

MICHAEL ARMBRUST & ANJA LINK

Borderline im Trialog



Miteinander reden –
voneinander lernen

Michael Armbrust & Anja Link

Borderline im Trialog

Miteinander reden – voneinander lernen

Ausführliche Informationen zu jedem unserer lieferbaren und geplanten Bücher finden Sie im Internet unter ↗ <http://www.junfermann.de>. Dort können Sie unseren Newsletter abonnieren und sicherstellen, dass Sie alles Wissenswerte über das Junfermann-Programm regelmäßig und aktuell erfahren. – Und wenn Sie an Geschichten aus dem Verlagsalltag und rund um unser Buch-Programm interessiert sind, besuchen Sie auch unseren Blog: ↗ <http://blogweise.junfermann.de>.

MICHAEL ARMBRUST & ANJA LINK

BORDERLINE IM TRIALOG

MITEINANDER REDEN – VONEINANDER LERNEN

Junfermann Verlag
Paderborn
2015



Copyright	© der deutschen Ausgabe: Junfermann Verlag, Paderborn 2015
Coverfoto	© lolloj – iStock
Covergestaltung/Reihenentwurf	Christian Tschepp
Satz	JUNFERMANN Druck & Service, Paderborn

Alle Rechte vorbehalten.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.

Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek	Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.
--	---

ISBN 978-3-95571-360-7

Dieses Buch erscheint parallel in diesen Formaten:

ISBN: 978-3-95571-358-4 (EPUB), 978-3-95571-359-1 (MOBI),
978-3-95571-338-6 (Print).

Für Patricia H., Jan P, Claudia P. und Matthias K., meine ehemaligen Patienten, die mir die Augen und die Seele geöffnet haben für Borderline.

M. A.

Mein Dank gilt insbesondere den Eltern, die in Beratungsgesprächen und den Trialogen offen und ehrlich über ihre Gefühle gesprochen haben und mich so lernen und verstehen ließen.

A. L.

Inhalt

Vorwort.....	11
1. Trialogischer Austausch – den Blickwinkel ändern, verstehen und lernen ..	13
1.1 Betroffene, Angehörige und Fachleute an einem Tisch.....	14
1.2 Trialog weitergedacht	16
2. Zum Grundverständnis der Störung	19
2.1 Borderline trialogisch betrachtet	19
2.2 Historische Aspekte	23
2.3 Aspekte der Neurobiologie	25
2.4 Aspekte der Persönlichkeitsentwicklung	26
2.4.1 Bindungserfahrung.....	27
2.4.2 Identitätsbildung	28
2.4.3 Validierung und Invalidierung.....	29
2.4.4 Selbstwertregulation.....	30
2.4.5 Beziehungsfähigkeit.....	33
2.4.6 Dialektische Probleme.....	35
2.4.7 Traumatisierung.....	36
2.4.8 Schemata.....	38
2.4.9 Schuld.....	40
3. Problemfelder und konkrete Auswirkungen im Alltag.....	43
3.1 Emotionale Instabilität.....	43
3.2 Interaktionale Instabilität – Borderline und Beziehungsgestaltung	45
3.2.1 Ursprungsfamilie, Eltern und Geschwister.....	50
3.2.2 Partnerschaft.....	52
3.2.3 Freundschaften	54
3.2.4 Beziehungen zu professionell Tätigen	55
3.2.5 Alltagsbeziehungen	60
3.3 Instabilität der Identität	60
3.3.1 Das Ich-Empfinden.....	60
3.3.2 Grundannahmen und innere Überzeugungen	63
3.3.3 Borderline als Identität	64
3.3.4 Borderline als Gefährdung	65

