

Borderline- Persönlichkeitsstörung:

Eine Suche nach Grundhaltung, Handlungsmaxime und  
Grenzen begleitender Sozialarbeit in einer  
sozialtherapeutischen Wohngruppe

Diplomarbeit  
im Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit  
der Hochschule Neubrandenburg

vorgelegt von Daniel Fittke im SS 2009

Referent: Prof. Dr. Peter Schwab  
Koreferentin: Dipl. Psychologin Claudia Gottwald

urn:nbn:de:gbv:519-thesis2009-0354-9

# Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung
  
2. Theoretische Betrachtungen
  - 2.1. Darstellung der Klassifikation nach DSM- IV und ICD 10
    - 2.1.1. DSM-IV-Merkmalkatalog der Borderline- Persönlichkeitsstörung (30 1.81) American Psychiatric Association (1994,1996)
    - 2.1.2. ICD-10-Kriterien der Borderline- Persönlichkeitsstörung (F 60.3, F 60.31)
  
  - 2.2. Beschreibung der Symptome
    - 2.2.1. Chronische, frei flottierende Angst
    - 2.2.2. Multiple Phobien
    - 2.2.3. Zwangssymptome
    - 2.2.4. Konversionssymptome
    - 2.2.5. Dissoziative Reaktionen
    - 2.2.6. Depression
    - 2.2.7. Sexualität
    - 2.2.8. Psychosomatische Symptome
    - 2.2.9. Psychotische Symptome
    - 2.2.10. Verlust der Impulskontrolle
    - 2.2.11. Sozialverhalten, Delinquenz
      - 2.2.11.1. Beziehungen
      - 2.2.11.2. Delinquenz
      - 2.2.11.3. Antisoziales Verhalten
    - 2.2.12. Drogenkonsum

2.2.13. Selbstverletzendes Verhalten

2.2.14. Suizidalität

2.3. Abwehrmechanismen

2.3.1. Spaltung

2.3.2. Primitive Idealisierung

2.3.3. Projektive Identifizierung

2.3.4. Verleugnung

2.3.5. Omnipotenzgefühl und Entwertung

2.4. Ursachen der Borderline- Persönlichkeitsstörung

2.4.1. Grundannahmen über Entwicklungsstörungen im ersten Lebensjahr

2.4.2. Entwicklungsstörungen im zweiten und dritten Lebensjahr

2.4.3. BPS als Folge von Gewalt und sexuellem Missbrauch

2.5. Allgemeine Leitlinien und Ziele sozialpsychiatrischer Praxis und konzeptionelle Inhalte des „Der Steg Neubrandenburg“ e.V.

2.6. Handlungs- und Veränderungsansatz psychosozialer Arbeit

2.7. Beziehungsaspekte in der Interaktion mit BPS- Betroffenen

2.7.1. Gegenübertragung

2.7.2. Der Umgang zum Thema Missbrauch und Misshandlung

2.7.3. Der Umgang mit Selbstverletzung und Suizidalität

2.7.4. Zum Umgang mit Idealisierung und Entwertung

2.7.5. Zum Umgang mit Nähe und Distanz

2.7.6. Variablen subjektiver Haltung und strukturierten Umgangs

2.7.7. Zusammenarbeit im Team und mit Drittpersonen

2.7.8. Supervision und Belastungsgrenzen

2.7.9. Grundannahmen zu instrumentellen, reflexiven und sozialen  
Kompetenzen

3. Allgemeine und abschließende Betrachtungen praxisbezogener Erfahrungen

4. Anhang

4.1. Interviewleitfaden zur Befragung der Mitarbeiterinnen

4.2. Interviewleitfragen für die Betroffene

## 1. Einleitung

Soziale Arbeit mit und psychosoziale Betreuung und Begleitung von Menschen, die von einer Borderline- Persönlichkeitsstörung betroffen sind, stellen für den handelnden und interagierenden Sozialarbeiter in der Beziehung zum Betroffenen als auch im Kooperationsnetzwerk ein Erfahrungsfeld dar, dass eine spezielle Grundhaltung, entsprechende Handlungsmaxime und Grenzen sozialpädagogischer Unterstützung impliziert. Die Arbeit befasst sich mit den Auswirkungen der darzustellenden Symptome, Abwehrmechanismen und Ursachen der Erkrankung auf die konkreten Begegnungen, Interaktionen und subjektiven Erlebensweisen von Helfern und versucht demgegenüber adäquate Haltungen, Kompetenzen und Interventionen herauszuarbeiten. Hierzu werden im Rahmen problemzentrierter Interviews von Mitarbeitern und einer Betroffenen Erfahrungswerte herangezogen, die den theoretischen Ausarbeitungen einen validierbaren Praxisbezug geben sollen.

## 2. Theoretische Betrachtungen

### 2.1 Darstellung der Klassifikation nach DSM- IV und ICD 10

#### 2.1.1 DSM- IV- Merkmalskatalog der Borderline- Persönlichkeitsstörung

(30 1.81) American Psychiatric Association (1994, 1996)

Ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter und manifestiert sich in den verschiedenen Lebensbereichen. Mindestens 5 der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

(1) Verzweifeltes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden.

Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die Kriterium im Kriterium 5 vorhanden sind.

(2) Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.

(3) Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.

(4) Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Aktivitäten (Geldausgaben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Fressanfälle“).

Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen

berücksichtigt, die im Kriterium 5 enthalten sind.

(5) Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.

(6) Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z.B. hochgradige episodische Dysphorie, Erregbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern).

(7) Chronische Gefühle der Leere.

(8) Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).

(9) Vorübergehende, durch Belastung ausgelöste paranoide Vorstellung oder schwere dissoziative Symptome.

(Siehe Kernberg, Dulz u. Schneider, 2000, S. 837)

### 2.1.2 ICD-10-Kriterien der Borderline- Persönlichkeitsstörung (F 60.3, F 60.31)

#### F 60.3 emotional instabile Persönlichkeitsstörung

Eine Persönlichkeitsstörung mit deutlicher Tendenz, impulsiv zu handeln ohne Berücksichtigung von Konsequenzen und mit wechselnder, instabiler Stimmung. Die Fähigkeit, voranzuplanen, ist gering und Ausbrüche intensiven Ärgers

können zu oft gewalttätigem und explosivem Verhalten führen; dieses Verhalten wird leicht ausgelöst, wenn impulsive Handlungen von anderen kritisiert oder behindert werden. Zwei Erscheinungsformen dieser Persönlichkeitsstörungen können näher beschrieben werden, bei beiden finden sich Impulsivität und mangelnde Selbstkontrolle.

Borderline- Typ F 60.31

Einige Kennzeichen emotionaler Instabilität sind vorhanden, zusätzlich sind noch das eigene Selbstbild, Ziele und „innere Präferenzen“ (einschließlich der sexuellen) unklar und gestört. Meist besteht ein chronisches Gefühl der Leere. Die Neigung zu intensiven, aber unbeständigen Beziehungen kann zu wiederholten emotionalen Krisen mit übermäßigen Anstrengungen, nicht verlassen zu werden, und mit Suiziddrohungen oder selbstschädigenden Handlungen führen (diese können auch ohne deutliche Auslöser vorkommen).

(Siehe Dilling, Mombour, Schmidt, 2005, S.229f)

## 2.2 Beschreibung der Symptome

### 2.2.1 Chronische, frei flottierende Angst

Im Gegensatz zu Signalängsten wie Angst vor Krankheiten oder Angst vor körperlichen Verletzungen nimmt die chronische, frei flottierende Angst der von BPS- Betroffenen eine sehr bedrohliche Form an, insofern sie eine ständig vorhandene und auf nichts Bestimmtes bezogene, eine diffuse Angst ist. Durch das Ausmaß dieser Angstsymptomatik wird das Entstehen aller anderen Symptome und die Art der Abwehrmechanismen bestimmt (vgl. Dulz u.



Schneider, 1997, S. 13 f). Hoffmann dagegen betont, dass für Betroffene der Durchbruch von Ängsten vielfältig, vielgestaltig und intensiv sein kann, es ihnen aber gelingt, ein Bewältigungsniveau herstellen zu können, in dem zwar nicht Angstfreiheit, so doch Angstarmut oder ein Maß an Verträglichkeit der Angst erreicht wird (vgl. Hoffmann, 2000, S. 227 f).

### 2.2.2 Multiple Phobien

Neben der chronischen, diffusen und frei florierenden Angst können sämtliche bekannten Phobien bestehen. Die Folge ist, dass Betroffene sich schwerwiegende soziale Beschränkungen auferlegen, insbesondere auch dann, wenn neben dem Bestehen von Klaustrophobien und Ängsten vor Menschenansammlungen auch Phobien auftreten, die die eigene Körperlichkeit betreffen wie Errötungsphobie, Furcht vor öffentlichen Auftritten, Furcht vor Blicken, was mit der Angst vor Beschämung gekoppelt ist. Zu erwähnen sind schließlich auch mögliche Ängste vor Schmutz und Ansteckung sowie das Auftreten paranoider Züge (vgl. Rohde-Dachser, 1995, S. 41).

### 2.2.3 Zwangssymptome

Manche Zwänge beziehen sich auf Handlungen wie etwa einen Kaufzwang oder das „Schnippeln“, andere auf Gedanken mit paranoidem oder hypochondrischem Inhalt (vgl. Dulz u. Schneider, 1997, S. 14).

Zwangssymptome können in der Form auftreten, als dass sie durch die Entwicklung überwertiger Ideen und Verhaltensweisen in einer Reihe von Erklärungen und Begründungen rationalisiert werden und dann beispielsweise im Rahmen entstehender Zwangsgedanken zu einer Überzeugung, zu einer unumstößlichen Gewissheit werden können. „ Entscheidend ist ..., dass diese

Patienten ihre Realitätsprüfung nach wenigen Stunden oder Tagen ... zurückgewinnen und solche Episoden dann oft sogar vergessen haben“ (siehe Rohde- Dachser, 1995, S. 42 f).

#### 2.2.4 Konversionssymptome

Konversionssymptome mit angrenzenden Körperhalluzinationen, mit bizarren Gefühlen und Bewegungsabläufen können chronifizieren. Andererseits wechseln sie in kurzer Zeit, wie bei der nahtlosen Ablösung von Kopfschmerz in Übelkeit mit Erbrechen, die Dulz und Schneider (1997, S.15) im Zusammenhang eines unbewussten Konkurrierens mit Mitpatienten und Teammitgliedern und den raschen Veränderungen des seelischen Erlebens erklären.

#### 2.2.5 Dissoziative Reaktionen

Traumzustände, Trancen, Dämmerzustände, Ohnmachten, Fugues und Unwirklichkeitserlebnisse bis hin zur Depersonalisation und Derealisation gehören bei der BPS zu den häufig auftretenden dissoziativen Phänomenen. Die Dissoziation ist ein Prozess, in dem bestimmte Gedanken, Gefühle, auch Einstellungen und andere psychologische Aktivitäten ihre „ ...normale Relation zu anderen, bzw. zur übrigen Persönlichkeit verlieren, sich abspalten und mehr oder minder unabhängig funktionieren“ (siehe Dulz und Sachsse, 2000, S. 238). Rohde- Dachser (1995, S. 44) zitieren Frosch zur genaueren Charakterisierung dieser Bewusstseinszustände: „ Viele bizarre Handlungen können in dieser gestörten Verfassung ausgeführt werden, die manchmal als Traum- oder Dämmerzustand beschrieben wird. Diese Bewusstseinsstörungen können übersehen werden, weil sie häufig sehr subtil in Erscheinung treten. Manchmal kann sich der Patient in einer rasenden Aktivität befangen fühlen, hilflos entlang

getragen wie in einem Traum. Die Orientierung zu Zeit, Ort und Person verschwindet“.

Die dissoziativen Reaktionen mit gravierenden Bewusstseinsstörungen sind hinterher zumeist nicht mehr rememberlich. Exzessiv betriebene Tagträumereien, die benutzt werden, um Angst machenden Situationen auszuweichen, können für den Betroffenen eine gewisse Zeit Wohlbefinden bereiten, so dass das momentane und bewusste Erleben der Außenwelt eliminiert wird.

Die dissoziative Reaktion und auch die multiple Persönlichkeit ist als ein Produkt der Spaltung anzusehen. Beim Vorliegen relevanter Kriterien einer BPS ist insofern die multiple Persönlichkeit als ein zugehöriges Symptom der BPS anzusehen (vgl. Dulz und Schneider, 1997, S. 15 ff).

#### 2.2.6 Depression

Ausgeprägte Wut gegen sich selbst, die sich massiv äußert und zu schweren Selbstverletzungen führen kann oder auch eine große depressive Leere sind Anzeichen einer BPS- typischen Depression. Insbesondere fehlen in diesem Zusammenhang Schuldzuweisungen und Vorwürfe gegen sich selbst. Im Gegensatz zur neurotischen und psychotischen Depression, bei der Hilfe zum Teil exzessiv eingefordert und eine „Welle des Mitleids und der Hilfsbereitschaft“ ausgelöst wird, sind BPS- Betroffene nicht in der Lage, die eingeforderte Hilfe annehmen zu können. Die Hilfe wird entwertet und zurückgewiesen, was zum Nachlassen der Hilfsbereitschaft führt (vgl. Dulz u. Schneider, 1997, S. 19).

Körperliche Selbstverletzungen, Agieren von Wut gegen sich selbst und gegen andere, suizidale Handlungen im Zustand immenser Wut entstehen im Anschluss an den Zusammenbruch eines idealisierten Selbstbildes.

Möglich ist auch eine sekundäre Depression als Reaktion auf die langjährige Erkrankung (vgl. Rohde- Dachser, 1995, S. 46).

Nach Kernberg (1993, S. 144) schwanken die von einer schweren Depression betroffenen Patienten in der Fähigkeit, ihr Bedürfnis, dem Suizid nachzugeben und zu handeln, zu kontrollieren. In dieser Frage sind weitere therapeutische Beurteilungen heranzuziehen.

### 2.2.7 Sexualität

Das Sexualverhalten und -erleben ist aufgrund der inneren Ängste ständigen und massiven Schwankungen unterworfen. Sexuelle Praktiken dienen zwar zur Entlastung innerer Entspannung, sind aber als „...reife Befriedigung im Sinne einer auf Tragfähigkeit ausgerichteten Beziehungsaufnahme und -gestaltung ...“ nicht möglich (siehe Dulz u. Schneider, 1997, S. 20).

Die gelebte Sexualität verläuft zwar ohne körperliche Funktionsstörungen, aber die Tiefe der Gefühle und Intimität werden vermieden, Nähe abgewehrt. Über die Jahre können keine wirklichen Beziehungen aufgebaut werden, so dass trotz unzähliger Kontakte der Genuss unbefriedigend bleibt (vgl. Berner, 2000, S. 320). „Je chaotischer und multipler die perversen Phantasien und Handlungen sind und je instabiler die Objektbeziehungen, die sich mit diesen Interaktionen verbinden, je eher muss das Vorliegen einer Borderline- Persönlichkeitsstruktur in Betracht gezogen werden“ (siehe Kernberg in Rohde- Dachser, 1995, S. 47).

