

Katrin Naumann

Beziehungen leben mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung

BACHELORTHESIS

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2015

Katrin Naumann

Beziehungen leben mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung
eingereicht als

BACHELORTHESES

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2015

Erstprüfer: Prof. Dr. Barbara Wedler

Zweitprüfer: Frau Dominique Arnaud

BIBLIOGRAFISCHE BESCHREIBUNG

Naumann, Katrin:

Beziehungen leben mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. 42 S.

Mittweida, Hochschule Mittweida (FH), Fakultät Soziale Arbeit, Bachelorarbeit, 2015.

Referat

Die Bachelorarbeit befasst sich mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung und den daraus resultierenden Besonderheiten auf die Partnerschaft. Dabei gliedert sich diese Thesis in drei aufeinander aufbauende Themenkomplexe. Einführend wird ein Überblick über die Borderline-Persönlichkeitsstörung gegeben. Darauf folgend schließt sich das Kapitel Leben in einer Borderline-Partnerschaft an, welches den Schwerpunkt dieser Arbeit bildet. Abschließend wird auf die Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeiter mit dem Borderline-Klient sowie mit dessen Partner eingegangen.

INHALTSVERZEICHNIS

1	Vorwort und Einleitung.....	1
2	Die Borderline-Persönlichkeitsstörung – Betrachtung der Erkrankung	3
2.1	Epidemiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung	3
2.2	Die Merkmale der Borderline-Persönlichkeitsstörung.....	4
2.2.1	Definition der Borderline-Persönlichkeitsstörung.....	4
2.2.2	Diagnosekriterien nach DSM 5 und ICD 10	5
2.2.3	Besondere Auffälligkeiten der Borderline-Persönlichkeitsstörung	6
2.2.4	Die Potentiale der Borderline-Persönlichkeitsstörung	8
2.2.5	Die Funktionalität im Sozialverhalten der Borderline-Erkrankten.....	8
2.2.6	Typische Denkmuster des Borderline-Erkrankten	9
2.2.7	Diskussion der Borderline-Persönlichkeitsstörung als „Frauenerkrankung“	9
2.3	Die Entwicklung der Borderline-Störung anhand des Entstehungsmodells nach Marsha Linehan.....	10
2.4	Prognose im Verlauf der Borderline-Erkrankung	12
2.5	Reaktion der Gesellschaft auf das Borderline-Syndrom.....	14
3	Leben in einer Borderline Partnerschaft.....	15
3.1	Beziehungsfähigkeit von Borderline-Persönlichkeiten.....	15
3.2	Kriterien der Partnerwahl und mögliche Varianten des Lebensgefährten eines Borderline-Erkrankten.....	17
3.3	Die allgemeine Beziehungsgestaltung und Besonderheiten in einer Partnerschaft mit einem Borderline-Klienten	20
3.3.1	Die allgemeine Beziehungsgestaltung	20
3.3.2	Die Besonderheiten einer Partnerschaft mit einem Borderline-Klienten	21
3.4	Exkurs: Abwehrmechanismen der Borderline-Persönlichkeit	24
3.5	„Co“-Abhängiges Verhalten des Partners in einer Borderline- Beziehung	26
3.6	Die Wirkung des Borderline-Verhaltens auf den Partner und dessen Reaktionen..	27
4	Soziale Arbeit als unterstützende Form bei Partnerschaft mit einem Borderline-Erkrankten	30
4.1	Die Grundannahmen der Sozialen Arbeit auf Basis der DBT	31

4.2	Die Haltung und Fähigkeiten des Sozialarbeiters in der Arbeit mit Borderline-Klienten	31
4.3	Die Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeiter und Borderline-Klient	33
4.4	Die Arbeit mit dem Partner eines Borderline-Klienten	35
4.4.1	Die Beratung des Partners durch den Sozialarbeiter	36
4.4.2	Anregungen für den Lebensgefährten im Umgang mit dem Borderline-Erkrankten	37
4.5	Die gemeinsame Beratung von einem Borderline-Erkrankten und dessen Partner	37
5	Abschlussbetrachtung und eigene Stellungnahme.....	40
6	Danksagung	43
7	Quellenverzeichnis	44

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abs.	Absatz
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
DBT	Dialektisch-Behaviorale Therapie
DSM	Diagnostisches und Statistisches Manual psychiatrischer Störungen
etc.	et cetera; bedeutet: und so weiter
et. al.	et alia; bedeutet: und andere
f.	folgende
ff.	fortfolgende
ggf.	gegebenfalls
Hrsg.	Herausgeber
ICD 10	Internationale Klassifikation psychischer Störungen
n. b.	nicht bekannt
u. a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
z. B.	zum Beispiel

1 Vorwort und Einleitung

Die Idee zu dieser Bachelorarbeit ergab sich aus meinen Erfahrungen während meines praktischen Studiensemester. Dieses absolvierte ich in der Fachambulanz für Suchtkranke des Caritas Verbandes Offenbach am Main im Frühjahr / Sommer 2013. In dieser Zeit kam ich erstmalig mit einem Klienten in Kontakt, bei welchem eine Borderline-Persönlichkeitsstörung¹ diagnostiziert wurde. Ich empfand die Beratungsgespräche mit ihm und meiner Praxisanleitung sehr spannend und interessant. Dennoch unterlag seine Stimmung in jeder Beratungsstunde starken Schwankungen, einmal war er „gut drauf“, das andere Mal zu tiefst frustriert. Zusätzlich erzählte er uns schonungslos, wie er sich selbst verletzt, indem er beim Joggen bewusst durch Dornenbüsche läuft oder Glasscherben nutzt, um sich Schnittverletzungen zuzufügen. Ebenso sieht er für sich im Alkoholkonsum eine Möglichkeit, seine unerträgliche Spannung, die Stimmungsschwankungen oder die Leere, welche er zeitweise verspürt, zu kompensieren. Durch diese Begegnung wurde mein Interesse an dieser facettenreichen Erkrankung geweckt.

Ergänzend zu meinen praktischen Erfahrungen vernahm ich auch im Freundes- und Bekanntenkreis Äußerungen zu Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Sätze wie: „Von denen sollte man die Finger lassen, Beziehungen gehen auf jeden Fall schief“ oder „Ständig schwanken sie zwischen dem einen und dem anderen Extrem“ berührten mich.

Aufgrund meiner gewonnenen Eindrücke bin ich der Meinung, dass vor allem Fachkräfte über dieses facettenreiche Störungsbild Kenntnisse besitzen sollten. Einerseits um gezielt auf den Klienten und dessen gegensätzliches Verhalten einzugehen und andererseits um bewusst gesellschaftlichen Stigmata entgegen zu wirken.

Daher möchte ich in dieser Bachelorthesis, auf Basis der Literaturrecherche, das Borderline-Syndrom näher beleuchten. Dabei gehe ich insbesondere der Frage nach, wie sich das Krankheitsbild auf die Beziehungsgestaltung auswirkt.

Überblick

Diese Arbeit gliedert sich in drei Schwerpunkte, wobei sich der erste Themenkomplex dem Krankheitsbild der Borderline-Störung widmet. Zu Beginn stehen die Betrachtung der Epidemiologie sowie die Merkmale der Erkrankung im Fokus. Folgend wird das Entstehungsmodell nach Marsha Linehan beleuchtet. Daran schließen sich die Prognose der Störung und die gesellschaftliche Reaktion auf den Erkrankten an.

¹ Die Borderline-Persönlichkeitsstörung wird „auch als Borderline-Syndrom, [Borderline-Störung], Borderline-Neurose, Borderline-Schizophrenie, psychosenahe Neurose oder als emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus [...] bezeichnet“ (Faust, n. b.).

Aufbauend an den ersten Themenkomplex erfolgt die Betrachtung der Partnerschaft mit einem an Borderline erkrankten Menschen. Dieses Kapitel bildet den Schwerpunkt der Bachelorarbeit. Dabei werden die Kriterien der Partnerwahl sowie mögliche „Typen“ der Lebensgefährten, die allgemeine Beziehungsgestaltung und die Besonderheiten in einer Partnerschaft mit einem Erkrankten näher beleuchtet. Folgend schließen sich die Betrachtung der Abwehrmechanismen des Klienten, die „Co“-Abhängigkeit des Partners sowie die Wirkung des borderline-typischen Verhaltens auf ihn und dessen Reaktion an.

Der dritte Themenkomplex befasst sich mit der Sozialen Arbeit und der Borderline-Störung. Die Grundlage des Kapitels bildet die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) nach Marsha Linehan. Das Konzept wird kurz vorgestellt und die wesentlichen Inhalte für die Soziale Arbeit herausgezogen. Zu Beginn werden die Grundhaltung der Sozialen Arbeit, der Habitus des Sozialarbeiters und die Zusammenarbeit mit einem Borderline-Adressaten betrachtet. Folgend schließt sich die Beratung mit dessen Angehörigen an. Den letzten Punkt dieses Kapitels bildet die Paarberatung als mögliche Unterstützungsform.

Abschließend ziehe ich mein persönliches Fazit zur Thematik „Beziehungen leben mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung“.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

2 Die Borderline-Persönlichkeitsstörung – Betrachtung der Erkrankung

Dieser erste Themenkomplex beschäftigt sich mit der Borderline-Störung. Der Beginn widmet sich einigen Fakten zur Epidemiologie. Ferner werden die Merkmale der Erkrankung genauer betrachtet. Diese umfassen die Definition der Störung, ihre Diagnosekriterien nach DSM 5 und ICD 10², die besonderen Auffälligkeiten und Potentiale sowie die Funktionalität des Sozialverhaltens des Klienten. Die typischen Denkmuster der Adressaten und die Frage, ob die Borderline-Störung eine Erkrankung der Frauen ist, schließen sich an. Darauf folgend werden das Entstehungsmodell nach Marsha Linehan sowie die Prognose der Störung näher beleuchtet. Den Abschluss bildet die Reaktion der Gesellschaft auf die Borderline-Adressaten.

2.1 Epidemiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Schätzungen gehen davon aus, dass ungefähr zwei Prozent der Bevölkerung an der Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden (vgl. Wesemann, 2014). Mit 70 bis 75 Prozent bilden Frauen den Großteil der Erkrankten (vgl. Mason/ Kreger, 2014, S.85).

Unabhängig vom Geschlecht haben sich 20 bis 31 Prozent der Borderline-Betroffenen noch nie selbstverletzt. Dennoch weist die Erkrankung eine Suizidrate von fünf bis zehn Prozent auf (vgl. Parlow, 2015 zit. nach. Jerschke et al., 1998/ Grüttert 2000/ Rothhäusler et al. 1999).

Darüber hinaus geht mit der Borderline-Störung eine hohe Komorbidität³ psychiatrischer Erkrankungen einher. Mit 81 bis 100 Prozent treten zusätzlich affektive Störungen auf. Überdies leiden 24 bis 81 Prozent der Adressaten an Angststörungen. Außerdem erkranken etwa 14 Prozent aller Borderline-Klienten an einer Essstörung (vgl. Parlow, 2015 zit. nach Jerschke et al. 1998/ Grüttert 2000). Neben der Borderline-Störung erhalten 80 bis 100 Prozent aller Erkrankten zudem die Diagnose einer Depression (ebd., 2015 zit. nach Oldham et al. 1995/ McGlashan et al. 2000/ Zararini et al. 1998a/ Zimmerman & Mattia 1999).

Betrachtet man den schulischen und beruflichen Status, gehen Schätzungen davon aus, dass 18 Prozent aller Erkrankten keinen Schulabschluss besitzen, 47 Prozent eine Lehre abschlossen und 22 Prozent ein Studium absolvierten. 26 Prozent der Borderline-Klienten stehen in einem Arbeitsverhältnis (vgl. Grenzwandler 2012 zit. nach Bohus, 2011). 20 Pro-

² Das ICD 10 stellt die Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation dar. In Deutschland sind Leistung der Krankenkassen oder Versicherungen von einer ICD 10-Diagnose abhängig (vgl. Niklewski/ Riecke-Niklewski, 2011, S.72).

Das DSM 5 bezeichnet das Diagnostische und statistische Manual psychiatrischer Erkrankungen, welches durch den Verband Amerikanischer Psychiater erstellt wurde. Es dient als diagnostisches Referenzwerk für Forschung und klinische Praxis. Es beschreibt ausführlich, nach welchen Regeln und Richtlinien eine Diagnose gestellt werden kann (vgl. DSM 5, 2015, S.11f.).

³ Das Auftreten zusätzlicher Erkrankungen im Rahmen einer definierten Grunderkrankung, wird als Komorbidität bezeichnet (vgl. Antwerpes, 2015).

zent der Adressaten gehen keiner beruflichen Tätigkeit nach, sieben Prozent befinden sich in der Frührente und 21 Prozent nehmen an beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen teil (vgl. Grenzwandler, 2012 zit. nach Bohus, 2011). Die schulische und berufliche Situation lässt erkennen, dass es Differenzen in den Funktionsniveaus der Erkrankten gibt. Auf diese wird in Kapitel 2.2.6 nochmals gesondert eingegangen.

2.2 Die Merkmale der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Nachdem einige Fakten zur Epidemiologie genannt wurden, erfolgt zunächst die Definition der Erkrankung.

2.2.1 Definition der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung tritt vorrangig in der Kindheits- oder Jugendphase auf und besteht während des Erwachsenenalters fort (vgl. Wiegemann, 2014). Dabei kann sie weder auf einen Substanzmittelmissbrauch noch auf eine organische Ursache zurückgeführt werden (vgl. DSM 5, 2015, S. 885). Sie ist, wie die meisten psychischen Erkrankungen, eine sehr komplexe Störung, welche sich in vielfältigen Ausprägungen darstellt (vgl. Rahn, 2013, S.11). Überdies zeigt die Borderline-Störung Merkmale oder charakteristische Eigenschaften sowohl von einer Psychose als auch von einer Neurose⁴ (vgl. Rösel, 2012, S.9). Kennzeichnend für das Störungsbild sind eine starke Impulsivität sowie eine Instabilität in Bezug auf das Selbstbild, den Emotionen und den zwischenmenschlichen Beziehungen (vgl. Ott, n. b.). Dabei sind die Symptome der Erkrankung sind tief verwurzelt, starr, unflexibel sowie situationsunabhängig ausgeprägt. Zudem weichen sie von kulturellen als auch von sozialen Erwartungen ab. Dies führt bei dem Adressaten zu einem erhöhten Leidensdruck und / oder einer Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen bedeutenden Funktionsbereichen (vgl. DSM 5, 2015, S.885).

⁴ Psychose: Ist eine schwere psychische Erkrankung. Sie ist gekennzeichnet durch die Störung des Realitätsbezuges. Dies kann bis zum völligen Realitätsverlust reichen. Der Betroffene zeigt Wahnvorstellungen und Halluzinationen (vgl. Trost/ Schwarzer, 2013, S.30). Eine Psychose kann durch eine organische Erkrankung, eine Hirnschädigung oder auch ohne körperliche Ursachen auftreten (vgl. Faust, n. b.).

Neurose: Ist eine seelische und/ oder psychosozial hervorgerufene psychische Störung der Gesundheit. Sie ist nicht auf eine körperliche Erkrankung zurückzuführen (vgl. Faust, n. b.). Ferner liegt bei einer Neurose keine Störung des Realitätsbezuges vor. Sie ist überwiegend situationsbezogen und umfasst nur Teile der Persönlichkeit (vgl. Trost/ Schwarzer, 2013, S.32).

2.2.2 Diagnosekriterien nach DSM 5 und ICD 10

Auf Grundlage der Definition der Erkrankung, werden folgend die Symptome anhand des DSM 5⁵ sowie der ICD 10 beschrieben. Die ICD 10 übernimmt die phänomenologische und beschreibende Ansicht des DSM. Daher werden dessen Kriterien kurz benannt. Fünf der folgenden neun Merkmale müssen auf den Klienten zutreffen, um eine Diagnose der Borderline Persönlichkeitsstörung stellen zu können.

- Der Klient bemüht sich verzweifelt, ein wahrhaftiges oder vermutetes Verlassenwerden zu verhindern. Hierbei ist zu beachten, dass in diesem Kriterium keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen des Erkrankten berücksichtigt werden.
- Weiterhin führt der Adressat instabile und intensive zwischenmenschliche Beziehungen. Diese sind von wechselnden Extremen der Idealisierung und der Entwertung geprägt. Die Neigung zu plötzlichen und drastischen Veränderungen der Sichtweise auf andere Personen, ist kennzeichnend für das Störungsbild.
- Darüber hinaus besteht eine Identitätsstörung bei dem Erkrankten. Er zeigt eine ausgeprägte und anhaltende Instabilität des Selbstbildes oder der Wahrnehmung. Dabei finden plötzliche Veränderungen der Zielsetzung, des Wertesystems aber auch der Berufswünsche statt.
- Ferner weist der Klient eine starke Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen auf (vgl. DSM 5, 2015, S.910). Typische Beispiele dafür sind eine riskante Sexualität, Drogen- oder Alkoholmissbrauch, aber auch rücksichtsloses Fahren sowie Essanfälle (vgl. Rösel, 2014, S.10). In diesem Punkt finden keine selbstverletzenden oder suizidalen Handlungen Beachtung.
- Ebenso kommt es zu Andeutungen oder Androhungen von Selbsttötungsabsichten, zu suizidalen Handlungen als auch zu Selbstverletzungen, welche vom Adressaten wiederholt werden (vgl. DSM 5, 2015, S.909).