4.	Den Alltag meistern – Herausforderungen und hilfreiche Rahmenbedingungen	71
4.1	Die Stagnation überwinden.....	71
4.2	Stabilität und „Normalität“	73
4.3	Die Suche nach dem richtigen Weg.....	75
4.3.1	Ausbildung – Start unter erschwerten Bedingungen	76
4.3.2	Herausforderungen im Beruf.....	77
4.3.3	Perfektionismus.....	80
4.4	Mut zum Scheitern – mit Netz und doppeltem Boden: Hilfsangebote und Unterstützung	83
4.4.1	(Teilzeit-)Rente.....	84
4.4.2	Krisenmanagement inklusive Notfallkoffer.....	85
4.5	Selbsthilfeansätze und Methoden.....	86
4.5.1	Peers im Dialog.....	86
4.5.2	Internetforen	88
4.6	Juristische Verantwortung.....	89
5.	Mutter werden mit einer Borderline-Störung	91
5.1	Persönliche Erfahrungen	91
5.2	Mögliche Auswirkungen der Borderline-Störung und Unterstützungsmöglichkeiten für die Familien	98
6.	Borderline in der Adoleszenz – Pubertätskrise oder ernst zu nehmende Störung?	103
6.1	Wann beginnt eine Borderline-Störung?	103
6.2	Wann macht eine fachärztliche Behandlung Sinn?	106
6.3	Ein Vokabular finden.....	108
6.4	Erste-Hilfe-Maßnahmen.....	110
7.	Begleiterkrankungen und ihr Einfluss auf die Gesundheit	113
7.1	Fehlgebrauch von psychotropen Substanzen.....	113
7.2	Essstörungen.....	119
7.3	Ängste und Zwänge	122
7.3.1	Soziale Ängste und soziale Phobie.....	122
7.3.2	Posttraumatische Belastungsstörung.....	124
7.3.3	Andere Formen von Ängsten	125
7.3.4	Zwangsstörung	126

7.4	Depressionen.....	127
7.5	Impulskontrollstörungen.....	127
7.6	Dissoziation.....	128
7.7	Aggressionen.....	132
7.8	Körperliche Begleiterscheinungen.....	132
7.9	Komorbide Persönlichkeitsstörungen.....	133
8.	Psychotherapeutische Behandlung der BPS	135
8.1	Therapieübergreifende Besonderheiten	135
8.1.1	Beziehungsgestaltung zwischen Therapeut und Borderline-Patient.....	136
8.1.2	Psychoedukation	138
8.1.3	Validierung.....	139
8.1.4	Behandlungsstruktur	142
8.1.5	Therapieverträge.....	143
8.1.6	Commitment.....	144
8.2	Die Dialektisch-Behaviorale Therapie.....	144
8.2.1	Dialektische Methodik.....	145
8.2.2	Elemente einer DBT.....	148
8.3	Andere Therapieansätze.....	166
8.3.1	Übertragungsfokussierte Therapie (TFP).....	166
8.3.2	Schematherapie (ST).....	168
8.3.3	Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT).....	170
8.4	Angehörige in die Therapie einbeziehen	172
8.5	Umfang der Therapie: ambulant oder stationär?.....	173
8.6	Medikamentöse Behandlung.....	176
8.7	Psychiatrische Zwangsmaßnahmen bei Borderline.....	177
9.	Was können Angehörige (für die eigene Gesundheit) tun?	179
9.1	Angehörige als Mit-Betroffene	180
9.2	Strategien zur Selbstfürsorge.....	181
9.3	Hilfen für den Umgang mit den Betroffenen.....	185
10.	Wie können Partnerschaften gelingen?.....	187
10.1	Die Zweisamkeit in den Vordergrund stellen	187
10.2	Beziehungskonstellationen	188

11.	„An mich hat keiner mehr geglaubt“ – Stagnation im Therapieprozess	191
11.1	Wenn Hilfe von den Betroffenen abgelehnt wird.....	192
11.2	Versorgungsrealität und die Folgen	194
11.3	Die richtige(n) Diagnose(n)?.....	196
11.4	Zielrichtung der Hilfen – Frage des richtigen Zeitpunktes	197
11.5	„Wasch mich, aber mach mich nicht nass“ – passive Aktivität verstehen ...	198
11.6	Einen Ausdruck für erlebtes Leid finden	199
11.7	Die Last, Verantwortung zu übernehmen	201
11.8	Einzigartig sein.....	203
12.	Älter werden mit Borderline.....	207
12.1	Gesundung.....	207
12.2	Symptomverschiebung	210
12.3	Trauerbewältigung.....	211
12.4	Zukunftsängste.....	213
	Literatur.....	217
	Über die Autoren	223

Vorwort

Als der Junfermann Verlag im Frühsommer 2013 an mich (M. A.) herantrat mit der Frage, ob ich Interesse hätte, ein Buch über die Borderline-Störung zu schreiben, reagierte ich zuerst zurückhaltend. Ich erwiderte, dass es ja schon so viele Bücher zu diesem Thema gebe, sowohl aus professioneller Sicht als auch aus der Perspektive der Betroffenen, ließ mich dann jedoch überzeugen, dass ein Buch mit *trialogischer* Grundausrichtung etwas Neues und eine Bereicherung sein dürfte. Völlig klar war auch sofort, dass dieses Projekt nur zusammen mit Anja Link, der Mitbegründerin des Borderline-Trials, erfolgen konnte. Wir kennen uns seit über zehn Jahren, zahlreiche Begegnungen und Kooperationen zum Thema Borderline fanden in dieser Zeit statt.