### 2.2.8 Psychosomatische Symptome

Dulz und Schneider (1997, S. 21) betonen, dass unterschiedliche psychosomatische Symptome in verschiedenen Symptomkombinationen auch im raschen Wechsel auftreten können. Insbesondere Essstörungen bei weiblichen BPS- Betroffenen aufgrund einer zu vermutenden Missbrauchsanamnese sind als Folge autoaggressiven Verhaltens hier einzuordnen.

### 2.2.9 Psychotische Symptome

Die psychotischen Symptome im Rahmen einer BPS sind häufig durch äußere, umschriebene Faktoren als Auslöser erkennbar. Sie sind zudem völlig rückbildbar, dauern oft nur kurz an und werden vom Betroffenen als Ich- fremd empfunden.

Häufig werden akustische oder auch optische Halluzinationen beschrieben, die als symbolisiertes Wiedererleben der erlittenen Traumata anzusehen sind, zumeist mit Bildern blutigen Inhalts. Oft treten die Halluzinationen vor dem Einschlafen auf und bedingen unter Umständen Schlafstörungen (vgl. Dulz u. Schneider, 1997, S. 24 f).

Mentzos ( 2000, S. 414) sieht das Psychotische als ein Zeichen für das Versagen der Abwehrmechanismen unter bestimmten, spezifisch belastenden Bedingungen an. Auslöser dieser „ Minipsychosen“ können Veränderungen in Beziehungen zu wichtigen Bezugspersonen sein, wie eine zu große Nähe oder zu große Distanz. Aber auch das Berühren eines zentralen Konflikts kann diese Symptomatik aktivieren.

### 2.2.10 Verlust der Impulskontrolle

Hierzu sind Formen sexuell- perversen Verhaltens, Drogenabhängigkeit, Alkoholismus, episodische Fresssucht oder Kleptomanie zuzuordnen. Kennzeichnend ist, dass die impulsbestimmten Episoden mit einem Steuerungsversagen einhergehen, im Ablauf aber vorhersagbar sind und im Nachhinein vom Betroffenen als Ich- fremd erlebt werden. Dagegen ist das Erleben während der Impulsdurchbrüche Ich- synton (vgl. Rohde- Dachser, 1995, S.47).

Dulz und Schneider (1997, S. 26 f) betonen auch die Neigung zur Reinszenierung eines Musters von Bestrafung und Fortweisung durch Betroffene. Gleichzeitiges Bestehen von hoher Kränkbarkeit und anschließender Angstzunahme kann heftige, auch aggressive Impulsdurchbrüche mit Kontrollverlusten generieren. Der Betroffene erlebt sich im Ausagieren der Impulse von der gegenwärtigen Situation in Umgebungsreiz abhängiger Spontaneität, ohne das eigene Verhalten als negativ oder inkonsequent wahrnehmen zu können. Mittel- und langfristige Ziele, Reflexion und Konsequenzen geraten aus dem Blick (vgl. Rahn, 2001, S.122).

#### 2.2.11 Sozialverhalten, Delinquenz

##### 2.2.11.1 Beziehungen

BPS- Betroffene sind im Allgemeinen kontinuierlich sozial integriert. In zwischenmenschlichen Beziehungen schwanken sie allerdings zwischen oberflächlichen, punktuellen Kontakten und klammernd- abhängigem Verhalten (vgl. Rohde- Dachser, 1995, S. 39).

Dagegen erwähnen Dulz und Schneider (1997, S. 27 f) eintretende Isolationen beim Auftreten psychischer Dekompensation im Zusammenhang mit der Erkrankung. Andererseits ist das Bedürfnis nach sozialen Kontakten besonders ausgeprägt. Das Sozialverhalten ist entscheidend beeinflusst durch die Abwehrmechanismen, insbesondere der Spaltung.

Stauss (1994, S. ff) spricht auch von einer Beziehungsstörung. Eine Beziehungskonstanz wird insofern unterlaufen, als dass Nähe und Intimität ab einem bestimmten Grad als ein Gefühl des Verschlungenwerdens, des Verlustes an Eigenständigkeit, Autonomie und Identität, als eine als bedrohlich wirkende Angst vor einer Ich- Auflösung erlebt wird. Es setzt eine aggressive

Distanzierung, verbunden mit einer Angst vor Beziehungsverlust und Verlassenheitsdepression, ein, was wiederum die erneute Annäherung und das Klammern zur Folge hat. Das Beziehungsmuster ist insofern stabil und zugleich instabil.

#### 2.2.11.2 Delinquenz

Straftaten bei schwer gestörten BPS- Betroffenen, zumeist im Rahmen von Kleinkriminalität treten häufig auf und werden prognostisch als eher ungünstiges Zeichen gewertet. Es handelt sich um einen komplizierten Vorgang von auto- und/oder fremdaggressiver Tönung (vgl. Dulz und Schneider, 1997, S. 28).

#### 2.2.11.3 Antisoziales Verhalten

Bei Bestehen einer mangelhaften Angst- und Spannungstoleranz und der daraus resultierenden Neigung zu impulsivem, delinquentem Verhalten entstehen durch die in selbst- und fremddestruktiver Weise inszenierten Externalisierungen innerer Konflikte soziale Probleme und Beeinträchtigungen. Ausdruck dieses Konfliktagierens findet man in Beschreibungen wie einer bestehenden Unfähigkeit, sich entsprechend den sozialen Normen zu verhalten, einer erhöhten Neigung zum Lügen und zum Ausnutzen anderer Menschen, einer vielfältigen Verwicklung in aggressive Auseinandersetzungen, einer Missachtung fremden Eigentums und einem Mangel an Schuldgefühlen (vgl. Rauchfleisch, 2000, S. 382 ff).

Dabei ist die antisoziale Symptomatik als ein Verhaltensmuster anzusehen, bei dem beispielsweise Verurteilung und Bestrafung dem Prozess der Störung oder auch dem Störungsgeschehen zuzuordnen ist. Bestrafung kommt hierbei einem selbstzerstörerischen Abhängigkeitsbedürfnis entgegen (vgl. Dulz u. Schneider,

1997, S. 29).

### 2.2.12 Drogenkonsum

Drogen werden von BPS- Betroffenen weniger wegen des Rausches konsumiert, sondern eher zur Vermeidung von diffuser Angst und innerer Leere. Funktionell gesehen, wird nicht ein positives Gefühl anvisiert, sondern die Vermeidung von negativen Emotionen im Sinne eines Selbstheilungsversuches (vgl. Dulz u. Schneider, 1997, S. 31 f). Die Benutzung der Droge ist oft mit einer Art Autosuggestion verbunden, um „...das konfliktlose Übersteigen in einen anderen Ich- Zustand ...“ zu ermöglichen (siehe Rohde- Dachser, 1995, S. 45).

Durch die Wirkungsfaktoren der eingenommenen Drogen wie Triebdämpfung, Angstminderung, Beseitigung von Hemmungen, Regressionsmöglichkeiten, Einwirkung auf das Über- Ich und die euphorisierende Wirkung ist ein narzisstischer Rückzug in Phantasiewelten und Träumen möglich, in denen die Gewichtungen von Recht und Unrecht, schön und hässlich, auch Aspekte der Realität gleichzeitig, koexistent und umkehrbar betrachtet werden können. Das Einfinden in diese Zustände ist der Rückwurf aus einer gravierenden Störung in Realitätsbeziehungen und mentaler Beeinträchtigung im Umfeld (vgl. Lürßen, 2000, S. 298, 303 f).

### 2.2.13 Selbstverletzendes Verhalten

Die häufigste Form der Selbstverletzung ist das Schneiden mit Gegenständen wie Rasierklingen, Messern oder Scheren in die Haut, gefolgt von Verbrennungen mit Zigaretten oder Feuerzangen. Seltener sind Verletzungen durch Verätzen, Verbrühen, Stechen oder Kopfschlagen. Das selbstverletzende Verhalten zentriert sich meist auf die Extremitäten. Bei einigen Betroffenen sind die Verletzungen



auch am Kopf, an Brust, am Rumpf oder an den Genitalien lokalisiert. Die Schwere der Hautverletzungen variiert von oberflächlichen bis hin zu tiefen Verletzungen durch die Muskulatur bis auf die Knochen. Auch Injektionen von Schmutzwasser, das Ablassen von Blut bis zu einem Hb- Wert von unter 4 oder auch das Öffnen der Bauchdecken sind beschrieben worden.

Der Selbstbeschädigungsimpuls ist als ein Signal anzusehen, weil das Ich zu dekompensieren droht. Der Betroffene erlebt dies als ein Einbrechen, Abstürzen oder Wegsacken. Aufgrund einer niedrigen Frustrations-, Angst- und Ambivalenztoleranz ist er oder sie dann nicht in der Lage, innerseelische oder interpersonelle Konflikte zu ertragen und Kompromisse mit den Anforderungen der Realität zu schließen. Das Ich fragmentiert.

Die Symptomhandlung kann als Überwindung von starker innerer Gespanntheit, die mit veränderten Bewusstseinszuständen einhergeht, zur Druckentlastung ausgeübt werden. Der Schmerz beendet die Trance, ein Gefühl der Befreiung und Erleichterung tritt ein. Auch Situationen der Einsamkeit, in denen der Betroffene in Zustände objektloser Leere und Depression verfällt, können so überwunden werden.

Die Selbstverletzung kann auch aus einem Impuls der Selbstbestrafung in Folge von Insuffizienz- und Schuldgefühlen erfolgen, bei der eine rasende Wut auf sich selbst sich entlädt. Die gleiche Wirkung der Verletzungen dient auch zur Beendigung von Dissoziationen, psychotischen Zuständen und der Wiedererlangung von Impulskontrolle.

Selbstverletzendes Verhalten stellt darüber hinaus eine interpersonelle Funktion dar, insofern die Handlung einen präverbalen Appell des noch nicht in Worte gefassten Befindens oder des Unsagbaren einer Traumatisierung ausdrückt. Oft sind damit widersprüchliche Signale an den Interaktionspartner verbunden, die zum Schwanken zwischen intensiver Hilfezuwendung und sadistischer Gegenwehr veranlassen, insbesondere dann, wenn der Angriff auf den eigenen

Körper zu manipulativen Zwecken benutzt wird (vgl. Sachsse, 2000, S. 348/ 359 ff).

#### 2.2.14 Suizidalität

Die schwere Borderline- Persönlichkeitsstörung ist insgesamt eine lebensgefährliche Erkrankung und sollte im Umgang und in der Beziehungsgestaltung mit dem Betroffenen immer Berücksichtigung finden. Die Frage, ob es sich beim suizidalen Agieren um Erpressung für ein Mehr an Zuwendung oder um eine reale Suizidalität handelt, lässt sich nie präzise beantworten. Die Quote an Suiziden und ernststen Suizidversuchen ist bei BPS-Betroffenen außergewöhnlich hoch (vgl. Dulz u. Schneider, 1997, S. 32).

Die meisten Suizidhandlungen von BPS- Betroffenen haben „ ...einen starken objektbezogenen Charakter und intendieren in ihrer hohen Ambivalenz auch, durch andere 'errettet', d. h. wahrgenommen zu werden“ (siehe Götze, 2000, S. 287). Oftmals entsteht dadurch der Eindruck von Unernsthaftigkeit der suizidalen und selbstverletzenden Handlungen, was häufig im Gegenüber Aggression und Verurteilung auslöst. Objektorientierte bzw. appellative Suizidversuche machen aber ein therapeutisches Eingreifen möglich.

Dagegen ist beim Versagen von Abwehrmechanismen, in denen affektives Erleben von Anhedonie, Angst und Wut vorherrschen, entweder eine psychotische Regression oder eine hervortretende Depressivität mit dann akuter Suizidgefährdung zu erwarten. BPS- Betroffene sind „ ... aufgrund einer abgewehrten Depressivität immer latent suizidgefährdet ...“ (siehe Götze, 2000, S. 287).

## 2.3 Abwehrmechanismen

### 2.3.1 Spaltung

Das Auftreten von chronischen, diffusen, frei flottierenden Ängsten (vgl. Hoffmann, Handbuch, S. 227) und multiplen Phobien bei einer BPS bedingen die Entwicklung von Abwehrmechanismen, die der Reduktion von auftretenden Ängsten dienen sollen.

Einer der Hauptabwehrmechanismen der von BPS- Betroffenen ist die Spaltung. Ausdruck dessen ist, dass Bezugspersonen (auch der Betroffene sich selber) entweder nur als absolut gut oder nur als absolut schlecht wahrgenommen werden. Die Fähigkeit, wahrgenommene gute sowie böse Züge einer Person zusammenbringen und integrieren zu können, Zwischentöne oder auch Grautöne in diesem Schwarz- Weiss- Denken zu bilden, steht nicht zur Verfügung. Dadurch sind Verhältnisse klarer, innere Irritationen lösen sich und die Angst nimmt ab (vgl. Dulz u. Schneider, 1997, S. 34f).

Der Versuch, das Ich vor Konflikten in der Wahrnehmung sich widersprechender Erfahrungen in Bezug auf das eigene Selbst bzw. in Bezug auf bedeutsame andere zu schützen, führt zur Teilung des Selbst und äußerer Objekte in „ absolut gut“ oder in „ absolut böse“, was seinen besonderen Ausdruck in der Möglichkeit einer „ ...plötzlichen und vollständigen Umkehrung aller Gefühle und Vorstellungen hinsichtlich des eigenen Selbst oder der Sicht einer bestimmten Person ...“ findet (siehe Kernberg, 1998, S. 15).

### 2.3.2 Primitive Idealisierung

Äußere als nur „ gut“ wahrgenommene Objekte werden durch diesen Abwehrmechanismus auf eine pathologische Weise überhöht und idealisiert, so

dass Unvollkommenheit und Fehler dieser Person nicht toleriert werden können (vgl. Kernberg, 1998, S. 15). Ideale Eltern, ideale Therapeuten oder andere idealisierte Bezugspersonen „...sind in den Phantasie- und Wunschbildern von Borderline- Patienten immer gut, immer verfügbar, alle Wünsche erfüllend, alles könnend und sie vermögen stets und vor allem zu schützen“ (siehe Dulz u. Schneider, 1997, S. 37). Die Überidealisierung dieser Objekte beinhaltet nicht ein wirkliches Interesse für das jeweilige Objekt, sondern fungiert „...als Schutz gegen die umgebende Welt voll von gefährlichen Objekten“ (siehe Kernberg in Rohde u. Dachser, 1995, S. 85). Durch die überhöhten, fast magischen Erwartungen gegenüber dem Idealisierten kommt es zwangsläufig zu Enttäuschungen und im Zuge dessen zu einem Wechsel in die Entwertung des zuvor Idealisierten (vgl. Dulz u. Schneider, 1997, S.37).