⁵ Die Borderline-Störung wurde erst 1980 in das DSM III aufgenommen. Doch bereits im 17. Jh. beschrieb der Arzt T. Sydenham Personen, welche durch eine besondere Launenhaftigkeit auffielen (vgl. Rahn, 2013, S.11). Frauen nannte er damals Hysterikerinnen und Männer Hypochonder. 1884 führte der Psychiater C. H. Hughes den Begriff „Borderland“ in die Psychiatrie ein und beschrieb damit Patienten, die sich in einem Grenzgebiet zwischen „geisteskrank“ und „noch nicht geisteskrank“ befanden (Niklewski/ Riecke-Niklewski, 2011, S.12). Ein halbes Jahrhundert später führte Adolf Stern 1938 die Begrifflichkeit „Borderline“ in die psychoanalytische Literatur ein. Die darin beschriebenen Personen litten u. a. an einer psychischen und physischen Starre sowie einem geringen Selbstwertgefühl (vgl. Schwartz-Salant, 2009, S.12f.). 30 Jahre später stellt Roy Ginkler auf Basis empirischer Untersuchungen vier Diagnosekriterien der Erkrankung auf und veröffentlichte diese 1968 in „*The Borderline Syndrome*“ (vgl. Gunderson, 2005, S.30). In den 70er Jahren entwickelte der Psychologe John G. Gunderson, anhand beobachtbarer Kriterien, eine strukturierte Definition der Borderline-Störung. In der gleichen Zeit erkannte der Psychoanalytiker Otto Kernberg durch seine Forschung, dass die Erkrankten an einer „Identitätsdiffusion“ litten (Kreisman/ Straus, 2002, S.246). Auf Basis dieser beiden Forschungsergebnisse sowie der Definition von Roy Ginkler nahm der Verband Amerikanischer Psychiater die Borderline-Erkrankung 1980 in die dritte Fassung des Diagnostischen und Statistischen Manuals psychiatrischer Störungen (DSM III) auf (vgl. Mason/ Kreger, 2014, S.38).

- Häufig tritt eine affektive Instabilität als Folge einer ausgeprägten Veränderung der Stimmungslage bei dem Klienten auf. Dabei wird die tendenziell freudlose Grundstimmung sehr oft von Wut, Angst oder Verzweiflung durchbrochen. Die Phasen dauern einige Stunden, in selten Fällen mehrere Tage an.
- Weiterhin ist das Gefühl chronischer Leere kennzeichnend für die Erkrankung (ebd., 2014, S.911). Mit diesem geht eine Art Entfremdung einher. Dabei fühlt sich der Klient teilweise abgetrennt von der restlichen Welt (vgl. Kreisman/ Straus, 2008, S.264).
- Überdies zeigt der Erkrankte eine unangemessene, heftige Wut oder hat Schwierigkeiten diese zu kontrollieren. Er neigt mitunter zu extremen Formen des Sarkasmus, anhaltender Verbitterung, körperlicher Auseinandersetzung oder verbaler Entgleisung.
- Auch paranoide Vorstellungen sowie schwere dissoziative Störungen können auftreten. Diese dauern dann wenige Minuten bis zu einigen Stunden an (vgl. DSM 5, 2014, S.911).

2.2.3 Besondere Auffälligkeiten der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Zu den vorher angeführten neun Symptomen zeigen sich weitere Auffälligkeiten im Verhalten des Erkrankten. Drei werden folgend beschrieben:

Der Klient hat Schwierigkeiten in der Spannungsregulation. Umstände, die bei anderen Personen einen gewissen Grad an emotionaler Angespanntheit erzeugen, führen bei dem Erkrankten zu extremen Gefühlsausbrüchen. Mögliche Ursachen sind u. a. Situationen, welche der Klient nicht einschätzen kann oder in denen er sich verunsichert fühlt. Ebenso kann die Angst vor Ausgrenzung, aber auch der Gedanke verlassen zu werden, eine hohe Anspannung auslösen. Diese ist für den Adressaten schwer regulierbar und kann über einen sehr langen Zeitraum andauern und sinkt nur sehr langsam wieder auf Normalmaß.

Hinzu kommt eine starke Aufregung, die Gedanken fangen an zu kreisen und die Wahrnehmung schränkt sich ein. Für den Klienten scheinen die Gefühle einen Mix aus Angst, Wut und Verunsicherung darzustellen. Einzelne Emotionen kann er dabei nicht differenziert wahrnehmen (vgl. Möhlenkamp, 2013, S.23f.). Um das hohe Anspannungslevel in Erregungszuständen auszuhalten, entwickelt der Borderline-Adressat dysfunktionale Bewältigungsstrategien. Dazu zählen u. a. selbstschädigendes Verhalten, Selbsttötungsversuche oder Dissoziationen, die mit dem Verlust des Realitätsbezugs einher gehen (vgl. Reile n. b. zit. nach Bohus et. al., 2000).

Zusätzlich zu der Problematik der Spannungsregulation kann das „Sensation seeking“ bei dem Klienten auftreten (Pelz/ Becker, 2008, S.100). Dieses Verhalten zeichnet sich durch ein intensives Streben nach abwechslungsreichen, aufregenden sowie intensiven Sinneseindrü-

cken und Erfahrungen des Erkrankten aus (ebd., 2008, S.100). Die sogenannte Sensationslust dient vor allem zur Reduktion der inneren Anspannung aber auch um Gefühle der Leere abzumildern (vgl. Rahn, 2013, S.140). Dafür nimmt der Erkrankte physische, soziale, gesetzliche oder finanzielle Risiken in Kauf (vgl. Pelz/ Becker, 2008, S.100). Das Sensation seeking zeigt sich vor allem in riskanten und aufregenden Tätigkeiten, z. B. durch das Ausüben bestimmter Risikosportarten oder durch einen riskanten Fahrstil. Auch die soziale Entthemung, etwa durch einen starken Alkoholkonsum, wird hierrunter gezählt (vgl. Rahn, 2013, S.140).

Abschließend wird der Bereich der Sexualität betrachtet, welcher für den Klienten stark belastend sein kann. Hierbei spielen vor allem Verlassens- und Versagensängste sowie traumatische Erfahrungen, z. B. durch sexuellen Missbrauch, eine Rolle (vgl. Kreusel, 2007). Dr. Birger Dulz befasst sich mit dem Thema. Er unterteilt die Klienten dabei in drei Gruppen mit unterschiedlichem Sexualverhalten:

- In der ersten Gruppe lebt der Klient seine Sexualität nicht aus. Der Erkrankte leidet an einer schweren Identifikationsstörung, welche sich auf die sexuelle Orientierung bezieht. Der Adressat ist sich nicht bewusst, ob er homo- oder heterosexuell orientiert ist. Auch das Gefühl Frau oder Mann zu sein ist für ihn diffus (vgl. Dulz, 2009, S.712). Überdies spielen bei ihm Ekel, Scham und Minderwertigkeitsgefühle, als auch Ängste vor Gewalt oder Kontrollverlust eine Rolle (vgl. Dulz/ Ramb/ Richter-Appelt, 2009, S.284). So liegt es nahe, keine sexuelle Nähe zuzulassen. Trotzdem kleiden sich die, zumeist weiblichen Patientinnen, extrem aufreizend. Dies dient als Ausdruck für die Sehnsucht nach sexueller Beziehung.
- Im Gegensatz dazu lebt der Klient der zweiten Gruppe eine extreme Art der Sexualität, welche Promiskuität sowie riskantes Sexualverhalten umfasst (vgl. Dulz, 2009, S.712). Der Adressat lässt sich auf wechselnde sexuelle Beziehungen ein und verdrängt dabei häufig den Gedanken an sexuell übertragbare Krankheiten (vgl. Kreusel, 2007). Nicht selten dient bei ihm Sexualität der Vermeidung unerträglicher Gefühle und Spannungszustände. Emotionen wie Scham und Verletztheit aber auch Traumata werden dadurch abgewehrt oder betäubt (vgl. Dulz/ Ramb/ Richter-Appelt, 2009, S.284). Seine Ängste bezüglich seiner Sexualität nimmt der Adressat wahr, unterdrückt diese aber gleichzeitig durch das extreme Ausleben (vgl. Dulz, 2009, S.712).
- Zwischen diesen beiden gegensätzlichen Gruppen befindet sich eine dritte. Der Klient lebt eine normale Sexualität mit den gleichen Problemen und Akzentuierungen wie die Partner in einer „gesunden“ Beziehung ohne Borderline-Erkrankten. Entstehende Verlassens- oder Versagensängste des Adressaten werden bspw. durch Zwänge oder Dissoziationen ausgeglichen (vgl. Dulz, 2009, S.712).

2.2.4 Die Potentiale der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Neben den neun Diagnosekriterien und zusätzlichen Auffälligkeiten im Verhalten der Borderline-Persönlichkeit, finden sich bei ihr durchaus Potentiale. Sie besitzt die Fähigkeit zur Leidenschaft und zeigt eine große Offenheit. Zudem verfügt der Erkrankte über viel Spontanität und einen ausgeprägten Gerechtigkeitssinn (vgl. Sendera/ Sendera, 2010, S.24). Ebenso sind die hohe zwischenmenschliche Sensitivität sowie besondere Emotionalität charakteristisch für das Störungsbild. Mithilfe seiner besonderen Empathiefähigkeit kann sich der Klient besonders gut in Sachverhalte aber auch in Gedanken des Gegenübers hineinversetzen und dessen Gefühle nachempfinden. Weiterhin ist der Erkrankte anderen Personen gegenüber zu 100 Prozent loyal, wenn diese sein Vertrauen gewinnen konnten (ebd., 2010, S.26). Der Adressat versteht und akzeptiert dann oftmals bereitwillig dessen Gefühle und Ansichten (vgl. Mason/ Kreger, 2014, S.75). Ferner zeichnet sich der Erkrankte durch eine besondere Kreativität und Sprachgewandtheit aus. Viel Charme und Fantasie, große Hilfsbereitschaft sowie Flexibilität gehören ebenso zu dem facettenreichen Krankheitsbild (vgl. Sendera/ Sendera, 2010, S. 26). Darüber hinaus kann der Adressat über eine überdurchschnittlich hohe Intelligenz verfügen. Er erkennt häufig den Kern der Sache sofort und ist in der Lage, Situationen intuitiv zu erfassen (vgl. Sendera/ Sendera, 2010, S. 26). Überdies ist es dem Klienten möglich, sich in bestimmten Gegebenheiten kontrolliert und kompetent zu zeigen. Er ist durchaus in der Lage, bspw. im Berufsleben, hohe Leistungen zu erbringen (vgl. Mason/ Kreger, 2014, S.75).

2.2.5 Die Funktionalität im Sozialverhalten der Borderline-Erkrankten

Trotz des großen Potentials sowie der zuvor beschriebenen Kriterien und Auffälligkeiten, wirkt die Borderline-Störung sich in ihrer Gesamtheit unterschiedlich auf das Leben der Betroffenen aus. Dabei zeigen sich Differenzen im Bereich der Haushaltsführung, im Arbeitsprozess oder bei der Lösung von Alltagsproblemen. Mason und Kreger benutzen hierfür den Begriff des „Funktionsniveaus“ (Mason/ Kreger, 2014, S.80). Sie unterscheiden in ein hohes und ein niedriges Niveau, wobei viele Abstufungen zwischen diesen beiden vorhanden sind. Jedoch werden nur die zwei gegensätzlichsten beschrieben, um die Bandbreite der Funktionalität des Sozialverhaltens aufzuzeigen.

Der Borderline-Klient mit einem niedrigen Funktionsniveau wird in seinem Sozialverhalten so stark von seiner Erkrankung beeinträchtigt, dass er einer beruflichen Tätigkeit nicht nachgehen kann. Er kann u. a. an einer schweren Form der Essstörung, unter einem Alkoholproblem oder an einem Substanzmittelmissbrauch leiden. Darüber hinaus zeigt er starke Tendenzen zu selbstverletzendem Verhalten. Ferner ist es möglich, dass er bereits mehrere Suizidversuche begangen hat. Überdies fällt es dem Adressaten sehr schwer, Beziehungen zu knüpfen und seine Finanzen zu verwalten. So besteht für ihn die Gefahr, dass er bspw.

seine Wohnung verliert, da der Klient seine Miete nicht mehr bezahlen kann. Ferner umfasst sein soziales Umfeld wenige bzw. keine stützende Freunde, Bekannte oder Angehörige. Somit gerät er häufig von einer Krise in die nächste.

Dagegen verhält sich der Klient mit einem hohen Funktionsniveau in seinem Sozialverhalten nach außen hin häufig völlig normal. Er ist aufgeschlossen, beliebt, kontaktfreudig und kann durchaus beruflich erfolgreich sein. Seine verletzbare Seite zeigt er lediglich Menschen, welche ihn gut kennen. Der Adressat leidet in seinem Inneren genauso an den Symptomen der Erkrankung wie der Klient mit einem niedrigen Funktionsniveau. Der Unterschied zwischen beiden besteht darin, dass der Adressat mit einem hohen Funktionsniveau dieses Leiden sehr gut überspielen kann. Meistens so gut, dass er sich selbst fremd geworden ist (vgl. Mason/ Kreger, 2014, S.80).

2.2.6 Typische Denkmuster des Borderline-Erkrankten

Ergänzend zu den bereits erwähnten Merkmalen der Erkrankung zeigt der Klient typische Grundannahmen. Einige werden folgend genannt:

Er ist der Meinung, dass es Menschen gibt, welche durchweg gut und perfekt sind. Andere hingegen sind für ihn schlecht und sollten verurteilt oder bestraft werden.

Darüber hinaus denkt der Adressat, dass er trotz eines verzweifelten Bemühens, jede Bezugsperson verliert, die ihm wichtig ist. Wird er tatsächlich verlassen, fühlt er sich daraufhin einsam, minderwertig und in seiner Annahme bestätigt.

Weiterhin ist der Klient der Ansicht, dass er erst dann glücklich und vollkommen sein kann, wenn er einen perfekten sowie hingebungsvollen Partner findet, der immer für ihn da ist und ihm zur Seite steht, unabhängig davon was passiert. Gleichzeitig denkt der Erkrankte, dass mit der Person etwas nicht stimmen kann, die ihn mag und unterstützt.

Zudem vertritt der Klient die Auffassung, dass er in jeglicher Hinsicht kompetent sein und von den Mitmenschen geliebt werden muss, um für andere wertvoll zu sein. Wird er von einem Angehörigen nicht gut behandelt, ist dies für ihn ein Indiz schlecht zu sein (vgl. Mason/ Kreger, 2014, S.92f.).

2.2.7 Diskussion der Borderline-Persönlichkeitsstörung als „Frauenerkrankung“

An dieser Stelle soll auf die eingangs erwähnte hohe Diagnoserate von 70 bis 75 Prozent bei Frauen eingegangen werden. Diese verleitet zu der Annahme, dass die Borderline-Persönlichkeitsstörung vorrangig eine Erkrankung der Frauen sei (vgl. Mason/ Kreger, 2014, S.85). Hypothesen einiger Forscher sehen auch die anlagebedingte sowie erbliche Faktoren, welche Frauen empfindlicher für affektive Störungen machen, als möglichen Auslöser für das

Auftreten der Borderline-Persönlichkeitsstörung (vgl. Kreisman/ Straus, 2002, S.33 zit. nach Akiskal, 1981, S.25-46). Eine weitere Behauptung rückt die Trennungs- und Individuationsphase zwischen Mutter und Kind in den Mittelpunkt. Diese scheint für Mädchen schwieriger zu sein (ebd., 2002, S.33 zit. nach Mahler/ Pine/ Bergman, 1978). Hingegen weisen andere Forscher auf soziale Einflussfaktoren hin. Demnach sind „Frauen [...] empfänglicher für Borderline, weil ihre Sozialisation stärker auf der Abhängigkeit von anderen und größerer Empfindlichkeit gegenüber Zurückweisung basiert“ (Mason/ Kreger, 2014, S.86). Diese Faktoren können eine stabile Identitätsbildung erschweren (vgl. Kreisman/ Straus, 2002, S.33 zit. nach Henry, Cohen, 1983, S.1527-1529). Darüber hinaus merken andere Forscher an, dass auch die Befangenheit der Ärzte für die Diagnosestellung primär von Bedeutung sein kann. Für viele Professionelle sind Identifikationsprobleme bei Männern üblich. Deshalb wird bei ihnen kaum eine Borderline-Störung diagnostiziert (vgl. ebd., 2002, S.33 zit. nach Castaneda/ Franco, 1985, S.1202f.).

Ein weiterer Aspekt bezieht sich auf den sexuellen Missbrauch, welcher häufig eine Ursache der Borderline-Erkrankung darstellen kann. Mädchen sollen davon öfter betroffen sein als Jungen (vgl. Mason/ Kreger, 2014, S.86). Dieser Aussage entsprechen auch die Ergebnisse polizeilicher Kriminalstatistiken der vergangenen Jahre. Demnach sind Mädchen dreimal so häufig sexuell missbraucht worden als Jungen (vgl. Osterheider/ Neutze, n. b.).

Dem entgegen steht die Auffassung anderer Forscher, dass gleich viele Männer und Frauen die Kriterien einer Borderline-Erkrankung erfüllen. Allerdings neigen Frauen vorrangig zu Depressionen sowie Selbstmordversuchen (vgl. Kreisman/ Straus, 2002, S.33). Darüber hinaus sind sie eher gewillt, therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, weswegen bei ihnen häufiger eine Borderline-Erkrankung diagnostiziert wird (ebd., 2002, S.33 zit. nach Henry, Cohen, 1983, S.1527-1529). Männer hingegen meiden vielmals den Gang zum Psychologen. Zudem werden sie, aufgrund ihrer Neigung zu gewalttätigem und aggressivem Verhalten, öfter als Frauen strafrechtlich verurteilt. Damit besteht besonders bei ihnen die Gefahr, dass nie die Borderline-Störung erkannt wird (vgl. Mason/ Kreger, 2014, S.86).

2.3 Die Entwicklung der Borderline-Störung anhand des Entstehungsmodells nach Marsha Linehan

Nachdem die Merkmale der Erkrankung ausführlich erläutert wurden, widmet sich dieses Kapitel deren Ursachen. Neben den Entstehungstheorien u. a. von Stern, Winnicott und Kernberg, auf welche nicht eingegangen wird, entwickelte Marsha Linehan⁶ ein eigenständiges Modell, welches auf der Bio-Sozialen Theorie von Millon beruht. Demnach resultiert die

⁶ Marsha Linehan ist eine amerikanische Psychologin, welche selbst jahrelang an der Borderlinestörung litt. Sie gilt als die Begründerin der DBT (vgl. Reile zit. nach Bohus et. al., 2000b).

Borderline-Störung aus dem Zusammenspiel von einem biologischen und einem sozialen Faktor.

Der biologische Faktor bezieht sich auf die „dysfunktionale Emotionsregulation“ des Kindes. Es besitzt eine besondere Vulnerabilität und Intensität der Gefühle, welche genetisch, neurobiologisch und biografisch bedingt sind (vgl. Sendera/ Sendera, 2010, S.51). Charakteristisch ist hierbei ein verlangsamter Rückgang der Erregung in den emotionalen Ausgangszustand (vgl. Niklewski/ Riecke-Niklewski, 2011, S.69). Im Extremfall kann diese Anspannung über Stunden andauern (vgl. Reile n. b., zit. nach Bohus et. al., 2000).

Der soziale Faktor bezieht sich auf das „non-validierende“ Umfeld des Kindes (Bohus, Wolf-Arehult, 2013, Arbeitsblatt 4a). Linehan nutzt den Begriff für Familien, welche über wenig Einfühlungsvermögen und Sensibilität gegenüber ihrem Nachkommen verfügen (vgl. Niklewski/ Riecke-Niklewski, 2011, S.51). Die Gefühle des Kindes werden missachtet, trivialisiert und nicht respektiert (vgl. Sendera/ Sendera, 2010, S.51). Gerade negative Emotionen, wie Wut, Angst oder Trotz darf es nicht ausleben (vgl. Niklewski/ Riecke-Niklewski, 2011, S.51). Verhängnisvoll wird eine solche familiäre Umgebung für den Nachkommen vor allem dann, wenn extrem starke Gefühle durch die Angehörigen ausgelöst und nicht toleriert werden. Dies ist vor allem bei sexuellem oder physischem Missbrauch der Fall (ebd., 2011, S.65).

In einem solchen Umfeld lernt das Kind nicht, seine leichte Erregbarkeit zu kontrollieren (vgl. Niklewski/ Riecke-Niklewski, 2011, S.69). Darüber hinaus ist es ihm kaum möglich, seine Gefühle und Erfahrungen richtig einzuordnen, sie zu benennen und sich auf diese zu verlassen (vgl. Sendera/ Sendera, 2010, S.52). Es lernt, dass die eigenen Gefühle sowie Wahrnehmungen durch andere benannt werden. Dies erschwert dem Nachkommen eine eigene und gefestigte Identität auszubilden (vgl. Niklewski/ Riecke-Niklewski, 2011, S.52).

Darüber hinaus führt die nicht zu kontrollierende Dauererregung des Kindes, auf lange Sicht, zu strukturellen Veränderungen des Gehirns. In mehreren Studien wurde nachgewiesen, dass bei Borderline-Erkrankten der Hippocampus sowie die Amygdala⁷ signifikant verkleinert sind. Zu vermuten ist auch, dass durch die langanhaltende Erregtheit des Nachkommens verschiedene Botenstoffe im Gehirn, beispielsweise der Serotoninhaushalt, aus dem Gleichgewicht geraten (ebd., 2011, S.61ff.).

⁷ Hippocampus und Amygdala stellen die wichtigsten Strukturen des limbischen Systems dar. Innerhalb dieses Systems wird die Amygdala (Mandelkern) auch als „Mischpult der Gefühle“ bezeichnet (Hülshoff, 2013, S.46). „Sie filtert und interpretiert die ankommenden Sinnesdaten bezüglich ihrer Bedeutung für das Überleben und emotionaler Bedürfnisse; auch der emotionale Gehalt einer Erinnerung wird erzeugt, vor allem Gefühle, die mit Angst und aggressiver Reaktion zusammenhängen“ (Niklewski/ Riecke-Niklewski, 2011, S.59). Der Hippocampus gilt als „Pforte des Gedächtnisses“ (Hülshoff, 2013, S.46) Er verarbeitet die Informationen der Amygdala weiter (ebd., 2013, S.46). Überdies entscheidet der Hippocampus auch, welche Informationen im Langzeitgedächtnis gespeichert werden (vgl. Niklewski/ Riecke-Niklewski, 2011, S.59f.).

2.4 Prognose im Verlauf der Borderline-Erkrankung

Nachdem auf die Kennzeichen und die Entstehung der Borderline-Störung eingegangen wurde, befasst sich dieser Punkt mit deren Prognose.

Grundsätzlich gilt die Erkrankung als sehr langwierig und komplex (vgl. Niklewski/ Riecke-Niklewski, 2011, S.25). So symptomreich sie sich zeigt, so unterschiedlich sind ihre Verläufe. Dennoch gibt es Hoffnung für die Betroffenen. Niklewski und Riecke-Niklewski weisen darauf hin, dass neuere Studien zu der Erkenntnis gelangten, die Erkrankung entwickle sich sehr viel besser als bisher angenommen. Eine Langzeitstudie von 2006 belegt, dass sich bereits zwei Jahre nach Diagnosestellung bei etwa einem Drittel der Patienten nicht mehr alle Krankheitssymptome zeigten. Nach einem Zeitraum von sechs Jahren waren ca. 70 Prozent, nach zehn Jahren sogar 80 bis 90 Prozent der untersuchten Probanden weitestgehend symptomfrei. Die vorliegenden Forschungsergebnisse lassen erkennen, dass die Borderline-Störung nicht von beständiger Dauer sein muss (ebd., 2011, S.35). Für die Klienten bedeutet dies Hoffnung auf eine selbstständige Lebensführung (vgl. Kreisman/ Straus, 2008, S.363).

Eine mögliche Heilung ist allerdings nur mit guter therapeutischer Unterstützung des Klienten zu erreichen. Trotzdem hängt diese von vielen Faktoren ab. Zu diesen zählen u. a. die Ausprägung der Symptome, der Schweregrad der Erkrankung sowie die Therapieform, welche der Adressat erhält (vgl. Niklewski/ Riecke-Niklewski, 2011, S.35). In der Behandlung muss er den Willen zur Veränderung aufbringen und an sich arbeiten. Dabei werden alte Verhaltensweisen und Denkmuster durch neue ersetzt. Dadurch kommt es unweigerlich zu einem Wandel seines langbestehenden Gleichgewichts, was der Klient als starke Belastung empfindet. Damit einhergehend entsteht bei ihm die Angst vor einem Kontrollverlust über die Dynamik der Veränderung. Um dies zu begrenzen, muss dieser Veränderungsprozess in kleinen Schritten erfolgen. Der Erkrankte lernt, sich und andere so zu akzeptieren wie sie sind, Vertrauen zu fassen und die Vergangenheit als auch frühkindliche Erfahrungen hinter sich zu lassen. Dies gelingt, indem der Adressat sich aktuellen und neuen Eindrücken sowie Erlebnissen öffnet sowie diese mit den Augen eines Erwachsenen sieht. Damit erschließt sich für den Klienten zusätzlich die Möglichkeit, Vergangenes neu zu bewerten (vgl. Straus/ Kreisman, 2002, S.132f).

Innerhalb der Behandlung können vor allem selbstschädigende und -verletzende Symptome abgebaut werden. Überdies ist es möglich, dass sich auch Depressionen, Gefühle der Wut und Hoffnungslosigkeit mit dem Erlernen neuer Bewältigungsstrategien verringern. Daher kann von einer deutlichen Verbesserung in vielen Bereichen des Lebens ausgegangen werden (vgl. Niklewski/ Riecke-Niklewski, 2011, S.35).

Ferner spielen weitere Faktoren für den Heilungsprozess eine entscheidende Rolle. Es wurde nachgewiesen, dass Mutterschaft und Eheschließung eine stützende Funktion für den Erkrankten haben. Zudem wirken sich unterstützende Beziehungen zu den Eltern, Partnern und Freunden günstig auf die Prognose aus (ebd., 2011, S.37). „Auch das Leben in beruflichen oder privaten »Nischen«, die Struktur und Halt geben, wirkt positiv auf den Gesamtverlauf“ (Niklewski/ Riecke-Niklewski, 2011, S.37). Darüber hinaus kann eine Mitgliedschaft in bestimmten Organisationen, bspw. in religiösen Gruppen, die Heilung begünstigen (vgl. Kreisman/ Straus, 2008, S.362). Des Weiteren nehmen bestimmte Eigenschaften einer Person, wie höhere Intelligenz, körperliche Attraktivität, künstlerisches Talent oder Selbstdisziplin erfolgsversprechenden Einfluss auf den Verlauf der Erkrankung (ebd., 2008, S.365ff).

Neben diesen Faktoren ist es auch möglich, dass sich das Verhalten des Borderline-Klienten mit zunehmendem Alter abschwächt. Er hat sich an einen routinierten Lebensstil gewöhnt. Phasenweise Ausbrüche, wie Wutanfälle und Suiziddrohungen, werden von ihm nicht mehr benötigt, um eigene Wünsche und Bedürfnisse durchzusetzen. Zudem mildern sich dysfunktionale Verhaltensmuster, starke Stimmungsschwankungen und seine Impulsivität ab (vgl. Kreisman/ Straus, 2002, S.234). Hat der Adressat eine erste Stabilität erreicht, kommt es seltener zu einem erneuten Auftreten der Symptome (vgl. Niklewski/ Riecke-Niklewski, 2011, S.37). Diese Tatsache ist auch für den Lebensgefährten von Bedeutung. Er kann Hoffnung schöpfen, dass Verhaltensweisen des Klienten mit der Zeit erträglicher werden, dessen unvorhersehbaren zu vorhersehbaren Reaktionen werden und es damit einfacher für den Angehörigen wird, diese zu handhaben. (vgl. Straus/ Kreisman, 2002, S.235).

Dennoch sind langandauernde Gefühle von chronischer Leere und Ärger sowie Schwierigkeiten des Alleinseins, oft von beständigerer Dauer (vgl. Niklewski/ Riecke-Niklewski, 2011, S.35). Auch wenn auf den Klienten nicht mehr alle Diagnosekriterien zutreffen, kommt er meist schlechter im Leben zurecht als ein gesunder Mensch (vgl. Kreisman/ Straus, 2008, S.363 zit. nach Links/ Mitton/ Steiner, 1990, S.490 - 498).

Daneben weisen Kreisman und Straus auf Faktoren hin, die den Verlauf und damit die Heilungsaussichten negativ beeinflussen können. Für sie zählt u. a. eine Chronifizierung dazu. Das heißt, je länger die einzelnen Symptome bestehen, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass diese bestehen bleiben. Zudem kommt es auf ihre Schwere und Impulsivität sowie auf die Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen an. Daneben können sich auch eine Erwerbsunfähigkeit, eine gestörte Beziehung zu den Eltern oder ein hohes Alter des Betroffenen negativ auf die Prognose auswirken. Ebenso sind chronische Feindseligkeit, Reizbarkeit sowie antisoziales oder exzentrisches Verhalten hinderlich auf dem Weg der Heilung (vgl. Kreisman/ Straus, 2008, S.366f.). Zusätzlich beeinflussen vor allem Inzesterfahrungen vor dem zehnten Lebensjahr und elterliche brutale Gewalt erheblich den Verlauf der Borderline-Störung (vgl. Niklewski/ Riecke-Niklewski, 2011, S.36).

Entgegen vieler positiver Prognosen von verschiedenen Studien glaubt Manuela Rösel nicht an eine Heilung. Ihrer Meinung nach, sei der Körper nicht in der Lage zu vergessen. Denn angewandte Bewältigungsmechanismen und eingeschliffene Strukturen hinterließen neurologische Spuren. Wurden bereits im Kindesalter Zustände von Stress als auch von starker Anspannung abgespeichert, würden diese auch im späteren Leben immer wieder präsent sein. Flashbacks, d. h. traumatische Bilder, sowie eine eingeschränkte Lebensanschauung mit den alten Situationen würden immer wieder durch den Klienten vergegenwärtigt und lieben ihn in seinem kindlichen Zustand gefangen halten (vgl. Rösel, 2012, S.169).

2.5 Reaktion der Gesellschaft auf das Borderline-Syndrom

Anschließend an die Prognose des Störungsbildes thematisiert das folgende Kapitel die Reaktion der Gesellschaft auf die Borderline-Persönlichkeit. Dies bildet den Abschluss des ersten Themenkomplexes.

Innerhalb unserer Gesellschaft gelten Gesundheit und Normalität als Maßstab. Beides ist erstrebenswert. Schon in der Werbung wird Gesundheit mit stabil und widerstandsfähig assoziiert, krank dagegen oft mit sensibel und zerbrechlich verglichen. Psychisch erkrankte Menschen werden selten in die Gemeinschaft integriert, sondern häufig stigmatisiert und ausgegrenzt. Was innerhalb der Gesellschaft fehlt, ist eine gemeinsame Basis für die Gesunden, die Kranken aber auch für die Randgruppen, um sie als vollwertige Mitglieder in die Gemeinschaft zu integrieren (Gneist, 2012, S. 235f.).

In Bezug auf die Borderline-Erkrankung zeigt sich innerhalb der Gesellschaft eine große Unwissenheit. Durch diese sowie durch die Komplexität der Störung entstehen häufig Vorurteile und Stigmatisierungen gegenüber dem Klienten. Eindeutige Symptome sind der Bevölkerung kaum bzw. nicht bekannt. Ebenfalls herrscht im Umgang mit einem an Borderline-Erkrankten oft große Unsicherheit bei den Menschen. Der Adressat wird als „sonderbar“ wahrgenommen und ihm wird mit Ablehnung sowie Distanzierung entgegen getreten.

Vorurteile gehen teilweise auch von den Fachleuten selbst aus. Viele begegnen dem Borderline-Klienten mit einer voreingenommenen Haltung. Bei ihnen ist der Adressat verschrien als „»Therapeutenkiller«, [welcher] voller Abwehrmechanismen, beziehungsunfähig oder »maskenhaft-unsympathisch« [ist]“ (Knuf, n. b.). Darüber hinaus sei er lahmarschig, ohne Humor, begriffsstutzig, feige, aggressiv, borniert, kommunikationsfaul und selbstbezogen (vgl. Schramm, 2013).

Daneben können auch eine mangelnde Qualifikation und wenig Erfahrung der Fachkraft sowie fehlende Supervisionen eine Rolle bei diesen negativen Aussagen bezüglich der Erkrankten spielen. Nicht selten stößt der Professionelle bei der Behandlung und Beratung an seine persönlichen und fachlichen Belastbarkeitsgrenzen.

Der Klient spürt die Ablehnung und kennt meist sein Image gut. Er reagiert, aufgrund seiner Persönlichkeitsstruktur, äußerst sensibel darauf. Der Adressat wartet regelrecht auf die negativen Einschätzungen von der Fachkraft und seinen Mitmenschen, um sie in seine Identität zu integrieren. Damit fühlt er sich zusätzlich in seinen typischen Denkmustern bestätigt (vgl. Knuf, n. b.).

Dem entgegen zeigen sich auch andere Meinungen gegenüber Borderline-Persönlichkeiten. Gerade der Reiz dieses ungewöhnlichen Krankheitsbildes gestaltet den Alltag der Fachleute abwechslungsreich. Vor allem ein Therapeut, welcher mit dem Krankheitsbild vertraut ist, fühlt sich in der Arbeit mit dem Erkrankten nicht ausgeliefert. Besonders der Lebensmut und der Wille zur Veränderung bei dem Adressaten wird von ihm sehr geschätzt. Der Fachkraft ist es möglich, Beeinträchtigungen und Ressourcen ihres Klienten realistisch einzuschätzen (vgl. Knuf, n. b.). Besonders die witzige und selbstironische aber auch streitbare, mutige, großzügige und zugewandte Art des Klienten stellen für den Professionellen ein wichtiges Potential für die Zusammenarbeit dar (vgl. Schramm, 2013). Somit tragen die eigene Haltung gegenüber dem Klienten und das Wissen über die Erkrankung maßgeblich zu einer gelingenden Beziehungsarbeit bei.

3 Leben in einer Borderline Partnerschaft

Auf Basis der Darstellung der Borderline-Störung beleuchtet dieser Themenkomplex die Partnerschaft mit einem an der Borderline-Störung erkrankten Menschen. Zu Beginn wird die Beziehungsfähigkeit des Klienten beschrieben. Anschließend erfolgt die Betrachtung der Kriterien für die Wahl des Partners und der häufig vorhandenen Charaktereigenschaften möglicher Lebensgefährten. Der darauffolgende Punkt erläutert die allgemeine Gestaltung einer „gesunden“ Partnerschaft sowie die Besonderheiten einer Borderline-Beziehung. Die abschließenden Kapitel befassen sich mit der „Co“-Abhängigkeit, der Wirkung des Borderline-Verhaltens und der Reaktion des Partners⁸ darauf (vgl. Rösel, 2013, S.21).

3.1 Beziehungsfähigkeit von Borderline-Persönlichkeiten

Schenkt man der allgemeinen Meinung Beachtung, scheinen Menschen mit dem Borderline-Syndrom beziehungsunfähig zu sein (vgl. t-online, 2013). Das kann man so nicht stehen lassen. Grundsätzlich ist die Fähigkeit zu längeren Partnerschaften bei ihnen vorhanden (vgl. Rahn, 2011, S.54).

⁸ Die verwendeten Begriffe Partner, Lebensgefährte und Angehöriger beziehen sich auf den Personenkreis, welcher eine Partnerschaft frei gewählt hat und in keinem verwandtschaftlichen Verhältnis zu dem Erkrankten steht (vgl. Rösel, 2013, S.21).

Borderline-Persönlichkeiten hegen, ebenso wie Menschen ohne diese Störung, den Wunsch nach Geborgenheit, nach Sicherheit sowie nach einer glücklichen Beziehung, in welcher der Lebensgefährte sie über alles liebt, der all ihre Bedürfnisse umfassend erfüllt und immer für sie da ist (vgl. Sendera/ Sendera, 2010, S.86). Für die Adressaten ist es besonders wichtig, dass der Partner ihnen möglichst Selbstachtung sowie Anerkennung vermittelt und ihnen eine eigene stabile Identität gibt. Überdies soll der Angehörige die innere Leere und Zerrissenheit der Klienten mit Liebe und Mitgefühl füllen (vgl. Mason/ Kreger, 2014, S.51).

Trotzdem leben Menschen mit der Borderline-Störung seltener in festen Partnerschaften (vgl. Kottje-Birnbacher, 2011, S.285 zit. nach Stone, 1993c, S.302). Ihre Persönlichkeitsstruktur und langfristige Beziehungen vertragen sich oft nur schwer. Für die Klienten ist es schwierig, ihr Autonomiestreben und den Wunsch nach Symbiose mit dem Partner immer wieder in Balance zu bringen. Zusätzlich erschweren die Empfindsamkeit für emotionale Reize, die Heftigkeit ihrer Reaktionen und starke Stimmungsschwankungen eine Partnerschaft (vgl. Kottje-Birnbacher, 2011, S.785). Ferner zeigen die Erkrankten große Ängste vor zu viel Nähe, vor Vereinnahmung und gleichzeitig vor schmerzhaften Trennungen (vgl. Fricke, 2006, S.4). Viele Klienten, die bereits einen mehr oder minder intensiven Wechsel von Liebe in Hass oder von Glück in Traurigkeit erlebt haben, entscheiden sich dafür, nie wieder eine stark emotionale Partnerschaft einzugehen. Dadurch versuchen sie sich vor den nicht zu kontrollierenden Affekten zu schützen (vgl. Kottje-Birnbacher, 2011, S.785 zit. nach Lemaire, 1980). Aus diesem Grund verdrängen viele Adressaten ihre Beziehungssehnsüchte und konzentrieren sich stattdessen auf materielle und sinnliche Genüsse oder sehen berufliche Machtpositionen als Ersatzbefriedigung an (vgl. Fricke, 2006, S.4).

Während durch dieses Verhalten langfristige und emotionale Bindungen vermieden werden, können kurzzeitige Eroberungen durchaus eine Rolle spielen (vgl. Kottje-Birnbacher, 2011, S.786). Diese dienen als Ventil für das verdrängte Bedürfnis nach Partnerschaft, wobei sie die Liaisons durchaus genießen. Jedoch stellen die Erkrankten oft frühzeitig Abstand zu ihrem Liebhaber her, bevor die beiderseitigen Gefühle zu intensiv werden (vgl. Fricke, 2006, S.4).

Eine Möglichkeit, sich dennoch auf dauerhafte Beziehungen einzulassen, besteht darin, die Zeit und Emotionalität mit dem Partner zu dosieren (vgl. Kottje-Birnbacher, 2011, S.286). Hier stellt die Variante der Fern- oder Wochenendbeziehung für den Borderline-Klienten eine akzeptable Möglichkeit einer langfristigen Partnerschaft dar. So sehen diese lediglich die positive Seite ihrer Lebensgefährten. Auch möglichen Alltagsproblemen und Krisen wird so vorübergehend vorgebeugt (vgl. Fricke, 2006, S.4).

Darüber hinaus können mehrere Beziehungen nebeneinander bestehen. Dadurch wird die innere Bezogenheit reduziert. Die Klienten sind weniger emotional abhängig und verletzlich als würden sie nur mit einem Partner zusammen leben (vgl. Kottje-Birnbacher, 2011, S.286).

Ferner können sich Adressaten vor allem mit hilfsbedürftigen oder unterlegenen Partnern zusammenfinden, um sich so aus Dankbarkeit als guten Mensch wahrzunehmen (ebd., 2011, S.286).

Dennoch sind auch die Partnerschaften der Borderline-Klienten stetigen Veränderungen bspw. in Bezug auf Intensität, Stabilität oder Bedeutung unterworfen. Damit lassen sich entstehende Ambivalenzen und Unsicherheiten nicht vermeiden. Diese lösen bei den Erkrankten Ängste und Spannungen aus. Das ist vor allem dann der Fall, wenn die Adressaten unterschiedliche oder gegensätzliche Gefühle nicht in ein kohärentes Bild integrieren können. Jedoch müssen diese Emotionen und die entstehenden Ängste von den Klienten ausgehalten werden, um eine Partnerschaft langfristig gewährleisten zu können (vgl. Rahn, 2011, S.54).

3.2 Kriterien der Partnerwahl und mögliche Varianten des Lebensgefährten eines Borderline-Erkrankten

Nachdem die Beziehungsfähigkeit des Klienten betrachtet wurde, widmet sich das folgende Kapitel den Auswahlkriterien des Partners sowie dessen mögliche charakteristische Eigenschaften.

Der Borderline-Klient wählt seinen Partner nach bewussten und unbewussten Kriterien aus. Dabei zählen das Aussehen des Menschen, dessen verbale Ausdrucksweise, die Wertekonstellation, sein Status sowie die erotische Ausstrahlung zu den bewussten Faktoren (vgl. Rösler, 2013, S.34f.).

Jedoch erfolgt die Partnerwahl zum Großteil auf unbewusster Ebene (vgl. Sendera/ Sendera, 2010, S.151). Hierzu gehören die körperlichen Informationen wie Mimik, Gestik und die Bewegungen der Person. Weiterhin beeinflussen Signale, die eine ganz bestimmte und nicht bewusste Prägung in einem Menschen ansprechen, die Wahl des Lebensgefährten. Ferner können Übertragungen ausschlaggebend für das Auserwählen des Partners sein. Dabei gesellt sich zu den im Unterbewusstsein abgespeicherten positiven Erinnerungen an einen Menschen, die Hoffnung, dass sich diese mit dem neuen Lebensgefährten wiederholen und die eigenen Erwartungen sowie Wünsche erfüllen (vgl. Rösler, 2013, S.35). Auch nur teilweise ausgebildete Anteile, wie Charisma oder Selbstbewusstsein der eigenen Person, können eine Rolle spielen. Besitzt der potentielle Partner diese erwünschten Eigenschaften, wirkt er auf den Klienten anziehend und attraktiv (ebd., 2013, S.35 zit. nach Schellenbaum, 1986, S.77).

Neben diesen bewussten und unbewussten Faktoren, strebt der Adressat nach der eigenen Bedürfnisbefriedigung innerhalb der Beziehung. Ein Grundbedürfnis ist die Liebe, aus welcher sich weitere ergeben, wie Geborgenheit, Nähe, gegenseitige Wertschätzung und Sexualität. Dabei unterscheiden sich die Prioritäten von Person zu Person, denn sie hängen mit den emotionalen sowie kognitiven Strukturen eines jeden Menschen zusammen (vgl. Rösel, 2013, S.35).

Neben diesen Kriterien ergeben sich für den Klienten drei mögliche „Varianten“ von Lebensgefährten, welche häufiger in einer Beziehung mit diesem zu finden sind. Der erste „Typ“ zeigt ähnliche charakterliche Eigenschaften wie der Adressat. Den zweiten „Typ“ Partner bezeichnet man als „Täter“. Ferner wird ein dritter „Typ“ Partner beschrieben, welcher vor allem in guten Phasen des Erkrankten eine Partnerschaft mit ihm eingehen möchte. Dabei ist anzumerken, dass diese einzeln beschriebenen „Typen“ sich grundsätzlich vermischen können.

Mit dem ersten „Typ“ Partner verbinden dem Borderline-Klienten ähnliche Verhaltensmuster. Häufig stammt auch der Lebensgefährte aus einem sozial defizitären Umfeld (vgl. Sendera/ Sendera, 2010, S.152). Oftmals ist dieser in einer Familie aufgewachsen, in der sich Armut, Stress und Überforderung auf ihn auswirkten und in der er seine eigene Emotionalität als auch seine Bedürfnisse zurückstellen musste (vgl. Rösler, 2012, S.15). Aufgrund seiner mangelhaften Entwicklungsmöglichkeiten konnte er somit keine eigene stabile und gefestigte Identität ausbilden (vgl. Rösel, 2013, S.27). Dadurch weist der Angehörige u. a. Schwierigkeiten in der Wahrnehmung seiner eigenen Bedürfnisse auf. Ferner fällt es ihm schwer, diese zu äußern oder durchzusetzen (vgl. Sendera/ Sendera, 2010, S.154). Darüber hinaus zeichnet ihn ein geringes Selbstwertgefühl aus (vgl. Rösel, 2012, S.15).

Überdies wird der Partner in seinem Wesen von Verlassensängsten bestimmt (vgl. Rösler, 2012, S.15). Er zeigt Bestrebungen, alles richtig bzw. perfekt zu machen und scheut sich vor Streit oder Konflikten mit dem Klienten (vgl. Sendera/ Sendera, 2010, S.154). Weiterhin hat der Lebensgefährte das Bedürfnis alles verstehen zu müssen sowie eine irrationale Loyalität gegenüber dem Adressaten. Demnach ist er bereit, eher sich als den Borderline-Erkrankten aufzugeben (vgl. Rösel, 2013, S.29). Daneben akzeptiert der Partner eine emotionale und physische Misshandlung durch den Erkrankten, da es ihm nicht möglich ist, eigene Grenzen zu setzen und sich gegen deren Verletzung zu wehren. Dadurch kommt es bei ihm zu einem weiteren Verlust der Selbstachtung sowie einem vermehrten Auftreten von Stimmungsschwankungen. Häufig verspürt der Lebensgefährte auch Scham oder Schuldgefühle gegenüber dem Klienten. Trotzdem fällt es ihm schwer, sich diese Gefühle einzugestehen (vgl. Sendera/ Sendera, 2010, S.154).

Dieser Partner fühlt sich von der verführerischen und glänzenden Seite eines Borderline-Erkrankten angezogen (ebd., 2010, S.152). „Die Bewunderung und bedingungslose Hingabe [des Klienten] zu Beginn der Beziehung geben [dem Partner] [...] das Gefühl *etwas ganz Besonderes* zu sein“ (Sendera/ Sendera, 2010, S.153). Zudem bietet ihm die zerstörerische Seite des Adressaten eine gewisse Vertrautheit (vgl. Rösel, 2013, S.28). Jedoch findet der Borderline-Klient in diesem keinen Halt. Beide spiegeln sich in ihrem Wesen und Verhalten gegenseitig. Zusätzlich vermittelt ihnen das wechselseitige Verständnis sowie das Einlassen auf die heftigen Gefühlswechsel eine falsche Sicherheit (vgl. Sendera/ Sendera, 2010, S.154).

Dem entgegen steht der zweite „Typ“ eines möglichen Partners. Viele Adressaten, welche in ihrer Vergangenheit Missbrauch und Gewalt erlebt haben, neigen dazu, mit einem „Täter“ eine Partnerschaft einzugehen. Mit diesem Lebensgefährten wiederholen sich die traumatischen Erfahrungen (ebd., 2010, S.155). Der Erkrankte hat unter Umständen für sich die Erkenntnis gewonnen, dass Fürsorge und Liebe zwangsläufig mit Missbrauchserfahrungen verknüpft sind. So ziehen sich Situationen, die denen der Kindheit ähneln, wie ein roter Faden durch das Leben des Klienten und wiederholen sich vor allem in Partnerschaften. Diese werden vom Angehörigen so organisiert, dass der Borderline-Erkrankte immer wieder schlecht behandelt oder ignoriert wird (vgl. Sendera/ Sendera, 2010, S.129). Der potentiell gewaltbereite Lebensgefährte nutzt den Adressaten hierbei nicht nur emotional aus, er unterdrückt ihn auch psychisch und physisch. Dadurch entwickelt er Gefühle von Macht und Stärke. Hingegen befindet sich der Klient in seiner bekannten Opferrolle, welche durch ein Schweigen aus Scham und Schuld sowie durch die Angst sich nicht lösen zu können, geprägt ist. Tragischerweise verstärkt die Beziehung mit einem „Täter“ die Borderline-Persönlichkeitsstörung zusätzlich und es treten gehäuft selbstverletzendes Verhalten oder Selbsttötungsversuche des Klienten auf. Trotzdem hält der Adressat an der Beziehung fest. Er hofft, dass durch seine Anstrengung und Bemühung sich die Partnerschaft und das Verhalten des Lebensgefährten verbessern (ebd., 2010, S.155).

Befindet sich der Klient allerdings in einer Phase, in welcher die Erkrankung sein Leben weniger bestimmt, eröffnet sich eine dritte „Variante“ eines Partners. Dieser kann der Beziehung durch seine Persönlichkeitsmerkmale Bestand geben (vgl. Rösel, 2013, S.42). Der Lebensgefährte besitzt ein stimmiges und ausgeglichenes Selbstbild. Ferner kennt er die eigene Wertekonstellation, kann persönliche Grenzen aufzeigen und deren Einhaltung durchsetzen (vgl. Sendera/ Sendera, 2010, S.156).

Weiterhin zeigt der Lebensgefährte die Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung und übernimmt für sich Verantwortung (vgl. Rösel, 2013, S.42). Überdies pflegt er einen achtsamen Umgang mit den eigenen Gefühlen und Bedürfnissen. Dadurch schützt er sich vor Dauerstress und verhindert, in einen Strudel aus Gefühlen hineingezogen zu werden. Denn auch beim Part-

ner können die heftigen Stimmungsschwankungen des Adressaten zu Emotionsüberflutungen führen (vgl. Sendera/ Sendera, 2010, S.157). Ferner besitzt der Angehörige eine gute Konfliktfähigkeit und scheut sich nicht vor Fehlern. Er kann klare Prioritäten setzen und konsequent sein. Daneben besitzt der Partner eine hohe empathische und vor allem aktive Kommunikation. Des Weiteren setzt er sich bewusst mit der Borderline-Störung auseinander und ist in der Lage, die impulsiven Ausbrüche des Adressaten nicht persönlich zu nehmen (vgl. Rösel, 2013, S.42f.). Zudem ist es dem Lebensgefährten möglich, die Eigenverantwortung für das Leben und Handeln des Borderline-Erkrankten an ihn zurückzugeben. So schützt der Angehörige sich vor dessen Ausnutzung (vgl. Sendera/ Sendera, 2010, S.158).

Einen solchen Partner findet man allerdings selten in einer Beziehung mit einem Klienten, da auf Dauer die stabile Persönlichkeit und Unabhängigkeit von diesem als wenig attraktiv empfunden wird (vgl. Rösel, 2013, S.43).

3.3 Die allgemeine Beziehungsgestaltung und Besonderheiten in einer Partnerschaft mit einem Borderline-Klienten

Nachdem die Beziehungsfähigkeit der Adressaten und deren mögliche Partner beschrieben wurden, erfolgt nun die Betrachtung der allgemeinen Beziehungsgestaltung. Darauf aufbauend schließen sich die Besonderheiten innerhalb der Partnerschaft mit einem Erkrankten an.

3.3.1 Die allgemeine Beziehungsgestaltung

Grundlegend zeigen zwischenmenschliche Beziehungen ihre ganz eigenen und besonderen Interaktionsmuster. „[Sie] unterscheiden sich durch das jeweilige Nahverhältnis und werden durch Kommunikationsmuster, geknüpft und vertieft, aber auch zerstört“ (Sendera/ Sendera, 2010, S.81).

Ist eine zwischenmenschliche Verbindung von einer besonders engen Bezogenheit, einer tiefen emotionalen Abhängigkeit und erhöhten Verletzlichkeit geprägt, wird von einer Partnerschaft gesprochen. Ferner ist diese durch eine erotische Anziehungskraft, intensive Nähe sowie starke positive Gefühle gekennzeichnet. Dabei werden die grundlegenden Bedürfnisse nach Symbiose, Sicherheit, Wärme und Geborgenheit aktiviert. Überdies stehen Vertrautheit und Fürsorglichkeit im Fokus der Beziehung (vgl. Fricke, 2006, S.3).

Der Beginn einer solchen ist immer vom Verliebtsein gekennzeichnet. Es scheinen sich die eigenen Sehnsüchte und Träume zu bewahrheiten (vgl. Sendera/ Sendera, 2010, S.83). „Das Paar schwebt im so genannten *siebenten Himmel* [...]“ (ebd., S.83). Beide Partner zeigen sich nach außen als zusammengehörig, grenzen sich stark von ihrer Außenwelt ab, planen und gestalten das gemeinsame Leben. Hingegen scheinen die Grenzen zwischen ihnen

zu verblassen und nicht mehr existent zu sein. Darüber hinaus versuchen beide häufig, alles Negative von der Beziehung fern zu halten (vgl. Sendera/ Sendera, 2010, S.83)

Damit eine Paarbeziehung jedoch langfristig und über die Phase des Verliebtseins hinaus gelingt, müssen beide Partner die eigenen sowie die Grenzen des anderen kennen, akzeptieren und respektieren. Zudem sollten sie sich als gleichberechtigt und gleichwertig fühlen. Vor allem die Erkenntnis, dass Unterschiede zwischen beiden vorhanden sind, führt zu einem gegenseitigen Verständnis und Unterstützung. Dies gelingt, in dem die Partner die eigenen Wünsche, Bedürfnisse, Ziele, Ideale und Rollenerwartungen zu Gunsten des anderen anpassen und gemeinsam in Einklang bringen. Beide sollten kompromissbereit und sich bewusst sein, dass sie nicht alle Erwartungen des anderen stets erfüllen müssen. Weiterhin ist für eine harmonische Beziehung ein liebevoller und respektvoller Umgang miteinander wichtig. Darüber hinaus ist auch ein wechselseitiges Geben und Nehmen bedeutsam. Des Weiteren sollten die Partner in der Lage sein, auch mit Krisen und Unzufriedenheit angemessen umzugehen (vgl. Sendera/ Sendera, 2010, S.83ff.). Hierbei ist es maßgebend, die Beziehung als System zu verstehen, so dass die Ursachen für Konflikte nicht nur einem Partner zugeschrieben werden können (vgl. Drewes, n. b.). Daneben ist es für eine gelingende Partnerschaft unentbehrlich, sich selbst und die eigenen Gefühle zu kennen, um nicht aufgrund anderer Motive, wie etwa der Angst vor dem Alleinsein, in dieser zu leben (vgl. Sendera/ Sendera, 2010, S.85)

Trotzdem können bei langjährigen Beziehungen, durch zu viel Vertrautheit, Gefühle der Langweile und Überdruß auftreten. Daher ist Fricke der Meinung, dass immer ein gewisses Maß an Fremdheit vorhanden sein sollte, um die Spannung und Neugierde aufrecht zu erhalten. Sind auch diese Voraussetzungen erfüllt, kann eine Partnerschaft gesund wachsen und sich entwickeln (vgl. Fricke, 2006, S.3).

3.3.2 Die Besonderheiten einer Partnerschaft mit einem Borderline-Klienten

Bei der Borderline-Paarbeziehung kommen hingegen andere, spezielle Verhaltensmuster und Symptome der Erkrankung zum Tragen, welche diese schwer belasten oder zerstören können (vgl. Sendera/ Sendera, 2010, S.81f.).

Betrachtet man die Beziehungsaufnahme, fällt auf, dass vor allem die Angst des Alleinseins und die Überzeugung, ohne Partner nicht überleben zu können, dafür den Antrieb darstellen. Zusätzlich rufen die Angst vor Konflikten und das unstillbare Harmoniebedürfnis die Sehnsucht nach dem idealen Partner hervor (vgl. Sendera/ Sendera, 2010, S.103). Der Klient möchte einen Menschen an seiner Seite, der immer für ihn da ist, seine innere Leere füllt, ihm Stabilität als auch Sicherheit verleiht und ihn so annimmt, wie er ist (ebd., 2010, S.25).

Geht der Adressat eine Beziehung mit einer Person ein, wird ihr Beginn beiderseitig als sehr intensiv empfunden. Vor allem der Klient stürzt sich voller Begeisterung in die Partnerschaft (vgl., Weinert, n. b.). Er entwickelt Wünsche nach absoluter Nähe, Bestätigung und Halt (vgl. Hofmann, 2002, S.33). Weiterhin ist die Anfangsphase von der starken Idealisierung des Partners durch den Adressaten gekennzeichnet. Bei ihm sieht der Erkrankte ausschließlich die positiven Anteile und alle frustrierenden und negativen Seiten werden ausgeblendet. Der Lebensgefährte ist für den Klienten sein Retter und Erlöser (vgl. Lohmer, 2005, S.17). Jedoch handelt es sich nicht um eine echte gesteigerte Wertschätzung des Lebensgefährten. Es geht ausschließlich um dessen Funktion als Beschützer vor bösen Objekten (vgl. Leichsenring, 2003, S.25). Darüber hinaus kann auch die Sexualität idealisiert werden, welche der Borderline-Erkrankte in diesem Maß zuvor noch nie erlebt hat (vgl. Niklewski/ Riecke-Niklewski, 2011, S.162). Ferner möchte er all die Wünsche seines Partners grenzenlos erfüllen und selbiges erwartet der Erkrankte auch vom anderen. Jedoch werden in der grenzenlosen Aufopferung, auf sie zukommende Schwierigkeiten nicht gesehen (vgl. Sendera/ Sendera, 2010, S.102). Weiterhin entwickelt der Adressat Zukunftspantasien, ohne darüber nachzudenken, ob diese tatsächlich realisierbar sind. Durch die Idealisierung des Partners und seiner Aufopferung für ihn, überfordert sich der Klient oft nicht nur psychisch sondern auch physisch (vgl. Fricke, 2006, S.4).

Allerdings bleibt es nicht bei dieser stark symbiotischen Phase und Idealisierung des Angehörigen. Zieht der Alltag in die Partnerschaft ein, kommen Schwierigkeiten auf. Genauso rasch wie der Partner und die Beziehung idealisiert wurden, schlägt diese in das komplette Gegenteil um (ebd., 2006, S.3). Die ersten „Fehler“ werden wahrgenommen, das erste unguete Gefühl kommt auf und es folgt die erste Auseinandersetzung, wenn auch nur aufgrund banaler Kleinigkeiten (vgl. Niklewski/ Riecke-Niklewski, 2011, S.162). Dabei reicht schon ein falsches Wort oder eine nicht erledigte Besorgung, um dramatische Szenen auszulösen (vgl. Sendera/ Sendera, 2010, S.101). Zusätzlich zeigen sich Probleme bei der Abstimmung von Aktivitäten, da diese oft von den Stimmungsschwankungen, der Impulsivität und der Unberechenbarkeit des Adressaten abhängig sind (vgl. Mason/ Kreger, 2014, S.27f.). Folglich beginnt der Erkrankte seinen Partner mit anderen Augen zu sehen. Dass dieser auch lebenswerte Anteile besitzt, rückt dabei immer weiter aus seinem Fokus der Aufmerksamkeit (vgl. Sendera/ Sendera, 2010, S.101). Leidenschaft und Hingabefähigkeit des Partners spielen in diesem Moment keine Rolle mehr (vgl. Schön Klinik, n. b.). So wird der Lebensgefährte ausschließlich als völlig wertlos und unzureichend erlebt (vgl. Lohmer, 2005, S.18). Der Klient scheint schmerzlich erkennen zu müssen, dass er und sein Partner nicht harmonieren (Fricke, 2006, S.3).

Daraufhin entstehen beim Adressaten Gefühle der Angst, Hilflosigkeit und Wut, welche seine innere Spannung in die Höhe schnellen lassen. Für ihn ist eine angemessene Reaktions-

möglichkeit in einer solchen stark emotionalen Situation oft nicht möglich. So bekämpft er die aufkommende Spannung mit Hilfe von typischen destruktiven Verhaltensweisen, wie Beschimpfungen oder Erniedrigung (vgl. Sendera/ Sendera, 2010, S.101f.). Dies kann soweit führen, dass der Klient die bisher erfüllende Beziehung grundlegend anzweifelt oder sie für gescheitert erklärt. Für den Angehörigen ist diese Reaktion häufig nicht nachvollziehbar (vgl. Niklewski, Riecke- Niklewski, 2011, S.162). Hier wird deutlich, dass der wichtigste Mensch im Leben eines Erkrankten scheinbar der unbedeutendste ist (vgl. Kreisman/ Straus, 2008, S.90).

Zusätzlich zur Problematik der Idealisierung und Entwertung gesellt sich die Schwierigkeit der Nähe-Distanzregulation. Je intimer die Beziehung wird, umso bedeutender werden die Themen Verlassen werden und Vereinnahmung, welche zu einem sehr dramatischen Verhalten führen können (vgl. Mason/ Kreger, 2014, S.113). So besteht bei dem Adressaten, neben dem Wunsch nach Verschmelzung, auch die Angst, verletzt zu werden (vgl. Sendera/ Sendera, 2010, S.25). Denn die erlebte Nähe und Intimität lassen den Erkrankten angreifbar werden. Zusätzlich fürchtet er sich vor zu viel Vereinnahmung durch den Partner sowie einem Kontrollverlust (vgl. Mason/ Kreger, 2014, S.113). Ferner hat der Klient „[...] Angst, dass der andere [sein] wahres »Ich« zu sehen bekommt und sich angewidert von [ihm] abwendet“ (Mason/ Kreger, 2014, S.113.). Für ihn wird es, aufgrund seiner Befürchtungen, unmöglich Nähe zu ertragen (vgl. Kreisman/ Straus, 2002, S.31). Somit stellt der Adressat schon frühzeitig Distanz zu seinem Lebensgefährten her. Er provoziert Streitigkeiten, flüchtet sich in dramatische Szenen oder vergisst wichtige Dinge zu erledigen. Trotzdem fühlt sich der Erkrankte innerlich wie ein wandelnder Widerspruch, hin- und hergerissen zwischen der Sehnsucht nach Symbiose und dem Wunsch nach Unabhängigkeit.

Aufgrund der zuvor genannten Schwierigkeiten ist es möglich, dass nicht nur der Klient, sondern auch der Partner auf Distanz geht oder gar die Beziehung für gescheitert erklärt. Durch die instabile Identität des Erkrankten scheint es für ihn so zu sein, als würde er aufhören zu existieren. Das Gefühl der Leere sowie die Angst vorm Verlassenwerden nehmen bei dem Adressaten zu. Hilflos seinen eigenen Gefühlen gegenüber versucht er mit verzweifelten Bemühungen Kontrolle über die Situation zu gewinnen und so dem Partner wieder nah zu sein. Der Klient belügt und manipuliert seinen Lebensgefährten oder äußert Selbsttötungsabsichten (vgl. Mason/ Kreger, 2014, S.113.).

Hat der Klient die Beziehung beendet, kann auch seitens des Partners eine erneute Annäherung zum Erkrankten forciert werden (ebd., 2014, S.166). Bedingt durch Abwertung und Distanz des Klienten sitzt der Schmerz bei ihm so tief, dass dieser versucht die Krise ungeschehen zu machen (vgl. Rösel, 2013, S.54). Gerade für einen Partner, welcher noch nie so viel Nähe und Bewunderung erfahren hat, sind diese Phasen besonders reizvoll und positiv für das eigene Selbstbewusstsein. Mitunter wartet er auf die nächste Hochphase der Borderline-

Persönlichkeit oder versucht diese bewusst dazu zu bringen, ihr idealisierendes Verhalten fortzusetzen. Lässt der Adressat sich darauf ein, verstärkt sich das zukünftige Engagement seines Lebensgefährten bei der nächsten Krise, wieder eine Hochphase herbeizuführen (vgl. Mason/ Kreger, 2014, S.166).

Lässt sich einer der beiden Partner weiterhin oder erneut auf die Beziehung ein, wird das Wechselspiel zwischen sich nah sein und wegstoßen, zwischen Liebe und Hass erneut in Gang gesetzt (vgl. Sendera/ Sendera, 2010, S.101). Die Kreisläufe des Idealisierens und Entwertens sowie der Nähe und Distanz können sich so über einige Tage oder Wochen, Monate oder sogar Jahre hinziehen (vgl. Mason/ Kreger, 2014, S.113). Zusätzlich gehen vom Betroffenen häufig Impulse aus, diese erneute Harmonie zerstören zu müssen⁹. So ist bspw. die Grundannahme: „Mir ist es noch nie gutgegangen und es wird mir auch nie wirklich gutgehen“ typisch für die Klienten (Schön Klinik, n. b.).

Abschließend sei zu sagen, dass der Partner seine Beziehung, trotz vieler auftretender Probleme, oft relativiert. Er betont, dass diese zwar schwierig, aber dennoch sehr intensiv und gefühlvoll sei. Gerade die große Leidenschaftlichkeit und Sensibilität für die Bedürfnisse des anderen, empfindet der Lebensgefährte als positive Seite der Beziehung. Daher können Partnerschaften durchaus erfüllend sein (ebd., n. b.).

3.4 Exkurs: Abwehrmechanismen der Borderline-Persönlichkeit

Anschließend an die Besonderheiten einer Partnerschaft widmet sich dieser Exkurs den „primitiven“ Abwehrmechanismen¹⁰ nach Otto Kernberg. Da diese häufiger Bestandteil einer Partnerschaft mit einem Borderline-Klienten sind, werden sie folgend kurz erläutert.

„Mit Abwehr beschreibt die Psychoanalyse die Fähigkeit des Menschen, bedrohliche und mit dem Ich nicht vereinbare Vorstellungen und Gefühle vom bewussten Erleben fernzuhalten“ (Niklewski/ Riecke-Niklewski, 2011, S.32). Dazu wendet das Ich einer jeden Person bestimmte Mechanismen an. Diese sind für das Zusammenleben mit anderen Menschen als auch für eine geistige Ausgeglichenheit unerlässlich. So nutzt der Mensch bspw. die Rationalisierung oder die Verdrängung um entstehenden Ärger, unangemessene Wut oder unerwünschte Liebe nicht ins Bewusstsein dringen zu lassen (vgl. Niklewski/ Riecke-Niklewski, 2011, S.32).

⁹ Psychologen sprechen hier von der selbsterfüllenden Prophezeiung (vgl. Schön Klinik, n. b.). „Durch die Deutung einer Situation und die selektive Wahrnehmung der mit ihr als wichtig verknüpften Informationen, beeinflusst [die] Erwartung [des Menschen] [dessen] Beobachtung. Die sowohl emotionale als auch kognitive Bewertung des Beobachteten sowie die Handlungsimpulse, die [seinem] Verhalten zu Grunde liegen, greifen dann auf bekannte Muster zurück. Im Ergebnis tritt meistens das ein, was [sich der Mensch] erhoffte[te] oder befürchte[te]“ (Benecke, 2014).

¹⁰ Ursprünglich definierte die Pädagogin Anna Freud die Abwehrmechanismen des Menschen (vgl. Gawlick, 2008). Sie unterscheidet dabei die Negation, die Vermeidung, den Rückzug in die Phantasie, die Reaktionsbildung, den Rückzug in sich selbst sowie die Projektion (vgl. Kernberg/ Weiner/ Bardenstein, 2005, S.70).

Jedoch können Borderline-Klienten auf diese gesunden Abwehrmechanismen nicht zurückgreifen. Ihnen stehen lediglich die von Otto Kernberg¹¹ als „primitiv“ bezeichneten Mechanismen zur Verfügung, welche er im Rahmen seines psychodynamischen Konzepts der Borderline-Organisation näher definiert. Er beschreibt die Mechanismen Spaltung, projektive Identifikation, omnipotente Kontrolle, primitive Verleugnung sowie primitive Idealisierung und Abwertung¹² (vgl. Kernberg/ Weiner/ Bardenstein/ 2005, S.70).

- Der Mechanismus der Spaltung stellt die zentrale Abwehrform eines Borderline-Klienten dar (vgl. Sendera/ Sendera, 2010, S.46). Hierbei erfolgt eine strikte Trennung von positiven und negativen Emotionen sowie Gedanken bei sich selbst als auch gegenüber dem Partner (vgl. Niklewski/ Riecke-Niklewski, 2011, S.32). Dabei ist es dem Adressaten nicht möglich, die guten und schlechten Anteile in ein kohärentes Bild zu integrieren (vgl. Mason, Kreger, 2014, S.53 zit. nach Kreisman/ Straus, 2002).
- Eng gekoppelt mit dem Abwehrmechanismus der Spaltung ist die projektive Identifizierung. Der Klient versucht die eigenen unerwünschten Anteile in seinem Lebensgefährten aufzubewahren und zu kontrollieren (vgl. Lohmer, 2005, S.17). Er bringt diesen durch Manipulation dazu, die abgespaltenen Gefühle oder ein bestimmtes Verhalten zu zeigen (vgl. Sendera/ Sendera, 2010, S.47). So hält der Adressat sein Selbstbild übersichtlich und frei von Widersprüchen, verhindert heftige Gefühlsregungen und gerät damit nicht in Not (vgl. Grenzwandler, 2012).
- Weiterhin kann in einer Partnerschaft omnipotente Kontrolle eine Rolle spielen, welche ein Gefühl der grenzenlosen Macht des Erkrankten beschreibt (vgl. Kreisman/ Straus, 2002, S.250). Der Adressat möchte seinen idealisierten Partner besitzen und beherrschen (vgl. Sendera/ Sendera, 2010, S.48). Dabei liegt die Motivation für dieses Verhalten in der Instabilität zwischen dem Streben nach absoluter Nähe und der Autonomie des Klienten begründet (vgl. Hofmann, 2002, S.141 zit. nach Akhtar,

¹¹ In den 60er Jahren entwickelte Otto F. Kernberg ein Modell zur Erklärung der Borderline-Störung. Sein Konzept der Borderline-Persönlichkeits-Organisation ist deskriptiv und strukturell angelegt. Die Diagnosestellung nach dem Niveau der Abwehrmechanismen, der Fähigkeit zur Realitätsprüfung sowie der Identitätsdiffusion (vgl. Sendera/ Sendera, 2010, S.45). „Erhärtet wird die Diagnose durch die Ich-Störung, typischerweise begleitet von einer *diffusen, frei flatterierende Angst* [...]“ (ebd., 2010, S.45). Bei dem Borderline-Klienten fand eine ausreichende Unterscheidung zwischen Selbst- und Objektbildern statt. Damit ist auch die Integrität der Ich-Grenzen vorhanden. Allerdings zeigt der Adressat eine Labilität in Situationen in denen er mit idealisierten Objekten verschmelzen möchte. Ursachen der mangelnden Integration von guten und schlechten Anteilen sind eine Vielzahl an primären, frustrationsbedingten Aggressionen und mangelnder Angsttoleranz. Der „Ich“-Anteil des Klienten enthält völlig widersprüchliche und unrealistische Selbstbilder. Somit ist die Entwicklung eines integrierten Selbst und damit der Aufbau eines stabilen Selbstkonzeptes nicht möglich. Ferner werden äußere Objekte vom Klienten nicht realistisch eingeschätzt. Somit wird bspw. der Partner als fremd erlebt. Dies ist vor allem der Fall, wenn starke Gefühle beteiligt sind und das äußere Realität mit dem inneren Erleben gegensätzlich sind (vgl. Sendera/ Sendera, 2010, S.45f.).

¹² Da die primitive Idealisierung sowie die Abwertung bereits im Kapitel „Besonderheiten einer Borderline-Partnerschaft“ beschrieben sind, wird an dieser Stelle nicht noch einmal darauf eingegangen.

2000). Zusätzlich schützt es ihn vor dem Erleben von Trennungsängsten (vgl. ebd., 2002, S.141).

- Darüber hinaus kann auch die „primitive“ Verleugnung innerhalb einer Paarbeziehung auftreten. Der Klient ist sich durchaus bewusst, dass seine derzeit erlebten Emotionen, Wahrnehmungen und Gedanken völlig im Widerspruch zu denen vor kurzer Zeit stehen. Trotz dieser präsenten Erinnerung hat sein Wissen keinerlei Bedeutung für die momentane Situation oder Interaktion zwischen ihm und seinem Partner. Auch das Fehlen von Besorgnis oder Angst in einer konflikthafter bzw. bedrohlicher Situation stellt eine Form der Verleugnung dar (vgl. Lohmer, 2005, S.18).

3.5 „Co“-Abhängiges Verhalten des Partners in einer Borderline- Beziehung

Nachdem im vorangegangenen Kapitel auf die destruktiven Verhaltensweisen der Borderline-Persönlichkeit eingegangen wurde, befasst sich dieses Kapitel mit der „Co“-Abhängigkeit der Lebensgefährten. Dabei ist anzumerken, dass nicht jeder Angehörige in eine solche gerät.

Ursprünglich entstand der Begriff der „Co“-Abhängigkeit aus der Selbsthilfebewegung der Anonymen Alkoholiker in den Vereinigten Staaten von Amerika. Jedoch wird er nicht ausschließlich im Suchtbereich verwendet, sondern kommt auch in Verbindung mit der Borderline-Störung zur Anwendung (vgl. Niklewski/ Riecke-Niklewski, 2011, S.169).

Aus psychologischer Sicht werden unter der „Co“-Abhängigkeit Personen aber auch Organisationen zusammengefasst, welche durch ihr größtenteils unwissentliches oder unbeabsichtigtes Verhalten die Aufrechterhaltung und das Fortbestehen einer Erkrankung fördern (vgl. Schneider, 2013, S.251).

Dabei ist der Übergang vom helfenden Lebensgefährten zur „Co“-Abhängigkeit oft vorgezeichnet und der Weg in eine solche gestaltet sich schleichend. Bereits der Moment, in dem der Klient sich vertrauensvoll seinem Partner öffnet, kann der Beginn eines solchen Verhaltens sein (vgl. Rösel, 2013, S.51).

Die Voraussetzung für eine „Co“-Abhängigkeit des Partners stellt eine Ansammlung aus typischen Persönlichkeitsmerkmalen und Verhaltensweisen dar (ebd., 2013, S.51). Hierbei ähneln sich die Angehörigen von Alkoholikern und Borderline-Erkrankten im Wesentlichen (vgl. Niklewski/ Riecke-Niklewski, 2011, S.169).

Betrachtet man die charakterlichen Merkmale des Lebensgefährten, fällt auf, dass dieser unter einem geringen Selbstwertgefühl leidet. Sein Leben betrachtet er häufig als unbedeutend und langweilig. Lediglich durch die Anerkennung der Umwelt bekommt es einen Sinn und Inhalt. Zusätzlich besteht beim Partner die Tendenz zur fehlenden Selbstwahrnehmung

und Angstbewältigung. Weiterhin ist er bereit, eher sich selbst und seine Bedürfnisse aufzugeben als den Klienten (vgl. Niklewski/ Riecke-Niklewski, 2011, S.169f.).

Überdies zeigen sich auch im Verhalten des Partners ganz bestimmte Merkmale, welche eine „Co“-Abhängigkeit auszeichnen. So richtet der Lebensgefährte seine volle Aufmerksamkeit und Energie auf den Adressaten. Ferner versucht der Angehörige immer wieder die Probleme des Erkrankten zu lösen, sein Verhalten zu verstehen, dieses zu entschuldigen, zu vertuschen oder ihn zu manipulieren. Zusätzlich toleriert er verbale und tätliche Übergriffe durch den Adressaten und versucht permanent Erklärungen für dieses Fehlverhalten zu finden. Er ist dabei nicht in der Lage, konsequent Grenzen zu setzen (vgl. Rösel, 2013, S.51f.). Trotzdem ist der Partner entschlossen sich weiter zu bemühen, egal zu welchem persönlichen Preis (vgl. Sendera/ Sendera, 2010, S.170). Er übernimmt unentwegt die Verantwortung für die Bedürfnisse des Erkrankten und versucht ihn auf eigene Kosten glücklich machen. Dadurch fühlt sich der Angehörige wertvoll und geliebt (vgl. Rösel, 2013, S.51).

Durch sein destruktives Verhalten wird der „co“-abhängige Partner zu einem Krisen- und Problemmanager. So braucht der Klient nicht die Verantwortung für sein eigenes Handeln und die daraus resultierenden Folgen zu übernehmen. Der Lebensgefährte unterstützt dadurch die Defizite des Borderline-Klienten und kann sogar eine rechtzeitige Behandlung ver- oder behindern.

Dennoch können auch die Gesundheit, die Psyche sowie die Leistungsfähigkeit des Angehörigen Schaden tragen. Er empfindet in seiner „Co“-Abhängigkeit einen Mix aus Schuld, Hoffnungslosigkeit, Trauer und Frustration. Ferner breiten sich Wut und Hass in ihm aus, wenn sich trotz seiner aufopfernden Bemühungen das Verhalten des Adressaten nicht ändert und keine Besserung der Störung sichtbar wird (vgl. Rösel, 2013, S.52).

3.6 Die Wirkung des Borderline-Verhaltens auf den Partner und dessen Reaktionen

Nachdem die „Co“-Abhängigkeit des Partners näher beleuchtet wurde, befasst sich dieses Kapitel mit der Wirkung des Borderline-Verhaltens auf den Partner und seine möglichen Reaktionen darauf.

Ein Großteil der Angehörigen empfindet die Partnerschaft als schwierig und sehr wechselhaft, unverständlich sowie störanfällig (vgl. Rahn, 2013, S.13).

In diesem Zusammenhang merkt ein Partner folgendes an: „»Mit einem Borderliner zusammenzuleben ist so, als lebe man in einem Dampfkochtopf, dessen Ventil defekt ist«“ (Mason/ Kreger, 2014, S.119). Gerade die Unberechenbarkeit des Erkrankten stellt für ihn eine große Belastung dar. Daneben wird auch das anklammernde Verhalten des Borderline-Erkrankten als Einschränkung wahrgenommen (vgl. Rahn, 2013, S.181). Der Lebensgefährte erlebt den

Adressaten als äußerst dominant und manipulierend (ebd., 2013, S.13). Auch das permanente Schwanken zwischen Nähe und Distanz, zwischen Idealisierung und Entwertung, stellt für den Partner eine große Last dar. Immer wieder schwebt er zwischen Hoffnung und Enttäuschung (vgl. Rahn, 2013, S.47). Überdies entwickelt er vermehrt das Gefühl, dass der Adressat ihn ausschließlich in den Extremen schwarz und weiß sieht, da es Zwischenstufen nicht zu geben scheint. Ferner erlebt der Partner sich oft als Zielscheibe heftiger, unkontrollierter und unverständlicher Wutausbrüche, die in keiner Relation zur Lage stehen (vgl. Mason/ Kreger, 2014, S.27). Denn egal wie er handelt oder was er sagt, der Klient verwendet es gegen ihn (vgl. Mason/ Kreger, 2014, S.110). Daraus resultiert eine starke Enttäuschung seitens des Angehörigen und das Gefühl, dass die Borderline-Persönlichkeit ihn nicht verstehen will (vgl. Rahn, 2013, S.45). Darüber hinaus können auch permanente Schuldzuweisungen eine manipulierende Wirkung beim Partner erzeugen. Sein Selbstbewusstsein leidet oft so stark unter den Kritiken und Unterstellungen, dass häufig Situationen nicht mehr realistisch eingeschätzt werden können (vgl. Mason/ Kreger, 2014, S.127). Hinzu kommen im Laufe der Beziehung bei dem Angehörigen Zweifel auf, ob seine Gefühle und Gedanken überhaupt auf Liebe, Verständnis und Sympathie stoßen (ebd., 2014, S.131). Aus diesem Grund und aus Angst vor Entwertung, werden eigene Gefühle, Ansprüche und Standpunkte des Partners meist nicht mehr ausgesprochen (vgl. Mason/ Kreger, 2014, S.27).

Nicht selten ist der Lebensgefährte verwirrt über so viel widersprüchliches Verhalten der Borderline-Persönlichkeit (vgl. Mason/ Kreger, 2014, S.125). Zudem nimmt der Partner die Verhaltensweisen des Adressaten durchaus sehr persönlich (vgl. Mason/ Kreger, 2014, S.119). Daraus resultierend reagiert er vermehrt mit Unverständnis auf die Stimmungsschwankungen und das ausagierende Verhalten des Adressaten (vgl. Rahn, 2013, S.61). Ferner fühlt er sich zunehmend verunsicherter im Umgang mit dem Klienten sowie dessen Handlungsweisen und Reaktionen (vgl. Rahn, 2013, S.47ff). So sieht sich der Angehörige im Verlauf der Partnerschaft immer mehr gefangen in einem Kreislauf aus Schuld, Selbstvorwürfen, Wut, Verdrängung und Isolation (vgl. Mason/ Kreger, 2014, S.119). Er verspürt eine große Hilflosigkeit, emotionale Überforderung aber auch Erschöpfung aufgrund des Verhaltens des Klienten (vgl. Rahn, 2013, S.47ff).

Zusätzlich zu den Problemen innerhalb der Partnerschaft ist es möglich, dass der Partner einen Großteil seiner eigenen Freunde verliert. Entweder sind diese es teilweise Leid, die Beziehungskonflikte zu hören oder sie glauben dem Angehörigen des Erkrankten oft nicht. Ferner kann auch die Borderline-Persönlichkeit fordern, dass der Kontakt zu Freunden und Bekannten beendet wird, da sie ihren Partner ganz für sich haben möchte. Häufig geht der Lebensgefährte aus Angst um den Klienten oder aus Liebe zu ihm auf diese Forderung ein. Ferner ist es auch möglich, dass er Angst um sich hat, da der Erkrankte in seiner Wut und Verärgerung teilweise unangemessen verbal oder handgreiflich reagiert. Ebenso können

Selbstvorwürfe oder Schuldgefühle des Lebensgefährten Gründe sein, warum der Kontakt zu Freunden abbricht (vgl. Niklewski/ Riecke-Niklewski, 2011, S.160). Allerdings ist der Partner durch die Isolation von seinen Freunden mit all seinen Problemen sich selbst überlassen. Somit ist es dem Lebensgefährten verwehrt, sich mit anderen über Situationen innerhalb der Beziehung und der eigenen Gefühle auszutauschen (vgl. Mason/ Kreger, 2014, S.128).

Teilweise reagiert der Partner mit Wut auf persönliche Anfeindungen seitens des Klienten. Überdies versucht er durch Verdrängung, das Verhalten des Adressaten zu rechtfertigen. Darüber hinaus ist es möglich, dass er durch Feilschen wieder ein normales Verhalten des Erkrankten herzustellen möchte. Der Lebensgefährte nimmt an, wenn er das macht, was der Klient erwartet, dann bekommt er auch das, was er in der Beziehung braucht. Doch auf lange Sicht reichen die Liebesbeweise und Opfer des Angehörigen nicht aus und das Feilschen geht weiter (ebd., 2014, S.122ff.).

Weiterhin ist es denkbar, dass der Lebensgefährte sich eine „Habachtstellung“ aneignet (Mason/ Kreger, 2014, S.129). Dadurch versucht er Vorhersagen zu treffen, wann das Borderline-Verhalten des Erkrankten einsetzt. So wird es für ihn möglich, sich darauf vorzubereiten. Darüber hinaus vermeidet er, von der Wut des Klienten und dessen ausagierendem Verhaltensweisen überrascht zu werden (ebd., 2014, S.129).

Zusätzlich kann der Partner ein Suchtverhalten, wie exzessives Trinken, übermäßiges Essen oder Substanzmissbrauch entwickeln. Dies stellt für ihn teilweise die einzige Bewältigungsstrategie dar, um mit der Belastung und dem Stress umzugehen. Bedingt durch den Verlust von Freunden sowie eine mögliche Isolation von der Außenwelt, wächst die emotionale Abhängigkeit zum Erkrankten weiter und begünstigt dadurch die Entstehung einer Depression (vgl. Mason/ Kreger, 2014, S.124ff.).

Ferner können sich beim Partner typische Stresssymptome wie Kopfschmerzen, Magengeschwüre, ein zu hoher Blutdruck oder andere Erkrankungen einstellen. Auch Stimmungsschwankungen sind bei ihm häufig in einer solchen Beziehung anzutreffen. Des Weiteren kann er teilweise ähnliche Gefühls- und Gedankenmuster wie die des Klienten übernehmen. Hat dieser bspw. ein Hoch, fühlt sich der Partner gut, hat der Adressat hingegen ein Tief, geht es auch dem Partner schlecht (ebd., 2014, S.124).

Trotz des widersprüchlichen und destruktiven Verhaltens der Borderline-Persönlichkeit, welches so viel Leid und Kummer erzeugt, fühlen sich einige der Partner nicht im Stande, diese zu verlassen (vgl. Mason/ Kreger, 2014, S.126). So erfolgt anstelle einer Trennung ein emotionaler oder physischer Rückzug durch den Angehörigen. Er leistet Überstunden oder beschränkt die Kommunikation mit dem Adressaten auf das Wesentlichste, um keinen Streit zu provozieren (vgl. Rösel, 2013, S. 80). Jedoch führt dieses Verhalten unweigerlich dazu, dass

der Klient sich verlassen fühlt und so sein ausagierendes Verhalten gegenüber dem Angehörigen verstärkt (vgl. Mason/ Kreger, 2014, S.126).

Allerdings kann sich eine Beziehung mit einem Erkrankten über viele Jahre hinweg stabilisieren. Der Partner entwickelt eine gewisse Gelassenheit in Bezug auf das Verhalten des Klienten. Überdies können auch Ängste, Aufregung und große Hoffnungslosigkeit nachlassen. Zudem ist es möglich, dass sich die anfänglichen Unsicherheiten abbauen und Verhaltensweisen des Klienten im Laufe der Zeit besser einschätzbar werden. Der Angehörige lernt dem Erkrankten zu vertrauen. Auch der Adressat wächst in der Beziehung und lernt seinen Partner sowie dessen Grenzen besser kennen und diese zu akzeptieren (vgl. Niklewski/ Riecke- Niklewski, 2011, S.179). Zusätzlich kann die Unterstützung durch Therapeuten sowie durch die Soziale Arbeit dazu beitragen, dass sich die Beziehung stabilisiert und beide Partner einen Weg finden, miteinander sowie mit der Krankheit des Klienten umzugehen.

4 Soziale Arbeit als unterstützende Form bei Partnerschaft mit einem Borderline-Erkrankten

Die beiden vorangegangenen großen Themenkomplexe beleuchteten die Borderline-Persönlichkeitsstörung in ihrer facettenreichen Ausprägung sowie die Partnerschaft mit einem Erkrankten. Darauf aufbauend widmet sich folgender Abschnitt der Sozialen Arbeit als unterstützende Form für den Klienten sowie für dessen Partner. Zu Beginn werden die Grundannahmen der Sozialen Arbeit beschrieben, welche die Basis für die Darstellung des Habitus der Fachkraft bilden. Folgend wird dessen Beziehung zum Klienten näher erläutert. Die abschließenden zwei Kapitel setzen sich mit der Arbeit mit dem Angehörigen sowie mit der gemeinsamen Beratung beider Partner auseinander.

In der Praxis werden zur Behandlung der Erkrankung vier verschiedene störungsspezifische Therapiekonzepte angewendet. Dazu zählen die Übertragungsfokussierte Psychotherapie, die Mentalisierungsbasierte Therapie, die Schematherapie¹³ sowie die Dialektisch-

¹³ Die Übertragungsfokussierte Therapie ist ein störungsorientiertes und psychodynamisches Psychotherapieverfahren. Sie wurde, basierend auf dem Konzept der Borderline-Persönlichkeits-Organisation von Otto F. Kernberg, am Personality Disorders Institute in New York entwickelt. Die theoretische Grundorientierung der Behandlung ist psychodynamisch und objektbeziehungstheoretisch ausgerichtet (vgl. TFP Institut München e.V., n. b.).

Auf Grundlage der kognitiven Verhaltenstherapie entwickelte Jeffrey E. Young die Schematherapie. Es werden dabei Techniken verschiedenster Therapieverfahren miteinander kombiniert. Im Zentrum der Therapie steht die Arbeit an vorhandenen Schemata des Klienten, welche sich in den ersten Lebensjahren als Erlebens- und Verhaltensmuster auf Basis erlebter Erfahrungen herausgebildet haben (vgl. Niklewski/ Riecke- Niklewski, 2011, S.103).

Die Mentalisierungsbasierte Therapie wurde von einer Londoner Arbeitsgruppe um Anthony Bateman und Peter Fonagy entwickelt. Dabei vereinen sich in dieser Behandlungsform psychoanalytisches Denken mit Beobachtungen der Bindungsforscher und Entwicklungspsychologen. Im Mittelpunkt des Konzeptes steht die Mentalisierung. Damit wird die Fähigkeit des Menschen bezeichnet, sich die Sinnhaftigkeit des eigenen und fremden Handelns erklären zu können, Gefühle sowie Gedanken als solche zu erkennen und zu akzeptieren, dass jeder Mensch andere Emotionen sowie Vorstellungen besitzt (ebd., 2011, S.101).

Behaviorale Therapie (DBT¹⁴). Letztere soll den theoretischen Hintergrund des Kapitels bilden, da sie zu einer etablierten Therapieform in der Behandlung der Borderline-Erkrankung gehört. Dieses Konzept liefert sehr gute Ansatzpunkte, welche die Soziale Arbeit sich zu Nutze machen kann.

4.1 Die Grundannahmen der Sozialen Arbeit auf Basis der DBT

Auf Basis der DBT von Marsha Linehan können bestimmte Grundannahmen für die Soziale Arbeit bestimmt werden. Diese werden durch die Fachkraft in ihrer täglichen Arbeit gelebt. Demzufolge habe der Klient im Allgemeinen seine Schwierigkeiten nicht selbst herbeigeführt, müsse diese aber selbst lösen. Der Adressat zeige eine grundsätzliche Bereitschaft, seine Situation zu verändern. Er sei gewillt neue Wege zu gehen, um so das Beste aus seiner momentan misslichen Lage herauszuholen. Dies erfordere, dass sich der Klient neue Verhaltensweisen aneignet. Dabei müsse er sich jedoch stärker anstrengen, härter arbeiten sowie eine höhere Motivation zeigen, als Adressaten mit anderen Störungsbildern. Weiterhin sei das Wissen, dass der Klient dabei nicht versagen könne, für die Behandlung und Beratung bedeutsam.

Allerdings benötige auch der Sozialarbeiter Unterstützung in der Arbeit mit dem Adressaten. Diese könne in Form der Supervision¹⁵ realisiert werden (vgl. Niklewski/ Riecke-Niklewski, 2011, S.55).

4.2 Die Haltung und Fähigkeiten des Sozialarbeiters in der Arbeit mit Borderline-Klienten

Auf Basis der vorangestellten Grundannahmen werden folgend der gewünschte fachliche und persönliche Habitus eines Sozialarbeiters sowie dessen Fähigkeiten beschrieben.

¹⁴ Die DBT stellt ein empirisch begründetes Therapieverfahren dar. Ursprünglich wurde es zur Behandlung chronisch parasuizidaler weiblicher Erwachsener mit einer diagnostizierten Borderline-Störung entwickelt. In den 1990er Jahren etablierte es sich als psychotherapeutisches Verfahren im gesamten Erwachsenenbereich (vgl. Fleischhaker/ Böhme/ Schulz, 2008, S.152). Die theoretischen Grundlagen des Konzeptes bilden Erkenntnisse der wissenschaftlichen Psychologie, der Verhaltenstherapie und Elemente des Zen-Buddhismus. Ebenso ist eine dialektische Gesprächsführung Bestandteil des Konzeptes. „Dialektisch“ bedeutet dabei, dass es in der Therapie gleichzeitig um Veränderung und Akzeptanz bestimmter Erfahrungen sowie Lebensweisen des Klienten geht. Dabei setzt die Therapie konkret am Verhalten des Klienten an, was der Begriff „behavioral“ verdeutlicht. Ferner nutzt das Konzept bestimmte Bausteine, wie Einzelgespräche, das Fertigkeitstraining und den Telefonkontakt bei Notfällen (vgl. Niklewski/ Riecke-Niklewski, 2011, S.90).

¹⁵ „Supervision ist ein wissenschaftlich fundiertes, praxisorientiertes und ethisch gebundenes Konzept für personen- und organisationsbezogene Beratung in der Arbeitswelt. Sie ist eine wirksame Beratungsform in Situationen hoher Komplexität, Differenziertheit und dynamischer Veränderungen. In der Supervision werden Fragen, Problemfelder, Konflikte und Fallbeispiele aus dem beruflichen Alltag thematisiert. Dabei werden die berufliche Rolle und das konkrete Handeln der Supervisand[en] in Beziehung gesetzt zu den Aufgabenstellungen und Strukturen der Organisation und zu der Gestaltung der Arbeitsbeziehungen mit Kund[en] und Klient[en]. Supervision fördert in gemeinsamer Suchbewegung die berufliche Entwicklung und das Lernen von Berufspersonen, Gruppen, Teams, Projekten und Organisationen [...]“ (Deutsche Gesellschaft für Supervision e.V., 2012, S.7).

„In Linehans Ansatz hat [die Fachkraft] die Rolle eines »Coach«“ (Lohmer, 2005, S.64). Dabei steht sie dem Erkrankten durch ihre aktive Haltung freigiebiger und weniger begrenzt gegenüber. Die Fachkraft zeigt sich emotional präsent bis dominant; begleitet und konfrontiert ihren Adressaten. Darüber hinaus fördert sie durch ihr aktives Verhalten einen offenen, direkten und ehrlichen Ausdruck der Affekte des Klienten. Des Weiteren mutet der Sozialarbeiter ihm in der gemeinsamen Arbeit ein hohes Maß an Deutlichkeit und Konfrontation zu. Somit gerät er nicht in Verlegenheit, seinen Adressaten als Opfer zu betrachten und diesen schonend zu behandeln. Weiterhin sollte der Sozialarbeiter eine gewisse Hartnäckigkeit besitzen, welche das Herausarbeiten innerer Denk- sowie äußerer Verhaltensmuster des Klienten ermöglicht (ebd., 2005, S.61ff.). Darüber hinaus zeichnet sich die Fachkraft besonders durch Beständigkeit und viel Geduld aus (vgl. Sendera/ Sendera, 2010, S.56). Ferner sollte sie „[...] eine zuweilen erfrischende amerikanische »Matter-of-Fact« Haltung [besitzen], die sich z. B. in Linehans Grundsatz ausdrückt: »Patienten haben vielleicht nicht alle ihre Probleme selbst verursacht, aber sie müssen sie trotzdem selbst lösen!«“ (Lohmer, 2005, S.61). Dabei ist es wichtig, dem Adressaten während der gesamten Beratungsdauer Unterstützung bei der Bewältigung schwieriger Themen zusichern, um keine Ängste oder Verunsicherungen auf Seiten des Erkrankten auszulösen (vgl. Mason/ Kreger, 2014, S.231f.).

Ebenso ermöglicht die ausgeprägte Empathiefähigkeit des Sozialarbeiters, dass er sich in die Situation und emotionale Lage des Klienten hineinversetzen und diese nachvollziehen kann (vgl. Lohmer, 2005, S.84). Trotzdem ist es für ihn möglich, sich abzugrenzen, um so die Ungewissheit, den Schmerz, das Leid sowie die hohe emotionale Belastung des Klienten auszuhalten (vgl. Sendera/ Sendera, 2010, S.56). Zusätzlich besitzt die Fachkraft die Fähigkeit, innerhalb eines Machtkampfes zwischen ihr und ihrem Adressaten, den Konflikt auf der Metaebene wertungsfrei zu analysieren. Auch eine bildhafte und metaphorische Sprache sowie Witz und Humor des Sozialarbeiters helfen, manch schwierige Situationen in der gemeinsamen Arbeit zu entschärfen (vgl. Lohmer, 2005, S.83f.).

Linehan weist im Zusammenhang mit der Kommunikation zwischen Fachkraft und Adressat noch auf weitere wichtige Aspekte hin. Demnach spiegelt und paraphrasiert der Sozialarbeiter dem Klient mithilfe von Ich-Botschaften dessen ausgesprochene Gefühle und Hauptargumente. Dadurch versichert der Sozialarbeiter diesem, dass er dem Adressaten aktiv zuhört, ihn versteht und seine Gefühle anerkennt. Dabei ist es wichtig, dass er einen eigenen Stil entwickelt, um authentisch zu bleiben (vgl. Mason/ Kreger, 2014, S.209).

In der Zusammenarbeit mit dem Erkrankten kann es vorkommen, dass dieser versucht, den Sozialarbeiter verbal anzugreifen oder das Thema zu wechseln. Dieses Verhalten des Klienten kann verschiedene Ursachen haben. Möglicherweise berührt den Erkrankten das angesprochene Thema sehr und er kann mit den aufkommenden Gefühlen nicht umgehen. In solchen Situationen fährt der Sozialarbeiter ruhig fort, legt seine Argumentation dar oder

greift das Thema ggf. zu einem späteren Zeitpunkt erneut auf. Zusätzlich ist es bei sensiblen Themen wichtig, die Sprache so einfach wie möglich zu halten. Bedingt durch die starke Emotionalität des Klienten in diesen Momenten fällt es ihm möglicherweise schwer, gedanklich dem Sozialarbeiter auf hohem Niveau zu folgen. Daher sollten kurze, einfache, klare und direkte Formulierungen verwendet werden. So werden auch Falschinterpretationen seitens des Adressaten vermieden.

Ferner gibt die Fachkraft mit Hilfe unterschiedlicher Fragetechniken die Probleme und die Verantwortung für seine Gefühle oder Handlungen an den Adressaten zurück. Durch Fragen wie: Was meinen Sie, wie können wir das Problem lösen?, wird dieser aktiv in die gemeinsame Arbeit und Lösungsfindung einbezogen.

Weiterhin sollte die Fachkraft während der gesamten Arbeit mit dem Adressaten auf den eigenen Tonfall sowie die nonverbale Kommunikation gegenüber dem Klienten achten, denn diese übermittelt mindestens genauso viel wie die verbale Kommunikation selbst (vgl. Mason/ Kreger, 2014, S.213f.).

4.3 Die Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeiter und Borderline-Klient

Aufbauend auf den Habitus und den Fähigkeiten des Sozialarbeiters beschäftigt sich das folgende Kapitel mit der Zusammenarbeit zwischen ihm und seinem Klienten.

Innerhalb der gemeinsamen Arbeit sollten sich der Sozialarbeiter und der Klient als Partner eines Teams verstehen (vgl. Sendera/ Sendera, 2010, S.56). „[Dabei] orientieren [sie] sich an einem übergeordneten Ziel [und] übernehmen [beide] die Verantwortung dieses zu erreichen“ (Sendera/ Sendera, 2010, S.56). Dafür ist eine tragfähige und emotional starke Beziehungsgestaltung unerlässlich (vgl. Lohmer, 2005, S.61). Jedoch gestaltet sich der Aufbau einer solchen, bedingt durch das ambivalente Nähe- und Distanzverhalten des Klienten sowie durch dessen Beeinträchtigung in der Kontakt- und Beziehungsgestaltung, schwierig. Um diese dennoch zu ermöglichen, ist besonders eine wertschätzende sowie transparente und verlässliche Art des Sozialarbeiters im Umgang mit dem Klienten nötig. Dadurch vermittelt er ihm das benötigte Vertrauen sowie die Sicherheit, damit sich dieser auf die gemeinsame Arbeit einlassen kann. Zusätzlich werden so entstehende Ambivalenzen und Ängste des Adressaten weitestgehend begrenzt (vgl. Sendera/ Sendera, 2010, S.86ff.). Ferner hält eine hohe Beziehungsintensität den Klienten in der Zusammenarbeit. Diese wird bspw. durch engmaschige Termine und teilweise Telefonkontakt in Notfällen ermöglicht. Damit fördert die Fachkraft auch die Etablierung einer neuen Beziehungserfahrung des Erkrankten (vgl. Lohmer, 2005, S.72).

Überdies spiegelt sich innerhalb der gemeinsamen Interaktion zwischen Fachkraft und Klient besonders das dialektische Grundverständnis Linehans wider (vgl. Sendera/ Sendera, 2010,

S.56). Hierzu gehören ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Veränderungsorientierung sowie der Akzeptanz von Ängsten und notwendigen Abwehrmechanismen des Adressaten. Zusätzlich obliegt es dem Sozialarbeiter, „[sein] wohlwollendes Fordern, das »Zentriertsein« in der *eigenen* Person und Flexibilität in Balance [zu bringen]“ (Lohmer, 2005, S.61).

Weiterhin wird bewusst auf technische Neutralität in der Zusammenarbeit verzichtet (vgl. Sendera/ Sendera, 2010, S.88). Daher reagiert die Fachkraft deutlich auf die verbalen und non-verbalen Aussagen des Adressaten. Sie zeigt Besorgnis, aber auch Freude wenn Fortschritte zu erkennen sind (vgl. Lohmer, 2005, S.61). Ferner bestärkt sie dessen richtige und korrigiert seine falsche Wahrnehmung der Situation. Durch dieses Verhalten wird ein Wegdriften und das Verlieren in paranoide Phantasien des Adressaten verhindert (ebd., 2005, S.57).

Dennoch behält die Fachkraft ein sehr hohes Maß an Kontrolle über die Situation und engt den Gestaltungs- und Verhaltensspielraum des Klienten in der gemeinsamen Arbeit ein (vgl. Lohmer, 2005, S.61). So bleibt sie bspw. gegenüber Widerständen und bei abschweifendem Verhalten des Klienten standhaft und spiegelt ihm dieses (ebd., 2005, S.6.).

Darüber hinaus wird der Klient in der gemeinsamen Zusammenarbeit aus seiner Gleichgültigkeit und Verleugnung der eigenen destruktiven Verhaltensweisen herausgerissen. Der Sozialarbeiter fordert von ihm stets ein hohes Maß an aktiver Mitarbeit und Veränderungswillen. Er konfrontiert seinen Klienten damit, sich mit seinem Handeln und seinen Problemen intensiv zu beschäftigen. Dabei unterstützt er ihn dabei, die Konsequenzen des eigenen Verhaltens zu erkennen und diese besser einzuschätzen (vgl. Lohmer, 2005, S.61f.). Durch die Balance zwischen fürsorglichem Charakter des Sozialarbeiters und dem Appellieren an die gesunden Anteile des Klienten, erlebt er den Sozialarbeiter als menschliche und verlässliche Bezugsperson, welche unterschiedliche Facetten seines Wesens zeigt (vgl. Schwarzer, 2013, S.199).

Weiterhin geht die DBT davon aus, dass jede Fachkraft in der Arbeit mit dem Adressaten fehlbar ist. Dennoch kann jedes Fehlverhalten korrigiert werden. Durch das eigene Eingestehen und offene Zugeben des eigenen Fehlers sowie dessen Erörterung mit dem Klienten, zeigt der Sozialarbeiter diesem, wie der Adressat mit seinen eigenen Problemen in Beziehungen umgehen kann (vgl. Sendera/ Sendera, 2010, S.88).

Ferner kann in der Zusammenarbeit zwischen Fachkraft und Klient das Fertigkeitstraining der DBT wirkungsvoll eingesetzt werden. Bedingt durch die oft desaströse Vergangenheit, konnte der Klient gewisse Sozialisationserfahrungen, wie den Umgang mit Gefühlen oder die Beziehungsgestaltung, nicht bewerkstelligen. Jedoch stellen diese wichtige Voraussetzungen für die Bearbeitung sowie Bewältigung sozialer Probleme dar (vgl. Lohmer, 2005, S.54). Um diese Fertigkeiten zu vermitteln, zu proben und auszubilden, kann dieses Skilltraining

genutzt werden (ebd., 2005, S.63). Zwei mögliche Übungsfelder stellen die innere Achtsamkeit, d. h. die Selbstwahrnehmung durch meditative Übungen, und die Verbesserung zwischenmenschlicher Fähigkeiten, mit Hilfe von Rollenspielen sowie durch Videofeedback, dar. Überdies kann auch der bewusste Umgang mit Gefühlen sowie die Verbesserung der Stresstoleranz als auch des Selbstmanagements trainiert werden (vgl. Leichsenring, 2003, S.62). Zusätzlich können von der Fachkraft Situationsanalysen durchgeführt werden. Diese schlüsseln Handlungsimpulse, Körperreaktionen sowie Gedanken des Adressaten auf und geben Aufschluss über dessen dysfunktionale Verhaltensweisen. Diese können im Anschluss mit dem Klienten gezielt verändert werden (vgl. Sendera/ Sendera, 2010, S.76).

Daneben spielt die Dringlichkeit der zu behandelnden Themen für die gemeinsame Arbeit eine entscheidende Rolle (vgl. Lohmer, 2005, S.72). Dabei wird bestimmten Thematiken, abhängig von der jeweiligen Situation, ein Vorrang eingeräumt. Besteht bspw. Suizidgefahr, hat dies absolute Priorität vor allen anderen Inhalten. Auch wenn die gemeinsame Beziehungsarbeit gefährdet ist, muss dieses Thema zuerst besprochen werden (vgl. Niklewski/ Riecke-Niklewski, 2011, S.105). Zusammen mit dem Klienten versucht der Sozialarbeiter effektive Lösungen zu erarbeiten, um eine Entschärfung der aktuellen Situation herbeizuführen (vgl. Walter, 2009).

Endet die gemeinsame Zusammenarbeit nach einem gewissen Zeitraum, muss diese Beendigung anders als bei Klienten mit anderen seelischen Störungen gestaltet werden. Denn ein abruptes Ende ist für den Adressaten kaum tragbar, da Ängste des erneuten Verlassenwerdens in ihm aufkommen könnten. „Deshalb [forciert] [der Sozialarbeiter] ein »Ausschleichen« [über mehrere Stunden] ohne »Beziehungsabbruch« als [Ende an]“ (Niklewski/ Riecke-Niklewski, 2011, S.106). Ferner begleitet er seinen Klienten aktiv in dieser letzten Phase. Er unterstützt ihn dabei, sich aus der Zusammenarbeit zu lösen und das internalisierte Bild einer sicheren und haltgebenden Beziehung zu bewahren. Dies ermöglicht dem Erkrankten auch außerhalb der Beratung reale Verbindungen einzugehen und diese zu halten (vgl. Sendera/ Sendera, 2010, S.89).

4.4 Die Arbeit mit dem Partner eines Borderline-Klienten

Nachdem die Arbeit mit dem Borderline-Klienten näher beleuchtet wurde, geht dieses Kapitel auf die Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit dessen Partner ein.

Bevor eine Beratung des Lebensgefährten beginnt, sollten jedoch die Erwartungen des Angehörigen an diese geklärt werden (vgl. Rahn, 2013, S.217). Da das Borderline-Verhalten sich über Jahre herausgebildet hat, sind in kurzer Zeit keine gravierenden Veränderungen zu erwarten (vgl. Mason/ Kreger, 2014, S.158). Es ist wichtig, dass der Lebensgefährte angemessene Ziele für sich und seine Beziehung mit dem Erkrankten steckt. So stellen auch ein-

zelne kleine Schritte positive Veränderungen in der Partnerschaft dar (vgl. Rahn, 2013, S.217). Aufgrund der Aneignung von mehr Wissen seitens des Partners über die Erkrankung können zudem vielfach Schwierigkeiten innerhalb der Beziehung überwunden werden. Dadurch wird es möglich, eine Stabilisierung der Partnerschaft herbeizuführen (vgl. Niklewski/Riecke-Niklewski, 2011, S.179). Darüber hinaus kann der Angehörigen durch eine veränderte Einstellung und Lebensweise, dem eigenen Leben eine positive Wendung geben (vgl. Mason/ Kreger, 2014, S.168).

4.4.1 Die Beratung des Partners durch den Sozialarbeiter

Die Voraussetzung für eine gelingende Beratung sind eine große Offenheit und Vertrauen von beiden Seiten. Nur so können Einsicht zur Veränderung und Fortschritte des Lebensgefährten erreicht werden (vgl. Rahn, 2013, S.216).

Zu Beginn informiert der Sozialarbeiter ihn über das Krankheitsbild der Borderline-Persönlichkeitsstörung und vergewissert sich, dass der Angehörige dieses verstanden hat (vgl. Gunderson, 2005, S.216). Darüber hinaus kann die Fachkraft den Partner anregen, bereitgestelltes Informationsmaterial zu lesen. Im Anschluss besteht die Möglichkeit, die gelesenen Inhalte gemeinsam zu besprechen (ebd., 2005, S.219). Zusammen wird erarbeitet, welche der verschiedenen Diagnosekriterien speziell innerhalb seiner Partnerschaft zum Tragen kommen (vgl. Gunderson, 2005, S.216). Hierbei sollte die Fachkraft auch auf die Bedenken des Partners eingehen, da Sichtweisen auf Probleme innerhalb der Beziehung immer von dessen Standpunkt abhängig sind (vgl. Rahn, 2013, S.216).

Zusätzlich verdeutlicht der Sozialarbeiter dem Partner, dass bestimmtes Verhalten, wie Wutausbrüche oder Selbstverletzung, nicht zwangsläufig etwas mit der Partnerschaft zu tun haben muss. Dies kann auch eine dysfunktionale Strategie des Erkrankten sein, um aufkommende Ängste oder innere Anspannung zu kompensieren (vgl. Gunderson, 2005, S.219). Weiterhin ist es möglich, Themen, wie bspw. die Verbesserung der Kommunikation, in der Beratung zu besprechen (vgl. Gunderson, 2005, S.216 zit. nach Gunderson/ Lyoo, 1997). Überdies kann ein unzuträgliches und krankheitsförderndes Verhalten des Partners, z. B. durch Co-Abhängigkeit, beleuchtet und abgebaut werden (vgl. Rösel, 2013, S.55). Gleichzeitig sollte der Sozialarbeiter auch viel Verständnis für die Belastungen des Angehörigen zeigen und dessen Bemühungen, stets sein Bestes zu geben, wohlwollend anerkennen (vgl. Gunderson, 2005, S.217).

4.4.2 Anregungen für den Lebensgefährten im Umgang mit dem Borderline-Erkrankten

Ferner gibt der Sozialarbeiter dem Partner innerhalb der Beratung wichtige Hinweise für das Zusammenleben mit dem Erkrankten. Einige werden folgend aufgezeigt.

Der Lebensgefährte ist nicht Ursache der Erkrankung, kann diese nicht heilen und besitzt keine Möglichkeit, sie zu kontrollieren (vgl. Mason/ Kreger, 2014, S.158). Weiterhin darf er keine Entschuldigungen für das Verhalten des Erkrankten suchen und ihm nichts abnehmen, was dieser nicht selbst erledigen könnte. Nur so ist dem Partner möglich, sich vor dessen Ausnutzung zu schützen. Auch darf er seine schmerzlichen Gefühle sowie partnerschaftliche oder eigene Probleme nicht verdrängen. Er muss sich bewusst mit diesen auseinandersetzen, um diese bewältigen zu können (vgl. Mason/ Kreger, 2014, S.152ff.).

Darüber hinaus sollte sich der Angehörige nicht 24 Stunden am Tag dem Erkrankten zur Verfügung stellen. Es ist wichtig, dass der Lebensgefährte für sich selbst sorgt und das eigene Leben nicht vernachlässigt (vgl. Mason/ Kreger, 2014, S.155). Auch der Partner hat ein Recht, sich angenehme Dinge zu gönnen und die eigene Familie oder Freunde zu besuchen. Zusätzlich hilft ihm dieser Abstand dabei, Situationen aus der Partnerschaft realistisch und objektiv einzuschätzen (ebd., 2014, S.158). Nur so kann er bewusste Entscheidungen fällen, die es ihm ermöglichen, der Ohnmacht und Verzweiflung innerhalb der Beziehung zu entfliehen (vgl. Mason/ Kreger, 2014, S.168). Zudem wird das angeschlagene Selbstbewusstsein des Partners durch die eigenen Aktivitäten oder dem Nachgehen eines neuen Hobbys gestärkt. Dabei sollte der Angehörige sich realistische Ziele für sein eigenes Leben setzen und daran arbeiten, diese zu erreichen. Darüber hinaus ist es wichtig, sich für kleine persönliche oder partnerschaftliche Erfolge zu belohnen (ebd., 2014, S.160).

Dennoch ist es notwendig, dass der Partner sich an gemeinsam getroffene Absprachen hält, Zuverlässigkeit zeigt und die Ängste der Borderline-Persönlichkeit ernst nimmt (vgl. Rösel, 2012, S.113). Überdies sollte der Partner dem Erkrankten Hilfe zusichern, wenn er diese zur Bewältigung der Probleme benötigt (vgl. Mason/ Kreger, 2014, S.256). Nur durch diese Verhaltensweisen kann der Lebensgefährte ihm Stabilität und Halt vermitteln (vgl. Sendera/ Sendera, 2010, S.160).

4.5 Die gemeinsame Beratung von einem Borderline-Erkrankten und dessen Partner

Neben der Einzelbetreuung des Klienten und dessen Angehörigen kann es, aufgrund der vielfältigen Symptome der Borderline-Störung, ratsam sein, beide Partner in einer Paarberatung bei der Bewältigung ihrer Probleme zu unterstützen.

Jedoch setzt dies voraus, dass beide Partner die Fähigkeit zur Selbstreflexion sowie zur Wahrnehmung und Bewertung der eigenen Gefühlszustände besitzen. Beiden sollte es möglich sein, sich gegenseitig wertungsfrei zuzuhören. Allerdings erlebt die Borderline-Persönlichkeit, bedingt durch ihr Schwarz-Weiß-Denken, auch neutrale Äußerungen häufig als Angriff. Sie ist der Ansicht, dass jeder gegen sie sei, der nicht für sie sei. Aus diesem Grund müssen bereits erhebliche Fortschritte in der Einzelberatung verzeichnet sein, da sonst die Paarberatung für den Erkrankten zur Belastung wird, was unweigerlich einen Abbruch derer zur Folge hätte (vgl. Niklewski/ Riecke-Niklewski, 2011, S.168).

Vorrangig geht es in der Beratung um eine angemessene Nähe-Distanz-Regulation. Darüber hinaus sollen Möglichkeiten gefunden werden, die Durchsetzung der eigenen Interessen als auch der Anpassung an den Partner in Waage zu bringen und einen adäquaten Umgang mit positiven sowie negativen Affekten zu pflegen (vgl. Kottje-Birnbacher, 2011, S.289).

Beide Partner lernen zu verstehen, warum gewisse Situationen eskalieren (vgl. Weinert, n. b.). Das kann bspw. der Fall sein, wenn sich der Erkrankte verlassen fühlt, wenn eine Situation oder das Verhalten seines Gegenübers für ihn unberechenbar ist oder er sich vom Lebensgefährten unverstanden fühlt. Aber auch Kritik kann zur Eskalation einer Situation führen (vgl. Mason/ Kreger, 2014, S.180ff.). Weiterhin wird den Partnern auf Grundlage des Wissens über die Erkrankung bewusst gemacht, die Reaktion des anderen nicht persönlich zu nehmen. Stattdessen lernen sie die Bedürfnisse, Wünsche sowie Gefühle des anderen anzuerkennen und dem Gesprächspartner den Sinn und die Richtigkeit seiner emotionalen oder verhaltensbezogenen Reaktion in der aktuellen Situation zu spiegeln (vgl. Sendera/ Sendera, 2010, S.161).

Ferner können Ressourcen der Partner benannt und aktiviert werden, die durchaus in anderen Lebensbereichen vorhanden sind, um sie für Veränderungen innerhalb der Partnerschaft zu nutzen (vgl. Kottje-Birnbacher, 2011, S.289). Diese Potentiale können Teil konkreter Strategien oder eines Notfallplans sein, welche das Paar gemeinsam entwickelt, um mit Krisen angemessen umgehen zu können und damit eine Eskalation zu verhindern (vgl. Weinert, n. b.). Dabei sollte vor allem der Borderline-Persönlichkeit verdeutlicht werden, dass der Lebensgefährte sie nicht verlassen wird. Selbst dann nicht, wenn er sich aus der momentanen Situation kurzzeitig zurückzieht, um so zur Beruhigung der Lage beizutragen (vgl. Rösel, 2013, S.107ff.).

Zusätzlich kann es sinnvoll sein, dass sich das Paar eine Art der verbal gewaltfreien Kommunikation mithilfe der DEAR¹⁶-Technik aneignet (vgl. Sendera/ Sendera, 2010, S.193). Sie bietet die Möglichkeit, den Erkrankten, vor allem in Krisen, besser zu erreichen. Ebenfalls werden mit diesem Kommunikationsmodell destruktive sowie eingefahrene Kommunikationsmuster vermieden (vgl. Rösler, 2013, S.86).

Ergänzend kann ein persönliches non-verbales Codesystem eingeführt werden. Dieses zeigt dem Angehörigen, wie sich der Erkrankte fühlt und ob es besser ist, sich vorerst zu distanzieren. Beide Partner entscheiden gemeinsam, wie dieser Code aussehen soll (vgl. Mason/ Kreger, 2014, S.369). Dies kann mit Hilfe von Farben, Kleidungsstücken, Handzeichen oder Bildern umgesetzt werden.

Sind allerdings die aktuellen Differenzen zwischen den Partnern zu groß, kann an eine Beziehungspause gedacht werden. Hierbei unterstützt der Sozialarbeiter beide, Regeln für den begrenzten Zeitraum der Trennung aufzustellen. Gemeinschaftlich treffen die zu Beratenden Vereinbarungen über die Gestaltung ihres Kontakts miteinander. Es werden Festlegungen über die Häufigkeit und den Rahmen einer persönlichen Zusammenkunft getroffen. Ist die Beziehungspause beendet, wird miteinander besprochen, ob die Partnerschaft weitergeführt werden soll und welche Verhaltensregeln zukünftig gelten sollten, um ein gemeinsames Zusammenleben zu ermöglichen (vgl. Niklewski/ Riecke-Niklewski, 2011, S.170).

Jedoch bleibt es nicht aus, dass sich die Partner trennen. Der Lebensgefährte kann trotz professioneller Unterstützung an seine Grenzen geraten. Er möchte sich fortan nicht mehr rechtfertigen und leidet zu stark unter den ständigen verbalen oder körperlichen Angriffen des Borderline-Klienten. Er möchte nicht mehr kontrolliert, kritisiert und abgewertet werden. Folglich sieht er sich außer Stande, die Partnerschaft weiter fortzuführen. Dennoch ist eine Trennung für beide Seiten schwierig. Extreme Gefühle, wie Hass, Wut, Angst und Hoffnungslosigkeit können sich bei beiden Partnern zeigen und es besteht die Gefahr davon überwältigt zu werden. Um die eigenen Emotionen wieder unter Kontrolle zu bekommen, ist auch in dieser Trennungsphase eine professionelle Begleitung wichtig. Ferner können, durch die Unterstützung des Sozialarbeiters, einvernehmliche Lösungen für die Zukunft erarbeitet werden (vgl. Niklewski/ Riecke-Niklewski, 2011, S.171ff.).

¹⁶ Bei dieser Art der verbal gewaltfreien Kommunikation, welche von Marsha Linehan für Borderline-Patienten entwickelt wurde, steht das D für describe (beschreiben), das E für express (ausdrücken), das A für assert (sich behaupten) und das R für reinforce (verstärken). Der Partner beschreibt wertungsfrei, sachlich und objektiv die aktuelle Situation, in der er sich mit dem Erkrankten befindet. Weiterhin drückt er in diesem Moment seine Wünsche, Ansichten sowie Gefühle gegenüber dem Erkrankten deutlich und verständlich mit Hilfe von Ich-Botschaften aus. Gleichzeitig setzt der Lebensgefährte gegenüber dem Klienten seine Grenzen und besteht auf diese. Dabei ist die Erkenntnis wichtig, dass der Partner sich dafür nicht rechtfertigen muss. Zusätzlich ist es wichtig, dem Gegenüber die Folgen des aktuell negativen Verhaltens zu verdeutlichen und positives Verhalten auch positiv zu verstärken (vgl. Sendera/ Sendera, 2010, S.193).

5 Abschlussbetrachtung und eigene Stellungnahme

An dieser Stelle möchte ich einige zusammenfassende Gedanken bezüglich der Bachelorarbeit äußern. Die Begrenzung auf einzelne Aspekte, die tiefgehend betrachtet wurden, gestalteten sich auf Grund der Komplexität des Themas und des vielfältigen Literaturangebots schwierig. Vielmals konnte ich nur einzelne Aspekte in der Betrachtung der Borderline-Störung aufzeigen oder in verkürzter Form darstellen. Dies begründet sich damit, da dieses Kapitel nur der Hinführung zum eigentlichen Schwerpunkt der Thesis, der Beziehungsgestaltung und deren Besonderheiten, dient.

Resultierend aus meiner Recherche ergeben sich folgende Erkenntnisse: Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist eine sehr facettenreiche Erkrankung, welche sich in vielfältigen Ausprägungen zeigt. Nicht jeder Klient muss alle Symptome und Besonderheiten der Erkrankung aufweisen. Ungeachtet der vorwiegend negativen Darstellung der Störung in der Literatur zeigt der Erkrankte durchaus Potentiale, welche für die gemeinsame Arbeit genutzt werden sollten. Besonders das Einfühlungsvermögen sowie die Kreativität, Spontanität und Offenheit des Adressaten sind für mich wesentliche, positive Eigenschaften, welche fachliche und partnerschaftliche Beziehungen durchaus bereichern. Ferner lassen die guten Heilungschancen der Erkrankung, den Klienten und dessen Angehörigen mit Zuversicht auf eine harmonisches Zusammenleben blicken.

Die Analyse gelangte für den Aspekt der Partnerschaft zu dem Schluss, dass der Erkrankte durchaus in der Lage ist, eine Beziehung führen zu können. Allerdings gestalten sich diese mitunter sehr schwierig. Daher werden andere Varianten, wie Wochenend- oder Fernbeziehungen gefunden, um das Zusammensein mit einem Lebensgefährten zu ermöglichen. Darüber hinaus ergeben sich auch deutliche Unterschiede im Vergleich zu einer normalen Beziehungsgestaltung. Borderline-Partnerschaften sind oft durch Idealisierung und Entwertung, dem Streben nach Symbiose als auch nach Autonomie, durch die Abwehrmechanismen des Klienten, aber auch durch „co“-abhängiges Verhalten des Partners gekennzeichnet. Bei „gesunden“ Beziehungen zwischen Nicht-Erkrankten kommen diese Verhaltensweisen nicht zum Tragen. Ferner wurde mir bewusst, dass sich durchaus typische Konstellationen zwischen Partner und Adressat zeigen. Vor allem Lebensgefährten mit ähnlichen charakterlichen Eigenschaften und Verhaltensweisen fühlen sich zu dem an Borderline erkrankten Menschen hingezogen. Dennoch ist gerade die Erkenntnis, dass Beziehungen funktionieren können, besonders für die Klienten wichtig. Sie gibt ihnen Kraft und Hoffnung, weiter an sich und der Partnerschaft zu arbeiten.

Betrachtet man in dem Zusammenhang die Soziale Arbeit in Bezug auf die Borderline-Störung und der Partnerschaft, wird deutlich, dass sie vor allem in der Beratung den Klienten dabei unterstützen kann, seine dysfunktionalen Bewältigungsstrategien abzubauen, sich

neue Verhaltensweisen anzueignen und an der Beziehung zu seinem Partner zu arbeiten. Aber nicht nur die Arbeit mit dem Klienten, auch jene mit dessen Partner ist für das Bestehen einer Beziehung wichtig. Denn nur mit dem Verständnis und erweitertem Wissen ist es möglich, dass eine Beziehung langfristig gelingt und Krisensituationen entschärft werden können.

Neben dem fachlichen Fazit der Bachelorthesis möchte ich abschließend persönlich Stellung beziehen, da mir die Borderline-Störung nicht nur aus professioneller Sicht, sondern auch persönlich sehr am Herzen liegt. Ich leide selbst an der Erkrankung. Daher stellte die Bearbeitung des Themas auch eine persönliche Herausforderung für mich dar. Ich habe mich häufig in der Thematik wiedergefunden.

Ferner ist mein Eindruck, welcher auf eigener Expertise beruht und durch das Arbeiten an dieser Thesis genährt wurde, dass psychisch kranken Menschen immer noch zu sehr mit Vorurteilen und Ausgrenzung begegnet wird. