

Inhaltsverzeichnis

Anlagenverzeichnis	6
0. Einleitung.....	7
1. Die Entwicklung der Krankheitsbeschreibung Borderline	8
2. Die Begriffserläuterung Persönlichkeitsstörung.....	9
3. Die Wortfindung und Begriffserklärung des Borderline- Syndroms ...	10
4. Die Klassifikationssysteme ICD - 10 und DSM - IV	13
5. Wie entwickelt sich die Krankheit - welche Ursachen verbergen sich dahinter?	15
5.1 Sind Aufmerksamkeitsdefizitstörungen und Aufmerksamkeitsdefizitstörungen mit Hypermotorik Auslöser für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung?.....	18
5.2 Neurobiologische Ursachen.....	19
5.3 Genetische Ursachen	19
6. Symptome und Verhaltensweisen von Borderline- Erkrankten.....	20
6.1 Die Sucht als Nebenerkrankung	21
6.2 Das selbstverletzende Verhalten als Nebenerkrankung	21
6.3 Die Essstörung als Nebenerkrankung.....	22
6.4 Die Angst als Nebenerkrankung	23
6.5 Die Suizidalität.....	23
7. Der Alltag mit der Persönlichkeitsstörung Borderline	24
7.1 Auswertung Leitfragen Interviews	25
7.2 Diagnosebestimmung Borderline	25
7.3 Frage eins: „Wie alt warst du, als du von der Diagnose Borderline erfahren hast?“	26
7.3.1 Borderlinerin Luisa	26
7.3.2 Borderlinerin Lola	27
7.3.3 Fazit	27
7.4 Frage zwei: „Wie ging es Ihnen/ dir, als Sie/ du von der Diagnose erfahren haben/ hast? Was hat die Diagnose in Ihnen/ dir ausgelöst? Haben Sie/ du vorher schon gemerkt, dass mit dir/ deiner Schwester/ Ihrer Partnerin etwas nicht in Ordnung ist?“ ..	28
7.4.1 Borderlinerin Luisa	28
7.4.2 Borderlinerin Lola	29

7.4.3	Fazit	30
7.4.4	Mutter von Luisa.....	30
7.4.5	Alex, Partner von Luisa	31
7.4.6	Rolf, Partner von Susan	31
7.4.7	Janina, Schwester von Susan	32
7.5	Frage drei: „Inwieweit hat sich dein Leben verändert bzw. inwieweit hat sich dein/ Ihr Leben mit Ihrer Tochter/ Partnerin/ Schwester verändert?“	33
7.5.1	Borderlinerin Luisa	33
7.5.2	Mutter von Luisa.....	34
7.5.3	Alex- Partner von Luisa; Rolf- Partner von Susan.....	35
7.5.4	Janina, Schwester von Susan	35
7.6	Frage vier: Gibt es Besonderheiten im Alltag?.....	36
7.6.1	Borderlinerin Luisa	36
7.6.2	Alex, Partner von Luisa	38
7.6.3	Borderlinerin Lola	39
7.6.4	Rolf, Partner von Susan	39
7.6.5	Janina, Schwester von Susan	40
8.	Hilfen und Therapieangebote	42
8.1	Dialektisch Behaviorale Therapie	43
8.2	Psychodynamische Psychotherapie	43
8.3	Weitere Hilfen	44
9.	Resümee	44
	Anhang	
	Literaturverzeichnis	

Anlagenverzeichnis

	Seite
Anhang I- ICD- 10 und DSM- IV	I
Anhang II- Interview Luisa	IV
Anhang III- Interview Janina	XIII
Anhang IV- E-Mailinterview Rolf	XVII
Anhang V- E-Mailinterview Alex	XIX
Anhang VI- E-Mailinterview Sarah	XXI
Anhang VII- Lebensabrisssdaten Luisa, Lola und Susan	XXIII
Anhang VIII- Transkriptionsdefinitionen	XXV

0. Einleitung

Als ich Luisa 2007 kennen lernte, wusste noch keiner, dass sie jemals die Diagnose Borderline- Störung erhalten wird. Sie arbeitete als Arzthelferin und Kinderkrankenschwester in einer Kinderarztpraxis und war für mich die Freundin eines Bekannten. Doch von heute auf morgen beendete sie die Beziehung, ohne jeglichen Grund. Unser Kontakt, welcher sich stets auf SMS- Nachrichten beschränkte, blieb auch nach der Trennung sporadisch erhalten. Lange im Voraus vereinbarte Treffen, sagte Luisa immer wieder ab. Die Gründe dafür wurden in meinen Augen zunehmend unglaubwürdiger. Nachrichten von ihr erhielt ich nur noch, wenn es Luisa scheinbar gut ging. Auf meine Antworten, folgten meistens Sätze wie: „*Mir geht's heut nicht so gut....alles Mist....alles scheiße*“ (Gedächtnisprotokoll SMS- Nachrichten von Luisa). Anderenfalls erhielt ich gar keine Nachrichten und sie meldete sich über einen längeren Zeitraum nicht. Dieses Verhalten tolerierte ich noch eine ganze Weile. Irgendwann hatte ich genug. Was war los mit Luisa? Ich überlegte lange was ich machen sollte und stellte sie letztendlich vor die Wahl: Entweder Freundschaft und sie sagt, welche Probleme sie belasten oder wir brechen den Kontakt endgültig ab. Zu meiner Überraschung erhielt ich sehr schnell eine Antwort von ihr und erfuhr, dass sie an einer Borderline- Störung erkrankt ist.

Meine Freundin leidet an einer psychischen Erkrankung. Aber was genau ist eine Borderline-Störung? Diese Frage bewegte mich seit der Nachricht von Luisa, in der sie mir mitteilte, was mit ihr los sei.

Die einleitenden Sätze der Bachelorarbeit stellen die Themenwahl für meine Arbeit dar. Aus den genannten Beweggründen will ich mich in der vorliegenden Arbeit mit der Thematik Borderline- Störung auseinandersetzen. Die Bachelorarbeit besteht aus drei Teilen. Im ersten wird der historische Verlauf der Persönlichkeitsstörung betrachtet. Anschließend stehen die Begrifflichkeiten Persönlichkeitsstörung und Borderline im Vordergrund, um darüber hinaus auf die Klassifikationssysteme und die Verhaltensweisen von Betroffenen näher einzugehen. Im zweiten Teil der Arbeit soll das Leben mit einer Borderline-Störung anhand von Interviews und E-

Mailinterviews mit Betroffenen und Angehörigen intensiver beleuchtet und folgenden Fragen nachgegangen werden.

- *Wie alt war die betroffene Person, als sie von der Diagnose Borderline- Störung erfahren hat und wie ging es ihr damit?*
- *Was hat die Diagnose Borderline in ihr ausgelöst?*
- *Inwieweit hat sich ihr Leben verändert, seitdem sie von der Diagnose erfahren hat?*
- *Gibt es Besonderheiten im Alltag?*

Im letzten Abschnitt der Bachelorarbeit werden Hilfs- und Therapieangebote kurz aufgelistet, um abschließend ein Resümee meiner Auseinandersetzung mit der Thematik zu ziehen.

1. Die Entwicklung der Krankheitsbeschreibung Borderline

Auch wenn uns die Persönlichkeitsstörung Borderline erst in den letzten dreißig Jahren vermehrt ins Blickfeld gerät, wurde sie bereits im 17. Jahrhundert, von dem englischen Arzt Sydenham erwähnt (vgl. Niklewski/ Riecke- Niklewski 2003, S. 12). Jedoch fand die erstmalige Erwähnung der Persönlichkeitsstörung Borderline im Jahre 1884 durch den englischen Psychiater Hughes statt. Er bezeichnete die nicht einfach zu diagnostizierende Störung als „*borderland*“ (vgl. Dulz/ Schneider 1996, S. 3). Im Jahre 1938 prägte Adolph Stern den Begriff „*Borderline*“, welche von Freud im Grundverständnis als (vgl. Bohus 2002, S. 3) „[...] eine unscharfe und fluktuierende Grenzlinie zwischen diesen beiden Zuständen, also eine Art Übergangsbereich von der Neurose zur Psychose“ (Bohus 2002, S. 3), beschrieben wurde. Das heißt, dass die Störung nicht mehr der Neurose und noch nicht der Kategorie Psychose zugeordnet werden kann (vgl. Möhlenkamp 2004, S. 9). Um dies zu verdeutlichen, folgen kurze Erläuterungen der Begrifflichkeiten Neurose und Psychose. Neurosen bezeichnen Störungen, welche „[...] sich im Laufe [...]“ (Rothschild 1994, S. 32) der Biografie eines Menschen überwiegend im Gefühlsleben durch Angst, Freude, Leid, Verzicht, Glück etc. verfestigt haben (vgl. Rothschild 1994, S. 32). Psychosen sind schwere psychische Erkrankungen, „[...] bei de-

nen wichtige psychische Funktionen erheblich gestört sind“ (Brockhaus Band 11 2002, S. 227). Stern stellte fest, dass eine bestimmte Anzahl seiner Patienten nicht in das bereits bestehende Symptombild passten. Er bemerkte, dass sich diese Patienten nicht an die vorgegebenen Grenzen der Psychotherapie hielten, was dabei half, die Psychosen von den Neurosen unterscheiden zu können (vgl. Gunderson 2005, S. 27). Sterns Arbeit enthält „[...] viele grundlegende Elemente der heutigen, [...] Borderline-Konzeption, wie sie später im Rahmen der Ich-Psychologie und der Objektbeziehungstheorie insbesondere von Kernberg herausgearbeitet [...]“ (Kernberg/ Dulz/ Sachsse 2000, S.31) wurden. Der amerikanische Psychoanalytiker Otto Kernberg führte Untersuchungen durch, in denen er feststellte, dass die Borderline-Symptomatik auf die Ich-Störung zurückzuführen ist. Den Kern für die sogenannte Ich-Störung bildet die Ich-Schwäche. Das bedeutet, dass die psychische Struktur des Menschen geschwächt ist, welche „[...] die Beziehung eines Menschen [...]“ (Niklewski/ Riecke- Niklewski 2003, S. 31) nach außen und innen regelt (vgl. Niklewski/ Riecke- Niklewski 2003, S. 31). Kernberg kam weiterhin zu dem Ergebnis, dass (vgl. Gunderson 2005, S. 28) „[...] die Borderline-Persönlichkeitsorganisation als eine [...]“ (Gunderson 2005, S. 28) von drei Persönlichkeitsorganisationen, welche (vgl. Gunderson 2005, S. 28) „[...] gegen schwerer erkrankte Patienten mit psychotischer Persönlichkeitsorganisation und gesünderer Patienten mit neurotischer Persönlichkeitsorganisation abgegrenzt werden können“ (Gunderson 2005, S. 28). Letztendlich wurde die Borderline-Störung erst in den 70er Jahren durch Singer und Gunderson genauer erläutert (vgl. Leichsenring 2003, S. 12), worauf im Punkt 3 näher eingegangen wird. Laut Gunderson leiden ungefähr 2-3 % der Bevölkerung an einer Persönlichkeitsstörung (vgl. Gunderson 2005, S. 27).

2. Die Begriffserläuterung Persönlichkeitsstörung

Eine einheitlich anerkannte Begriffserklärung der Persönlichkeitsstörung besteht gegenwärtig nicht. Insofern wird im medizinischen Bereich sowie in der Psychologie die Persönlichkeitsstörung als eine psychische Erkran-

kung bezeichnet, die bereits im Kindheits- bzw. Jugendalter beginnen kann (vgl. Bernstein 2012). Jedoch ist die Abgrenzung einer Persönlichkeitsstörung zu einer Neurose oder Psychose oftmals sehr schwierig (vgl. Wissensmedia Urbach). „Der Begriff Persönlichkeitsstörung umfasst eine Vielzahl von unterschiedlichen psychischen Störungen [...]“ (Bernstein 2012). Es wird unterschieden zwischen der Borderline- Störung, welche auch emotionale instabile Persönlichkeitsstörung genannt wird, der paranoiden Persönlichkeitsstörung, der ängstlichen Persönlichkeitsstörung und der schizoiden Persönlichkeitsstörung (vgl. Wissensmedia Urbach). Bei den Persönlichkeitsstörungen weicht die betroffene Person stark von der Norm ab, was wiederum zu Verhaltens- und Erlebensstörungen führt. Häufig zeigen die Patienten vor allem in konflikthaften Situationen unpassende bzw. situationsunangemessene Handlungen und Reaktionen auf. Somit werden die Leistungsfähigkeit und auch die Funktionsbereitschaft eines Betroffenen in seinem beruflichen, persönlichen und sozialen Bereich deutlich beeinträchtigt (vgl. Bernstein 2012).

3. Die Wortfindung und Begriffserklärung des Borderline- Syndroms

Seit mehr als 30 Jahren können nun Fachleute die Borderline- Persönlichkeitsstörung anhand der diagnostischen Kriterien bestimmen. Dabei fällt es sowohl Betroffenen schwer, ihre eigene Krankheit zu definieren, als auch Ärzten und Psychologogen (vgl. Knuf 2005, S. 24). Die Borderline- Störungen haben nie die gleichen Symptome und sind durch sehr vielseitige Krankheitsmerkmale gekennzeichnet (vgl. Niklewskie/ Riecke- Niklewskie 2003, S. 14). Dies wird auch am historischen Verlauf und bei der Wortfindung der Borderline- Störung deutlich. In den 50er Jahren nannte es Knight *borderline state*, 1962 bezeichnete es Mc Cully als *borderline schizophrenia*, 1968 betitelten Grinker, Werble und Drye es als *borderline syndrome* und 1971 nannte es Kernberg *borderline personality organisation* (vgl. Kernberg/ Dulz/ Sachsse 2000, S. 30- 31).

Der Begriff *Borderline* stammt „[...] aus dem Englischen und [...]“ (Schäfer/ Rüther/ Sachse 2007 S, 13) bedeutet *Grenzlinie*, *Grenzland* (vgl. Schäfer/

Rüther/ Sachse 2007, S. 13), *Grenzzustand* bzw. *Grenzgänger* (vgl. Anders 1999, S. 96). Wie bereits erwähnt, wurde die Borderline- Störung als (vgl. Schäfer/ Rüther/ Sachse 2007, S. 13) „[...] ein Grenzfall zwischen Neurose und Psychose [...]“ (Schäfer/ Rüther/ Sachse 2007 S, 13) verstanden. Die Betroffenen erleben sich nicht selbst, sie nehmen ihre Umwelt verändert wahr (vgl. Brockhaus Band 11 2002, S. 227) „[...] und haben im akuten Stadium meist keine Einsicht in die Krankhaftigkeit ihres Zustands“ (Brockhaus Band 11 2002, S. 227).

Unter der Borderline-Störung wird also die frühe Störung in der Persönlichkeitsentwicklung eines Menschen verstanden. Es wird davon ausgegangen, dass ihre Wurzeln bereits in den ersten Lebensjahren liegen (vgl. Anders 1999, S. 96). Kreismann und Straus sagen, dass mutmaßlich der Zustand von Borderlinern auf die Beziehung zu ihren Eltern zurückzuführen ist. Entweder wurde die Beziehung zu den Eltern von extremer Ablehnung oder durch extreme Abhängigkeit geformt (vgl. Kreismann/ Straus 2007, S. 25). Von großer Bedeutung ist die erste Bindung zwischen Mutter, Vater und Kind, da sie den Grundbaustein für die weitere Entwicklung eines Kindes legen. Am Bedeutendsten hierbei ist der 18.- 30. Lebensmonat eines Kindes. Gleichzeitig sollte das Urvertrauen aufgrund von Wohlfühlen, Geborgen- und Zufriedenheit entwickelt worden sein (vgl. Anders 1999, 97). Sofern diese Grundvoraussetzungen für eine gesunde Entwicklung eines Menschen nicht erfüllt wurden und das Kind traumatische Erlebnisse erfahren hat, kann es zu einer Borderline- Persönlichkeitsstörung im Verlauf seines Lebens führen (vgl. Schäfer/ Rüther/ Sachse 2007, S. 13). Meistens tritt das erstmalige Borderline- Verhalten zwischen dem Jugendalter, „[...] Ende der Teenagerzeit und Anfang der 30 auf [...]“ (Kreisman/ Straus 2007, S. 25), da in diesem Zeitraum viele Lebensaufgaben und Hindernisse zu bewältigen sind. Häufig verfügen die Betroffenen über keine oder nur sehr wenige Bewältigungsstrategien (vgl. Schäfer/ Rüther/ Sachse 2007, S. 13). Bei der Borderline- Störung gibt es bestimmte sichtbare Gemeinsamkeiten zu anderen Persönlichkeitsstörungen, besonders die der suchtabhängigen, histrionischen, schizotypischen usw. Persönlichkeitsstörungen. Folgende Charaktermerkmale, zum Beispiel Angst vor dem Verlassen werden- selbstzerstörerisches Verhalten-

chronische Gefühle der Leere- Instabilität in Beziehungen und im Selbstbild, unterscheiden die Borderline- Störung von den Persönlichkeitsstörungen (vgl. Kreismann/ Straus 2007, S. 28).

„Menschen, die an einer Borderline- Störung leiden, fehlt das grundlegende Gefühl, auch im ständigen Wechsel der Gefühle und Einstellungen [...] immer derselbe Mensch zu sein“ (Niklewski/ Riecke- Niklewski 2003, S. 31). Sie können beispielsweise ihre Wut, Angst oder auch ihr Desinteresse nicht abgrenzen zwischen guten und schlechten Tagen und dementsprechend keineswegs nach vorn blicken, im Vergleich zu Menschen die nicht an Borderline erkrankt sind. Ebenso können Borderliner auch die positiven und negativen Phasen an ihrem/ ihrer PartnerIn nicht einordnen. In der Wahrnehmung von Borderline- Betroffenen reagieren sie auf den/ die PartnerIn mit Wut, Hass und Bösartigkeit. Sie verfügen keinesfalls über das Wissen, dass Menschen positive, neutrale sowie negative Eigenschaften besitzen und diese Charaktereigenschaften letztendlich die Persönlichkeit eines Menschen ausmachen (vgl. Niklewski/ Riecke- Niklewski 2003, S. 31).

Die Welt differenziert wahrzunehmen und zu erleben, haben Borderline- Betroffene nie gelernt. Sie leben in ihren Extremen und unterscheiden zwischen Gut oder Böse (vgl. Anders 1999, S. 99), Freund oder Feind, Alles oder Nichts, Himmel oder Hölle, Schwarz oder Weiß. Die Welt schwarz oder weiß wahrzunehmen erscheint für Borderliner deutlich einfacher, da jeder versteht, was gemeint ist. Schwarz und weiß lassen sich klar voneinander unterscheiden, im Gegensatz zu Zwischentönen wie grau, hellbraun oder rosa, die evtl. für Irritation sorgen (vgl. Möhlenkamp 2004, S. 10). „Das überaus starke Bedürfnis nach Klarheit und Eindeutigkeit kostet jedoch seinen Preis: Eine bunte Welt wird in ein stark vereinfachtes Raster gepresst, Kompromisshandlungen sind nur schwer möglich, Konflikte sind {vor}programmiert“ (Möhlenkamp 2004, S. 11).

Borderliner suchen immer nach Extremsituationen und gleichzeitig leben sie tagtäglich in Extremen (vgl. Anders 1999, S. 96). Dieses „[...] Problem der Spaltung in Extreme [...]“ (Anders 1999, S. 96) zieht sich „wie einer roter Faden [...]“ (Anders 1999, S. 96) durch das gesamte Leben eines Betroffenen (vgl. Anders 1999, S. 96). Um mit dem eigenen Verhalten

besser umgehen zu lernen, können Therapien oder anderweitige Hilfen (Selbsthilfegruppe; Gesprächen beim Psychologen usw.) von großem Nutzen sein. Auf den Punkt Hilfen und Therapien soll jedoch im Abschnitt drei näher eingegangen werden.

4. Die Klassifikationssysteme ICD - 10 und DSM - IV

In den Diagnosesystemen *internationale Klassifikation der Krankheiten und Gesundheitsprobleme*, (*International Classification of Diseases and Related Health Problems*), kurz *ICD 10* und *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (*Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen*), auch *DSM- IV* genannt, werden die Persönlichkeitsstörungen in Bezug auf ihre Charaktereigenschaften in bestimmte Subtypen definiert (vgl. Bernstein 2012), „[...] wobei jedoch Überschneidungen und dadurch kombinierte Persönlichkeitsstörungen häufig“ (Bernstein 2012) auftreten. Auch die Diagnose der Borderline- Persönlichkeitsstörung findet durch die Klassifikationssysteme statt.

Im Jahr 1992 erfolgte die Übernahme der Borderline- Persönlichkeitsstörung in das ICD 10 der Weltgesundheitsorganisation (vgl. Gunderson 2005, S. 27). In regelmäßigen Zeitabständen findet eine Aktualisierung und Ergänzung des ICD statt. Die derzeitige Ausgabe besitzt die Bezeichnung ICD- 10. Der Herausgeber für die „[...] deutsche Übersetzung der ICD“ (Onmeda 2012) ist „das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information [...]“ (Onmeda 2012), kurz gesagt das DIMDI. Im ICD- 10 werden alle Erkrankungen in bestimmten Kategorien erfasst. Überdies bekommt jede Krankheit einen Diagnoseschlüssel zugeordnet, wodurch sie weltweit einheitlich gekennzeichnet wird (vgl. Onmeda 2012). „Ziel der ICD-10-Klassifikation ist die Schaffung eines internationalen Standards, nach dem sich Mediziner und Psychologen bei ihrer Diagnose richten müssen“ (Onmeda 2012). Alle Diagnoseschlüssel „bestehen aus einem Buchstaben und einem dahinter stehenden Zahlencode. Die ersten drei Zeichen stehen für eine Hauptkategorie“ (Onmeda 2012). Daraus folgt, dass zum Beispiel für den Code F00 bis F99 alle psychischen Störungen und Verhaltensstörungen (vgl. Onmeda 2012) und im speziellen

von F60 bis F69 alle Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen gelistet sind. Der Schlüssel F60 steht für die spezifischen Persönlichkeitsstörungen. F60.3 beinhaltet die emotionale instabile Persönlichkeitsstörung. Unter dem Diagnoseschlüssel F60.31 wird das Borderline- Syndrom aufgeführt (vgl. Krollner/ Krollner 2012). Der Anhang I enthält eine detaillierte Beschreibung des Diagnoseschlüssels aus dem ICD- 10 sowie den Diagnosecode aus dem DSM IV mit deren Merkmalen.

„1980 wurde die Borderline- Persönlichkeitsstörung in die dritte Ausgabe des Diagnostic and Statistical Manual (DSM III) der American Psychiatric Association aufgenommen [...]“ (Kreismann/ Straus 2008, S. 23). Unter dem Code 301.83 wird das Borderline- Syndrom im DSM IV eingeordnet. Borderline- Betroffene sind nach dem ICD- 10 vor allem von (vgl. Kernberg/ Dulz/ Sachsse 2000, S. 196, 837) „*in* tiefgreifende{n} Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität“ (Kernberg/ Dulz/ Sachsse 2000, S. 196, 837) betroffen. Das DSM IV umfasst neun Kriterien. Merkmal (1) besagt, dass der Betroffene sich in ständigen verzweifelten Bemühungen befindet sowie dass er vermeidet, selbst verlassen zu werden. Das Merkmal (2) drückt aus, dass die zwischenmenschlichen Beziehungen von Instabilität geprägt sind und der Betroffene im ständigen Wechsel (vgl. Kernberg/ Dulz/ Sachsse 2000, S. 196, 837) „zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung“ (Kernberg/ Dulz/ Sachsse 2000, S. 196, 837) steht. Punkt (3) zeigt auf, dass sich der Erkrankte in einer andauernden Instabilität seiner Selbstwahrnehmung und seines Selbstbildes befindet und demzufolge an einer Identitätsstörung leidet. Das Merkmal (4) erläutert die Impulsivität des Borderliners in mindestens zwei selbstschädigenden Handlungen, zum Beispiel durch Fressanfälle und Geldausgaben. Das Kriterium (5) stellt das selbstverletzende Verhalten, die suizidalen Handlungen bzw. Selbstmordandrohungen und - andeutungen dar. Merkmal (6) beinhaltet die (vgl. Kernberg/ Dulz/ Sachsse 2000, S. 196, 837) „*a*ffektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung“ (Kernberg/ Dulz/ Sachsse 2000, S. 196, 837), zum Beispiel Angst, welche zwischen wenigen Stunden und selten mehreren Tagen andauern kann. Kriterium (7) sind die (vgl.

Kernberg/ Dulz/ Sachsse 2000, S. 196, 837) „Chronischen Gefühle der Leere“ (Kernberg/ Dulz/ Sachsse 2000, S. 196, 837). Punkt (8) umfasst die Wutausbrüche, welche unangemessen und unkontrolliert ausbrechen sowie die körperlichen Auseinandersetzungen. Das letzte Merkmal (9) führt die paranoiden Vorstellungen bzw. die (vgl. Kernberg/ Dulz/ Sachsse 2000, S. 196, 837) „schwere{n} dissoziative{n} Symptome“ (Kernberg/ Dulz/ Sachsse 2000, S. 196, 837) auf, die durch momentane dauerhafte Belastungen ausgelöst werden. Mindestens fünf der neun aufgeführten Merkmale müssen vorhanden sein, damit eine Borderline- Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden kann (vgl. Kernberg/ Dulz/ Sachsse 2000, S. 196, 837).