### 2.3.3 Projektive Identifizierung

Kernberg (1998, S. 16) charakterisiert die projektive Identifikation als eine Tendenz, eigene auf andere projizierte Impulse weiterhin bei sich selbst erleben zu können. Beispielsweise erlebt der Betroffene seine projizierte Angst als charakteristisch für den anderen, demgegenüber das Verhalten kontrollierend und auch provokativ ausgerichtet werden muss.

Insbesondere bei der projektiven Identifikation von Wut und Aggression bedingt die Furcht vor dem vermeintlich gefährlich Anderen einen über das Kontrollieren hinausgehenden Handlungsimpuls, der möglicherweise auch Angriffe und Vernichtung implizieren kann (vgl. Dulz u. Schneider, 1997, S. 38).

#### 2.3.4 Verleugnung

Die Erkenntnis, dass Wahrnehmungen, Gedanken und Gefühle hinsichtlich auf das eigene Selbst und auf andere zu einem bestimmten Zeitpunkt entgegengesetzt bzw. gegenteilig in Bezug auf andere Zeitpunkte sein können, hat für den Betroffenen in der aktuellen Situation keine emotionale Bedeutung, sondern wird verleugnet (vgl. Kernberg, 1998, S. 16). Nach Dulz und Schneider (1997, S. 41) fungiert die Verleugnung „...zur Verstärkung bzw. Aufrechterhaltung der Spaltung, weil nur so das innere Weltbild beibehalten und dadurch die Ordnung in die Welt gebracht werden kann.“ Gewissermaßen bleiben nicht zu leugnende Tatbestände zum Zeitpunkt der Leugnung nicht abrufbar, selbst bei Konfrontation mit diesen Realitäten nicht.

Rode-Dachser (1995, S. 92 ff) spricht bei der Verleugnung auch von einem 'Totalausverkauf', einer charakteristischen Haltung gegenüber aktuellen Konflikten im Sinne von Vergessen. Deshalb verweist sie auch auf die Erfahrung, dass zuvor gewonnene Einsichten des Klienten häufig wenig oder gar nicht integriert worden sind. In der Folge entsteht ein Wechsel von Optimismus und Pessimismus in der Begleitung oder Therapie und ist für die Gegenübertragung der jeweiligen Bezugsperson sorgfältig zu beachten, da durch die eintretende Desillusionierung möglicherweise Beziehungsabbrüche initiiert werden.

#### 2.3.5 Omnipotenzgefühl und Entwertung

Frustrationen, Kränkungen und Enttäuschungen durch Bezugspersonen sind für den von BPS- Betroffenen eine bedrohliche Erfahrung von Ambivalenzen. Die Gleichzeitigkeit von libidinösen und aggressiven Regungen einer Person gegenüber ist aufgrund der Spaltungstendenzen nicht aufrecht zu erhalten. Es setzt der Rückzug in eine Position der Omnipotenz ein, in narzisstische

Größenphantasien gegenüber einer Welt enttäuschender und bedrohlicher Objekte. Aus dieser Position heraus wird das Ambivalenz auslösende Objekt abgewertet, verachtet und somit abgewehrt. Funktionell bietet das Einnehmen dieser Position „...einen narzisstischen Selbstschutz, eine ‚Trosthphantasie‘ gegen Kränkungserfahrungen, vor allem gegen die Erfahrung des Nicht-Geliebt-Werdens ( und möglicherweise auch die noch kränkende Erfahrung des Nicht-Lieben-Könnens)“ (siehe Rohde- Dachser, 1995, S. 90 f).

Dulz und Schneider (1997, S. 40) weisen darauf hin, dass beim Scheitern durch konkrete Auswirkungen von Größenphantasien das Gefühl übergangslos in eine globale Selbstentwertung umschlagen kann.

## 2.4 Ursachen der Borderline- Persönlichkeitsstörung

### 2.4.1 Grundannahmen über Entwicklungsstörungen im ersten Lebensjahr

Eine eindeutige Antwort auf die Frage nach spezifischen pathogenen Bedingungen in der Kindheit zur Entwicklung einer BPS sind noch nicht gefunden worden. Stillschweigend und explizit aber wird vorausgesetzt, dass eine frühe und tiefgreifende Störung der Mutter- Kind- Beziehung vorgelegen hat. Eine tragende- symbiotische Form als das Fundament der Ich- Entwicklung, insbesondere die Differenzierung von Selbst und Objekt sowie die Genese des Urvertrauens konnten nicht ausgestaltet werden. Ein Mangel an stützender Umgebung, fehlende Übereinstimmung der Pflegeleistung mit den Bedürfnissen des Kindes, die Unfähigkeit, die mütterliche Zuwendung für sich nutzen zu können, führen dazu, dass das Kind schmerzliche Realitäten, wie beispielsweise Trennungserfahrungen, nicht akzeptieren kann. Dadurch, dass Erinnerungsspuren, auf die ein Sicherheits- und Identitätsgefühl aufbauen könnte, von negativen

Befriedigungserlebnissen besetzt sind, erhalten die frühen Trennungserfahrungen einen Charakter von unmittelbarer Todesgefahr. Das Kind reagiert mit dem Verzicht auf Verselbstständigung und klammert sich an die Mutter. Die Mutter reagiert dann auf Verselbstständigungsversuche, die sie als Bedrohung wahrnimmt, mit libidinösem Rückzug.

Andererseits ist auch eine „eindringende“ oder „beherrschend präsente“ Mutter, die die Eigenmotivationen des Kindes unterdrückt, denkbar. Das Kind passt sich an, Bedürfnisse kommen nicht zum Ausdruck. Die Entstehung eines „falschen“ und eines „wahren“ Selbst ist anzunehmen, die voneinander dissoziieren und vor der pseudo-gebenden Haltung von Überfütterung und bestimmenden Forderungen der Mutter das innere Chaos im Kind erzeugen, was später als BPS in Erscheinung tritt (vgl. Rohde-Dachser, 1995, S. 128 f).

#### 2.4.2 Entwicklungsstörungen im zweiten und dritten Lebensjahr

Als Reaktion auf frühe orale Traumata, so die Annahme von *Kernberg*, wird im Kind eine exzessive Enttäuschungsaggression ausgelöst, die innerhalb einer phasenadäquaten Entwicklung nicht bewältigt werden kann. Durch den ungeheuren Druck der prägenitalen Aggression wird die prägenitale Entwicklungsphase schneller durchlaufen und es setzt eine frühzeitige Aktualisierung des ödipalen Konfliktes ein. Die Verdichtung von prägenitaler und genitaler Aggression verhindert dann eine phasenadäquate Lösung des ödipalen Konfliktes (vgl. Rohde-Dachser, 1995, S. 130).

Nach Auffassung von *Mahler* ist die BPS das Ergebnis aus einer Störung im Prozess von Loslösung und Individuation zwischen dem 18. und 36. Lebensmonat, speziell in der Phase der Wiederannäherung. Nachdem in der Übungsphase (Mitte des zweiten Lebensjahres) das Kind seine neugewonnenen Fähigkeiten, seine Liebe zu sich selbst und seine potentielle Objektliebe im

narzisstischen Entzücken einen Höhepunkt erreicht, erkennt das Kind durch die Erweiterung kognitiver Fähigkeiten und die zunehmende Realitätsprüfung, dass die Liebesobjekte getrennte Individuen mit eigenen, individuellen Interessen sind, dass es auf Vorstellungen eigener Größe, auf Beteiligung der Allmacht von Vater und Mutter verzichten muss, es wird narzisstisch enttäuscht. Ein Bedürfnis nach Wiederannäherung, nach Nähe zur Mutter, ein Werben um die Anpassung auf die narzisstischen Bedürfnisse des Kindes folgt. Im symbiotischen Bannkreis zwischen Trennungsangst, Sicherheitsstreben und Angst vor Wiederverschlingung muss das Kind seine optimale Nähe zur Mutter bestimmen lernen. Die Wiederannäherungsversuche verlieren den Charakter der Arglosigkeit, die Mutter wird im Erleben des Kindes emotional verändert wahrgenommen. Ein angstfreies Pendeln zwischen der Welt der Objekte und der Mutter ist unmöglich geworden. An dieser Stelle ist es entscheidend, ob es der Mutter gelingt, das Kind in gleichbleibender Weise liebend zu akzeptieren, emotional und physisch zur Verfügung zu stehen (Vorherrschen libidinöser Valenz). Gelingt dies nicht, reagiert das Kind aus dem Erleben des Fallengelassen- oder des Nichtangenommenwerdens mit Enttäuschung und Aggression. Aus dem Übergewicht aggressiver Triebderivate kommt es zur Abwendung von oder aber zur sadomasochistischen Verklammerung mit der Mutter. „Je größer der Haß und die Enttäuschung an der realen Mutter werden, desto hartnäckiger hält das Kind aber am Bild einer ganz guten, spendenden, symbiotischen Mutter fest ... nach der es in dauerndem sehnsuchtsvollen Hinstreben sucht“ (siehe Rohde-Dachser, 1995, S. 134). Die Fixierung an diesen Gefühlszustand und den damit verbundenen Phantasien ist nach *Mahler* der Grund für die Genese der BPS (vgl. Rohde-Dachser, 1995, S. 132 ff).

Nach *Searles* ist das Borderline- Syndrom ein Ausdruck einer verdrängten Liebe zur Mutter. Die Angst vor dieser Liebe stellt den hauptauslösenden Faktor der psychischen Erkrankung dar. Das Kind will in seinem Liebesgefühl und seiner



Bewunderung für die Mutter akzeptiert werden und im Bemühen, sich in einer liebenden, konstruktiven Weise Ausdruck zu verschaffen, bestätigt werden. Bleibt die liebende Zuwendung der Mutter als Antwort auf die Liebe des Kindes aus, verharrt das Kind in einem Zustand voll von Liebe und ohne Objekt, an dem es seine Liebe ausleben könnte. Diese einschneidende Zäsur in seiner Welterfahrung und Ich- Entwicklung, in dem das Kostbarste, was es zu geben hat, als unwert und gefährlich erlebt wird, bedingt, dass die Existenz des Liebesobjektes selbst in Frage gestellt wird. Mutter und Kind verbleiben in ihrer Angst vor gegenseitiger Liebe, in nach außen von eher Hass oder Gleichgültigkeit geprägten Ausdrucksform (vgl. Rohde- Dachser, 1995, S 136 f).

In der Auffassung von *Wolberg* ist die BPS der Ausdruck einer Identifikationsphantasie, die eine sadomasochistische Entwicklung nach sich zieht. Das Kind fungiert als Übertragungsobjekt für eigene abgewehrte neurotische Strebungen der Eltern. Es übernimmt stellvertretend pathologische Persönlichkeitsanteile im Rahmen der Identifikation, weil es als eigenständiges Wesen vom betreffenden Elternteil nicht akzeptiert wird. „ Das Kind muss die ihm angesonnene Rolle übernehmen; es trifft damit eine Überlebensentscheidung“ (siehe Rohde- Dachser, 1995, S. 139).

Zusammenzufassen ist, dass die pathologische Fixierung der BPS im zweiten/dritten Lebensjahr generiert. Zwischen Autonomiebestrebungen und der Wahrnehmung der Trennung von der Mutter kommt es zu phasenspezifischen Kränkungen. Die BPS prägende Beschneidung der eigenen Autonomie ist eine Erfahrung, in der die Frage der eigenen Existenzberechtigung: „ Darf und kann ich sein?“ sich in einer Identitätsdiffusion verliert. Die „ ...Unfähigkeit zur Entfaltung der eigenen Individualität verbindet sich untrennbar mit dem subjektiven Erleben, dass die eigenen Wünsche und Impulse für das Kind selbst und für seine Liebesobjekte eine so zerstörerische Qualität besitzen, dass sie nicht gelebt werden dürfen“ (siehe Rohde- Dachser, 1995, S. 140).

### 2.4.3 BPS als Folge von Gewalt und sexuellem Missbrauch

In zahlreichen Untersuchungen ist auf eine hohe Frequenz von Kindheitstrauma, insbesondere von sexuellem Missbrauch und körperlicher Misshandlung bei Borderline- Patienten hingewiesen worden. Einige Theoretiker kamen dadurch zu dem Schluss, dass traumatische Erfahrungen als Hauptursache der BPS angesehen werden müssten. Aus den Untersuchungen von Paris (2000, S. 159 ff), der in der Frage der Bedeutung von Traumata gegenüber anderen Faktoren, wie emotionale Vernachlässigung oder Zerrüttung der Familie, Vergleichsdaten erhob, geht hervor, dass etwa bei einem Drittel der Patienten, die schweren Missbrauch oder Misshandlungen ausgesetzt waren, das Trauma eine entscheidende Rolle bei der Entwicklung der BPS zukommt, dagegen bei zwei Drittel andere Faktoren eine bedeutende Rolle eingenommen haben.

Rohde - Dachser (1995, S. 143 ff) begreift das Zufügen von Selbstverletzungen als Ausdruck einer Reinszenierung von sexuellen Missbrauchserfahrungen. Die Selbstverletzungen sind mit intensiven Gefühlen, wie Wut und der Genugtuung, sich selbst etwas antun zu können, vor allem mit Schuldgefühlen verbunden. Das internalisierte Objekt, der Aggressor, von dem der Betroffene nie weiß, wann es ihm aggressiv begegnet und angreift, stellt ein Introjekt dar, dem Wut, Selbstverletzung und Schuldgefühle gelten und nicht aufgegeben, sondern als existenzerhaltend erlebt wird und das als Korrelat tatsächlicher Eigenschaften des Täters zu begreifen ist. Alleinsein bedeutet dann, sich dem möglichen „Grauen“, dem Wiedererwachen traumatischer Erfahrungen auszusetzen, in dem die Selbstschädigung vor der Selbstaflösung und Fraktionierung rettet und „...das damit verbundene Gefühl des Vernichtetwerdens aufhebt“ (siehe Rohde-Dachser, 1995, S. 145).

## 2.5 Allgemeine Leitlinien und Ziele sozialpsychiatrischer Praxis und konzeptionelle Inhalte des „Der Steg Neubrandenburg“ e. V.

In Korrelation zu den Leitlinien alltagsorientierter Sozialpädagogik bezieht sich der handelnde Sozialpädagoge in der sozialpsychiatrischen Praxis auf den Menschen als Subjekt und als Individuum im sozialen Kontext. Die Orientierung hin zur Wiederherstellung des Subjekts begreift den Menschen ganzheitlich in seiner konkreten Lebenslage und -welt im Zusammenwirken bio- psycho- sozialer Faktoren. Psychische Erkrankungen und ihre Behandlung sind vorrangig nicht als organisches Defizit oder als pathologisch zu verstehen, sondern konstituiert in vergangenen und gegenwärtigen Lebensverhältnissen, insofern also professionelle Hilfe und Unterstützung im Alltag, in der Lebenswelt der Betroffenen ansetzen sollte und die Partizipation des Betroffenen im Alltag, in seiner Umgebung als stabilisierender, gesundheitsfördernder Faktor anzuvisieren ist. Hin zu einem gelingenderen Alltag in der Spannung zwischen positiver Routine (Pragmatik des Alltags) und der Integration von Neuem sollen mangelnde Bewältigungsmuster des Individuums und/oder der Umgebung überwunden werden. Hier setzt das Prinzip der Normalisierung an. Was Betroffene und Angehörige dabei fühlen, wahrnehmen, denken und mitteilen oder welche Hilfe, Unterstützung und Begleitung benötigt wird, ist vom Professionellen als Gegenüber ernst zu nehmen und mit einzubeziehen. Eigensinn, Anderssein, der Andere sind zu respektieren (vgl. Obert, 2001, S. 99 ff).