In diesem Buch sollen die wesentlichen Informationen zum Thema Borderline vermittelt werden, und zwar aus der Perspektive sowie zum Nutzen aller drei beteiligten Gruppen: Betroffene, Angehörige und Praktizierende.

Bei der Darstellung der einzelnen Themen aus den verschiedenen Blickwinkeln treten mitunter gewisse inhaltliche Wiederholungen auf. Dies wurde bewusst so konzipiert, da die Themen aus unterschiedlichen – trialogischen – Perspektiven und auch in unterschiedlicher inhaltlicher Gewichtung dargestellt werden, je nachdem, *für* wen und *durch* wen ein besseres Verstehen erreicht werden soll. Die trialogische Grundidee ist durch die unterschiedlichen Blickwinkel gut repräsentiert, und inhaltliche Wiederholungen unterstreichen zudem die Wichtigkeit der jeweiligen Themen.

Wie an der einen oder anderen Stelle deutlich werden wird, haben wir unterschiedliche Stile in der Darstellung der Inhalte gewählt. Auch dies ist im Sinne des Trials gewollt.

Zu den Inhalten gibt es folgende Vorbemerkungen: Wir stellen in diesem Buch den Stand im Sommer 2015 vor, der sich in Bezug auf einige Themen wahrscheinlich ändern wird, z.B. bezüglich der psychosozialen Entwicklungsmöglichkeiten oder der Gewichtung der Therapieformen. In den jeweiligen Kapiteln werden mögliche Entwicklungsrichtungen angedeutet.

Zur Frage des Zusammenhangs von traumatischen Erfahrungen und Borderline gibt es sehr unterschiedliche Positionen, die engagiert diskutiert werden. Wir möchten an dieser Diskussion nicht intensiv teilnehmen, sondern äußern uns zurückhaltend, was schon hier im Vorwort betont werden soll. Wir gehen von der Position aus, dass Traumafolgestörungen ein eigenständiges Krankheitsbild darstellen, das zusätzlich

zur Borderline-Störung bestehen kann. Zusammenhänge dieser beiden Störungen werden im Buch durchaus behandelt, für eine umfassende Darstellung der Traumafolgestörung sei jedoch auf andere Literatur verwiesen.

Ebenso wollen wir vorausschicken, dass manche unserer Ausführungen möglicherweise beim Leser einen deutlichen Perspektivwechsel erfordern. In erster Linie denken wir hier an die Stellung und Gewichtung der Angehörigen im gemeinsamen Prozess. Dies ist aus unserem trialogischen Blickwinkel aber ausdrücklich gewünscht.

Wir gehen davon aus, dass dieses erste „trialogische“ Buch noch nicht alle Themen abschließend abhandeln kann, sondern diesbezügliche Ergänzungen folgen werden. Gerade in den trialogischen Diskussionen ergeben sich immer wieder neue Erkenntnisse, sodass die Inhalte weiterentwickelt werden und gegebenenfalls in einer Neuauflage eingearbeitet werden können. Wie in den Inhalten deutlich wird, ist die Borderline-Störung und deren Behandlung vor allem in den letzten 20 Jahren großen Neuentwicklungen, zum Teil grundsätzlichen Neuauffassungen, unterworfen und wir hoffen, dass dies auch in Zukunft so weitergehen wird – zum Wohle aller Beteiligten.

Wir freuen uns über jede Rückmeldung, sei es von Betroffenen, Angehörigen oder professionell Tätigen. Wir wünschen uns eine Ausweitung der trialogischen Verständigung.

Bad Bramstedt/Nürnberg, Juni 2015

*Dr. Michael Armbrust
Anja Link*

1. | Trialogischer Austausch – den Blickwinkel ändern, verstehen und lernen

„Ich begreife es einfach nicht: Unsere Tochter hat 16 Wochen Therapie gemacht und es geht ihr nicht besser. Sie beteiligt sich nicht am Haushalt, obwohl sie den ganzen Tag nichts zu tun hat, und wenn ihr was nicht passt, schneidet sie sich die Arme auf! Zu Hause laufen wir alle wie auf rohen Eiern!“

(Mutter einer Betroffenen)

„Vielleicht fühlt sich Ihre Tochter unter Erfolgsdruck gesetzt? Bei mir hat es damals fast zwei Jahre gedauert, bis ich das, was ich in der Therapie gelernt habe, wirklich im Alltag umsetzen konnte. Aus dem ‚Schutzraum Klinik‘ entlassen zu werden ist ganz schön hart. Wichtig waren dort für mich die Ermutigungen durch die Fachleute. Eine Weile war ich sogar richtig darauf fixiert, weil ich die Vorstellung hatte, nur in der Klinik habe ich Menschen, die mich verstehen und die mir zeigen können, wie das Leben funktioniert. Für die Meinung von anderen interessierte ich mich lange Zeit nicht mehr.“

