass es zwischen Professionellen der Sozialen Arbeit und Menschen mit einer Borderline-Störung im Kontext der Sozialen Arbeit zu einer Zusammenarbeit kommen kann. Im Beziehungsverhalten zeigen Menschen mit einer Borderline-Störung ein Wechselspiel zwischen Nähe- und Distanzproblemen, also von Bindungsstreben und Autonomiebedürfnis (vgl. Sendera/Sendera 2016: 80). Auf der einen Seite besteht demnach der Wunsch nach vollkommener Bedürfnisbefriedigung und andererseits stösst die Angst, seelische Verletzungen zu erleiden, das Gegenüber weg (vgl.

ebd.). Rahn (2019: 12) beschreibt, dass Persönlichkeitsstörungen Auswirkungen auf das gesamte zwischenmenschliche Verhalten haben, und so bildet sich eine Persönlichkeitsstörung auch in den Begegnungen zu Professionellen der Sozialen Arbeit ab. In einem weiteren Schritt wurden folglich Herausforderungen mit Augenmerk auf das Beziehungsverhalten beschrieben. Im Prozessmodell ist das „Objekttheoretische Wissen zur Borderline-Störung“ demnach ein unerlässlicher Aspekt. Damit die „Gestaltung der Arbeitsbeziehung“ professionell und fallspezifisch dem „Diagnostischen Fallverstehen“ gerecht wird, fand weiter eine Auseinandersetzung mit Grundlagen der Arbeitsbeziehung statt. Für eine erste Annäherung an die Arbeitsbeziehung wurden Unterschiede und Gemeinsamkeiten einer zwischenmenschlichen und professionellen Beziehung aufgezeigt (Kap. 4.2.1). Das Thema der Arbeitsbeziehung findet sich auch in der Studie Integration und Lebensführung wieder, wobei sich Sommerfeld, Hollenstein und Calzaferri (2011) auf konkrete Fälle in der Rekonstruktion der Lebensführungssysteme beziehen. Welche Faktoren und Aspekte grundsätzlich für ein tragfähiges Arbeitsbündnis bzw. für eine Arbeitsbeziehung berücksichtigt werden müssen und wodurch diese beeinflusst werden kann, bleibt weitestgehend ungeklärt. Es ist daher von Bedeutung, neben der Theorie „Integration und Lebensführung“ spezifische Wissensbestände der Arbeitsbeziehung beizuziehen und diese auf die Soziale Arbeit zu beziehen (Kap. 4.3.1). Nachdem die „Grundlagen der Arbeitsbeziehung“ dargestellt wurden, fand mittels Einbezugs dreier relevanter Theorien zur Arbeitsbeziehung eine Diskussion der Erkenntnisse entlang des objekttheoretischen Wissens zur Borderline-Störung statt. Im Prozessmodell geht daher vom „Objekttheoretischen Wissen zur Borderline-Störung“ ein Pfeil zum „Theoriebezug zur Arbeitsbeziehung“, da diese direkt aufeinander aufbauen und in dieser Bachelor-Thesis verglichen wurden. Der Pfeil vom „Objekttheoretischen Wissen zur Borderline-Störung“ hin zu den „Grundlagen der Arbeitsbeziehung“ wurde als gestrichelter Pfeil dargestellt, da es dabei keinen direkten Zugang gibt und da das verwendete Wissen zur Gestaltung der Arbeitsbeziehung aus Sicht der Borderline-Störung bearbeitet wurde und demnach zum „Objekttheoretischen Wissen zur Borderline-Störung“ zählt.

Die „Grundlagen der Arbeitsbeziehung“ befinden sich in Wechselwirkung mit dem „Theoriebezug zur Arbeitsbeziehung“. Dabei ist die Wechselwirkung dynamisch zu verstehen, da individuell präferierte und passende Theoriebezüge der Arbeitsbeziehung mit Grundlagen zur Arbeitsbeziehung in Verbindung gebracht werden können/sollen. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse können dann auf Basis des diagnostischen Fallverstehens in die Gestaltung der Arbeitsbeziehung einbezogen werden. Was es in der Gestaltung einer Arbeitsbeziehung zu Menschen mit einer Borderline-Störung zu berücksichtigen gilt, wird folglich bildhaft dargestellt.



Abb. 6: Erkenntnisse zur Gestaltung der Arbeitsbeziehung (eigene Darstellung)

Diese Abbildung schliesst an Abbildung 5 an und wird verwendet, um neben den bereits erwähnten zu berücksichtigenden Faktoren, weitere, aus dieser Bachelor-Thesis hervorgehende Erkenntnisse ersichtlich zu machen. Abbildung 6 bietet einen „Look Inside“ auf der in Abbildung 5 bereits erwähnten Erfahrungs- und Interventionsebene (Praxis) und zeigt somit konkret auf, welche Aspekte in der Gestaltung der Arbeitsbeziehung zu Menschen mit einer Borderline-Störung zu berücksichtigen sind.

Das in Abbildung 5 dargestellte Prozessmodell bedarf in der Praxis ohne Frage eine Anpassung hinsichtlich organisationaler Rahmenbedingungen sowie dem jeweiligen Kontext der Sozialen Arbeit. Ferner zeigt Abbildung 6 auf, welche Erkenntnisse aus der vorliegenden Arbeit für die Gestaltung der Arbeitsbeziehung zu Borderline-Betroffenen zu berücksichtigen sind. Hierzu gilt es anzumerken, dass auch weitere Aspekte des Störungsbildes, welche hier nicht bearbeitet wurden, einzubeziehen und demnach zu berücksichtigen.

Das Prozessmodell (Abb. 5) zeigt auf, welche Aspekte vor dem Hintergrund des „Diagnostischen Fallverstehens“ zu berücksichtigen sind (mit dem Ergebnis in Abb. 6), damit eine „Gestaltung der Arbeitsbeziehung“ zu Menschen mit einer Borderline-Störung eingeleitet werden kann. Die Wechselwirkung zwischen dem „Diagnostischen Fallverstehen“ und der „Gestaltung der Arbeitsbeziehung“ wurde als „Anpassungsdynamik“ bezeichnet, da beide Pfeiler einer jeweiligen Evaluation und somit einer kontinuierlichen dynamischen Anpassung im Unterstützungsprozess bedürfen. Das Prozessmodell gliedert sich in „Theorie“ und „Praxis“ und zeigt auf, dass Theoriewissen für die Gestaltung in der Praxis unabdingbar ist und im Prozessmodell einen erheblichen Platz einnimmt. Dieses Wissen

wird dann für die Praxis relevant. An dieser Stelle gilt es, noch einmal die Relevanz der sozialen Diagnostik für das Fallverstehen zu beleuchten: Damit in der Praxis Interventionen zum Einsatz kommen können, wird eine tragfähige Arbeitsbeziehung vorausgesetzt (Kap. 4.3.3). Demnach werden Kenntnisse darüber benötigt, was es in einer Arbeitsbeziehung zu berücksichtigen gilt (s. Abb. 5 und Abb. 6).

Die Beantwortung der Fragestellung wurde bereits angedeutet. Damit diese schliesslich vollumfänglich beantwortet wird, wird sie folglich noch einmal bearbeitet. Die Fragestellung wurde durch mehrere Unterfragen, die in unterschiedlichen Kapiteln beantwortet wurden, begleitet. Die Fragestellung lautet: *„Was ist in der Gestaltung einer unterstützenden Arbeitsbeziehung zu Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung im Kontext der Sozialen Arbeit zu berücksichtigen?“*.

Das erarbeitete Prozessmodell zeigt auf, was es in der Gestaltung einer unterstützenden Arbeitsbeziehung zu Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung im Kontext der Sozialen Arbeit zu berücksichtigen gilt. Eine Arbeitsbeziehung baut auf diagnostischem Fallverstehen auf. Nur wenn ein Fall vollumfänglich und multiperspektivistisch betrachtet wird, kann eine spätere unterstützende Arbeitsbeziehung ermöglicht werden. Im Kontext der Sozialen Arbeit gelten oftmals unterschiedliche Rahmenbedingungen, die durch Organisationen oder Institutionen vorgegeben werden, welche eine standardisierte Herangehensweise in der Gestaltung einer Arbeitsbeziehung erschweren. Daher soll ein solcher Modellversuch nicht als statisch, sondern als dynamisch gefasst werden. Modelle bedürfen je nach Kontext der Sozialen Arbeit eine Anpassung auf der Konzept- und Organisationsebene aber auch auf der Ebene etwaiger Störungsbilder. Durch die Theoriebezüge in Kapitel 4.4 wurden Theorien der Arbeitsbeziehung mit dem objekttheoretischen Wissen zur Borderline-Störung verglichen. Dabei stellte sich heraus, welche Aspekte in der Gestaltung berücksichtigt werden müssen.

Die Fragestellung kann demnach unter Einbezug aller bisherigen Ausführungen folgendermassen gefasst werden: In der Gestaltung einer unterstützenden Arbeitsbeziehung zu Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ist die Bio-psycho-sozialität (Entstehungsmodell für Borderline-Störung und Berücksichtigung der sozialen Dimension psychischer Krankheit/Gesundheit), die Theorie Integration und Lebensführung, die Bildung von Kognitions-Emotions-Verhaltensmuster und die Auseinandersetzung mit den eignen Mustern für persönliche Anteile in einer Arbeitsbeziehung, Kenntnisse zu Übertragung und Gegenübertragung, das Schaffen von Erfahrungsräumen für Musterveränderungen, eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung mittels Hilfevereinbarung zu gestalten, Kenntnisse zum spezifischen objekttheoretischen Wissen, Kenntnisse über Theorien der Arbeitsbeziehung, das diagnostische Fallverstehen und Interventionswissen, zu berücksichtigen (s. Abb. 5 und Abb. 6).

5.1 Ausblick

Durch die aus der Arbeit hervorgehenden Erkenntnisse wird die Bedeutung der Arbeitsbeziehung überdeutlich. Dadurch, dass die Gestaltung der Arbeitsbeziehung nicht nur Kenntnisse über die grundlegende Arbeitsbeziehung bedarf, sondern vielmehr aus diagnostischer Sicht und so auch multiperspektivistisch betrachtet werden muss, also vor dem Hintergrund des Kontextes der Sozialen Arbeit, des objekttheoretischen Wissens und in der Interdisziplinarität, sind erste Berührungspunkte der Arbeitsbeziehung im Grundstudium anzulegen. Die Soziale Arbeit wächst wie kaum ein anderer Fachbereich (vgl. Hancken 2020: 135) und wird sich auch in Zukunft mit den Problemlagen von Individuen beschäftigen. Es liegt daher nahe, dass Beziehungskompetenzen vermittelt werden müssen. Daraus folgt eine erste weiterführende Fragestellung: „Wie gelingt es, das Thema der Arbeitsbeziehung theoretisch zu beleuchten und die Relevanz für die Praxis im Rahmen einer Fachhochschule/Hochfachschule zu vermitteln?“

Um noch einmal auf die Theorie „Integration und Lebensführung“, gerade hinsichtlich der Kognitions-Emotions-Verhaltensmuster einzugehen. In der Praxis gestaltet sich die Soziale Arbeit über Interaktionen und gemeinsamen Erfahrungen. Diese wollen verstanden werden und müssen so aus der Biografie eines Menschen nachvollzogen werden, erst dann eröffnet sich eine diagnostische und zielgerichtete Fallbearbeitung. Demnach gilt es auch die eigenen Kognitions-Emotions-Verhaltensmuster zu kennen, um eine Arbeitsbeziehung mit persönlichen Anteilen (stets unter Einhaltung von Nähe und Distanz) mitzugestalten und eine erste wirkliche Beziehungserfahrung zu ermöglichen. Dem könnte mit folgender Fragestellung nachgegangen werden: „Wie gelingt es Professionellen der Sozialen Arbeit persönliche Anteile in die Arbeitsbeziehung einfließen zu lassen und das Verhältnis von Nähe-Distanz zu berücksichtigen?“. Diese Fragestellung ist m. E. elementar für eine weitere Auseinandersetzung mit dem Thema der Arbeitsbeziehung und deren Gestaltung. Weiterführend sollten auch Erkenntnisse der Dialektisch Behavioralen Therapie (DBT) in der Gestaltung der Arbeitsbeziehung aufgenommen werden, da diese Therapie das am besten erforschte Behandlungskonzept darstellt (vgl. Bohus 2019: 20). Für die Soziale Arbeit könnte hierbei eine weiterführende Fragestellung folgendermassen lauten: „Welche Elemente der DBT können auf die Praxis der Sozialen Arbeit übertragen werden?“.

Abschliessend gilt es festzuhalten, dass für die Klientel der Sozialen Arbeit m. E. die wichtigste Voraussetzung die Person der Sozialen Arbeit ist und wie diese Person die Arbeitsbeziehung gestaltet. M. E. blickt ein Mensch eher auf Erfahrungen mit anderen Menschen als auf Organisationen oder Institutionen der Sozialen Arbeit zurück. Somit besteht die Aufgabe der Sozialen Arbeit persönlich, fachlich und adäquat auf ihre Klientel zuzugehen und die Arbeitsbeziehung gemeinsam in die Wege zu leiten und zu gestalten.

6. Literaturverzeichnis

- Arnold, Susan (2009). Vertrauen als Konstrukt. Sozialarbeiter und Klient in Beziehung. Marburg: Tectum Verlag.
- Asendorpf, Jens B./Banse, Rainer/Neyer Franz J. (2017). Psychologie der Beziehung. 2., vollst. überarb. Aufl. Bern: Hogrefe Verlag.
- Bohus, Martin (2019). Borderline-Störung. 2., vollst. überarb. Aufl. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Bosshard, Marianne/Ebert, Ursula/Lazarus, Horst (2010). Soziale Arbeit in der Psychiatrie. 4., überarb. Aufl. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Falkai, Peter/Wittchen, Hans-Ulrich/Döpfner, Manfred/Gaebel, Wolfgang/Maier, Wolfgang, Rief, Winfried/Saß, Henning/Zaudig, Michael (Hrsg.) (2015). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. DSM 5. 1. Aufl. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Gahleitner, Silke Birgitta (2017). Soziale Arbeit als Beziehungsprofession. Bindung, Beziehung und Einbettung professionell ermöglichen. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Garz, Detlef/Raven, Uwe (2015). Theorie der Lebenspraxis. Einführung in das Werk Ulrich Oevermanns. Wiesbaden: Springer VS.
- Hancken, Sabrina Amanda (2020). Beziehungsgestaltung in der Sozialen Arbeit. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Verlage.
- Hansjürgens, Rita (2018). In Kontakt kommen. Analyse der Entstehung einer Arbeitsbeziehung in Suchtberatungsstellen. Baden-Baden: Tectum Verlag.
- Heedt, Thorsten (2019). Borderline-Persönlichkeitsstörung. Das Kurzlehrbuch. Stuttgart: Schattauer.
- Hochuli Freund, Ursula/Stotz, Walter (2017). Kooperative Prozessgestaltung in der Sozialen Arbeit. Ein methodenintegratives Lehrbuch. 4., aktual. Aufl. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Hoffmann, Heiko (2015). Borderline-Interaktionen. Komplexe Verflechtungen der Agency in Netzwerken sozialer Unterstützung. Wiesbaden: Springer VS.

Mühlum, Albert (2009). Klinische Sozialarbeit – ein Modernisierungsprojekt der Sozialen Arbeit. Paper presented at the Jubiläumstagung Zwanzig Jahre Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit, München.

Rahn, Ewald (2019). Menschen mit Borderline begleiten. Köln: Psychiatrie Verlag.

Rahn, Ewald (2013). Borderline verstehen und bewältigen. 4., vollst. überarb. Aufl. Köln: Balance Verlag.

Rüegger, Cornelia (2012). Die soziale Dimension psychischer Krankheit und Gesundheit. Eine handlungstheoretische Wissensbasis der Klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie. Coburg: ZSK-Verlag.

Sachse, Rainer (2020). Persönlichkeitsstörungen verstehen. Zum Umgang mit schwierigen Klienten. 11. Aufl. Köln: Psychiatrie Verlag.

Sendera, Alice/Sendera, Martina (2016). Borderline – Die andere Art zu fühlen. Beziehungen verstehen und leben. 2. Aufl. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag.

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

Sommerfeld, Peter/ Hollenstein, Lea/ Calzaferri, Raphael (2011). Integration und Lebensführung. Ein forschungsgestützter Beitrag zur Theoriebildung der Sozialen Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag.

Soziale Diagnostik – Fachhochschule Nordwestschweiz Hochschule für Soziale Arbeit (Hrsg.) (o.J.). In: <https://www.soziale-diagnostik.ch/> [Zugriffsdatum: 17. Mai 2021].

Stiglmayr, Christian/Gunia, Hans (2017). Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Ein Manual für die ambulante Therapie. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Stimmer, Franz (2000b). Grundlagen des Methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit. Stuttgart: Kohlhammer.

Oevermann, Ulrich (2013). Die Problematik der Strukturlogik des Arbeitsbündnisses und der Dynamik von Übertragung und Gegenübertragung in einer professionalisierten Praxis von Sozialarbeit. In: Becker-Lenz, Roland/Busse, Stefan/Ehlert, Gudrun/Müller-Hermann, Silke (Hrsg.). Professionalität in der Sozialen Arbeit. Standpunkte, Kontroversen, Perspektiven. 3. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag. S. 119-147.

Pantuček-Eisenbacher, Peter (2019). Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit. 4., überarb. und aktual. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Verlage.