Der Steg Neubrandenburg e.V. versteht sich in dieser Linie als Verein der Freunde und Förderer psychisch Kranker und Behinderter. Nicht Ausgrenzung oder einfache Versorgung, sondern soziale und berufliche Eingliederung bilden das zentrale Ziel im Selbstverständnis des Vereins. Optimale psychische Stabilisierung und soziale (Re-) Integration sollen durch ein multiprofessionelles

Mitarbeiterteam erreicht werden.

Die hier im Weiteren relevante Betreuungsform in einer sozialtherapeutischen Wohngruppe betrifft Menschen, die vorübergehend nicht selbständig im eigenen Wohnraum leben können. Die Sozialtherapie erfolgt klientenzentriert unter Beachtung der individuellen Situation, der medizinischen Therapie mit dem Ziel der Wiederherstellung/Förderung von Selbstbestimmung, Eigenverantwortung, alltagspraktischen Fertigkeiten, sozialer und beruflicher Integration, um soziale Kompetenzen für eine weitgehend autonome Lebensführung und -gestaltung zu erreichen. Das Gefühl, als Person nicht abgeschrieben, sondern in Verantwortung zu stehen, gefragt und gefordert zu sein, soll vermittelt werden. Insofern versteht sich die Sozialtherapie in der Wohngruppe als Rehabilitationsmaßnahme im Anschluss nach Klinikaufhalten und als Präventivmaßnahme, um Hospitalisierungen durch lange Klinikaufhalte vorzubeugen bzw. Heimunterbringungen zu vermeiden.

Die Betreuung erfolgt auf der Grundlage eines abgeschlossenen Betreuungs- und Untermietverhältnisses bei vorliegender Freiwilligkeit, Krankeneinsicht und vorhandenem Betreuungswillen, abstinenter Lebensführung und Einhaltung von Mitwirkungspflichten. Der Betreuer steht dem Klienten begleitend und beratend zur Seite. Die Leistungen und Betreuungszeiten orientieren sich am individuellen Hilfebedarf (IBRP) in einem Bezugsbetreuersystem. Rufbereitschaft und Krisenintervention werden zu jeder Zeit vorgehalten (Konzeption „Der Steg Neubrandenburg e.V.“).

Auch wenn Freiwilligkeit und Krankeneinsicht vorausgesetzt wird, differenziert sich der gesellschaftliche Betreuungsauftrag in Hilfe und Kontrolle gleichermaßen. Freiwilligkeit und Zwang, Autonomie und Entzug von Verantwortung müssen immer wieder, fallbezogen definiert und entschieden, vom praktisch Handelnden offen, klar, eindeutig, bewusst und reflexiv gehandhabt werden, da in der situationsadäquaten Anbahnung des Kontaktes Vertrauen als

grundlegend für die Beziehung und Kontinuität sich erweisen muss (vgl. Obert, 2001, S. 99, 131).

## 2.6 Handlungs- und Veränderungsansatz psychosozialer Arbeit

Insofern der Sozialarbeiter in der psychosozialen Arbeit in einem interaktionellen Prozess zwischen ihm und dem psychosozialen Feld, in dem der Betroffene inbegriffen ist, eintritt, wird er mit der Intention, es in eine förderliche Richtung zu verändern, zugleich Teilnehmer und Außenstehender des Feldes (vgl. Bernler u. Johnsson, 1993, S. 104). Um Lernprozesse im Wie der Auseinandersetzung des Klienten mit seiner Lebenslage zu initiieren, muss der „...Sozialarbeiter zunächst Teil der Lebenslage des Klienten ...“ werden, erst dann „...hat er die Möglichkeit, diesen zu pertubieren, um orientierend auf ihn einzuwirken“. Umgekehrt muss der Klient diese Perturbation durch den Sozialarbeiter zu Teilen seiner Lebenswelt machen (siehe Kraus, 2002, S. 154). Die Möglichkeit von Beeinflussung innerhalb instruktiver Interaktion ist deshalb nur im Konsens möglich, insofern ein Erfolg in letzter Konsequenz immer vom zu Instruierenden abhängt. Dem Sozialarbeiter begegnet hier die Notwendigkeit, im kooperativen Diskurs mit dem Betroffenen konsensuelle Bereiche zu finden, um wirksam auf der Basis von Mitarbeit und Akzeptanz sein zu können (vgl. Kraus, 2002, S. 186/208). Um vom Betroffenen in seiner Lebenswelt und -lage akzeptiert zu werden, muss der professionell Handelnde mittels Strategien, wie deren Gefühle, Wertungen und Kultur zu teilen, sich angleichen (Isomorphie). Veränderung setzt allerdings Impulsgebung auf der Grundlage von Ungleichheit (Anisomorphie) voraus. Auch wenn und weil der Sozialarbeiter die Veränderung von innen im psychosozialen Feld des Betroffenen bewirken will, muss er im Wechsel und gleichzeitig innerhalb und außerhalb des Klientensystems sein. Die Berufsrolle des Sozialarbeiters erhält somit eine ambiguoise Doppelfunktion: Ressourcen

verteilend und kontrollierend agiert er außerhalb, in stützender und therapeutischer Funktion befindet er sich innerhalb des Klientensystems. Deshalb muss der Betrachtung der in der psychosozialen Arbeit entstehenden Beziehung zwischen Sozialarbeiter und Betroffenen eine besondere Bedeutung zukommen.

Beziehungen zwischen Helfer und Klienten entfalten sich auf zwei logischen Ebenen: eine faktische Beziehung auf basaler Ebene und eine Beziehung hinsichtlich der Vorstellungen voneinander auf der Metaebene. Aus der Perspektive des Sozialarbeiters werden in Bezug auf die Behandlungssituation drei logische Ebenen unterschieden:

- 1.) In der Aktionsebene des Helfers geschieht dessen unmittelbares Handeln und Sprechen.
- 2.) In der Betrachtungsebene I analysiert und deutet der Helfer das psychosoziale Feld des Klienten und das Geschehen der basalen Ebene.
- 3.) In der Betrachtungsebene II analysiert der Helfer die Vorstellungen des Klienten zu dessen psychosozialen Feld und seine eigenen Vorstellungen und stellt die Differenzen zueinander in Relation, die Ausgangspunkte für Interventionen bilden (vgl. Bernler u. Johnsson, 1993, S. 100 ff).

## 2.7 Beziehungsaspekte in der Interaktion mit BPS- Betroffenen

Bezieht man die beschriebenen Aspekte der Symptome, Abwehrmechanismen und Ursachen der Störung in die Wirklichkeitskonstruktion (Hantschk, 2000, S. 161) des Betroffenen mit ein, begegnen dem Sozialarbeiter spezifische Beziehungsangebote, in denen der Klient, sozusagen in „Konfluenz mit anderen“, aufgrund fragiler Ich- Grenzen mit wichtigen Bezugspersonen verfließt und sich selber schlecht spürt (vgl. Heise, 1994, S. 78). Innerhalb dieser Übertragung zeigt sich in der Interaktion unangemessenes Verhalten, das eine unbewusste Neuinszenierung pathogener und konflikthafter Beziehungen zu bedeutsamen

anderen aus der Vergangenheit bedeuten (vgl. Kernberg, 1996, S. 23). Insofern der in die Lebenswelt des Betroffenen eintretende Sozialarbeiter in emphatischer Einstimmung versucht ist, den Klienten in seiner Lage gleichsam von innen heraus zu verstehen, impliziert dies die wahrscheinliche Möglichkeit aufgrund des Wiederholungszwanges, dass er selbst als bedeutsam gewordene Bezugsperson in situativer Einbindung im Hier und Jetzt zum Übertragungsobjekt archaischer Abwehroperationen wie Projektion, projektive Identifizierung, Verleugnung, Idealisierung, Entwertung und Spaltung werden kann (vgl. Rauchfleisch, 2001, S. 14/ 48). Gerade in situationsadäquater Anbahnung von Kontakten, in der grundlegendes Vertrauen konsolidieren soll (vgl. Obert, 2001, S. 131), ist die aktive Haltung des Zu- und Hinhörens, des In- sich- wirken- Lassens und emotionaler Anteilnahme des Helfers (vgl. Rauchfleisch, 2001, S.14) Ausgangspunkt, starke Idealisierungs- und Abhängigkeitstendenzen oder Misstrauen, Ablehnung, Angst und Herabsetzung hervorzurufen (vgl. Kernberg, 1996, S. 80 f). Setzt man hier die Aktivierung eines Borderline- typischen Beziehungsmusters an, involviert der Sozialpädagoge als Projektionsobjekt in einen interaktionellen Prozess, in dem Gefühle und verbale Äußerungen des Klienten als Repräsentanten früherer Bezugspersonen in die Übertragung einfließen und der Professionelle stellvertretend für den Betroffenen Gefühle erlebt, die, für den Klienten nicht verbalisierbar, etwas über dessen Zustand ausdrücken (vgl. Rauchfleisch, 2001, S. 23 ff). Die Einfühlung in das Borderline- typische Übertragungsangebot, will man Konflikte und deren Verständnis verändern, ist ein komplexer und folgenreicher Vorgang: Das Verstehen des Anderen trägt die Möglichkeit, das psychische Gleichgewicht zu verlieren, in sich. Gemeint ist die Gefahr der Affektansteckung, die gerade bei tendenziell pathogenen Beziehungsangeboten im Erleben des Sozialpädagogen eigenen psychischen Schmerz bedeuten können und unreflektiert ohne Kompensation die Absicht, Beziehungskontinuität zu erhalten, durch reaktive Verwicklungen in

Diskontinuitäten die eigentliche sozialtherapeutische Partnerschaft im Sinne der Leitlinien untergraben kann (vgl. Becker, 1998, S. 96 ff). Rauchfleisch (2001, S. 98 f) stellt heraus, dass eine „objektale“, eine den Helfer in seiner Individualität wahrnehmende und respektierende Beziehung aufnehmen und unterhalten zu können, vom Klienten nicht zu erwarten ist. Diese Funktionalisierung der Beziehung zum Helfer stellt lediglich die Wiederauflage erlernter Überlebensstrategien dar, die gerade in Anteilen persönlichen Engagements des Sozialarbeiters in Kränkungen, Enttäuschungsreaktionen und damit in Beziehungsabbrüchen münden kann. Deshalb kommt der Betrachtung von Übertragung und Gegenübertragung in der Beziehungsdynamik von Betreuung und Begleitung eine besondere Bedeutung zu, insofern die Gegenübertragung ein konstruktives Moment einnehmen soll (vgl. Rauchfleisch, 2001, S. 23 ff).

### 2.7.1 Gegenübertragung

Abwehrmechanismen prägen die Beziehungsdynamik, die aufgrund der Vehemenz, auch weil sie zum Teil unerträglich und angeblich nicht statthaft sind, ein ganz besonderes Maß an Affekten im Sinne der Gegenübertragung ergeben. Gefühle wie Hilflosigkeit, Verwirrung, heftige Angst, Verzweiflung, Depression, Hass, Neid, Todeswünsche, aber auch Euphorie, Freude, Spaß, Glück und Entspannung sind in der Arbeit mit Betroffenen `Allgemeingut`, insofern der Mitarbeiter durch die Intensität der Gefühle überflutet, sozusagen überbordernd in abgeschwächter Form stimuliert wird, eben weil die Stimmungen nicht fremd sind. Häufig ist es nicht möglich, auf heftige, zumeist bedrohliche Affekte des Klienten, zugleich in `verdauter Form` zu antworten, insbesondere dann nicht, wenn sie in besonderer Intensität und im raschen Wechsel in die Beziehung Eingang finden. Gerade das Auftreten von Realtraumata, wie Schnippeln, Pseudohalluzinationen oder Suizidalität kann den Mitarbeiter oder das Team trotz



der Offenkundigkeit zutiefst irritieren und ängstigen. Angst ist als das zentrale Symptom im Umgang zu begreifen, somit das Ziel einer Angstminimierung die Reduktion der Angst der Mitarbeiter voraussetzt (vgl. Dulz, 1998, S. 181 ff).

### 2.7.2 Der Umgang zum Thema Missbrauch und Misshandlung

Themen wie Quälen, Verführen, Verlassen, Kontrolle und Überlegenheit sind in der Arbeit mit BPS- Betroffenen besonders präsent und lösen in der jeweiligen Bezugsperson spezifische Gefühle und Phantasien hervor (vgl. Koenigsberg, 2000, S. 91).

Werden körperliche Misshandlungen oder sexueller Missbrauch verbalisiert oder mitassoziiert, können im Mitarbeiter eigene archaische Impulse geweckt werden, die von der Verleugnung der Realtraumata bis hin zur Identifizierung mit dem Patienten durch das Einfließen eigener Traumata und persönlicher Sorgen reichen und in Form von Angst und Verunsicherung die Beziehung mitbestimmen können. Im Besonderen bei Reinszenierungen von Traumata, auftretenden Pseudohalluzinationen oder suizidalen Krisen wird ein institutioneller Schutz notwendig (vgl. Dulz, 1998, S. 181 ff). Es ist deshalb zu vermeiden, das Thema Inzest oder Misshandlung direkt zum Gegenstand zu machen, da eine Situation des Investigierens entsteht, die psychodynamisch allzu deutlich an Missbrauch, an ein „ In- die- Patienten- dringen“ erinnern würde und somit zusätzlich traumatisiert (vgl. Dulz u. Schneider, 1997, S. 54). Um einer erhöhten Stressanfälligkeit im Vorgehen Rechnung zu tragen, werden die Betroffenen gerade nicht vertiefend nach ihrer Geschichte gefragt und der Wunsch, nicht darüber sprechen zu wollen, respektiert (vgl. Reddemann, 2000, S. 160 f). Hierzu Sachsse (1995, S. 20): Auch eine gut gemeinte empathische Grenzverletzung ist eine Grenzverletzung.

In der Gegenübertragungsreaktion kann das Erleben durch Ohnmacht,

Hilflosigkeit und mangelnder Möglichkeiten zur Wiedergutmachung determiniert sein. Es kommt zur Abwehr eigener Depression, die sich im Agieren aggressiver Reaktionen verdeutlichen kann (vgl. Rhode- Dachser, 2000, S. 158 ff).