5. Wie entwickelt sich die Krankheit - welche Ursachen verbergen sich dahinter?

Die Borderline- Persönlichkeitsstörung entwickelt sich nicht nach einem Schema. Sie begleitet den Betroffenen über einen langjährigen Zeitraum. Zudem ist die Ausprägung der Störung auch ausschlaggebend für den Verlauf der Krankheit. Wer an einer Persönlichkeitsstörung leidet, hatte mutmaßlich in seinem Leben nie die Chance, eine gesunde Persönlichkeit zu entfalten (vgl. Niklewski/ Riecke- Niklewski 2003, S. 40). Als besonders wichtig werden die Interaktionen und Bindungsmuster in den ersten Lebensjahren zwischen Kind und Bezugsperson beschrieben. In dieser Zeit kämpft das Kind um seine Selbstständigkeit. Jedoch widersetzen sich manche Eltern (vgl. Kreisman/ Straus 2008, S. 79), „[...] den Versuchen des Kindes, sich zu lösen, sehr stark [...]“ (Kreisman/ Straus 2008, S. 79). Die Eltern „[...] bestehen stattdessen auf eine kontrollierte, ausschließliche, oft erstickende Symbiose“ (Kreisman/ Straus 2008, S.79), sind abhängig von ihrem Kind und wollen es keine Sekunde aus den Augen lassen. Sie bieten ihm Nähe, Sicher- und Geborgenheit. Andere Eltern wiederum kümmern sich nur sehr sporadisch oder teilweise gar nicht um ihr Kind. Sie schenken ihm wenig Interesse, gehen selten auf die Bedürfnisse ein, lösen oftmals Furcht, Angst und Schrecken im Kind aus. Somit wird den Erfahrungen und Emotionen des Kindes nicht genügend Aufmerk-

samkeit entgegengebracht. Gleichzeitig bleiben diese ungeachtet und es lernt den Umgang mit den Gefühlen nicht (vgl. Kreismann/ Straus 2008, S. 79- 80; Niklewski/ Riecke- Niklewski 2003, S. 48- 49). Weiterhin erlebt es, wie unterschiedlich die Bezugspersonen auf die Gefühle des Kindes reagieren und damit umgehen. Das hat zur Folge, dass sich das Kind keineswegs auf die Reaktionen seiner Bezugsperson verlassen kann. Schutzsuchend muss es die Erfahrung machen, dass die Bezugsperson diejenige ist, welche Gefahr auslöst. Forscher fanden heraus, dass aus den genannten Gründen das unsichere Bindungsverhalten entstand. Sie stellten fest, dass die Kinder keine Bewältigungsstrategien besaßen, Nähe suchten, gleichzeitig Distanz einnahmen und in stressigen Situationen erstarrten. Dadurch hat sich das desorganisierte/ desorientierte Bindungsverhalten entwickelt, welches im Verhalten von Borderline- Betroffenen sehr gut wiedergespiegelt wird. Sie leben im ständigen Wechsel von Nähe und Distanz, als auch in der andauernden Angst verlassen zu werden (vgl. Niklewski/ Riecke- Niklewski 2003, S. 48- 50).

Das extreme Verhalten der Eltern kann im späteren Leben des Kindes dazu führen, dass es kein stabiles und positives Ich-Gefühl entwickelt hat, wodurch anschließend ein (vgl. Kreismann/ Straus 2008, S. 79) „[...] intensives Bedürfnis nach Bindung [...]“ entsteht (Kreisman/ Straus 2008, S. 79). Jedoch ist keineswegs nur ein negatives Erlebnis ausschlaggebend für eine Borderline- Persönlichkeitsstörung. Es müssen immer mehrere Ursachen für die Entstehung der Krankheit notwendig sein. Deswegen wird sie als mehrfaktorielles Krankheitsmodell bezeichnet (vgl. Rahn 2003, S. 32).

Neben den extremen Verhaltensweisen durch die Eltern kommen häufig noch traumatische Erfahrungen wie zum Beispiel Missbrauch, Misshandlungen, Aggressivität durch ein bzw. beide Elternteile, Verlust- und Trennungserfahrungen hinzu (vgl. Niklewski/ Riecke- Niklewski 2003, S. 40- 45). Am Prägnantesten hierbei sind vor allem die traumatischen Erlebnisse in der frühen Kindheit bzw. bis zum 3. Lebensjahr (vgl. Schäfer/ Rütter/ Sachsse 2007, S. 43). In der vorliegenden Arbeit soll auf die Trennung, Misshandlung und den Missbrauch näher eingegangen werden. Oftmals haben Borderline- Betroffene in ihrer frühen Kindheit und oder in ihrer Ju-

gend traumatisierende Erlebnisse erfahren müssen. Die psychischen Traumata lösten u.a. Todesangst und Angst vor Vernichtung des psychischen Selbst aus. Dabei waren schreckliche Angst und Hilflosigkeit ein ständiger Begleiter. Das Verarbeitungs- und Bewältigungsmuster des Kindes wurde dadurch überfordert. Ein großer Teil der Borderline- Erkrankten hat in seiner frühen Kindheit sexuellen Missbrauch bzw. seelische und körperliche Misshandlungen durchleben müssen. Studien belegen, dass in 70% der Fälle sexuelle Missbräuche, vor allem durch engstehende Familienmitglieder, stattgefunden haben (vgl. Niklewski/ Riecke- Niklewski 2003, S. 41- 45). „Schwerer sexueller Missbrauch in der Kindheit über längere Zeit und verbunden mit Geschlechtsverkehr ist in diesem Zusammenhang gesondert zu bewerten. Eine solche Erfahrung führt zum Zusammenbruch jeglichen Selbstwertgefühls und Beziehungsvertrauens und bedeutet eine Art Seelenmord“ (Möhlenkamp 2004, S. 35). Weitere 50% erlitten körperliche Gewalt (vgl. Niklewski/ Riecke- Niklewski 2003, S. 42). Anhaltender familiärer Streit und Zank, längeres Fehlen wichtiger Bezugspersonen, stark launisches Verhalten der Mutter oder des Vaters sowie fehlende Zuneigung, Liebe und Fürsorge werden ebenfalls als entscheidender Belastungsfaktor angesehen (vgl. Möhlenkamp 2004, S. 35). Niklewski und Riecke- Niklewski beschreiben, dass rund 80% der Betroffenen an emotionaler Vernachlässigung litten (vgl. Niklewski/ Riecke- Niklewski 2003, S. 42). Weitere belastende Erlebnisse stellen die psychosozialen Faktoren, zum Beispiel der Tod eines Elternteils aufgrund einer Krankheit oder die Scheidung der Eltern dar (vgl. Niklewski/ Riecke- Niklewski 2003, S. 43- 44).

Wie die Ausführungen belegen, gibt es viele Möglichkeiten, wodurch eine Borderline- Störung ausgelöst werden kann. Doch nicht jeder Mensch, der traumatische Erlebnisse in seiner frühen Kindheit erfahren hat, muss an einer Borderline- Persönlichkeitsstörung erkranken (vgl. Niklewski/ Riecke- Niklewski 2003, S. 42- 44).

5.1 Sind Aufmerksamkeitsdefizitstörungen und Aufmerksamkeitsdefizitstörungen mit Hypermotorik Auslöser für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung?

Können Aufmerksamkeitsdefizitstörungen und Aufmerksamkeitsdefizitstörungen mit Hypermotorik, kurz ADS und ADHS, Auslöser einer Borderline-Störung sein? Dieser Frage soll aufgrund der Literaturrecherchen im folgenden Kapitel nachgegangen werden.

Befragungen und Untersuchungen ergaben, dass ca. 50% der erwachsenen Patienten, die nach den heutigen diagnostischen Kriterien eine Borderline-Störung erfüllen, in ihrem Kindes- und Jugendalter Verhaltensauffälligkeiten zeigten, welche (vgl. Niklewski/ Riecke- Niklewski 2003, S. 56) „[...] als ADHS diagnostiziert werden konnten“ (Niklewski/ Riecke- Niklewski 2003, S. 56). Ein Großteil von ADHS betroffenen Kindern wies überdies Störungen, zum Beispiel Wutanfälle, Schwankungen in ihren Gefühlsäußerungen und/ oder aggressives Verhalten auf. Bei den betroffenen Kindern wird ebenfalls wie bei der Borderline-Störung (vgl. Niklewski/ Riecke- Niklewski 2003, S. 56) „[...] von einer emotionalen Instabilität“ (Niklewski/ Riecke- Niklewskie 2003, S. 56) gesprochen, die vermutlich die Ursache für die Probleme in zwischenmenschlichen Beziehungen darstellt (vgl. Niklewski/ Riecke- Niklewski 2003, S. 56). Forscher bestätigen, dass ein großes Risiko besteht, dass die Verhaltens- und Aufmerksamkeitsstörungen bei Kindern mit ADHS zur Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung beitragen können. „Man hat deshalb inzwischen eine AD(H)S im Kindesalter als Risikofaktor für eine spätere Borderline-Störung erkannt“ (Niklewski/ Riecke- Niklewskie 2003, S. 56).

Feststellend lässt sich sagen, dass die Kernsymptome von ADHS und einer Borderline-Störung sehr ähnlich sind, sodass oftmals Fehldiagnosen erfolgen, weil Ärzte und Psychologen oft Mühe haben zwischen den sehr eng liegenden Symptomen zu differenzieren. Vor allem dann, wenn das Symptom Impulsivität im Vordergrund steht (vgl. Niklewski/ Riecke- Niklewski 2003, S. 56- 57).

5.2 Neurobiologische Ursachen

Ein weiterer Grund für die Entwicklung einer Borderline- Störung könnte im neurobiologischen Bereich, im Gehirn, liegen. Aufgrund modernster Technik ist es Medizinern und Forschern möglich, das limbische System zu untersuchen. Das limbische System stellt einen Teil des Gehirns dar und spielt eine wesentliche Funktion für das Lernen, das Verhalten und die Emotionen, als auch bei „[...] der Kontrolle des Appetits“ (Emich 2010). In Forschungen wurde deutlich, dass Borderliner bei EEG- Untersuchungen Störungen im limbischen System aufwiesen. Durch Analysen mit Kernspintomographen untersuchten Forscher Frauen, welche ein Trauma in ihrer Kindheit erfuhren. Bei den Untersuchungen wurden „[...] Veränderungen im Umfang des limbischen Systems [...]“ (Kreisman/ Straus 2007, S. 40) gemessen. Das Ergebnis weist ein kleineres Volumen im Mandelkern und dem Ammonshorn auf. „Dieser Zusammenhang zwischen einem körperlichen oder emotionalen Trauma, das später zu Veränderungen im Gehirnumfang führt, die wir mit der Borderline- Pathologie in Zusammenhang bringen können, weist auf die Möglichkeit hin, dass Kindesmissbrauch die Gehirnfunktion verändern und damit zu Borderline führen kann“ (Kreisman/ Straus 2007, S. 40). Emich schreibt ebenfalls, dass Misshandlungen in der Kindheit das Gehirn durchaus sehr stark beschädigen können, sodass für immer bleibende Schäden entstehen. Jedoch wurde noch nicht 100%ig bestätigt, dass frühe traumatische Erlebnisse zu einer Borderline- Störung führen müssen. Es bestünde ebenfalls die Möglichkeit, dass bei einer Borderline- Störung (vgl. Kreisman/ Straus 2007, S. 40/ Emich 2010) „[...] Veränderungen im Gehirnumfang verursacht [...]“ werden, „[...] die nur zufällig mit den frühen Trauma zusammenhängen [...]“ (Kreisman/ Straus 2007, S. 40). Doch auch zum jetzigen Zeitpunkt gibt es noch keine 100%ige Bestätigung, dass diese möglichen Ursachen zu einer Borderline- Persönlichkeitsstörung beitragen.

5.3 Genetische Ursachen

Ob genetische Ursachen der Auslöser für eine Borderline- Persönlichkeitsstörung sein können, kann derzeit noch nicht belegt werden. Allerdings reagieren viele Forscher mit Skepsis auf die bisherigen Ergebnisse.

Es wird davon ausgegangen, dass Borderline- Betroffene mit einer Veranlagung von zu starken Emotionen zur Welt kommen. Der Betroffene erlebt seine Gefühle deutlich stärker im Vergleich zu anderen Menschen (vgl. Emich 2010). „Diese emotionale Verletzlichkeit ist keine Störung, sondern ein unveränderlicher Faktor im Leben und der Persönlichkeit der betroffenen Menschen“ (Emich 2010). Kinder, welche mit zu starker Emotionalität auf die Welt gebracht werden, haben es nicht einfach, weil (vgl. Emich 2010) „[...] sie ihre starken Gefühle nicht verstehen können“ (Emich 2010). Somit beginnt bei Borderlinern das Problem von Geburt an, ständig die Emotionen im Griff zu haben.

In Anbetracht dieser möglichen genetischen Ursache gibt es Vermutungen (vgl. Emich 2010), „[...] das es angeborene Störungen gibt, die einen Mangel an bestimmten Neurotransmitter (Botenstoffe im Gehirn) aufweisen“ (Emich 2010).

Jedoch befinden sich diese Untersuchungen noch ganz am Anfang und aus diesem Grund werden die Gene zum jetzigen Zeitpunkt nur am Rande und als eine mögliche Ursache einer Borderline- Störung erwähnt (vgl. Kreisman/ Straus 2007, S. 42).

6. Symptome und Verhaltensweisen von Borderline- Erkrankten

„Als Folge der Borderline- Störung zeigen sich mehr oder weniger ausgeprägte Störungen von Verhaltensweisen wie eine schwankende Kompetenz, gehäuftes Auftreten von Krisen und unzureichende Auswertung von Erfahrungen“ (Rahn 2003, S. 59). Darüber hinaus können unter anderem Suizidalität, selbstverletzendes Verhalten, Essstörungen, psychoseähnliche Symptome, Angst, Depressionen, Störung der Sexualität und Sucht als Nebenerkrankung/ Nebensymptome bzw. (vgl. Kernberg 2000, S. 227- 442) „besondere seelische Befindlichkeit(en)“ (Kernberg/ Dulz/ Sachsse 2000, S. 282) hinzukommen. Auf die Nebenerkrankungen Sucht, selbstverletzendes Verhalten, Essstörungen, Angst und daran anschließend auf die Suizidalität soll in den folgenden Kapiteln näher eingegangen werden.

6.1 Die Sucht als Nebenerkrankung

Die Sucht stellt eine Nebenerkrankung der Borderline- Störung dar. In körperlich abhängige Substanzen oder psychisch abhängige Substanzen wird hierbei unterschieden. Eine körperlich abhängige Substanz kann unter Umständen eine psychische Abhängigkeit erzeugen (vgl. Schäfer/ Rüter/ Sachsse 2007, S. 40). „Der Einstieg in die Sucht erfolgt dabei häufig im Rahmen des selbstverletzenden und impulsiven Verhaltens im Sinne des Missbrauchs“ (Rahn 2003, S. 72). Der Drang, den Suchtstoff zu konsumieren wird immer größer und alles dreht sich im Kopf um das Suchtmittel. Alles andere wird außen vor gelassen und wird ausgeblendet (vgl. Schäfer/ Rüter/ Sachsse 2007, S. 40). „Oft hat das Suchtverhalten die Aufgabe, die Gefühle von Anspannung, aber auch innere Leere, Langeweile und Depressivität zu bekämpfen“ (Schäfer/ Rüter/ Sachsse 2007, S. 40). Anschließend erfährt der Betroffene das Gefühl von Entspannung und Zufriedenheit. Borderliner sind besonders auffällig für Suchterkrankungen, weil sie ständig (vgl. Schäfer/ Rüter/ Sachsse 2007, S. 40) „[...] unter dem Gefühl der inneren Leere [...]“ (Schäfer/ Rüter/ Sachsse 2007, S. 40) leiden. Durch die Einnahme von Drogen kann das Gefühl der Leere für einen bestimmten Zeitraum, vergessen werden. Ein anderweitiges Merkmal ist, dass Borderline- Betroffene Substanzen missbrauchen, weil sie „[...] das dringliche Verlangen [...]“ (Gunderson 2005, S. 72) verspüren, „[...] zur Ruhe zu kommen [...]“ (Gunderson 2005, S. 72).

6.2 Das selbstverletzende Verhalten als Nebenerkrankung

80% der Borderline- Erkrankten zeigen selbstverletzendes Verhalten, vor allem an Armen und Beinen durch Ritzen, Schneiden mit Messern, Rasierklingen, mit der Schere etc.. 24 % verletzen sich durch Abschürfungen, 20% durch Brandwunden (Feuerzeug, Zigaretten), 15% schlagen sich den Kopf ein und 7% zeigen Verletzungen durch Bisse. Aber auch weitere Formen der Verletzungen, zum Beispiel Tattoos oder Piercings sind sehr häufig (vgl. Gunderson 2005, S. 48; Rahn 2003, S. 60- 62; Schäfer/ Rüter/ Sachsse 2007, S. 35- 37). Die Verletzungen entstehen bei raschen Stimmungswechseln oder Ängsten und sind oberflächlich sichtbar.

Doch auch tiefe Schnittwunden bis auf die Knochen/ Muskulatur kommen sehr häufig vor. Vor allem Borderline- Patienten, die körperliche und/ oder sexuelle Gewalt, Misshandlungen bzw. Vernachlässigung in ihrer frühen Kindheit erfahren haben, stehen hier im Vordergrund. Sie verletzen sich (vgl. Schäfer/ Rüther/ Sachsse 2007, S. 35), „[...] um {die} Zustände der Dissoziation zu beenden“ (Schäfer/ Rüther/ Sachsse 2007, S. 35). Danach entstehen bei dem Borderliner das Gefühl der Entlastung, Erleichterung sowie das Spüren des eigenen Körpers. Der Betroffene befindet sich in einer Art Trancezustand und erst durch die Selbstverletzung kommt der Borderliner aus diesem Zustand wieder heraus. Manche Borderline- Erkrankten nutzen das selbstverletzende Verhalten als Selbstbestrafung oder es soll als Ausdruck ihrer Autoaggression dienen. Desweiteren erlangen sie dadurch wieder die Kontrolle über sich selbst. Das selbstverletzende Verhalten schützt den Borderliner vor Überlastungssituationen (vgl. Schäfer/ Rüther/ Sachsse 2007, S. 35- 37).

6.3 Die Essstörung als Nebenerkrankung

Ein weiteres Verhalten bei Borderlinern, insbesondere bei Frauen sind die Essstörungen. Es wird von ca. 95 %, betroffener Frauen, gesprochen (vgl. Kernberg/ Dulz/ Sachsse 2000, S. 308). Hierbei wird unterschieden zwischen der Ess- Brech- Sucht und der Magersucht. Die Ess- Brech- Sucht, auch Bulimie nervosa genannt, meint eine „[...] dauerhafte Beschäftigung mit Essen [...]“ (Schäfer/ Rüther/ Sachsse 2007, S. 39). Der Betroffene leidet an „[...] Heißhungerattacken, bei denen {er} große Mengen {an} Nahrung in kurzer Zeit konsumiert“ (Kernberg/ Dulz/ Sachsse 2000, S. 309), um sie im Anschluss wieder zu erbrechen. Bei der Magersucht (Anorexia nervosa) steht das dauerhafte Bedürfnis im Vordergrund, durch Erbrechen, der Einnahme von Abführmitteln und durch den Verzehr von kalorienarmen Speisen, abzunehmen. Die ständige Angst *ich bin zu dick* bzw. *ich werde zu dick* werden als Körperschemastörung bezeichnet. Der Betroffene legt für sich ein sehr niedriges Körpergewicht fest, welches er erreichen muss (vgl. Kernberg/ Dulz/ Sachsse 2000, 308).

Die Bulimie und Anorexia stehen meist im Zusammenhang mit der Impuls- und Emotionskontrolle sowie der ständigen Angst, dick zu werden (vgl. Schäfer/ Rüter/ Sachsse 2007, S. 38- 39).

6.4 Die Angst als Nebenerkrankung

Eine von vielen Merkmalen einer Borderline- Störung ist die Angst. In der Regel zeigen alle Menschen in bestimmten Situationen Angst. Jedoch kann sie kontrolliert werden, denn die Angst dient als Schutzfunktion und zum Überleben (vgl. Schäfer/ Rüter/ Sachsse 2007, S. 33- 34) „Angst wird nur dann krankhaft, wenn sie zu viel oder zu wenig auftritt“ (Schäfer/ Rüter/ Sachsse 2007, S. 33). Borderline- Erkrankte haben kaum Bewältigungsmöglichkeiten für ihre Ängste. Sie besitzen keine Sicherheit darüber, dass diese Ängste sie wieder verlassen werden und gute Tage anstehen. Borderliner entwickeln vor allem Ängste vor dem verlassen werden. Sie haben große Trennungsängste, Angst davor das eigene (vgl. Schäfer/ Rüter/ Sachsse 2007, S. 33) „[...] ICH zu verlieren“ (Schäfer/ Rüter/ Sachsse 2007, S. 33), Angst davor die Kontrolle über sich selbst zu verlieren, Angst vor Bedürfnissen und Angst wütend zu werden. Die Ängste können die „[...] Folge von traumatischen Trennungserlebnissen [...]“ (Schäfer/ Rüter/ Sachsse 2007, S. 33) in der frühen Kindheit/ Jugend sein (Schäfer/ Rüter/ Sachsse 2007, S. 33).

6.5 Die Suizidalität

Es gibt verschiedene Formen des Suizids, zum Beispiel den Suizidversuch, unter dem (vgl. Schäfer/ Rüter/ Sachsse 2007, S. 41) „[...] die aktive Handlung, die zur Selbsttötung führen sollte, jedoch {misslingt} [...]“ (Schäfer/ Rüter/ Sachsse 2007, S. 41), verstanden wird. Die parasuizidale Handlung stellt eine selbstschädigende Handlung dar, ohne dass sich der Betroffene umbringen möchte. Desweiteren wird zwischen den Suizidphantasien und -gedanken, die den Betroffenen bedrängen und dem vollendeten Suizid unterschieden (vgl. Schäfer/ Rüter/ Sachsse 2007, S. 41). Um den eigenen emotionalen Haushalt zu regulieren, leiden viele Borderline- Patienten an chronischer Suizidalität (vgl. Rahn 2003, S. 62). „Hintergrund dafür bilden die Störungen des Selbstbildes und ein damit verbundenes, andauerndes Gefühl der Unzufriedenheit“ (Rahn 2003, S. 62).

Wenn der Betroffene Gedanken an den Suizid verspürt, kann er sich auf nichts anderes mehr konzentrieren, weil ihn die Suizidgedanken zu sehr beschäftigen. Anstehende Aufgaben zu bewältigen ist nahezu unmöglich. Noch schwieriger gestaltet es sich für den Betroffenen dadurch, dass er seine Impulse und Gefühle nicht kontrollieren kann. Suizidankündigungen von einem Borderline- Erkrankten sollten dennoch immer ernst genommen werden. Allerdings dürfen die Angehörigen niemals in ständiger Angst um den Betroffenen schweben, denn das führt auf Dauer zur Überforderung. Aber auch eine Nichtbeachtung der Suizidankündigung ist keinesfalls sinnvoll. Der Borderliner würde seine Gedanken an den Suizid verstecken und keineswegs mehr darüber sprechen. Bei ständigen Suizidankündigungen ist es sinnvoll, mit dem Betroffenen darüber zu reden, um Strategien zu entwickeln, welche zur Abwendung der Gefahr beitragen können (vgl. Schäfer/ Rüter/ Sachsse 2007, S.41- 42; Rahn 2003, S. 62- 64). Der Prozentsatz von Suizidversuchen von Borderline- Betroffenen liegt bei ca. 22%. Eine 100%ige Wahrscheinlichkeit von Suizidversuchen weisen dabei Borderline- Patienten mit Depressionen auf. Darüber hinaus sind geschlechtsspezifische Tendenzen erkennbar. Überwiegend unternehmen Männer Suizide und Frauen Suizidversuche (vgl. Kernberg/ Dulz/ Sachsse 2000, S. 283- 284).

7. Der Alltag mit der Persönlichkeitsstörung Borderline

In den kommenden Kapiteln soll anhand von leitfragen gestützten Interviews und E-Mailinterviews auf das Leben von Betroffenen mit der Diagnose Borderline eingegangen werden. Folgende Ausführungen beziehen sich auf das Interview mit einer Betroffenen (Luisa), deren Mutter (Sarah) und Partner (Alex) sowie Janina, deren Schwester am Borderline-Syndrom erkrankte und deren Partner (Rolf). Die Interviewten erhielten die Leitfragen im Voraus, um sich auf das Interview vorzubereiten. Von allen fünf interviewten Personen entschieden sich Luisa und Janina für ein Interview, welches mit einem Diktiergerät aufgezeichnet wurde. Sarah und die zwei Partner Alex und Rolf dagegen, bevorzugten aus persönlichen und organisatorischen Gründen ein E-Mailinterview. Alle Interviews sind in den

Anhängen II – VI einzusehen, einschließlich der Transkriptionsdefinitionen im Anhang VII. Die Namen von den interviewten Personen und Orten wurden anonymisiert.

Für die folgende Auswertung beziehe ich teilweise das Buch *>Ein Jahr mit ohne Lola>* von Agneta Melzer mit ein.

An dieser Stelle soll darauf hingewiesen werden, dass auf die Interviewformen und -auswertungen nicht näher eingegangen wird, da dies den Rahmen der Arbeit nicht zulässt.

7.1 Auswertung Leitfragen Interviews

Um einen Überblick zu erhalten, wie lang Luisa schon mit ihrer Diagnose Borderline lebt, wurde zu Beginn des Interviews nach ihrem Alter gefragt. Damit ein Altersvergleich zu einer weiteren Borderlinerin möglich ist, fanden Recherchen im Buch *Lola* statt. Doch bevor auf die Frage *Wie alt waren warst du, als du von der Diagnose Borderline erfahren hast?* eingegangen werden kann, sollen ein paar wesentliche Informationen zu der Diagnosebestimmung Borderline nützlich sein. Weiterhin befinden sich im Anhang VIII Angaben zu Luisas sowie kurze Informationen zu Susans und Lolas Leben.

7.2 Diagnosebestimmung Borderline

Die Diagnose Borderline ist nicht einfach zu diagnostizieren, weil die Betroffenen im ständigen Wechselbad ihrer Gefühle, des Erlebens und Verhaltens stehen. Dazu kommt, dass die Symptome nicht immer vorhanden sind (vgl. Niklewski/ Riecke Niklewski 2003, S. 73) „und sie können zu unterschiedlichen Zeiten ganz unterschiedlich stark ausgeprägt sein“ (Niklewski/ Riecke Niklewski 2003, S. 73). Dadurch wird den Ärzten die genaue Diagnosestellung erschwert, weil sie sich immer vor Augen halten müssen (vgl. Niklewski/ Riecke Niklewski 2003, S. 73) „Welche Krankheit liegt tatsächlich vor [...]? was unterscheidet sie von möglichen anderen Krankheiten? [...] Leidet der oder die Betroffene vielleicht noch an einer anderen Krankheit“ (Niklewski/ Riecke Niklewski 2003, S. 73)? Aus den genannten Gründen werden häufig sogenannte „*Fehldiagnosen*“ gestellt und die Betroffenen können nicht die benötigte Behandlung in Anspruch nehmen (vgl. Kreismann/ Straus 2007, S.35). Das spiegelt sich auch im

Buch Lola und im Interview mit Luisa wieder. Lola erhielt im Alter von 15 Jahren die Diagnose Depressionen und wurde dementsprechend behandelt.

Agneta schreibt in ihrem Buch, dass auch bei ihrer Freundin Lola die Diagnose lange nicht vollständig sein konnte und beschreibt es mit folgenden Worten (Melzer 2012, S. 9):

„Hüpft eine Frau mit Depressionen ausgelassen auf Partys umher und verdreht dabei allen Männern den Kopf“ (Melzer 2012, S.9)? Und „Heute feiert sie, als gäbe es kein Morgen, und morgen wird sie sich wieder nicht bei mir melden“ (Melzer 2012, S. 9-10). „[...] diese Diagnose passte längst nicht immer zu ihrem Verhalten“ (Melzer 2012, S. 9), so Agneta.

Die Textabschnitte lassen vermuten, dass sich Agneta mit der Krankheit ihrer Freundin Lola sehr intensiv auseinandergesetzt hat. Bei ihren Recherchen stieß sie vermutlich neben den Depressionen auf weitere psychische Störungen. Dabei stellte sie fest, dass Lolas Verhalten nicht mehr mit den Merkmalen der Depressionen überein stimmte.

Auch von Luisa erfuhr ich in einem kurzen Gespräch nach dem Interview, dass sie sich schon lange vor ihrer Diagnose Borderline in therapeutischer Behandlung, wegen Depressionen und einem Suizidversuch befand. Den genauen Zeitpunkt weiß Luisa jedoch nicht mehr (vgl. Gespräch mit Luisa 2012).

Aufgrund der „Fehldiagnosen“, welche oftmals vor der Krankheitsbestimmung Borderline erfolgen, kommt es dazu, dass Betroffene relativ spät die benötigte Behandlung erhalten. Dies spiegelt sich zugleich in der Frage eins, der Betroffenen wieder.

7.3 Frage eins: „Wie alt warst du, als du von der Diagnose Borderline erfahren hast?“

7.3.1 Borderlinerin Luisa

Luisa erfuhr im Alter von 25 Jahren von ihrer emotionalen instabilen Persönlichkeitsstörung.

„Ähh (.) ich globe ich war fünfundzwansch und jetzt binsch sechsnzwansch?& @(.)@ (Anhang II: Z. 7-8) [...] so ungefähr hab ich es erfahrn“ (Anhang II: Z. 10)

Im Vergleich zum Gespräch nach dem Interview, wobei es um ihre vorhergehenden therapeutischen Behandlungen ging, fällt Luisa nach kurzer Überlegung sehr schnell ein, wann sie ihre Diagnose Borderline erhalten hat (vgl. Anhang II).

7.3.2 Borderlinerin Lola

Lola bekam im Alter von 26 Jahren die Diagnose Borderline und wurde dementsprechend 9 Jahre lang „nur“ wegen Depressionen therapiert (vgl. Melzer 2012, S. 15).

7.3.3 Fazit

Bei beiden Borderline- Betroffenen zeigt sich, dass zu oft bzw. zu schnell die Diagnose Depressionen festgestellt wird, ohne weiter zu schauen, ob der/ die Betroffene wirklich nur an dieser einen Krankheitsbestimmung erkrankt ist. Luisa und Lola waren schon Jahre zuvor in Therapie, doch lange Zeit bemerkte Keiner (Arzt, Psychologe), dass beide nicht nur an Depressionen leiden (vgl. Anhang II; Buch Lola 2012). In diesem Kontext sei anzumerken, dass ein Hilfebedarf in der Diagnosestellung Borderline-Störungen besteht. Wünschenswert wäre es in der heutigen, wissenschaftlich, medizinisch, vorangeschrittenen Zeit, dass genaue Erkrankungen/ Störungen mit deren Nebensymptomen rechtzeitig erkannt werden. Den Betroffenen und Angehörigen würde es zu mindestens viel Mühe, einen langen Leidensweg und Anstrengungen ersparen. Gezielte therapeutische Behandlungen könnten dadurch viel eher beginnen. Darüber hinaus bestände die Möglichkeit, dass der Borderline- Betroffene bereits wieder seinen Alltag alleine bewältigen und sich ggf. in einem Arbeitsverhältnis stabilisieren kann.

In der nächsten Frage soll im Vordergrund stehen, wie es den Betroffenen selbst, als auch den Angehörigen (Mutter, Partner, Schwester) ergangen ist, als sie von der Diagnose erfuhren.

7.4 Frage zwei: „Wie ging es Ihnen/ dir, als Sie/ du von der Diagnose erfahren haben/ hast? Was hat die Diagnose in Ihnen/ dir ausgelöst? Haben Sie/ du vorher schon gemerkt, dass mit dir/ deiner Schwester/ Ihrer Partnerin etwas nicht in Ordnung ist?“

7.4.1 Borderlinerin Luisa

Luisa war sehr glücklich endlich ein wenig Gewissheit über sich und ihre Krankheit zu besitzen und antwortete wie folgt:

„Ja erstmal ähm Schwein froh dasch überhaupt ne Diagnose zu ham, zu wissen um was es sich überhaupt handelt [...] (Anhang II: Z. 13- 14).

In der Aussage von Luisa wird deutlich, dass sie „*froh*“ ist endlich eine Diagnose zu besitzen. Aufgrund der Gespräche mit ihrem Psychologen und Arzt weis Luisa, dass sie an der Borderline-Störung erkrankt ist und ihr therapeutisch geholfen werden kann. Die Erleichterung spiegelte sich ebenso in Luisas Gesichtsausdruck während des Interviews wieder, denn sie hatte schon lange vor ihrer Diagnose bemerkt, dass mit ihrem Gefühlsleben und ihrem Verhalten etwas nicht stimmte. (vgl. Anhang II; Gespräch mit Luisa 2012).

„[...] ich dachte mir schon dass ich irgendwie ni ganz @(.)@ normal bin? sach isch mal, [...]“ (Anhang II: Z. 29-30). „[...] das ging auf jeden Fall schon wirklich in der Pubertät los so mit zwölf dreizehn [...] immer mehr hochgeschaukelt (Anhang II: Z. 36-37) [...] mit siebzehn oder achtzehn [...] das erste Mal geschnitten (Anhang II: Z. 41- 42) [...] Fressattacken [...] erbrochen [...]“ (Anhang II: Z. 45).

Bereits im Alter von 12/ 13 Jahren merkte Luisa, dass ihre Gefühle und Verhaltensweisen, im Vergleich zu ihren Freunden oft sehr abweichend waren (Gespräch mit Luisa 2012). Dies verdeutlicht sie nach einem kurzen Auflachen mit den Worten „*ni ganz normal bin?*“. Hier wird ersichtlich, dass Luisa ihre abweichenden Handlungen gegenüber Gleichaltrigen längst beobachtet und festgestellt hatte. Aufgrund dessen, das sie sich viel belesen und mit ihren Psychologen und Arzt über ihre Erkrankung gesprochen hatte, ist es ihr jetzt möglich die früheren Handlungs- und Verhaltenswei-

sen nachzuvollziehen. Jedoch erzählte Luisa auch, dass es ihr dadurch von Tag zu Tag immer schwerer fällt mit ihrer Persönlichkeitsstörung umzugehen (vgl. Anhang II; Gespräch mit Luisa 2012). Sie sagt:

„[...] ja isch globe das isch es auch jetzt so eigentlich kapiere was es eigentlich so bedeutet so nach und nach wird mir immer mehr bewusst was es eigentlich wirklich bedeutet [...]“ (Anhang II: Z. 14-16).

Mit der Zeit nimmt Luisa ihre Störung bewusster wahr, doch im Text fällt auf, wie allein gelassen Luisa sich zu Hause in ihrer Wohnung fühlt und nach Hilfe sucht.

„es ist immer schwerer damit um zu gehn eigentlich“ (Anhang II: Z. 17).

Sie scheint keine Strukturierung in ihrem Tagesablauf zu haben und benötigt jemanden, der mit ihr gemeinsam den Tag gestaltet. Hilfreich könnte für Luisa der Besuch einer Borderline- Selbsthilfegruppe sein. Dadurch bestünde für sie die Möglichkeit sich mit Borderlinern über Schwierigkeiten und Bewältigungsstrategien auszutauschen, weil alle dieselben Probleme besitzen (vgl. Anhang II).

7.4.2 Borderlinerin Lola

So auch bei Lola. Sie hatte sich sehr zurückgezogen und jeglichen Kontakt zur Außenwelt abgebrochen. Nach einem erneuten Zusammenbruch beschloss sie, sich therapeutisch helfen zu lassen. Sie wollte von nun an nicht mehr so leben wie bisher. Lola wurde in eine Klinik eingewiesen und erhielt nach vielen Untersuchungen die Diagnose emotionale instabile Persönlichkeitsstörungen mit depressiven Störungen (vgl. Melzer 2012, S. 147).

„Zwar war ich regelrecht erleichtert, dass ein komplexeres Problem hinter meiner Depression steckte [...]. So richtig anfreunden konnte ich mich mit dieser Diagnose auch nicht“ (Melzer 2012, S. 148).

Als Lola ihre Diagnose erhalten hatte war auch sie erleichtert. Die Vermutungen, vor allem von Agneta, Lolas Mutter und der Psychologin, dass Lola nicht nur an Depressionen litt, hatten sich nun endlich bestätigt. Weiterhin beschreibt Lola, dass sie sich mit der Störung auch nicht so recht an-

freunden konnte. Das wiederum wird daran gelegen haben, dass Lola nicht viel mit der komplexen Diagnose anfangen konnte, weil sie nicht wusste, was sich hinter einer Borderline- Störung verbirgt. Darüber hinaus wird sie sich vermutlich die Frage gestellt haben, warum ihre Erkrankung nicht eher festgestellt wurde.

7.4.3 Fazit

In diesen zwei Beispielen von Borderlinerinnen wird deutlich, wie mit der Aufnahme der Diagnose umgegangen wird und wie die eigenen Verhaltensweisen von Luisa und Lola wahrgenommen worden sind. Luisa merkte schon lange im Voraus, dass sie mit ihren Gefühlen nicht im Reinen war und sie häufig unangemessene Verhaltensweisen an den Tag legte, die selbst sie teilweise nicht nachvollziehen konnte. Umso erleichterter war sie, bis endlich ein Arzt die Diagnose Borderline stellte (vgl. Anhang II). Lola stellte ebenso fest, dass mit ihr etwas nicht in Ordnung sein konnte. Therapeutische Maßnahmen für ihren depressiven Zustand halfen nicht. Sie bemerkte dass sie sich immer mehr zurück zog, von ihrer Familie und Freunden (vgl. Melzer 2012).

Die Angehörigen dagegen schreiben vor allem von Entsetzen, Unwissen- und Unsicherheit, Angst und Erschrecken (vgl. Anhang III- VI).

7.4.4 Mutter von Luisa

Mutter Sarah erhielt die Vermutungen, dass ihre Tochter an einer Borderline- Persönlichkeitsstörungen erkrankt sei, von ihrer Tochter selbst (vgl. Anhang VI). In Sarah löste diese Nachricht negative Gefühle aus.

„[...] in mir großes Erschrecken und Entsetzen ausgelöst (Anhang VI: Z. 16- 17) [...] fühlte mich hilflos und ohnmächtig. Was dort beschrieben wurde, hatte ich bei meiner Tochter noch nie bemerkt“ (Anhang VI: Z. 17-19)

Seitdem Mutter Sarah erfuhr, an welcher psychischen Erkrankung Luisa leidet, herrscht in ihr vor allem Angst und bedrücken, denn sie hatte nie wirklich „*bemerkt*“, dass ihre Tochter sich *anders* benahm und mit ihr etwas nicht in Ordnung sein könnte. Über mögliche Hilfen dachte Sarah noch nie weiter nach, da der Schreck in ihr viel zu groß ist. Doch um die

Gefühle des „Erschreckens“, „Entsetzens“ und der „Hilf- und Ohnmächtigkeit“ bewältigen zu können, wäre es von großer Wichtigkeit sich professionelle Hilfe zu suchen. Dabei gibt es unterschiedliche Möglichkeiten. Zum Beispiel Lebensberatungsstellen, Chat-Foren, Selbsthilfegruppen, Angehörigen-Ratgeber usw. (vgl. Anhang VI).

7.4.5 Alex, Partner von Luisa

Als Alex Luisa in einer Klinik kennen und lieben lernte, hatte er bis dahin noch nichts von der Borderline- Störung gehört. Doch er beschloss, trotz gewisser Unsicherheiten und nicht viel Wissen über die Borderline- Störung Luisa zu helfen und mit ihr alle Hürden der psychischen Erkrankung gemeinsam zu bewältigen (vgl. Anhang V).

„[...] ich selbst habe aber keine ahnung was das bedeutete“ (Anhang V: Z. 12). „[...] war ich guter dinge ihr helfen und sie unterstützen zu können“ (Anhang V: Z. 13- 14).

Hier fällt auf, dass Alex in Kenntnis über die Erkrankung seiner Partnerin gesetzt wurde. Doch was es eigentlich bedeutet an einer Persönlichkeitsstörung zu erkranken, hat er noch nicht verinnerlicht. Mit aufgesetzter rosa-roter Brille, frohen Mutes und Liebe zu Luisa war bzw. ist Alex sich sicher, diese Hürde gemeinsam mit seiner Partnerin anzupacken (vgl. Anhang V).

Bei der Borderlinerin Susan hatte ich die Möglichkeit zwei Angehörige (Partner/ und Schwester Janina) zu interviewen, die auf unterschiedliche Art und Weise im Zusammenhang mit der Erkrankung stehen.

7.4.6 Rolf, Partner von Susan

Rolf erfuhr von Susans Familie, an welcher psychischen Erkrankung seine Partnerin leidet (vgl. Anhang IV: Z. 8- 9). Diese Information löste in Rolf „gemischte Gefühle“ aus (vgl. Anhang IV: Z. 23- 28).

„Ich hatte gemischte Gefühle (Unsicherheit, Unwissen, Zuversicht etc.), weil ich nicht wusste wie man mit so einer Krankheit umgeht bzw. wie ich mich ihr gegenüber verhalten muss, auf was muss ich achten usw.“ (Anhang IV: Z. 14- 17).

Hilf- und Ratlosigkeit, Sorgen sowie Zukunftsängste plagten Rolf von nun an. Oft dachte er darüber nach, ob er mit der Krankheit zurechtkommen wird und wie sich das auf seine Beziehung auswirkt (vgl. Anhang IV). Immer wieder stellte er sich die Fragen (vgl. Anhang IV):

„[...] Was mach ich wann richtig? Wie muss ich mich in bestimmten Situationen verhalten?“ (Anhang IV: Z. 28- 29).

Nachdem er über die Erkrankung seiner Partnerin in Kenntnis gesetzt wurde, kreisen in seinem Kopf viele offene Fragen, Ungewissheit und Hilflosigkeit. Gleichzeitig drängen sich ihm aber auch Fragen nach „*wie kann ich ihr beistehen?- wie kann ich ihr helfen?*“ auf (vgl. Anhang IV).

Im Vergleich zu Rolf und Alex ist es Janina nur möglich die Erinnerungen aus ihrer Kindheit zu schildern.

7.4.7 Janina, Schwester von Susan

Janina hat nie wirklich von der Diagnose ihrer älteren Schwester erfahren. Trotzdem bemerkte auch sie im Alter zwischen ca. sechs und sieben Jahren, dass mit ihrer Schwester etwas nicht in Ordnung sein konnte.

„[...] dadurch das ich noch Kind war (.) ich habs mehr an den Symptomen mit bekomme anhand der Schnittverletzungen (Anhang III: Z. 8- 9) [...] Kopf an die Wand schlagen (Anhang III: Z. 11) [...] Finger ind Mund stecken (Anhang III: Z. 11) [...] irgendwelches stinkende Zeugs rauchen (Anhang III: Z. 12- 13).

In Janina löste das Verhalten ihrer älteren Schwester vor allem Angst aus. Janina hatte Angst mit ihren Eltern oder Bruder darüber zu sprechen. Zum Einen, weil sie als Kind das Verhalten ihrer Schwester nicht nachvollziehen konnte. Zum Anderen, weil die Angst um ihre Schwester sehr groß war und sie nicht wusste, wie werden wohl meine Eltern reagieren, wenn ich sie darauf anspreche. Vermutlicher Weise belastete Janina auch die andauernde Frage: *Was passiert dann mit meiner großen Schwester, wenn ich es unseren Eltern erzähle?* (vgl. Anhang III). Zudem kreisten in ihrem kleinen Kinderkopf ständig Fragen des Warum.

„[...]warum is das so? (..) warum macht sie das? (.) was bewegt sie dazu? [...]“ (Anhang III: Z. 23- 24).

Janina konnte sich als Kind das Verhalten der großen Schwester einfach nicht erklären. Sie erhielt keine Antworten auf ihre vielen Fragen. Bekräftigend untermauert sie ihre permanente Angst und Sorge sowie die Hilflosigkeit um Susan durch folgende Aussagen im Interview (vgl. Anhang III):

„[...] Hilflosigkeit (Anhang III: Z. 24) [...] man kann nichts machen man muss einfach nur zu sehen wie sie leidet (Anhang III: Z. 24-25) [...] man kann nichts dagegen machen (Anhang III: Z. 26) [...] teilweise war ich wütend auf mich selber weil man halt einfach nur nix machen kann (Anhang III: Z. 26- 27) [...] man muss es so hinnehm und eben im Prinzip zugucken wie die wie sich meine Schwester selber verletzt“ (Anhang III: Z. 28- 29).

Nach den Aussagen von Janina zu deuten, spricht sie auch heute aus Angst mit Niemand, weder mit ihrer Schwester oder weiteren Angehörigen, über die Erkrankung. Sie möchte, aufgrund mangelnder Kenntnisse über eine Borderline- Erkrankung den ggf. zustande kommenden Konflikten mit ihrer Schwester aus dem Weg gehen, weil sie keine Bewältigungsstrategien dafür besitzt. Ein weiterer Grund wäre, dass sie fürchtet, dass ihre Schwester den Kontakt zu ihr abbricht, oder Janina dafür verantwortlich gemacht wird, dass Susan therapeutische Hilfe benötigt. Überdies wäre es empfehlenswert, wenn sich Janina selbst in professionelle Hände begibt, um Bewältigungsstrategien für die ständigen Ängste zu erarbeiten (vgl. Anhang III).

In der dritten Frage soll darauf eingegangen werden, welche Veränderungen im alltäglichen Leben der Betroffenen und Angehörigen die Diagnose mit sich gebracht hat.

7.5Frage drei: „Inwieweit hat sich dein Leben verändert bzw. inwieweit hat sich dein/ Ihr Leben mit Ihrer Tochter/ Partnerin/ Schwester verändert?“

7.5.1 Borderlinerin Luisa

Luisa sagt:

„[...] naja, ich nehms jetzt bewusster wahr aber das natürlich erstmal alles noch schwerer macht und anstrengender weil man halt noch mehr denkt [...] und versucht irgendwelche Rückschlüsse (räuspert) zu ziehen [...]“ (Anhang II: Z. 64- 66)

In den Aussagen von Luisa erkennt man, dass sie sehr bestrebt ist ihre früheren Erlebens- und Verhaltensweisen von bestimmten Situationen nachzuvollziehen und sich „bewusst“ vor Augen zu halten. Es bedeutet Luisa sehr viel ihre Vergangenheit und Tiefpunkte in ihrem Leben aufzuarbeiten, um somit ihre vorangegangenen Verhaltensweisen nachzuvollziehen und nach vorn schauen zu können (vgl. Anhang II).

7.5.2 Mutter von Luisa

Mutter Sarah ist seit der Diagnose äußerst verängstigt und in ständiger Sorge um ihre Tochter. Sie will nichts Falsches zu Luisa sagen. Dadurch überlegt sie nun immer sehr genau wie sie ihre Sätze formuliert bzw. wie sie ihrer Tochter gegenüber handelt.

„Ich überlege mir viel mehr, was ich wie und wann sage, damit ich sie nicht unter Druck setzte, sie nicht verletzte, kränke. [...] Kritik und selbst Ratschläge traue ich mir kaum anzubringen oder „verpacke“ sie ganz weich“ (Anhang VI: Z. 33- 36).

Die Textstelle belegt, wie sehr sich Mutter Sarah unter Druck setzt, keine negativen Äußerungen gegenüber ihrer Tochter anzubringen. Wie Rahn in seinem Buch „Umgang mit Borderline Patienten“ beschreibt, scheint es, als ob Sarah „die Kontrolle über das Geschehen“ (Rahn 2003, S. 129) in der Helfer- Beziehung zu verlieren droht. Sie ist nur noch darauf fixiert Luisa zu helfen, sie nicht zu „kränken“ und möglichen Stolpersteinen aus dem Weg zu gehen bzw. die „Steine“ aus dem Weg zu nehmen, weil die Angst, der Auslöser für die Borderline- Störung der Tochter zu sein, in ihr deutlich überwiegt (vgl. Rahn 2003, S. 129-130). Daraus folgt, dass Mutter Sarah immer abwägen und aufpassen sollte, dass sie ihre Eigenverantwortung sich erhält, denn auch sie besitzt ein eigenes Leben (vgl. Rahn 2003, S. 62-64; 129-130).

Wie bereits in der Auswertung der Frage zwei erwähnt, wäre es für Mutter Sarah empfehlenswert, wenn sie sich professionelle Hilfe zur Unterstüt-

zung und zum Umgang mit Verhaltensweisen (*Wie verhalte ich mich gegenüber meiner Tochter Luisa?*) holt (vgl. Anhang VI).

7.5.3 Alex- Partner von Luisa; Rolf- Partner von Susan

Rolf und Alex lernten beide ihre Partnerinnen als Borderline- Erkrankte „*kennen und lieben*“. Insofern können die zwei keine Vergleiche anstellen, ob es Veränderungen in ihrem Leben auf Grund der Borderline- Erkrankung gegeben hat, wie es die nachfolgenden Aussagen belegen (vgl. Anhang IV und V).

Alex: „da wir uns in der klinik kennengelernt haben, wusste ich von anfangan bescheid“ (Anhang V: Z. 10-11)

Rolf: „Verändert hat sich in der Beziehung zu meiner Partnerin nichts, weil ich sie so schon kennen und lieben gelernt habe“ (Anhang IV: Z. 36-37).

7.5.4 Janina, Schwester von Susan

Janina dagegen spricht von zunehmenden wahrgenommenen Veränderungen, umso älter sie wurde.

„das sie (..) mich sehr unterschiedlich oder sehr unberechenbar behandelt [...] sie kann heute übe übelst freundlich sein und morgen das komplette Gegenteil man muss eigentlich immer damit rechnen, dass man irgendwo Arschritte bekommt“ (Anhang III: Z. 36-39) „der ständige Kontakt zu ihr sehr schwer is dadurch das sie sich halt och sehr sehr schnell kontrolliert fühlt eingengt, fühlt“ (Anhang III: Z. 44-46)

Auch heute lassen die ständige Angst und Hilflosigkeit um die große Schwester Janina keine Ruhe. Es wird deutlich, dass Janina keine Hilfe, zum Umgang mit ihrer Schwester in all den Jahren erhalten hat. Umso mehr leidet sie unter dem Gefühl der Angst, weil sie nicht weiß wie ihre Schwester auf Äußerungen ihrerseits reagieren wird. Dies beschreibt sie mit folgenden Worten „*muss[...] damit rechnen, [...] irgendwo Arschritte bekommt*“. Doch sich von ihrer Schwester abzuwenden kommt für Janina nicht in Frage. Sie versucht den Kontakt zu ihrer Schwester stets aufrechtzuerhalten, auch wenn sich das als recht schwierig erweist. Bei Janina bemerkt man, dass sie relativ allein gelassen, eine riesengroße Last,

seit Jahren auf ihren Schultern trägt. Für Janina wäre es ebenso wie bei Sarah empfehlenswert professionelle Hilfe zur Unterstützung und zum Umgang mit Borderline- Betroffenen in Anspruch zu nehmen. Sie könnte sich unter anderem mit Angehörigen von Borderlinern austauschen, um sich intensiv mit der Erkrankung ihrer Schwester auseinander zu setzen und somit ihre psychische Belastung ein Stückweit minimieren (vgl. Anhang III).

In der letzten Frage soll vor allem das Augenmerk auf den Betroffenen selbst liegen. Insofern wird in die Auswertung überwiegend Luisa mit Alex, Lola, Rolf und Janina einbezogen.

7.6 Frage vier: Gibt es Besonderheiten im Alltag?

7.6.1 Borderlinerin Luisa

Auf diese Frage musste Luisa erst ein wenig kichern, bevor sie mit einem lauten und betonten „J:::.....a“ (Anhang II: Z. 75) antworten konnte, denn es gibt viele Besonderheiten in ihrem Alltag. Tagtäglich bestimmen die Gefühle den Alltag von Luisa und demzufolge richten sich auch ihre Aktivitäten und Unternehmungen etc. danach (vgl. Anhang II Z. 75- 77). Einkäufe erledigen, Wäsche aufhängen oder Freunde treffen, fallen ihr sehr schwer. Luisa benötigt für alle Aktivitäten viel Kraft, Mut und Überwindung. Im Interview mit ihr erfuhr ich außerdem, dass sie „*allgemein ni gerne (.) raus*“ geht (Anhang II: Z. 166). Nach kurzen, laut geäußerten Überlegungen, ob ihr „*selten alleine rausgehen*“ überhaupt etwas mit der Borderline-Störung zu tun hat, meint Luisa:

„durch die Narben im Sommer wirste halt immer blö::de angeguckt [...] die Blicke kommen [...] manche gucken so interessiert [...] aber manche gucken halt so risch abwertend [...]“ (Anhang II: Z. 168-173)

Die Aussagen Luisas zeigen, dass sie sich sehr für ihre Selbstverletzungen schämt. Dazu fühlt sie sich durch die negativen Blicke der Anderen verletzt, gekränkt und auch ausgegrenzt. Denn es zeigt ihr, dass sie anders ist wie ihre Mitmenschen und erinnert sich dadurch ständig an die psychische Erkrankung. Überdies hat ein einschneidendes Erlebnis im Sommer 2012 Luisa sehr getroffen, welches ihr nun das „*Raus gehen*“

noch mehr erschwert. In einer öffentlichen Toilette erlebte Luisa folgendes: *„und wie wo ich in Görlitz war und wo die Kloputze mir dann gesagt hat ähm& (Anhang II: Z. 181- 182) [...] naja ich schneid bei mir jetzt ni die Arme auf“ (Anhang II: Z. 185).* Dieses negative, unbedachte Verhalten der Reinigungsangestellten löste in Luisa eine akute Depression aus. Oft erinnert sie sich auch heute noch an die negativen Äußerungen, vor allem dann, wenn Luisa sich vorgenommen hat Einkaufen zu gehen bzw. es auf dem Tagesplan steht. In diesem Kontext wird deutlich, wie erschwerend derartige, abwertende Reaktionen für den Betroffenen und seinen Alltag sind. Doch Luisa versucht sich nicht unterkriegen zu lassen. Umso mehr strahlt sie, als sie von der Eroberung ihrer zwei, allein gekauften Röcke erzählt.

„da dachtsch mir ok [...] da gehste jetzt einfach mal in die Stadt und willst dir mal was Gutes tun. [...] letztendlich habsch mir zwee Röcke gekoff“ (Anhang II: Z. 321- 324)

Dieses kleine Erfolgserlebnis ist für Luisa ein großer Schritt zurück in den „normalen Alltag“. Voller Erleichterung, Freude und einem strahlenden Lächeln vermerkte sie dieses Ereignis dazu in ihrem Tagebuch.

Unter dem Punkt Besonderheiten im Alltag gibt Luisa außerdem das Treffen mit Freunden an. Denn häufig ist ihr dies nicht möglich.

„[...] wenn man ni so rischdich wes ob man nun sich treffen will und kann oder ni das man halt och (..) Ausreden sucht um man sich halt ni (.) sich ni treffen muss [...] (Anhang II: Z. 222-224) setzt mich schon doch unter unter Druck und [...] wahrscheinlich selber och von mir oder von dem Treffen allgemein selber viel zu viel er warte“ (Anhang II: Z. 266-269) „du musst das jetzt gudd machen [...] und das du gut bist und Anerkennung kriegst [...]“ (Anhang II: Z. 308- 310)

Hier wird ersichtlich, dass Luisa zu große Erwartungen an Treffen mit Freunden, ihrer Mutter usw. legt. Sie setzt sich selber sehr unter Druck, damit das anstehende Treffen ein voller Erfolg wird und sie nicht versagt. Durch die zu hohen Erwartungen entwickelt sich Angst in Luisa und es führt dazu, dass sie sich nicht mehr in der Lage fühlt ein Treffen wahrzunehmen. Hinzu kommt, dass sie keine Kraft mehr aufbringen kann, um

sich durchzuringen, aufzustehen und zu dem genannten FreundIn/ Treffpunkt zu gelangen. Darüber hinaus wird oft schon bei dem Gedanken *„ich muss mit der Straßenbahn fahren bzw. mich könnten auf dem Gehweg Passanten abwertend anschauen“* Angst in ihr erzeugt. Zudem sei gesagt, dass noch immer in Luisa großer Leistungsdruck herrscht. Leistungsdruck, den sie früher von ihrem Vater erhielt und ihr dadurch dass alltägliches Leben beeinträchtigt und erschwert.

Weiterhin zählen zu den Besonderheiten im Alltag von Luisa ebenso alltägliche Dinge, wie zum Beispiel eine Fernsehsendung, wo Erinnerungen aus der Vergangenheit in ihr aufkommen. Es kann aber auch ein Gespräch sein, wo sie den Tonfall für sich als abwertend empfindet und einen Unterton darin verspürt, oder irgendetwas in die Situationen hinein interpretiert (vgl. Anhang II; Gespräch mit Luisa 2012). Zitat Luisa:

„da reicht schon irgendein Satz oder die Tonart und irgend was oder irgend ne Erinnerung und irgendwie geht das dann halt mit einem ma [...] es kann aber och beim Fernsehen sein“(Anhang II: Z. 95-99)

7.6.2 Alex, Partner von Luisa

Zu den Besonderheiten im Alltag beschreibt Partner Alex ebenso, dass Unternehmungen mit Luisa oft schwierig sind, aufgrund ihrer ständigen Stimmungsschwankungen.

„starke stimmungsschwankungen verhindern oft ein normales zusammenleben. [...] einfachste Unternehmungen nur eingeschränkt gemacht werden da, sie sich für ihre selbstverletzungen schämt“
(Anhang V: Z. 21- 24)

Die Woche gezielt im Voraus zu planen ist für Alex kaum möglich. Jeder Tag verläuft anders wie evtl. vorher vermutet, aufgrund der Stimmungsschwankungen Luisas. Von daher stellt es für Alex von Tag zu Tag eine Herausforderung dar, mit den Gefühlsschwankungen seiner Partnerin umzugehen und ihr gegenüber angemessen zu reagieren. Manchmal, so schreibt Alex kommen in ihm doch Angstzustände hoch und es kostet ihn viel Kraft dagegen anzukämpfen- als Beispiel:

„da ich nicht immer in der Lage bin Luisas Gedankengänge nach zu vollziehen (Anhang V: Z. 9- 10). [...] gerade in letzter zeit komme ich mir vor wie ein spielball oder spielzeug, das nur benutzt wird wenn man es braucht“ (Anhang V: Z. 19- 20).

Alex seine Aussagen verstärken, wie schwierig es ist, mit der Borderline-Störung der Partnerin umzugehen. Ebenso wie verletzend es sein kann, auch wenn man weiß dass Luisa krank ist und sie in diesem Moment nicht anders reagieren kann (vgl. Anhang V).

7.6.3 Borderlinerin Lola

Auch im Buch Lola soll auf eine Besonderheit in Lolas Alltag näher eingegangen werden. Nachdem sie ihren zweiten Zusammenbruch erlitten hatte und keiner sie mehr erreichen konnte, passierte folgendes, wie Agneta beschreibt:

„Wir hatten ein Zeichen vereinbart: einmal auf dem Handy anklingeln, dann noch einmal auf dem Festnetz anrufen. Dadurch wusste Lola auch ohne Rufnummerübertragung, wer am Telefon war, und raffte sich auf, den Hörer abzunehmen oder zumindest zurückzurufen (Melzer 2012, S. 14).

Es geht hervor, dass der Kontakt zu Lola sich sehr schwierig gestaltete, ganz zu schweigen von ausgemachten Treffen. Doch um nicht in ständiger Angst und Sorge um Lola zu schweben „vereinbaren“ Agneta, Lola und Lolas Mutter ein Klingelzeichen oder auch Geheimcode, an dem Lola erkennen kann wer sie anruft. Dadurch ist es den engsten Vertrauten (Mutter, beste Freundin) möglich den Kontakt zu Lola aufrechtzuerhalten und nicht in Panik auszubrechen (vgl. Melzer 2012).

Anschließend werden auf die Aussagen von Rolf und Janina, zu der Frage Besonderheiten im Alltag mit Susan, eingegangen, beginnend mit Rolf.

7.6.4 Rolf, Partner von Susan

Rolf lebt seit ca. fünfeinhalb Jahren zusammen mit Susan in einer Beziehung. In deren Leben gibt es immer wieder Momente, in denen Rolf mit „zurechtgelegten Verhaltensstrategien“ an die Situation „nicht heran gehen kann“ (vgl. Anhang IV: Z 20- 21). Er beschreibt desweiteren:

„Will nicht kontrolliert werden

Gespräche über Problemthemen sind sehr schwer anzugehen, da sie diese lieber für sich ausmachen will

Es ist zeitweise ein eher nebeneinanderher leben als ein miteinander leben, da es für sie sehr schwierig ist, eine Bindung einzugehen“ (Anhang IV: Z. 40- 45)

Es zeigt, dass trotz der Erfahrung im Umgang mit der Borderline-Störung der Partnerin es immer wieder neue Herausforderungen für Rolf, im alltäglichen Leben gibt. Gemeinsame Lösungen für vorliegende Probleme zu erarbeiten scheint für ihn kaum möglich zu sein, denn Susan blockt dann meist ab, weil sie an alten Regel bzw. ihrem strukturierten Tagesablauf und Gewohnheiten festhält. Neue Regelungen oder gar Veränderungen im Alltag würden ihren überschaubaren Rahmen durchbrechen und ihr somit die Sicherheit nehmen, die sie bisher hatte. Sofern Rolf Problemthemen anspricht, führt es dazu, dass Susan sich sehr schnell „kontrolliert“ fühlt und in ihr das Gefühl „*ich bin nichts wert, kann nicht Selbstständig sein*“ usw. aufkommt und die Probleme vermutlich Weise fast nie gelöst werden. Ferner wird in den Aussagen ersichtlich, wie anstrengend, nervenzerrend und kräfteraubend die Persönlichkeitsstörung der Partnerin für Rolf im alltäglichen Leben ist. Überdies spiegelt sich in seinen Antworten wieder, dass er Hilfe sucht, um Ratschläge im Umgang mit Susan und bestehen Problemthemen zu erhalten (vgl. Anhang IV).

7.6.5 Janina, Schwester von Susan

Janina und Susan wohnen zwar nicht mehr zusammen, dennoch kann auch Janina zu den Besonderheiten im Alltag mit ihrer Schwester Auskunft geben. Darüber hinaus *muss* sie sich vor einem Gespräch mit ihrer Schwester immer bewusst machen, über welche Angelegenheiten gesprochen werden können. Außerdem *muss* sie sich immer vor Augen halten, wenn sie Problemthemen gegenüber ihrer Schwester äußert es passieren kann, das Susan das Gespräch beendet und ggf. Janina den Rücken zu wendet. Hinzu kommt, dass Problemlagen/ Angelegenheiten in der Erziehung der Kinder, als auch in der Entwicklung der Kinder Janina nur sehr sensibel ansprechen darf. Denn, in der Gefühlswelt von Susan

lösen derartige Themen sehr schnell Angst, Einengung und Kontrolle aus sowie die Auffassung, sie sei nichts wert und könne ihren Alltag nicht allein bewältigen. Zudem fühlt sich Susan meist persönlich angegriffen und meint „*ja jetzt denken se ich krieg nichts off de Reihe*“ (Anhang III: Z. 124-125) Janina erklärt es mit folgenden Äußerungen:

„man muss halt och immer wissen was darf ich was kann ich (..) was sollte ich lieber lassen“ (Anhang III: Z 97- 98.)

„was ich kann is definitiv zu fragen wies ihr wies auf Arbeit gelaufen ist [...] was sollte ich lassen zu fra nach ihrem ähhh (.) Privatleben also sprich nach ihrer Partnerschaft zu fragen (.) nach ihren Gefühlsleben zu fragen (Anhang III: Z. 100- 104) [...] in der (.) Erziehung ihrer Kinder (.) sollte man ihr och nich reinreden (Anhang III: Z. 111) un ä zu fragen ob se Hilfe brauch (.) sollte mor lassen, weil (.) sie (.) alles schafft alles kann alles macht und halt och schwer Hilfe annehmen kann“ (Anhang III: Z. 112- 114)

Abschließend erzählt Janina, dass Treffen bzw. spontane Treffen mit Susan oder auch mit ihrer Familie nur „*bedingt möglich*“ sind und auch meist nur dann, wenn Susan dies möchte und sie sich in der Lage dazu fühlt.

„Spontane Treffen sind bedingt möglich, nur wenn sie (.) Lust hat (Anhang III: Z. 168) [...] es muss halt schon irgendwo alles strukturiert sein, geplant sein und so direkt richtig spontan kann man eigentlich nie sein“ (Anhang III: Z. 171-173)

Der letzte Satz von Janina verdeutlicht noch einmal, wie wichtig es für Borderline- Erkrankte ist, einen geregelten, strukturierten Tagesablauf zu haben, um im alltäglichen Leben bestehen zu können (vgl. Anhang III).

Nachdem das alltägliche Leben mit der Borderline- Störung von Erkrankten und Angehörigen näher beleuchtet wurde, soll im letzten Kapitel der Arbeit auf die Hilfen und Therapieangebote für Borderline- Betroffene eingegangen werden.

8. Hilfen und Therapieangebote

Hilfen und Therapien für Borderline- Betroffene können in ganz unterschiedlicher Weise und Form erfolgen. Entweder nehmen die Erkrankten eine intensive Form der Therapie in Anspruch oder eine ambulante Behandlung. Die intensive Therapie erfolgt, unter Einbeziehung verschiedenster Fachkräfte (Ärzte/ PsychologenIn/ KrankenpflegerIn/ SozialarbeiterIn/ TherapeutIn etc.), stationär in einem Krankenhaus. Ambulant zu behandelnde Borderliner nehmen im Krankenhaus bzw. in einer Tagesklinik regelmäßig an Therapieprogrammen teil, meistens ein- bis zweimal pro Woche. (vgl. Kreismann/ Straus 2007, S. 280- 281). Die häufigsten Therapieformen sind unter anderem, die Verhaltenstherapie, die Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT), die klassische- und analytische Psychotherapie, die Gesprächspsychotherapie (vgl. Wiegemann ohne Datum) sowie die psychodynamische Therapie. Darüber hinaus werden die Therapien durch medikamentöse Behandlungen ergänzt, um (vgl. Kreismann/ Straus 2007, S. 280) „spezielle Symptome zum Abklingen {zu} bringen“ (Kreismann/ Straus 2007, S. 280).

Nachfolgend soll speziell auf die Dialektisch Behaviorale Therapie und die psychodynamische Therapie eingegangen werden, weil diese (vgl. Kreismann/ Straus 2007, S. 280- 281). „zwei systematischen therapeutischen Methoden, die bisher besten Erfolge“ (Kreismann/ Straus 2007, S. 289), in der Behandlung erzielten. Beide Therapieformen bestehen aus Gruppen- und Einzelsitzungen, die regelmäßig stattfinden und ebenso aus einer (vgl. Kreismann/ Straus 2007, 289) „kontinuierlichen Behandlung von mindestens einem Jahr“ und „einer intensiven gegenseitigen Beratung und Supervision der Behandelnden selbst“ (Kreismann/ Straus 2007, S. 289).

8.1 Dialektisch Behaviorale Therapie

Dialektisch Behavioral wurde von Marsha Linham konzipiert und bedeutet, dass die Therapieform „am Verhalten der Betroffenen ansetzt“ (Niklewski/ Riecke- Niklewskie 2003, S 90). „Die DBT {ist} eine Form der kognitiven Verhaltenstherapie“ (Kreismann/ Straus 2007, S. 291) und findet in gleichmäßigen, meist wöchentlichen Abständen als Gruppen- oder Einzeltherapie statt. Hinzu kommen außerdem vereinbarte Telefonate, die zwischen Therapeut und Betroffenen mit bestimmten Inhaltskriterien stattfinden. Sie sollen dazu dienen, dass der Borderliner seine erlernten Fertigkeiten mit dem Alltag verbinden und umsetzen kann. Sofern sich beide aufeinander eingelassen und gemeinsame Ziele vereinbart haben, kann die Behandlung der DBT in vier verschiedenen Phasen beginnen. Damit der Erkrankte sein eigenes Verhalten besser kontrollieren kann, erfolgt in Phase eins die Entwicklung von seinen Fertigkeiten. In Phase zwei der Therapie liegt das Hauptaugenmerk auf der Verarbeitung der früheren Traumata (vgl. Kreismann/ Straus 2007, S. 292). „Thema der dritten Phase ist die Selbstachtung“ (Kreismann/ Straus 2007, S. 292). Phase vier beinhaltet „das persönliche Glück des“ (Kreismann/ Straus 2007, S. 292) Betroffenen, welches gefordert werden soll (vgl. Kreismann/ Straus 2007, S. 292).

Des Weiteren sollen die Betroffenen lernen ihr „Schwarz – Weiß- Denken“ zu überwinden und auch andere Ansichten zu akzeptieren (vgl. Niklewskie/ Riecke- Niklewskie 2003, S. 90).

8.2 Psychodynamische Psychotherapie

Die psychodynamische Psychotherapie besteht für Borderliner überwiegend aus der „kontinuierlich{en} Selbsterforschung und ergänzender therapeutischer Unterstützung“ (Kreismann/ Straus, 2007, S. 289). Ziel ist es, dass der Erkrankte sein unbewusstes unangemessenes Verhalten erkennt, verändert und zudem seine schmerzlichen Gefühle anzunehmen sowie sein impulsives Handeln abzubauen lernt. Der Therapeut lässt dem Borderliner bei diesem Prozess der Selbsterkundung sehr viel Zeit, um er sich intensiv damit auseinander setzen zu können. Er unterstützt und ermutigt ihn immer wieder und gibt ihm Ratschläge, um somit die Selbstach-

tung des Borderliners zu fördern. Durch den Selbsterkundungsprozess „wächst das Verständnis für die eigene Person“ (Kreismann/ Straus 2007, S. 298) im Borderliner und zunehmend ist es dem Betroffenen möglich mehr vertrauen in sich selbst zu bekommen und Erlebnisse einzuschätzen (vgl. Kreismann/Straus 2007, S. 289-291).

8.3 Weitere Hilfen

Zur Behandlung beitragende Hilfsmöglichkeiten können unter anderem Borderline- Selbsthilfegruppen sein. Dadurch ist es möglich sich über die Erkrankung auszutauschen und weitere Informationen zu erhalten. Gleichzeitig dienen die Selbsthilfegruppen dazu, dass der Betroffene erkennt, dass auch andere Borderliner an denselben Symptomen leiden. (vgl. Borderline Plattform 2004- 2013). Darüber hinaus können Familientherapien gerade für Jugendliche von großem Nutzen sein, vor allem (vgl. Blanchard/ Schunk 2012). „wenn die Störung ihre Wurzeln zumindest teilweise in der Familie hat“ (Blanchard/ Schunk 2012).

9. Resümee

Die Borderline- Persönlichkeitsstörung wird durch verschiedene Ursachen ausgelöst und ist gekennzeichnet von emotionaler Instabilität, starker Impulsivität, chronischen Gefühlen der Leere sowie Unsicherheit mit der eigenen Identität. Darüber hinaus leiden die Betroffenen häufig an Symptomen wie Angst, Depressionen, Suizid, Essstörungen, Selbstverletzungen usw.. An den vielen Merkmalen des Borderline- Syndroms wird deutlich, wie umfangreich die psychische Erkrankung ist. Dadurch kommt es oftmals dazu, dass Betroffene lange Leidenswege gehen müssen, bis sie endlich die Diagnose „emotionale instabile Persönlichkeitsstörung“ erhalten. In entsprechenden Therapien wird dann versucht den Betroffenen ein „Gerüst“ aufzubauen, an dem sie sich festhalten können, lernen mit ihrer Krankheit im Leben umzugehen und Erfolge zu erzielen.

Wie viel Zeit dennoch verrinnen kann, bis die Borderline- Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wird, spiegelt sich im Interview mit Luisa als auch im Buch Lola wieder. Beide Borderline- Betroffene waren lange Zeit, vor allem wegen Depressionen in Therapie. Erst nach Jahren wurde schließlich

die eigentliche Ursache der Erkrankung in ihrem Ausmaß erkannt. Wie schwierig und anstrengend es für alle Beteiligten ist damit umzugehen und dass es auch nach vielen Jahren einer Partnerschaft immer wieder zu Herausforderungen kommt sowie der Hilfebedarf für Angehörige sich als dringend notwendig erweist, zeigen die interviewten Angehörigen auf. In meinen Interviews von Mutter, Partnern und Schwester stehen vor allem die Angst und Hilflosigkeit sowie das ständige Gefühl: *„Ich weiß nicht wie ich mit der Erkrankung meiner Tochter/ Partnerin/ Schwester umgehen soll“* im Vordergrund. Wer sich als Partner, Eltern Schwester oder beste Freundin etc. der Herausforderung stellt, HelferIn eines Borderliners zu sein weiß, wie aufopfernd es ist, um die erkrankte Person zu kämpfen und sie nicht zu verlieren. Darüber hinaus lernt man die tatsächlichen Auswirkungen der Erkrankung vor allem erst dann kennen, wenn man mit den Erkrankten zusammenlebt oder sogar selbst von der Borderline- Persönlichkeitsstörung betroffen ist.

Wichtig ist jedenfalls, dass man als Angehöriger (z.B. Mutter, Vater, Schwester, Bruder, Freunde etc.) und HelferIn eines Borderline- Betroffenen über die psychische Erkrankung Bescheid weiß. Dazu kommt, dass man die Symptome der Erkrankung kennt und deren Auswirkungen, denn bei jedem Erkrankten ist der Verlauf der Borderline- Persönlichkeitsstörung unterschiedlich stark ausgeprägt.

Dazu sei gesagt, das Wissen sich theoretisch aneignen ist die eine Seite, jedoch praktisch damit umzugehen eine stets und ständig herausfordernde Lebensaufgabe.

Abschließend möchte ich die Arbeit mit einer sehr treffenden Aussage aus dem E-mailinterview von Alex beenden:

„ich hoffe, dass das thema borderline mehr in der öffentlichkeit an bedeutung gewinnt, da [...] in zukunft wahrscheinlich mehr „fälle“ dieser art vorkommen werden“ (Anhang V: Z. 32- 35).