(25-jährige Borderline-Betroffene)

„Das war mir gar nicht so klar, dass die Betroffenen uns so sehen könnten. Denn ich kam mir oft genauso hilflos wie die Betroffenen selbst vor, gerade wenn Situationen auf Station eskaliert sind. Erst seit wir mit neuen Konzepten therapeutisches Handwerkszeug bekommen haben, fühle ich mich in meiner Profi-Rolle wieder handlungsfähiger; das ist für mich wichtig, um bei der Sache bleiben und Zuversicht vermitteln zu können.“

(Psychotherapeut)

„... und ich dachte immer, die Profis verstecken sich nur hinter ihren Therapiekonzepten. Immer, wenn es hieß, ich soll diese oder jene Übung machen, habe ich gedacht, das klingt fast wie eine Floskel, aber ich als Person werde gar nicht mehr wahrgenommen“

(25-jährige Borderline-Betroffene)

Diese – hier auszugsweise wiedergegebene – Diskussion zwischen einer Betroffenen, einer Angehörigen und einem Psychotherapeuten zeigt, wie die Teilnehmer eines Trialoges sich gegenseitig dabei helfen, die Situation des jeweils anderen besser zu verstehen. Durch dieses bessere Verstehen können Beziehungen sich verändern und mehr Offenheit und Akzeptanz entstehen. Das Konzept des Trialogs wird so zu einem Zugewinn für alle, die daran teilnehmen.

1.1 Betroffene, Angehörige und Fachleute an einem Tisch

Die Idee zu einem Borderline-Trialog wurde 2001 von Andreas Knuf im Nachwort des Buches „Leben auf der Grenze“ (2006) beschrieben. Zunächst aber schien ein Voneinander-Lernen auf gleicher Augenhöhe – in der Form, wie es seit 30 Jahren sehr erfolgreich in den Psychose-Seminaren geschieht – im Zusammenhang mit der Borderline-Störung nicht möglich. Kommunikation und Beziehungen sind nicht selten geprägt von heftigen Emotionen. Manchmal geht gar nichts mehr; die Beteiligten können nicht mehr miteinander sprechen, ohne in Streit und in gegenseitige Schuldzuweisungen zu geraten. Der Austausch auf einer sachlichen Gesprächsebene ist nicht mehr möglich. Hilfreich ist es dann, Abstand zu gewinnen, die Situation von außen zu betrachten und sich in die Lage aller Beteiligten hineinzusetzen. Genau das geschieht im Trialog, wenn Betroffene, Angehörige und Fachleute sich auf gleicher Augenhöhe zum Austausch von Erfahrungen und Wissen an einen Tisch setzen. Das Motto lautet hier: „Lernen und Verstehen über einen Stellvertreter“. In den Trialogen geht man nicht mit dem eigenen Patienten, der eigenen Mutter oder dem eigenen Psychotherapeuten, sondern der Borderline-Betroffene begegnet beispielsweise einem Menschen, der Angehöriger eines anderen Borderliners ist und sich in einer ähnlichen Situation wie die eigene Mutter befindet. In diesem „neutralen“ Rahmen und dem konfliktfreien Kontakt kann eine klärende Diskussion stattfinden, Fragen offen gestellt und Antworten gefunden werden. Mit diesem neu gewonnenen Wissen kann wieder Begegnung stattfinden.

Den Trialog-Gedanken aufzugreifen und umzusetzen gelang gemeinsam in einem kleinen Initiatorenteam: Christiane Tilly und Anja Link – zugleich Betroffene und in psychosozialen Berufen ausgebildet – holten noch Heiner Dehner als Psychologen und Psychiatriekoordinator der Stadt Nürnberg ins Boot. Der Einladung zum ersten bundesweiten Borderline-Trialog folgten im Dezember 2004 mehr als 300 Betroffene, Angehörige und professionell Tätige. Diese Resonanz machte deutlich, wie stark das Interesse am gegenseitigen Verstehen war und nach wie vor ist. Vor allem aber wurden auch der Mut und die Motivation geweckt, diese Form des Austausches voranzubringen und zu etablieren.

Nachdem die ersten Schritte im mittelfränkischen Ansbach und Nürnberg getan waren und sich damit Befürchtungen zerschlugen hatten, dass eine trialogische Gruppe im Zusammenhang mit Borderline nicht funktionieren könne, begann die Idee sich weiterzubreiten. Engagierte Trialog-Teilnehmer der bundesweiten Veranstaltung aus ganz Deutschland fragten nach, unter welchen Voraussetzungen und mit welchen Mitteln die Umsetzung eines Borderline-Trialogs gelingen kann. In Telefonaten und Zusammenkünften mit Interessierten vor Ort wurde gemeinsam überlegt, geplant und jeweils von den bisher gemachten Erfahrungen profitiert, experimentiert und immer weiter voneinander gelernt.

Fortführung der Dialog-Veranstaltungen

Neben den jährlich stattfindenden bundesweiten Dialog-Veranstaltungen haben sich inzwischen in mehreren Städten Regionalgruppen gegründet, die regelmäßig zusammenkommen und teils schon über mehrere Jahre bestehen. In all diesen Treffen werden sehr offen von allen Beteiligten Fragen gestellt und vielfältige Antworten gefunden. Spannend ist, die Besonderheiten der einzelnen Regionalgruppen zu verfolgen, die an dieser Stelle nur kurz angerissen werden können. So schreiben beispielsweise die Teilnehmenden in Herborn Protokolle über ihre Zusammenkünfte, sodass die beeindruckenden gemeinsamen Erkenntnisse festgehalten und später nachgelesen werden können.

Durch die Rückmeldungen der Regionalgruppen wird auch deutlich, dass manchmal Kompromisse notwendig sind, um Prozesse überhaupt in Gang zu setzen. Manche gefundene Lösung erweist sich dann als praktikabler Weg, der beibehalten werden kann. So findet beispielsweise das Treffen des Borderline-Trials in Bad Bramstedt, den es seit 2007 gibt, in den Räumlichkeiten einer psychosomatischen Klinik statt. Damit wird zwar der ursprünglichen Dialogidee des „neutralen“ Ortes nicht entsprochen, für die Teilnehmenden scheint dies jedoch kein Hindernis zu sein. Nach Auskunft der Veranstalter kommen regelmäßig bis zu 60 Interessierte zum Regionaltreffen, dabei sind die Gruppen der Betroffenen, Angehörigen und Fachleute etwa gleich stark vertreten. Besonders ist dort, dass sich auch erwachsene Kinder von Menschen mit der Diagnose Borderline im Dialog einfinden.

Dialog – (wie) funktioniert das?

Die konkrete Umsetzung des Dialog-Gedankens und die Gestaltung der Gruppen hängen jeweils von den Vorstellungen und Wünschen der Teilnehmer und teils einfach auch von den vor Ort verfügbaren Möglichkeiten und Ressourcen ab. Bewährt hat sich, nach einer Initialveranstaltung zum Dialog, einen verlässlichen Rahmen für die Gruppentreffen anzubieten, Termine im Vorfeld festzulegen und die Gespräche durch eine Moderation zu begleiten. Gute Erfahrungen wurden inzwischen mit sogenannten Blockseminaren gemacht.

Ein Blockseminar ist ein „Paket“ aus drei bis fünf Sitzungen, bei denen der erste Termin stets ein Informationsabend ist. An diesem ersten Abend werden die drängendsten sachlichen Fragen zu Borderline und zum Dialog geklärt, und es bietet eine gute Gelegenheit, die Themenwünsche der Teilnehmer zu sammeln. Nach dem Info-Abend gibt es weitere vier Abende, in denen die dialogischen Gesprächsrunden zu den ausgewählten Themen stattfinden. So kann das Vorbereitungsteam nach Abschluss des „Blocks“ entscheiden, wann der nächste Borderline-Trial stattfinden

wird. Rücksicht nehmend auf die Kapazitäten der Organisator/inn/en lässt sich so ein Block mit etwa fünf Abenden leichter umsetzen als eine kontinuierlich ange-setzte Veranstaltungsreihe. Die Pause zwischen den Seminaren kann kreativ genutzt werden, um dann wieder alle Energien für den nächsten Durchlauf zu bündeln.

Günstig ist, im Vorbereitungsteam die Regeln für den Trialog festzulegen und schon beim Informationsabend zu präsentieren oder sogar schon auf dem Info-Flyer der Veranstaltungsankündigung abzudrucken.

Entscheidend für eine offene Atmosphäre im Trialog ist eine Grundhaltung, die durch folgende Punkte gekennzeichnet ist:

- Der Austausch geschieht auf gleicher Augenhöhe.
- Bewertungen werden vermieden.
- Jeder ist für sich selbst verantwortlich.
- Die Wahrheit ist subjektiv.

In diesem Rahmen sind intensive, wechselseitige Lernprozesse möglich und nutzen allen Beteiligten: Fachleute berichten, dass sie im Trialog eine tiefere Ebene des Verstehens erreichen und ihre eigene Rolle als Helfer neu betrachten und definieren können. Betroffene beschreiben beispielsweise, dass sie durch Erzählungen der Angehörigen die Situation der eigenen Eltern oder Partner ganz anders reflektieren und deren Reaktionen auf eigenes Verhalten anders bewerten können. Dabei macht auch Mut, von anderen Betroffenen zu hören, welche Erfahrungen mit Selbsthilfe und Therapie gemacht werden. Gerade Eltern von Betroffenen haben im Trialog die Möglichkeit, Fragen zu stellen, die die eigenen Kinder selbst noch nicht beantworten können. Durch diese „Übersetzungsarbeit“ entsteht wieder mehr Verständnis, und die Bereitschaft zur Meisterung des gemeinsamen Alltags wird gestärkt.

1.2 Trialog weitergedacht

Das hohe Interesse am Borderline-Trialog, die intensive Arbeit in der Regionalgruppe, viele Anfragen nach Vorträgen, um von den Erfahrungen des Initiatoren-Teams zu profitieren, – all dies machte sehr schnell deutlich, dass diese Arbeit allein auf ehren-amtlicher Basis nicht lange geleistet werden kann. Darüber hinaus ist der Trialog-Gedanke nicht auf Veranstaltungen und Gruppentreffen beschränkt, sondern beschreibt viel mehr eine Haltung, mit der einander begegnet wird. Er zeichnet einen neuen Rahmen, in dem Unterstützung stattfinden kann. Die trialogische Arbeit im Kontext der Borderline-Störung bedeutet beispielsweise, dass Hilfsangebote auch für Angehörige erarbeitet werden, Erfahrungswissen in Fortbildungen für Fachleute genutzt wird und Betroffene eine Vorbildfunktion für jüngere Betroffene einnehmen können.

Seit 2006 gibt es in Nürnberg, unter Trägerschaft des Fördervereins Ambulante Krisenhilfe e. V., ein Informations- und Beratungsangebot mit trialogischem Konzept: die bundesweit tätige Borderline-Trialog Kontakt- und Informationsstelle. Mit diesem Vorhaben sollte eine Anlaufstelle geschaffen werden, für Menschen, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt sind, und Personen, die im beruflichen oder persönlichen Kontext mit der Erkrankung konfrontiert sind.

Ziel der Arbeit ist, das Verständnis für Borderline-Betroffene auf individueller und gesellschaftlicher Ebene zu verbessern, um neue Lösungswege für einen gelingenden Alltag zu finden und einer Stigmatisierung entgegenzuwirken. Dies soll unter dem besonderen Aspekt gelingen, bei dem die Perspektive, das Wissen und die Erfahrungen von Betroffenen, professionell Tätigen und Angehörigen berücksichtigt werden.

Die übergeordnete Aufgabe der Stelle ist, zum besseren Verständnis der Borderline-Störung beizutragen und dabei das Wissen und die Erfahrungen, die im Trialog gesammelt werden, zu bündeln. Der Trialog-Gedanke soll dabei weiter Verbreitung finden und neue Lösungswege im gemeinsamen Alltag ermöglichen. Umgesetzt wird dies u. a. durch Gespräche mit Betroffenen und Angehörigen, dialogische Fortbildungen und Fallkonferenzen, Informationsveranstaltungen und nicht zuletzt dem Trialog selbst.

Mit dem ersten bundesweiten Borderline-Trialog 2004 ist ein gewinnbringender Prozess in Gang gekommen, der vielfache Möglichkeiten eines tieferen Verständnisses und mehr Toleranz für die Situation aller Beteiligten ermöglicht. Die Begegnungen und Erkenntnisse im Trialog wecken Mut und Zuversicht sowohl bei den Betroffenen als auch bei Angehörigen und professionell Tätigen. Der Trialog leistet einen erheblichen Beitrag für die Bildung einer Lobby der Borderline-Betroffenen und ihres Umfeldes; jeder einzelne Schritt in diese Richtung ist lohnenswert.

Kürzlich erreichte die Autorin direkt im Anschluss an ein Gründungstreffen zum Trialog eine Mail von einer Betroffenen. Darin schreibt sie, dass sie nach anfänglichem Zögern allen Mut zusammengenommen und sich bereiterklärt habe, sich an der Moderation und Koordination der Borderline-Trialoge zu beteiligen. Was sie zum ersten Treffen unter ihrer Leitung schreibt, lässt vielleicht „den Funken überspringen“:

„Wie gut, dass wir noch Ersatzstühle mitgebracht haben, denn wir haben sie alle gebraucht, es waren ca. 40 Leute da! Davon 6 Fachleute, ca. 6–8 Angehörige und der Rest alles Betroffene. Wir haben erst mal die Regeln aufgestellt, die wir wichtig fanden, dann haben wir Themen gesammelt und das mit dem Duzen oder Siezen geklärt. Die Kommunikation klappte reibungslos, ich musste nur ein-, zweimal als Moderatorin eingreifen. Ich war am Anfang ziemlich aufgeregt, aber alle machten gut mit, und ganz schnell waren wir mitten im Gespräch! Ich bin aufs nächste Mal gespannt und mache auf jeden Fall weiter.“

2. | Zum Grundverständnis der Störung

2.1 Borderline trialogisch betrachtet

Das Erleben der Betroffenen

Für die Betroffenen handelt es sich bei der Borderline-Störung um ein sehr komplexes Leiden, das auch nach jahrelangem Verlauf oft nur schwer (be-)greifbar ist. Bestimmte Symptome, durch die sich die Störung äußert, werden über lange Zeit hinweg nicht akzeptiert. Das führende subjektive Gefühl ist Verzweiflung. Betroffene¹ äußern sich dazu so oder in ähnlicher Weise:

„Früher war Borderline für mich vor allem Wut oder etwas, was ich Gefühlsmatsch nenne, weil es zu viel war. Heute ist es eher Trauer und Erschöpfung. Am schlimmsten finde ich den Zustand des absoluten Nichts.“

(Alex, 46-jährige Betroffene)

„Am schlimmsten für mich ist der Kontrollverlust. Ich gerate von einem Extrem ins nächste und fühle mich dann handlungsunfähig.“

(Marion, 27-jährige Betroffene)

Im Vordergrund des Erlebens steht für die Betroffenen oft die weitreichende Unfähigkeit, ein Verlassenwerden auszuhalten. Das bezieht sich weniger auf ein grundlegendes Alleinsein, sondern auf das Weggehen, Nichtkommen oder Vermissen einer Person, zu der eine Gefühlsbindung besteht. Es ist also mehr der Prozess gemeint als der Zustand. Die Unfähigkeit, diesen Prozess auszuhalten, kann sich durch verschiedene psychische Störungen äußern, wobei Ängste und innere Anspannung am häufigsten auftreten. Diese Symptome können aber auch in aktuellen, nicht lösbaren Konflikten – mit sich oder anderen – begründet liegen.

Hinzu kommen Selbstabwertungen bis hin zu Selbsthass und starken Selbstzweifeln, meist verbunden mit der Frage, ob man überhaupt lebenswert sei. Die Betroffenen verneinen dies meist und sehen darin auch die „Begründung“ für das Verlassenwerden durch andere. Die eigenen, in der Regel unerfüllten Bedürfnisse nach Nähe, Zuwendung und Geborgenheit werden als Schwäche wahrgenommen und deshalb abgewertet. Daraus resultiert psychologische wie auch physiologische (Bedürfnis-) Frustration. Die resultierenden Anspannungszustände werden als „Druck“ erlebt

1 Die Namen der Betroffenen und ihrer Angehörigen, die im Buch zitiert werden, wurden zugunsten der Anonymität geändert. Teilweise handelt es sich um selbst gewählte „Pseudonyme“.

mit der Notwendigkeit, sie möglichst schnell zu beseitigen, z. B. durch selbstschädigendes Verhalten oder Substanzeinnahme. Mittel- bis langfristig entwickeln sich zusätzlich *Verhaltensmuster*, die den „Zweck“ haben, Gefühle zu vermeiden, also „Gefühle wegzumachen“, wie die Betroffenen es oft ausdrücken: häufigeres Dissoziieren, regelmäßige Einnahme bestimmter Substanzen, sozialer Rückzug etc. (All diese Verhaltensweisen werden später genauer erläutert und erklärt.)

Neben den Anspannungszuständen entwickeln sich aus dem frustrierenden Verlauf der Störung auch Unsicherheiten und Ängste und damit verbunden große Probleme mit der Selbsteinschätzung. Letzteres führt regelmäßig zu Schwierigkeiten bei der Beantwortung der Frage „Was gilt?“, also dem sicheren Einschätzen, was für einen selbst angemessen und richtig ist, was nötig ist, was gebraucht wird usw. Das kann von basalen Fragen wie „Möchte/ muss ich jetzt schlafen?“ oder „Möchte ich jetzt essen?“ bis zu tiefer gehenden Fragen reichen wie: „Möchte ich jetzt wirklich Nähe?“, und sogar: „Möchte ich wirklich diesen Beruf ausüben?“

Aufgrund dieser Unsicherheit – die direkt mit Selbstinvalidierung (vgl. Abschn. 2.4.3) zusammenhängt – entstehen komplexe Grübeleien und Selbstzweifel, die ohne Unterstützung von den meisten Betroffenen nicht lösbar sind. Sie führen zu sozialer Isolation, dem freiwilligen Verzicht auf Gesellschaft oder Partnerschaften. Dieses Vermeidungsverhalten hat den „Vorteil“, schwierige Gefühle, die ja meist an Kontaktsituationen geknüpft sind, nicht erleben zu müssen. Etwas salopp, aber wohl treffend ausgedrückt, handeln die Betroffenen nach dem Motto: Wenn ich keine Bindung eingehe, kann ich nicht verlassen werden.

Oft werden bestehende Bindungen auch spontan beendet – als Schutz vor dem befürchteten Verlassenwerden –, was die Betroffenen später bereuen und erneut als Anlass für Selbstabwertungen erleben. Nicht selten werden die Bindungen dann wieder erneuert – bis zum nächsten spontanen Ende. Nachvollziehbarerweise ist diese Achterbahnfahrt für die Partner der Borderline-Betroffenen eine riesige Herausforderung.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Betroffenen mit sich selbst, vor allem mit ihren Gefühlen hadern, ihre Beziehungen nicht so gestalten können, wie sie es sich wünschen, und keine stabile Orientierung in die Aktivitäten ihres Lebens bekommen. Manche Betroffenen vergleichen ihr Erleben mit einer Flipper-Kugel, die hin und her gestoßen wird – von den eigenen Gefühlen.

Das Erleben der Angehörigen

Für Angehörige stellt die Störung oft ein großes Rätsel dar, da sie immer wieder mit dem unverständlichen Verhalten ihrer Kinder, Eltern oder Partner konfrontiert werden. Da im Regelfall auch keine Erklärung gegeben wird und selbst Gespräche kein Verständnis schaffen, sind die Angehörigen stark verunsichert. Sie ahnen zwar, dass die Betroffenen große emotionale Probleme haben, wissen aber nicht zu helfen oder zu unterstützen.

Und je nach Beziehung haben die Angehörigen ein großes Bedürfnis danach. Diese eigentlich positive Absicht der Angehörigen kann aber die Situation auch verschlechtern, da die Hilfs- und Unterstützungsangebote von den Betroffenen nicht unbedingt als solche erlebt werden, sondern unter Umständen als bedrängend, fordernd oder abwertend. Die aktuelle Beziehungssituation läuft dann womöglich ganz aus dem Ruder – mit sehr starken Gefühlsreaktionen auf beiden Seiten. Es ist fast unvermeidbar, dass die Angehörigen sich durch die Verhaltensweisen der Betroffenen „angegriffen“ fühlen und dann mit ihren eigenen Verhaltensmustern, z. B. mit Rückzug oder Gegenangriff, reagieren.

Insgesamt ist herauszustreichen, dass sämtliche Beziehungen mit Angehörigen stets sehr emotional verlaufen, häufig impulsive Verhaltensweisen auftreten und ein gegenseitiges Verständnis sehr schwer herzustellen ist. Gerade in Bezug auf diesen Aspekt kann der Dialog zu einer allgemeinen Verbesserung des Zwischenmenschlichen führen.

Das Erleben der Fachleute

Professionell Tätige sind sich nach jahrzehntelanger Auseinandersetzung über die Einordnung und das adäquate Verständnis der Störung inzwischen einig darin, dass es sich im Kern um eine Störung der Gefühlsregulation handelt. Als Hauptursachen werden angesehen:

- eine angeborene stärkere Intensität der Gefühlsreaktionen,
- früh wirksame Störungen der Bindungserfahrungen sowie
- langjährig wirksame Erfahrungen von Invalidierung (vgl. Abschn. 2.4.3).

Aus professioneller Sicht ist die Vielfältigkeit der auftretenden Symptome immer zurückzuführen auf die grundlegenden Gefühls- und Beziehungsprobleme der Betroffenen, die dann im Einzelfall genau herausgearbeitet werden müssen.

Fachleute erleben Betroffene als vielfältige und komplexe Persönlichkeiten mit vielen Problemen. Nicht wenige fühlen sich davon überfordert und lehnen eine Behandlung ab. Eine Untersuchung in München ergab, dass 22 Prozent der niedergelasse-