### 2.7.3 Der Umgang mit Selbstverletzungen und Suizidalität

Der Impuls, sich schneiden zu müssen, ist ein Hinweis für eine drohende Ich-Fragmentierung. Selbstverletzungsverhalten ist ein globales Ventil, um Gefühlsqualitäten und Empfindungen des Grauens beenden zu können. Phänomenologisch handelt es sich hier um organisierte alptraumhafte Abläufe, die nicht willentlich zu unterbrechen sind, sondern am sichersten durch Selbstverletzung. Diese fungiert darüber hinaus auch als Suizidkorrelat und Suizidprophylaxe.

Das Symptom hat eine wichtige interpersonelle Funktion, insofern das Signal an die Umwelt so zu verstehen sein kann, dass diese unzulänglich und zutiefst enttäuschend ist. Es gilt aber zu unterscheiden, ob die Klientin eine Mitteilung intendiert oder nicht. Selbstverletzendes Verhalten geschieht sehr häufig in einem autistischen Zustand, so dass Klientinnen erschrocken auf Anschuldigungen reagieren. Allerdings ist ein präverbaler Appell zu unterstellen, der aus einem innerseelischen Zwiespalt einen interpersonellen Konflikt macht (vgl. Sachsse, 1995, S. 42 ff). Gerade die Mitteilung eines Selbstschädigungsimpulses löst einen intensiven interpersonellen Prozess aus und kann als Einleitung einer projektiven Identifizierung betrachtet werden. Der Mitarbeiter oder das Team erhält hier die Aufgabe, sich als Projektionsträger zu verstehen, auch deswegen, weil eine Double- bind- Situation zur Inszenierung kommt, in der häufig verbale, szenische und mimische Mitteilungen im krassen Widerspruch vorzufinden sind: Ein Agieren, was als Hilfe verweigernde Klage zu verstehen ist.

Grenzenloses Mitleid, alles wieder gut machen, alle Kraftreserven mobilisieren zu

wollen, und durch die Hilfe ablehnende Degradierung der jeweiligen Bezugsperson entstehende Wut sind Kennzeichen für die hier zwischen Überhärte und süchtiger Verwöhnung sich aufspaltenden Gegenübertragungsgefühle. Der Zwiespalt bedeutet ein Hin- und Her- Gerissensein mit auch vegetativen Folgen, der, länger andauernd, zum Ver- zwei- feln führen kann. Dem Team oder Mitarbeiter überkommt hier jene synthetische Ich- Leistung, zu der die Klientin nicht in der Lage ist (vgl. Sachsse, 1999, S. 17 ff).

Zwei hervorzuhebende Tendenzen reaktiven Verhaltens des Mitarbeiters treten verstärkt in Erscheinung: Einerseits wird das Verhaltensmuster katastrophiert, mit Suizidversuchen verwechselt, die Situation dramatisiert und es kommt zur Klinikeinweisung, gerichtlicher Betreuung und Unterbringung mit dem Ergebnis, dass langfristige chronische Psychiatrisierungen, der Abbau von autonomen Kompetenzen und Bewältigungsstrategien folgen. Andererseits wird die subjektive Not unterschätzt, hinter der Selbstschädigung eine Absicht unterstellt, Aufmerksamkeit und Zuwendung zu erlangen und so den Helfer zu manipulieren. Die daraus resultierende Nichtbeachtung führt bisweilen zur Verschlechterung der Symptomatik, zur Eskalation der Situation bis hin zu Suizidversuchen. Entsprechend ist so differenziert wie nötig und so strukturiert wie möglich abzuklären, ob im Zusammenhang mit der Selbstverletzung akute Suizidalität inbegriffen ist und inwieweit Absprachefähigkeit vorliegt (vgl. Bohus u. Unkel, 2000, S. 68 ff).

Autoaggressionen und potentielle Suizidalität korrelieren im Professionellen mit hoher persönlicher Betroffenheit- dem Zu- Nahe- Gehen- und mit Befürchtungen, überfordert zu werden, nicht angstfrei im Umgang mit Personen, die selbstmordgefährdet sind, sein zu können. Die Gefühlswelt der Betroffenen ist nur schwer nachzuvollziehen, somit Zeichen möglicher Selbstverletzung oder Suizidalität schlecht einschätzbar sind. Die Vorstellung, dem empfundenen Grauen nur Handlungsunfähigkeit entgegenhalten zu können, verunsichert und ist

stark angstbesetzt. Der Zusammenhang zwischen eigener Befindlichkeit und wertschätzendem Umgang mit dem Klienten ist hier starken Belastungen ausgesetzt. Die Bereitschaft zur Achtsamkeit, sich selbst nicht aus dem Blick zu verlieren und zu einer ressourcenvollen Befindlichkeit zurückzufinden, sollte vorhanden sein (vgl. Beer, 2003, S. 171 ff).

Um in diesen heftigen, emotional aufwühlenden Situationen sinnstiftend und fördernd intervenieren zu können, bedarf es einer soliden Kenntnis der eigenen Gegenübertragung und des eigenen Verstandes (vgl. Sachsse, 1995, S. 56 f). Je belastender die Situation ist, umso selbstfürsorglicher müssen die Mitarbeiter für sich selbst und füreinander sorgen. Selbstfürsorgliche Erwägungen sind für die Beteiligten legitim und sinnvoll, um nicht im Schwanken zwischen mitleidvoller Verwöhnung und überreizter Härte einen plötzlichen Therapieabbruch zu provozieren (vgl. Sachsse, 1999, S. 24).

#### 2.7.4 Zum Umgang mit Idealisierung und Entwertung

Die Unterscheidung zwischen Innen und Außen als Diskriminierungsfunktion des Betroffenen ist weitestgehend erhalten. Die Diskriminierungsfähigkeit und die damit verbundene Fähigkeit zur realistischen Sicht anderer Menschen ist aber in nahen, bedeutsamen Beziehungen gestört. „Immer dann, wenn ein Mensch, eine Institution oder die `Welt` heftig frustrierend oder bedürfnisbefriedigend wird, schwindet die realistische Sicht dieses Objekts mehr und mehr und weicht einer durch präödiopale Selbst- Objekt- Konstellation verzerrten Wahrnehmungen“. Der Mensch wird als nur gut oder als nur schlecht, süchtig befriedigend oder kalt frustrierend, ideal oder vernichtenswert gesehen (siehe Sachsse, 1999, S. 112).

Dadurch, dass die primitive Idealisierung kein wirkliches Interesse am Idealisierten beinhaltet, sondern er dazu dient, den Klienten gegen eine böse oder gefährliche Welt zu schützen, sieht sich der Helfer einem Schutzmechanismus

ausgesetzt, in dem typische Stufen der Entwertung zur Ambivalenzvermeidung einsetzen: Der Helfer wird idealisiert, als vollkommen und allmächtig erlebt. Durch kleinste Kränkungen kippt die Beziehung, der andere wird total bedeutungslos, ohne Trauer aufgegeben und entwertet. Es folgt der Rückzug in Größenphantasien und in die Illusion der Unabhängigkeit von der Bezugsperson (vgl. Stauss, 1994, S. 79 f).

Besonders irritierend, gar verletzend wirken sich die plötzliche Ablehnung und Entwertung der Person und der Angebote des Professionellen aus, wenn die Hilfe gerade ein hohes Engagement erforderte und sie sich besonders schwierig gestaltete (vgl. Rauchfleisch, 2001, S. 95). Die Abwertung der Bezugsperson berührt oft den moralischen Kern, worauf dann eher mit Verachtung und Degradierung reagiert wird und man geneigt ist, den Klienten loswerden oder abschieben zu wollen. Denkbar ist auch, dass bei anhaltender negativer Übertragung durch den Betroffenen frühere konfliktbeladene Beziehungen des Sozialarbeiters reaktiviert werden, die die eigene Selbstachtung und -vorstellung im Kern der Ich- Identität untergräbt und ein Sog in regressive Phänomene von Abhängigkeitswünschen, Omnipotenz- und Verschmelzungsbedürfnissen aufkommt (vgl. Rhode- Dachser, 2000, S. 159 ff).

Wird die Zusammenarbeit nicht gewollt, die Person des Sozialarbeiters abgelehnt, entsteht eine der schlimmsten antizipierbaren Alltagssituationen: Es kommt die Befürchtung auf, nicht professionell genug handeln zu können, die Basis der Arbeitsbeziehung - Vertrauen, Respekt und Kontinuität - steht in Frage und der Betroffene soll zu einem erreichbaren Ziel gebracht werden, wohin er selbst nicht will. Insbesondere, wenn zuvor Idealisierungs- und Abhängigkeitsbedürfnisse auf den Helfer projiziert wurden, eine Identifizierung, sich als die einzige Hoffnung für den Klienten zu definieren und sich für alles verantwortlich zu fühlen, stattgefunden hat, ist der Schritt in den Burnout aufgrund überhöhter Anforderungen an sich selbst naheliegend (vgl. Beer, 2003, S. 171 f).

Weil Betroffene in der Begleitung und Arbeitsbeziehung Urmisstrauen und die darin liegende negative Identität, benachteiligt, ausgebeutet oder verletzt zu werden, aktivieren, kann die Hilfe geradezu als Angriff auf den Kern ihrer Persönlichkeit empfunden und muss abgewehrt werden. Aus diesem Verständnis heraus ist an der einmal gegebenen Betreuungs- oder Behandlungszusage festzuhalten (vgl. Rauchfleisch, 2001, S. 95 f).

Um ein tragbares Arbeitsbündnis zu etablieren, gilt es, primitive Übertragungsdispositionen wie extreme Idealisierungen, magische Erwartungen und manifeste negative Übertragungen aktiv zu klären. Gemäßigte positive Übertragungen bleiben uninterpretiert und dienen der Stärkung der Arbeitsbeziehung (vgl. Rauchfleisch, 2001, S. 48 f). Auszugehen ist davon, dass der Klient sich in der positiven Übertragung viel verletzlicher als in der negativen Übertragung erlebt. Besonders Mitteilungen positiver Gegenübertragungsgefühle werden häufig vom Betroffenen als unangenehm empfunden. Trotzdem gilt für den Umgang mit Gegenübertragungsgefühlen freimütiges Mitteilen, in dem durchaus auch Hilflosigkeit oder Wut zum Ausdruck kommen kann. Für den Klienten wird die jeweilige Bezugsperson so als eigenständiges Individuum differenzierbar (vgl. Dulz und Schneider, 1997, S. 72 ff). Die zwischenmenschliche Gestaltung der Beziehung soll auf einen Mitarbeiter zurückfinden, der als reale Person mit Schwächen und Vorzügen, ohne automatisch schwach und inkompetent zu sein, in Kongruenz und Echtheit den Idealisierungs- und Entwertungstendenzen entgegenwirkt (vgl. Dulz, 1998, S. 188 f).

#### 2.7.5 Zum Umgang mit Nähe und Distanz

Zwischenmenschlich dominiert die Schwierigkeit der Regulation von Nähe und Distanz: Angst vor dem Alleinsein, bedingt durch schlecht ausgeprägte

intrapsychische Repräsentanten wichtiger Bezugspersonen und begründet durch die Verwechslung von Abwesenheit mit manifester Verlassenheit, zieht Versuche nach sich, wichtige Bezugspersonen permanent zu binden. Und trotzdem induziert die ersehnte Nähe und Geborgenheit ein hohes Maß an Angst, Schuld und Scham. Es werden zeitgleich konträre Schemata aktiviert: Zärtlichkeit und Geborgenheit aktivieren Selbstwahrnehmungen, gewalttätig und zerstörerisch zu sein; Macht, Unabhängigkeit und Autonomie generieren das Bedürfnis nach bedingungsloser Zuwendung und Liebe; sexuelle Lust degeneriert in massive Autodestruktion; Vertrauensaufbau rekrutiert die Erwartung traumatischer Grenzüberschreitungen. Häufige Distanzierungs- und Wiederannährungsversuche sind die Folge.

Auffällig ist eine Art aktive Passivität als Demonstration von Hilflosigkeit und Leid zur Erlangung von Unterstützung und Kontaktaufnahme. Die Aggrivierung von demonstrativ hilflosen Verhaltensmustern führt zur Überlastung der Sozialkontakte: „ Es herrscht die Vorstellung, wenn das Gegenüber nur tatsächlich wahrnehmen würde, wie schlecht es mir geht, hätte es auch die Macht dazu, mein Befinden erheblich zu verbessern“ (siehe Brohnisch, 2000, S. 89).

Im Versuch, unter diesen Umständen eine belastbare Beziehungskontinuität aufzubauen oder eine förderliche Nähe- Distanz- Konstellation zu wahren, entgegnet dem Sozialpädagogen eine No- Win- Situation, in der Spannungsfreiheit, weil und wie er sie umsetzt oder nicht umsetzt, nicht gelingen kann. Werden hier vom Betroffenen zusätzlich Schuldzuweisungen, weil eigene Bedürfnisse vordergründig erscheinen, angeführt, kommt dem die klassische Situation des Unrechthabens hinzu. Verbale Attacken, Drohungen, maßlose Forderungen, das bewusste Herbeiführen von Streit können auftreten, um Willensbekundungen durchzusetzen. Durch drastische Stimmungsschwankungen oder plötzliche Gefühlsausbrüche kann die Situation unberechenbar werden und bedeuten für die Bezugsperson unter Umständen ständige Furcht und Unruhe vor potentiellen Angriffen (vgl. Greger u. Shirley, 2009, S. 89 ff).

Anspruchshaltung, rigoroses Bestehen auf Wunscherfüllung lässt den Eindruck entstehen, „ ...es bestehe bei ihnen eine Unmäßigkeit, eine extreme Ansprüchlichkeit und ein mitunter geradezu rücksichtsloses Bestehen auf dem eigenen Recht, wobei dieses `Recht` stets nur aus der ganz subjektiven Sicht des Betreffenden definiert wird“ (siehe Rauchfleisch, 2001, S. 94). In Verbindung mit impulsivem Verhalten und/oder angedrohter Selbst- und Fremddestruktivität wirkt dieses Verhalten provokativ. Um nicht mit Kränkung, Rückzug oder gar mit Aggression zu reagieren, ist es notwendig, durch szenisches Verstehen eine distanzierte Haltung einzunehmen, um zu versuchen, das Anliegen des Klienten zu dechiffrieren. Die hinterfragende Haltung soll unreflektiertes Gegenagieren vermeiden und der in der Impulsivität liegenden Botschaft durch förderlichen Dialog begegnen. Klare Strukturierung und Grenzsetzung, die keine Strafe bedeuten, sondern schützende Maßnahmen darstellen, sind dem Klienten als solche zu vermitteln (vgl. Rauchfleisch, 2001, S. 96 ff).

Das Gleichgewicht zwischen dem Angewiesensein auf andere und die Wahrung der Autonomie stellen für den Betroffenen ein Problem dar. Durch die Verweigerung von Autonomie, verbunden mit immensen Abhängigkeitsbedürfnissen, kann die Bezugsperson in der an sie herangetragenen Forderungen nach allumfassender Kontrolle mit der Entwicklung von Schuldgefühlen reagieren, in Folge dessen Verhalten unterwürfig wird. Unbewusst übernommene rigorose Verpflichtungen, das Gefühl erpresst zu werden und Ohnmachtserlebnisse lassen Aggressionen hervortreten, die die professionelle Identität in einer wohlwollenden Haltung untergraben. Die gefühlte Verpflichtung, volle Verantwortung für den scheinbar so wenig lebensfähigen Betroffenen übernehmen und gleichzeitig für alle erlittene Unbill entschädigen zu müssen, erzeugen zusätzlich Schuldgefühle (vgl. Rhode- Dachser, 2000, S. 158 ff).

An dieser Stelle ist im konkreten Umgang mit Irritationen und Krisen zu rechnen,



da die eigene Betroffenheit persönliche und berufliche Grenzen vermischt und es zu extremen Belastungen kommt. Problematisch erscheint nicht die Distanz zum Klientel, sondern eine zu große Nähe, die punktuell gefährlich werden kann. Der höchst subjektive Prozess im Umgang mit Nähe und Distanz ist deshalb in wechselseitiger Bedingtheit zu verstehen, der gemeinsam mit dem Betroffenen immer wieder neu und reflexiv in ein zu definierendes Gleichgewicht gebracht werden muss. Die Frage, wie weit eine Arbeitsbeziehung gehen darf, stellt sich fortlaufend, variiert und ist permanent zu reflektieren, auf welcher Ebene beruflicher und persönlicher Betroffenheit agiert wird. Sicherheit und Konstanz im Arbeitsfeld stehen im Zusammenhang mit der Kategorie 'Erfahrung' und bedeuten, mit zunehmender Dauer eine reflektierte Distanz zum Klientel einzuhalten, nicht zuletzt, um sich auch vor potenziell realen Gefahren zu schützen (vgl. Harmsen, 2004, S. 221 ff, 328 f). Der Versuch, private Nähe herstellen zu wollen, unterminiert die Tragfähigkeit der Beziehung (vgl. Dulz u. Schneider, 1997, S. 74).

#### 2.7.6 Variablen subjektiver Haltung und strukturierten Umgangs

Grundsätzliche Aspekte der Begegnung wie Respekt, Vertrauen, Grenzen, Zeit, Angst und Gewalt sind keine festen Größen, sondern in ständiger Bewegung (vgl. Clausen/ Dresler/ Eichenbrenner, 1996, S. 114 ff). Die Gefühle des Mitarbeiters, des Teams oszillieren in ständiger Inkonstanz aufgrund laufender Anpassung der Vorgehensweise (vgl. Dulz, 1998, S. 186 f). Entsprechend den jeweiligen Bedürfnissen, Fähigkeiten und Grenzen ist ein flexibles Handeln des Sozialarbeiters, orientiert an der inneren Situation des Klienten, vorzuhalten, ohne unreflektiert mitzuagieren. Häufigkeit und Dauer sowie die Art der Begleitung, entsprechend der innerpsychischen Situation, bedeuten ein bereitzuhaltendes variables Setting (vgl. Dulz und Schneider, 1997, S. 69). Davon zu

differenzieren, ist aber die faktische oder tatsächliche innere und äußere Realität der Bezugsperson. Uneingeschränkte Erreichbarkeit als Angebot zu vermitteln, erzeugt eine trügerische Sicherheit, die gerade in Notfällen durch das Ausbleiben der Verfügbarkeit zu schwerwiegenden Folgen führen kann. Grenzssetzend zu handeln und Grenzsetzung als Fürsorge zu etablieren, bedeutet eine Ablehnung, symbiotisch zu verschmelzen, und eine verlässliche, stabile aber begrenzte Beziehung zu ermöglichen (vgl. Sachsse, 1999, S. 93 ff). Hierzu Kernberg (1983, S. 216): Es besteht die Gefahr, dass sich übermäßige pathologische Abhängigkeit des Betroffenen festsetzt und durch unbewusste Bedürfnisse, emotionale Zuwendungen immer wieder zerstören zu müssen, Regressionen gefördert werden.

Den Fokus auf Veränderung des Klienten zu legen, sei es auf der Motivationsebene oder durch Verbesserung ihrer Fähigkeiten, wird vom Borderline- Patienten oft als missachtend erlebt und führt zu plötzlichem Rückzug, Noncompliance, Gegenangriff oder Therapieabbruch. Hierzu im Widerspruch bedeutet ein nicht aktives und nicht veränderungsorientiertes Bemühen des Professionellen für den Klienten, als missachte man ihr Drängen auf Veränderung und er wird unfähig, sich selbstständig zu verändern, bis mehr Hilfe zur Verfügung steht. Dieser fortwährende Widerspruch ist zu akzeptieren und auszubalancieren (vgl. Brohnisch, 2000, S. 101 f).

Insofern das Prinzip „Hilfe zur Selbsthilfe“ Nichthilfe intendierende Hilfe ist, wird der Klient auf sich selbst zurückgeworfen und verbleibt möglicherweise in Ohnmacht und Hilflosigkeit. Die Entscheidung darüber, wie weit Hilfe indiziert ist, hängt von Tragfähigkeit, Frustrationstoleranz und sozialer Kompetenz der Persönlichkeit ab und ist stets eine Gradwanderung zwischen Überforderung und Dekompensation einerseits und Unterforderung und Infantilisierung andererseits (vgl. Rauchfleisch, 2001, S. 18 f).

Die Balance bedeutet für die Arbeitsbeziehung, fragil zu sein und kann zum

Auslöser der beschriebenen Abwehrmechanismen, Spannungen, Dissoziationen und Ängsten werden. Die Angst als solche ist beschreibbar als Erleben des Fehlens jeglicher Geborgenheit in der Welt, als Hineingehaltensein in das Nichts und als Sorge um das Seinkönnen überhaupt. Hierin liegt eine gewaltige Ohnmachtserfahrung in Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins. Sie kommt einem Weltzusammenbruch gleich, der in einem tiefen Mangel an interpersoneller Sicherheit begründet ist (vgl. Heidegger in Rattner, 1999, S. 34). Da auf Nähe jeglicher Art in der Arbeit mit Betroffenen unsägliche Angst folgt, ist das Bemühen, Klienten zu halten, die sich nicht halten lassen wollen, fundamental. Immer wieder kann die Bezugsperson schweren Vorwürfen und Missachtungen ausgesetzt sein und das Durchhaltevermögen strapaziert werden (vgl. Dulz, 1998, S. 187).

Die Beziehung ist nur dann herstellbar und tragfähig, wenn Betroffene sich gehalten und geschützt fühlen. Umgekehrt, in einer allgemeinen Atmosphäre der Unsicherheit, ist das Gelingen einer jeden Therapie ohne Vertrauen und Sicherheit auch auf Seiten des Personals nicht möglich. Die haltende Funktion einzunehmen, setzt eine innere, authentische Einstellung und kongruente Bereitschaft zum Halten voraus (vgl. Dulz u. Schneider, 1997, S. 69 f).

Es stellt sich die Frage, ob der Förderung dieses konkreten Menschen viele Stunden gewidmet werden können und die Umsetzung auch gewollt ist. In der konkreten zwischenmenschlichen Beziehung fließt die persönliche Beziehungsfähigkeit des Helfers ein und er steht als Selbstobjekt, in welcher Art von Person er und wie er im Bereich der persönlichen, realistischen Beziehung sich dem Klienten darbietet, in Prüfung (vgl. Sachsse, 1999, S. 89 f). Das Vorhandensein von Abneigung reduziert die Begegnung in einen formalen korrekten Umgang, verhindert aber eine therapeutische Beziehung (vgl. Dulz u. Schneider, 1997, S. 94). Wer primär BPS- Betroffene nicht mag, sollte ein Engagement unterlassen. Ein konstruktives Arbeitsbündnis kann ohne Sympathie

nicht entstehen (vgl. Dulz, S. 187). „Nur Sympathie heilt ... Verständnis ist notwendig, uns die Sympathie an die richtige Stelle (Analyse), in der richtigen Art anzuwenden. Ohne Sympathie keine Heilung“ (siehe Ferenczi, 1988, S. 265). Um belastende Situationen aushalten und eine zuverlässige, haltende Beziehung austarieren zu können, ist Sympathie geradezu eine Voraussetzung, - auch zur Vermeidung überzogener Reglementierung (vgl. Dulz u. Schneider, 1997, S. 93/94).

Notwendige Grenzsetzung und Kontrolle des Agierens oder auch die Konfrontation des Klienten durch den Mitarbeiter, insbesondere mit verleugneten realen Gefahren, birgt das Risiko in sich, aufgrund unreflektierter Reaktionen auf Inszenierungen der Betroffenen sich in kontraproduktive Verstrickungen zu verlieren und selbst durch Gegenagieren den Respekt vor der Integrität des Klienten zu verlieren. Insofern erscheint das Einhalten bzw. das Zurückfinden in Abstinenz und Neutralität notwendig; auch als Voraussetzung für einen flexiblen Umgang, nicht befangen zu sein und nötige Strukturierungen vornehmen zu können.

Der Widerspruch zwischen Neutralität und Sympathie soll in Verbindung mit der haltenden Funktion, einer Mischung aus kontrolliertem Vorgehen und Sympathie, nivellieren (vgl. Dulz u. Schneider, 1997, S. 74/ 93 ff).

Trotz Ausbalancierungen, strukturierten Vorgehen, spezifischer subjektiver Haltung und Veränderungswillen, an der desolaten Lebenslage etwas korrigieren zu wollen, kumulieren Betroffene durch erfolglose Aneinanderreihungen von verzweifelten Versuchen, Besserung zu erlangen, in eine geradezu lähmende Passivität, die in tiefe Resignation als Lebensgrundgefühl münden kann. Positive Veränderungen in der Gefühlslage von Hoffnungs- und Hilflosigkeit sind nur schwer oder gar nicht vorstellbar, da sie in der Wahrnehmung des Klienten doch nur zu weiteren Enttäuschungen führen. Ein Minimum an Mitarbeitsfähigkeit und -bereitschaft, also eine grundlegende Behandlungsmotivation ist unter diesen

Umständen nicht voraussetzbar, sondern ist selbst als Teilziel der Betreuung zu betrachten. Bei fehlender Eigeninitiative - gerade in Notsituationen - entsteht der Eindruck, es lohne sich nicht und es setzt ein Sog in lähmende Perspektivlosigkeit, Ärger und Wut ein. Die eigene Resignation des Sozialarbeiters verdeutlicht in der Gegenübertragungsreaktion etwas über den Kampf, der im Innern des Klienten tobt. Aus diesem Grund ist stellvertretend für den Betroffenen an der Funktion des Professionellen als Hoffnungsträger festzuhalten (vgl. Rauchfleisch, 2001, 92 ff/ 100 f). Speziell wiederkehrende Bestätigungen grundsätzlicher Beziehungs- und Liebesfähigkeit sind für den Klienten bedeutsam, weil sie oder er sich weder als liebenswert noch liebensfähig erleben (vgl. Dulz u. Schneider, 1997, S. 73).

#### 2.7.7 Zusammenarbeit im Team und mit Drittpersonen

Mehr Härte, mehr Schonung- zwei gegensätzliche Tendenzen inszenieren sich nicht nur in der einzelnen Bezugsperson, sondern auch im Behandlungsteam wieder. Die Spaltung zwischen Überhärte und süchtiger Verwöhnung, über die das Team oft in Auseinandersetzung und in Schuldzuweisungen geraten kann, überfordert nicht selten. Das Team hat die Aufgabe, sich als Projektionsträger zu erkennen und Gegenübertragungsgefühle und -reaktionen professionell zu verstehen und in Fürsorge achtsam miteinander umzugehen (vgl. Sachsse, 1999, S. 22 ff).

Fernab maximaler Kooperation der Teammitglieder wirkt aufgrund der Spaltungsversuche die Uneinigkeit pathologisierend und die Behandlung muss möglicherweise scheitern. Ständiger Austausch und laufendes Absprechen der Maßnahmen bilden die elementare Voraussetzung für die Zusammenarbeit (vgl. Dulz u. Schneider, 1997, S. 78).

Im Netzwerk der Helfer können Interaktionspartner des Klienten miteinander in

Konflikt geraten, wenn ein unkoordiniertes Nebeneinanderherarbeiten stattfindet. Bezugspersonen, zu denen Beziehungen unterhalten werden, fungieren nicht selten als Projektionsfläche widerstreitender Gefühle und überzogener Erwartungen. Ohne eine enge Zusammenarbeit der an der Betreuung Beteiligten besteht das Risiko, dass durch die Tendenz, verschiedene involvierte Personen gegeneinander auszuspielen, die Problematik nicht abgebaut, sondern verstärkt wird. Es ist notwendig, die Bezugspersonen persönlich kennen zu lernen und im Vorgehen gemeinsame Sitzungen mit starker Beteiligung des Klienten zu wählen, um abschätzen zu können, welche Rolle diese Menschen einnehmen und wie weit Schilderungen und Realität übereinstimmen. Dieses Vorgehen soll Übertragungsdispositionen deutlich machen, Schutz vor einem Mitagieren bei Spaltungstendenzen bieten und die Abstimmung gemeinsamer Betreuungs- und Behandlungsstrategien ermöglichen. Der Klient kommt so in eine Situation, Freund- Feind- Kategorien, Alles oder Nichts Prinzipien, projektive Wahrnehmungsverzerrungen, Verleugnungen oder Idealisierungen und Entwertungen erkennen und integrieren zu können, was der Förderung von Verantwortungsübernahme und Autonomie entgegenkommt.

Für den handelnden Sozialarbeiter bedeutet die Konfrontation mit auffälliger Vertrauensseligkeit oder überzogenen Anlehnungs- und Distanzierungsbedürfnissen, sich mit dem Problem auseinanderzusetzen und aus einer Haltung des sinnvollen konstruktiven Misstrauens heraus reflexive Distanz zu wahren, nicht instrumentalisiert zu werden (vgl. Rauchfleisch, 2001, S. 30 ff).

#### 2.7.8 Supervision und Belastungsgrenzen

Der Umgang mit Klienten bedingt in besonderem Maße, Beziehung und Kommunikation zu gestalten und bedeutet für den handelnden Sozialpädagogen, in Arbeitsbeziehungen einzutreten, die in der Interaktion des Arbeitsfeldes

Subjektivität besonders einfordert und damit analytisch relevant wird. Die Rollengestaltung im Arbeitsfeld ist ursprünglich subjektiv definiert und kann nicht immer von persönlichen Entwicklungen getrennt werden. Person und Rolle überschneiden sich, da nicht klar ist, wo die Eine anfängt und die Andere aufhört, was als Spannung erlebt wird und zu massiven Identitätsdiffusionen führen kann. Zufriedenheit und Belastungen unter hohem Engagement und individueller Motivation sind im alltäglichen Handeln persönlichen und strukturellen Grenzen ausgesetzt, die die persönliche und berufliche Betroffenheit beeinflussen und reflexiv betrachtet werden müssen, um die Grenzen des Machbaren akzeptieren zu können (vgl. Harmsen, 2004, S. 218/ 220/ 223 ff).

Die Einschätzung der eigenen Belastbarkeit und damit die Wahrnehmung der eigenen Grenzen sind von großer Wichtigkeit. Um Überlastungen zu reduzieren und so das Arbeitsklima zu verbessern, sind zur Verfügung stehende Kapazitäten frühzeitig zu reflektieren. Jeder ist unterschiedlich belastbar, subjektive Grenzen variieren.

Durch die Sorge um den Klienten, durch die Angst, die häufig fragilen Beziehungen zu gefährden, entsteht die Neigung, störendes oder schädigendes Verhalten zu lange zu tolerieren, mit der Folge, in Erschöpfung den Beziehungsabbruch zu initiieren. Die variablen Grenzen der Belastbarkeit sind fortwährend transparent zu machen, damit die Akzeptanz der Grenzen dem Wohle des Klienten dienen kann (vgl. Brohnisch, 2000, S. 102 ff).

Wiederholte und heftige Kränkungen durch Klienten kann Wut hervorrufen und die anfänglich fürsorgliche Haltung schlägt in absolute Ablehnung um. Wegen möglicher heftiger Reaktionen ist zum Schutz des Klienten und des Teams eine Unterbrechung oder Aufgabe der Therapie in Betracht zu ziehen. Insbesondere bei anhaltender aggressiver Gegenübertragung ist die Fortsetzung einer Beziehungsgestaltung nicht mehr möglich (vgl. Dulz u. Schneider, 1997, S. 44 ff / 97). In Phasen erheblicher psychischer Belastungen kann ein Mitarbeiter oder das

Team ausbrennen (Burnout). Aufgrund der diffusen Angst der Klienten, der Angst vor dem und um den Klienten und der Angst vor Fehlern ist es wichtig, dass der Mitarbeiter oder das Team auftanken, eine Angstreduktion in der Supervision oder anderswo folgen kann. Gerade das Phänomen des Agierens, was gewissermaßen an Bezugspersonen weitergegeben wird, ist mit Hilfe der Supervision zu erkennen und zu neutralisieren. Zur Erlangung und Wiederherstellung von Ausgangsfaktoren wie Sicherheit, unaufdringliche wohlwollende Neutralität und Sympathie ist Supervision in Sinne des Klienten und der Mitarbeiter unumgänglich (vgl. Dulz, 1998, S. 187 ff).

Von chronischer Gegenübertragungsfixierung spricht Kernberg (1983, S. 87), wenn bereits überwundene Charakterzüge der Bezugsperson im Umgang auftreten und ein emotionaler Abbruch einsetzt oder ein unrealistischer totaler Einsatz erkennbar wird oder paranoide Einstellungen auftauchen.

Ein bedeutsames Moment in der Neutralisierung und Bewältigung der Auswirkungen von Aggressionen und Autoaggressionen in der Gegenübertragung nimmt die Sorge ein. Die Sorge umfasst das Wissen um den Ernst der destruktiven und selbstdestruktiven Impulse des Klienten, um die Möglichkeit des Auftretens solcher Impulse und die notwendige Begrenztheit aller Bemühungen. Sie umfasst auch den echten Wunsch und das Bedürfnis trotz vorübergehender 'Schlechtigkeit' des Klienten, ihm zu helfen. Sorge bedeutet Hoffnung, nicht die Gewissheit, dass Destruktivität und Selbstdestruktivität in Einzelfällen überwunden werden können.

Konkrete Auswirkungen der eigenen Betroffenheit in der Sorge äußern sich in beständiger Selbstkritik, in der Weigerung, unmögliche Situationen in passiver Weise zu akzeptieren, in der unablässigen Suche nach Bewältigungsmöglichkeiten in länger anhaltenden Krisen und außerdem in der Bereitschaft, sich zum Fall mit Kollegen oder dem Supervisor auszutauschen (vgl. Kernberg, 1983, S. 83 ff).



### 2.7.9 Grundannahmen zu instrumentellen, reflexiven und sozialen Kompetenzen

Insofern die beschriebenen Leitlinien und konzeptionellen Inhalte als Referenzpunkte des handelnden Sozialpädagogen dienen, ergeben die aufgeführten und anzunehmenden Schwierigkeiten in der faktischen Arbeitsbeziehung auf basaler Ebene, dass das Erleben von Inkongruenzen oder Widersprüchen Fähigkeiten, Fertigkeiten oder gar Verhaltensroutinen irritieren. Ein expliziter Bezug auf psychodynamisches Verständnis und Verfügbarkeit von Fachwissen erscheint zur konstruktiven Klärung und situativen Orientierung unverzichtbar. Insbesondere in der im Rahmen von Übertragung und Gegenübertragung auftretenden Prägung der Interaktionen durch den Sozialpädagogen ist das eigene Beteiligtsein als Person und in subjektiver Betroffenheit zu akzeptieren und zu reflektieren. Die Reflexivität, um der besonderen Strukturiertheit und Dynamik sinnvoll begegnen zu können, bedeutet Einfühlung, Verständnis und Distanzierung gleichermaßen. Das eigene Gewordensein kommt im intersubjektiven Handeln zum Ausdruck und beeinflusst die Art der Befindlichkeit in vorgängiger Erfahrung und in aktuellen Situationen. Stehen persönliche Betroffenheit, Beziehungsqualität, Leitlinien und Konzeption in konträrer Spannung zueinander, sind unter divergierenden Situationsvariablen Handlungsspielräume auszuloten bzw. Komplexitäten zu reduzieren, dass eine Zunahme von Aufklärung und Verselbständigung Handlungsmöglichkeiten aller Beteiligten vergrößert. Reflexives Erkennen von Grenzen eigener Praxis bedeutet verantwortungsvolles Handeln, nicht in situative Befangenheit zu geraten, aber eine empathische und zugleich distanzierte Haltung sichern zu können (vgl. Geißler u. Hege, 2001, 227 ff).

### 3. Allgemeine und abschließende Betrachtungen praxisbezogener Erfahrungen

Die Erhebung der empirischen Informationen beruhen auf Aufzeichnungen aus einer thematischen Teamsitzung zur BPS, aus zwei problemzentrierten Interviews von zwei Mitarbeiterinnen und einem schriftlich erstellten problemzentrierten Interview einer Betroffenen. Die Aufzeichnungen liegen digital archiviert vor. Das schriftliche Interview steht in handschriftlicher Form zur Verfügung.

Es ist festzustellen, dass tendenziell die Betrachtungen und Ausführungen der Befragten eine hohe Übereinstimmung mit den theoretischen Ausarbeitungen ergeben haben. Ausdrucksweise und Formulierungen haben einen individuellen und perspektivisch bedingten Erfahrungskontext, sind aber deutlich übereinstimmend den jeweiligen theoretischen Aspekten sinngemäß zuzuordnen.

### 4. Anhang

#### 4.1 Interviewleitfaden zur Befragung der Mitarbeiterinnen

Die Verwirklichung sozialpsychiatrischer Leitlinien, wie Subjektorientierung, Einbeziehung sozialer Kontexte, Partizipation und Stabilisierung im Alltag, soziale Integration, psychische Stabilisierung und Förderung von Autonomie unter Beachtung des Eigensinnes, dem Fühlen und Denken des Klienten, trifft in der konkreten Begegnung auf die Notwendigkeit, im kooperativen Diskurs mit dem Klienten einen Konsens zu finden, in dem eine tragbare Beziehung im Sinne von Akzeptanz, Vertrauen, Kontinuität, Mitarbeit und Wirksamkeit entstehen kann.

1a) Findet sich die Notwendigkeit dieser Aspekte in Ihrer Beziehungsgestaltung mit Betroffenen wieder und welche Bedeutung würden Sie ihnen zuschreiben?

1b) Wie erreichen Sie Akzeptanz, Kooperation und Mitwirkung auf Seiten des Klienten und welche Bedeutung hat dabei der Begriff Anteilnahme?

1c) Anteilnehmen und Impulsgebung im Sinne von förderlicher Veränderung durch den Professionellen bedingen allerdings das Überschreiten der gegebenen Situation und damit eine gewisse Distanzierung. Wie kann Veränderung erreicht werden, ohne die Kooperation und Akzeptanz des Betroffenen zu unterlaufen?

2a) Ist aus Ihrer Erfahrung heraus ein Zusammenhang zwischen empathischer Einstimmung des "Professionellen" und der Möglichkeit zum Übertragungsobjekt von Abwehrmechanismen wie Projektion, projektive Identifizierung, Verleugnung, Idealisierung/ Entwertung und Spaltung erkennbar und zu beschreiben?

2b) Besteht für Sie im Versuch, Vertrauen zu konsolidieren, die Gefahr, Idealisierungs- und Abhängigkeitstendenzen oder Misstrauen, Ablehnung und Angst zu generieren?

2c) Verstehen Sie sich in der Arbeitsbeziehung als Übertragungsobjekt/ Projektionsträger möglicher Borderline- typischer Beziehungsmuster? Warum?

2d) Besteht für Sie und trotz des Verständnisses, als Übertragungsobjekt zu fungieren, aufgrund tendenziell pathogener Beziehungsangebote die Gefahr der Affektansteckung, eigenen psychischen Schmerz zu erleben? Welche Bedeutung hat dies für Kontinuität versus Diskontinuität der Beziehungsgestaltung?

2e) Wie ist die Funktionalisierung der Beziehung zum Helfer erklärbar und wie sollte mit dieser umgegangen werden?

3a) Welche Gefühle sind in der Beziehungsdynamik bei Ihnen besonders präsent?

- 3b) Was macht das Erleben dieser Gefühle in der Arbeit schwierig?
- 3c) Sehen Sie Angst und Angstminimierung als einen zentralen Aspekt und als Voraussetzung im Umgang an und warum?
- 4a) Welche Themen sind im Zusammenhang mit Missbrauch und Misshandlung besonders präsent?
- 4b) Sehen Sie besondere Gefahren im Umgang mit diesem Thema- sowohl für die Betroffene als auch für die Betreuerin?
- 4c) Ist im Vorgehen gegenüber diesem Thema eine besondere Zurückhaltung zu beachten? Warum?
- 4d) Was erleben Sie gegenüber dieser Problematik?
- 5a) Wie erklären Sie sich selbstverletzendes Verhalten der Klientin?
- 5b) Was löst die Mitteilung eines Selbstverletzungsimpulses bei Ihnen aus?
- 5c) Sind Sie im Zusammenhang mit SV in double- bind - Situationen konfrontiert worden- im Sinne einer Hilfe verweigernden Klage? Wie sind Sie damit umgegangen?
- 5d) Sind Mitleid versus Wut oder Überhärte versus süchtiger Verwöhnung in der Gegenübertragung zu erleben? Wie konnten Sie damit umgehen?
- 5e) Besteht aus Ihrer Sicht die Gefahr, SV zu katastrophieren (wegen möglicher Suizidalität) oder zu unterschätzen ( wegen unterstellter Manipulationsabsichten)? Wie ist hier zu differenzieren?
- 5f) Wie würden Sie Ihre eigene Betroffenheit im Umgang mit Autoaggressionen und potentieller Suizidalität des Klienten beschreiben? Wo liegen hier die Schwierigkeiten?
- 5g) Sehen Sie in diesem Zusammenhang eine Korrelation zwischen Belastung, eigener Befindlichkeit und wertschätzenden Umgang mit dem Klienten? Welche Möglichkeiten sehen Sie, zu einer ressourcenvollen Befindlichkeit

zurückzufinden?

5h) Welche Bedeutung erhält die Selbstfürsorge für sich und untereinander (im Team)?

6a) Wie erleben Sie den Wechsel zwischen Idealisierung und Entwertung durch den Klienten?

6b) Was fühlen Sie insbesondere bei der Abwertung bzw. Entwertung der eigenen Person und Arbeit?

6c) Sehen Sie ein Risiko, die eigene Selbstachtung und Ich- Identität bei anhaltender negativer Übertragung zu verlieren? Warum?

6d) Entwertung unterläuft die Basis der Arbeitsbeziehung (Vertrauen, Respekt und Kontinuität) und kann die eigene Professionalität in Frage stellen- Wie ist hier in subjektiver Einstellung ein möglicher Burnout zu vermeiden?

6e) Sollte trotzdem eine Behandlungs- und Betreuungszusage beibehalten werden? Können Sie dies begründen?

6f) Wie gehen Sie mit primitiven Übertragungsdispositionen (extreme Idealisierung, manifeste negative Übertragung) um?

6g) Freimütiges Mitteilen von Gegenübertragungsgefühlen soll Idealisierungs- und Entwertungstendenzen entgegenwirken. Findet sich dieses Vorgehen in Ihrer Arbeit wieder und mit welcher zu beobachtenden Wirksamkeit?

7a) Wie erleben Sie den Umgang mit Nähe und Distanz in der Betreuung? Und wie ist der Wechsel zwischen Distanzierungs- und Wiederannährungsversuchen zu erklären?

7b) Konnten Sie in Ihrer Arbeit eine gewisse aktive Passivität bei Ihrer Klientin als Demonstration von Leid und Hilflosigkeit zur Erlangung von Hilfe und Kontaktaufnahme beobachten? Wie sind Sie darauf eingegangen?

7c) Ist aus Ihrer Sicht eine wirklich spannungsfreie Nähe- Distanz- Konstellation

möglich?

7d) Sind im Zusammenhang Schuldzuweisungen, Anspruchshaltungen und Impulsivität aufgetreten und wie wirkt dieses Verhalten auf Sie?

7e) Ist für Sie die Entwicklung eigener Schuldgefühle und unterwürfigen Verhaltens zu berücksichtigen gewesen?

7f) Sehen Sie ein Risiko, unter gefühlten rigorosen Verpflichtungen gegenüber dem Klienten erpresst zu werden, so dass eine professionelle wohlwollende Haltung untergraben werden könnte? Warum?

7g) Besteht für Sie ein Zusammenhang zwischen zu großer Nähe, eigener Betroffenheit und Belastungen? Wieso?

7h) Wie könnte ein angemessener Umgang mit Nähe und Distanz aussehen und umgesetzt werden? Und welche Bedeutung hat der Begriff 'Erfahrung' in dieser Fragestellung?

8a) Ist aus Ihrer Sicht eine besondere Variabilität im Vorgehen gefordert? Und warum?

8b) Sehen Sie für die Variabilität und Verfügbarkeit des Helfers notwendige Grenzen?

8c) Welche Funktion nimmt die Grenzsetzung in der Strukturierung des Umgangs für Sie ein?

8d) Findet sich in ihrer Arbeit der Zusammenhang Symbiose, Abhängigkeiten, Regressionstendenzen wieder?

8e) Wie erleben Sie die Reaktionen der Betroffenen auf beabsichtigte Veränderungen im Sinne von Verbesserung?

8f) Wie findet das Prinzip 'Hilfe zur Selbsthilfe' als Nichthilfe intendierende Hilfe in ihrer Betreuung Berücksichtigung? Sehen Sie besondere Risiken?

8g) Welche Haltung nehmen Sie gegenüber der Angst und Unsicherheit des Klienten ein?

8h) Welche Bedeutung nimmt für Sie die Wirkung aus Ihrer natürlichen Person heraus gegenüber dem Klienten ein?

8i) Wie sind hier Sympathie und Abneigung einzuordnen?

8j) Besteht die Notwendigkeit, in der Betreuung eine gewisse Neutralität einzuhalten und warum?

8k) Wie gehen Sie mit Resignation, Hoffnungs- und Hilflosigkeit des Betroffenen um? Ist der Professionelle unter Umständen auch als Hoffnungsträger zu betrachten?

9a) Wie sollte die Zusammenarbeit im Team oder mit Drittpersonen gegenüber dem Klienten aussehen? Warum?

9b) Sehen Sie im Begriff des sinnvollen konstruktiven Misstrauens eine notwendige Möglichkeit, Spaltungstendenzen und Instrumentalisierungen von Mitarbeitern zu vermeiden?

10a) Ist aus Ihrer Sicht eine Überschneidung von beruflicher und persönlicher Betroffenheit unter Belastungsmomenten zu beschreiben?

10b) Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen eigener Zufriedenheit, Belastbarkeit und persönlicher Betroffenheit mit dem Begriff wertschätzenden Umgang?

10c) Wie gehen Sie mit den eigenen Belastungsgrenzen gegenüber dem Klienten um?

10d) Unter welchen Umständen ist eine Betreuung aus Ihrer Sicht nicht mehr tragbar?

10e) Wie sind aus Ihrer Sicht Ausgangsfaktoren wie Sicherheit, wohlwollende Neutralität und Sympathie wiederzuerlangen? Welches Moment nimmt hier das Team oder die Supervision ein?

10f) Was bedeutet für Sie, um den Klienten in Sorge zu sein? Hat die Sorge

Auswirkungen auf die eigene negative Gegenübertragung?

11a) Ist ein expliziter Bezug auf psychodynamische Erklärungsmodelle als situative und reflexive Orientierung für Klient und Betreuer wichtig?

11b) Welche Bedeutung hat für Sie in der konkreten Arbeit die eigentliche Reflexivität gegenüber dem eigenen Beteiligtsein, Grenzen eigener Praxis, situativer Befangenheit, Empathie und distanzierter Haltung?

#### 4.2 Interviewleitfragen für die Betroffene

Hallo K.,

eingangs möchte ich mich bei Dir für die Zusage und Bereitschaft, an den folgenden Fragestellungen im Zusammenhang meiner Diplomarbeit mitwirken zu wollen, bedanken.

Das Thema lautet; - Borderline- Persönlichkeitsstörung: Eine Suche nach Grundhaltung, Handlungsmaxime und Grenzen begleitender Sozialarbeit in einer sozialtherapeutischen Wohngruppe-.

Im Focus der Betrachtung steht die konkrete Begegnung zwischen Klienten und Sozialarbeiter, in der spezifische Sichtweisen, Handlungsmuster und Gefühle im Sinne von Übertragung und Gegenübertragung beider Personen als auch anderer Beteiligter in die Beziehung Eingang finden. Vertrauen, Kontinuität und Respekt als grundlegende Faktoren für eine gelingende Arbeitsbeziehung sind laut meinen theoretischen Ausarbeitungen über die BPS häufig Irritationen ausgesetzt und bedeuten für Beteiligte das Erleben von Gefühlen besonderer Intensität, auch in Hinsicht einer Balance im Befinden zwischen Zufriedenheit, Belastbarkeit und Wertschätzung. Gefühle wie Euphorie, Freude, Spaß, Glück und Entspannung,



aber auch Hilflosigkeit, Verwirrung, Angst, Verzweiflung, Depression, Hass, Neid und Todeswünsche werden als 'Allgemeingut' verstanden, sozusagen in gegenseitiger Affinität. Um in der Arbeit eine gelingende und förderliche Kontaktgestaltung aufbauen und wahren zu können, zielt die Untersuchung auf Fragen nach einer adäquaten subjektiven Haltung und entsprechenden Handlungsmöglichkeiten gegenüber den spezifischen Symptomen, Abwehrmechanismen und Ursachen. Implizit sind auch Grenzen mit zu betrachten, die die Begleitung bedingen oder ausschließen könnten.

Die Fragen oder Antworten erfordern keinen Perfektionsanspruch. Wichtig ist Deine individuelle und damit einmalige Sichtweise, die nicht Allgemeingültigkeit haben muss, sondern aus Deinen persönlichen Erfahrungen im Umgang mit den jeweiligen Bezugspersonen erwachsen sind. Dinge, die Du nicht beantworten oder beschreiben möchtest oder kannst, lässt Du bitte aus oder fragst nach, um Missverständnisse zu vermeiden. Ergänzende Mitteilungen oder weiterführende Themen, die Dir wichtig erscheinen, sind ausdrücklich erwünscht.

1. Wie erlebst Du die anfängliche Kontaktgestaltung zu Bezugspersonen, in der Dir ein Bemühen um Verständnis, emotionaler Anteilnahme und Vertrauen erkennbar wird?
2. Ist das Entstehen von Idealisierungs- Abhängigkeitstendenzen oder von Misstrauen, Ablehnung und Angst im Kontaktaufbau aus Deiner Erfahrung heraus möglich und wie wurde damit umgegangen?
3. Siehst Du zwischen empathischer Haltung, Affektansteckung und besonderer Beziehungsdynamik einen Zusammenhang und wie könnte dieser zu erklären sein?
4. Welche Gefühle sind in der Arbeit mit Dir für die Betreuer oder Therapeuten besonders präsent?

5. Warum stellen Angst und die Angstminimierung einen zentralen Faktor für eine gelingende Begleitung dar?
6. Wie ist mit dem Thema Misshandlung/ Missbrauch umzugehen und was sollte vermieden werden? Welche Reaktionen und Gefühle sind beschreibbar?
7. Wie sollte selbstverletzendem Verhalten von Seiten der “Professionellen” begegnet werden? Welche Reaktionen konntest Du beobachten und wie sind diese aus Deiner Sicht erklärbar?
8. Welche Gesichtspunkte sind bei auftretenden Suizidimpulsen zu berücksichtigen? Was bedeutet Suizidalität für die Beteiligten und wie ist mit dem Erleben umzugehen?
9. Besteht für Dich eine Wechselseitigkeit zwischen Idealisierung und Entwertung? Gab es besondere Reaktionen durch Betreuer oder Therapeuten und warum? Wie sollte eine angemessene Haltung diesbezüglich aussehen?
10. Welche Bedeutung haben Nähe und Distanz in der Begleitung für Dich? Welche Auswirkungen haben Nähe und Distanz auf die Beziehung und im Erleben des Betreuers? Wie könnte ein angemessener Umgang aussehen?
11. Ist Deiner Meinung nach in der Betreuung eine besondere Variabilität oder Flexibilität des Betreuers notwendig und warum? Ist die Erreichbarkeit oder Verfügbarkeit eines Betreuers für Dich wichtig? Wo siehst Du hier notwendige Grenzen?
12. Wie erlebst Du den an Dich herangetragenen Anspruch des Betreuers auf Veränderung im Sinne von Verbesserung (Motivation, Fähigkeiten, Alltagsgestaltung)?
13. Wodurch kann das Auftreten von Ängsten in der Betreuung gelindert werden? Ist hier eine besondere Haltung Deiner Bezugsbetreuerinnen aus Deiner Erfahrung erkennbar und zu beschreiben?
14. Welche Rolle spielt die Person des “Professionellen” als natürliche Person in seiner Wirkung auf Dich? Wie ist hier der Begriff Sympathie einzuordnen -

vielleicht auch aus der Sicht des Betreuers gegenüber dem Klienten? Was bedeutet Abneigung für die Arbeitsbeziehung? Authentizität?

15. Siehst Du einen Zusammenhang zwischen notwendiger Grenzsetzung, Konfrontation mit realen Gefahren und einer gewissen Neutralität des Helfers, um nicht mitzuagieren? Und warum?

16. Resignation, Hoffnungs- und Hilflosigkeit sind auch im Erleben des Betreuers wiederzufinden. Welche Bedeutung nimmt der Begriff des "Professionellen" als Hoffnungsträger für Dich ein?

17. Für die Zusammenarbeit im Team sind im theoretischem Sinn Spaltungstendenzen zwischen mehr Härte versus mehr Schonung in der Betreuung beschrieben worden. Uneinheitliches Vorgehen wirkt pathologisierend. Welche Erfahrungen hast Du mit widerstreitenden Ansichten und Interventionen der Betreuer gemacht und wie sollte damit umgegangen werden?

18. Siehst Du einen Zusammenhang zwischen Zufriedenheit, Belastbarkeit, und persönlicher Betroffenheit des Betreuers mit dem Begriff wertschätzendem Umgang? Wie sollte mit Belastungsgrenzen der Bezugsperson umgegangen werden? Wie sind hier Deine Erfahrungen?

19. Unter welchen Umständen ist eine Betreuung aus Deiner Sicht nicht mehr tragbar (Kränkungen, Aggressivität, Burnout, Angst)?

20. Wie sind aus Deiner Sicht Ausgangsfaktoren wie Sicherheit, wohlwollende Neutralität und Sympathie wiederzuerlangen?

21. Welche Bedeutung hat für Dich das Erleben der Bezugsperson in Sorge zu sein?

22. In faktischer Beziehung oder im basalen Geschehen der Begegnungen sind Klient und Betreuer in beiderseitiger Betroffenheit, im zum Teil konträren Intentionen, Spannungen und Gefühlen involviert. Ist ein expliziter Bezug auf psychodynamische Erklärungsmodelle für Beide notwendig? Warum?

23. Gemeinsame und transparente Reflexivität kann Handlungsmöglichkeiten

erweitern, lässt die Grenzen des Machbaren erkennen, verhindert situative Befangenheit, ermöglicht Empathie und zugleich eine distanzierte Haltung. Wie siehst Du diesen Zusammenhang?



## Literaturverzeichnis

Becker, H. Konfliktverarbeitung in psychiatrischen Institutionen. In Supervision in der Psychiatrie. Bonn 1998

Beer, D. Burnout als Berufsziel? Konstruktivistische Sozialarbeitswissenschaft als Anregung für eine Neuorientierung in der Ausbildung. Heidelberg 2003

Berner, W. Störungen der Sexualität: Paraphilie und Perversion. In Handbuch der Borderline- Persönlichkeitsstörung. Stuttgart 2000

Bernler, G./ Johnssen, L. Supervision in der psychosozialen Arbeit. Weinheim und Basel 1993

Bronisch, T./ Bohus, M./ Dose, M./ Reddemann, L./ Unckel, C.:  
Krisenintervention bei Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart 2000

Burger, D. Zur Supervision der stationären Therapie von Borderline- Patienten. In Supervision in der Psychiatrie. Bonn 1998

Clausen, J./ Dresler, K./ Eichenbrenner, D. Soziale Arbeit im Arbeitsfeld Psychiatrie. Lambertus- Verlag 1996

Dilling, H. Mombour, W. Schmidt, M.H. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Bern 2005

Dulz, B./ Sachsse, U.: Dissoziative Phänomene: vom Tagtraum über die Multiple Persönlichkeitsstörung zur Dissoziativen Identitätsstörung. In Handbuch der Borderline- Persönlichkeitsstörung. Stuttgart 2000

Dulz, B./ Schneider, A. Borderline- Störungen. Stuttgart 1997

Ferenczi, S. Ohne Sympathie keine Heilung. Das klinische Tagebuch von 1932. Frankfurt 1988

Geißler, K.A./ Hege, M. Konzepte sozialpädagogischen Handelns. Weinheim und Basel 2001

Götze, P. Suizidalität der Borderline- Patienten. In Handbuch der Borderline- Persönlichkeitsstörung. Stuttgart 2000

Greger, R./ Shirley, J. P. Das Schluss- mit- dem- Eiertanz- Arbeitsbuch. Bonn 2009

Hantschk, I. Rollenberatung. In Handbuch der Supervision. Berlin 2000

Harmsen, T. Die Konstruktion professioneller Identität in der professionellen Arbeit. Heidelberg 2004

Heise, H. Patient und Betreuer im Strudel von Borderline- Mechanismus. In Sozialpsychiatrische Lernfälle: aus der Praxis- für die Praxis. Bonn 1994

Hoffmann, S.O.: Angst- Ein zentrales Phänomen in der Psychodynamik und Symptomatologie des Borderline- Patienten. In Handbuch der Borderline-

Persönlichkeitsstörung. Stuttgart 2000

Kernberg, O. F. Borderline- Störungen und pathologischer Narzißmus. Frankfurt am Main 1983

Kernberg, O. F. Dulz, B. Sachsse, U. Handbuch der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Stuttgart 2000

Kernberg, O. F. Psychodynamische Therapie bei Borderline- Patienten. Bern 1998

Koenigsberg, H. W. Gegenübertragung. In Handbuch der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Stuttgart 2000

Konzeption „ Sozialtherapeutische Wohngruppe“ im Verein „ Der Steg Neubrandenburg e.V.“. Neubrandenburg 2008

Kraus, B. Konstruktivismus Kommunikation Soziale Arbeit- Radikalkonstruktivistische Betrachtungen zu den Bedingungen des sozialpädagogischen Interaktionsverhältnisses. Heidelberg 2002

Lürßen, E. “ Eines langen Tages Reise in die Nacht”- der psychische Rückzug der Borderline- Persönlichkeit in die Drogenwelt. In Handbuch der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Stuttgart 2000

Mentzos, S. Die psychotischen Symptome bei Borderline- Störungen. In Handbuch der Borderline- Persönlichkeitsstörung. Stuttgart 2000



Obert, K. Alltags- und lebensweltorientierte Ansätze sozialpsychiatrischen Handelns. Bonn 2001

Paris, J. Kindheitstrauma und Borderline- Persönlichkeitsstörung. In Handbuch der Borderline- Persönlichkeitsstörung. Stuttgart 2000

Rahn, E. Borderline- Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige. Bonn 2001

Rattner, J. Basiswissen Tiefenpsychologie: Die wichtigsten Neurosearten. Augsburg 1999

Rauch, U. Antisoziales Verhalten und Delinquenz. In Handbuch der Borderline- Persönlichkeitsstörung. Stuttgart 2000

Rauchfleisch, U. Arbeit im psychosozialen Feld: Beratung, Begleitung, Psychotherapie, Seelsorge. Göttingen 2001

Rohde, C. Dachser. Das Borderline- Syndrom. Bern 2000

Sachsse, U. Selbstverletzendes Verhalten- psychosomatische Schnittstelle der Borderline- Persönlichkeitsstörung. In Handbuch der Borderline- Persönlichkeitsstörung. Stuttgart 2000

Sachsse, U. Selbstverletzendes Verhalten. Göttingen, Zürich 1995

Sachsse, U. Selbstverletzendes Verhalten: Psychodynamik- Psychotherapie; das Trauma, die Dissoziation und ihre Behandlung. Göttingen 1999

Stauss, K. Neue Konzepte zum Borderline- Syndrom. Paderborn 1994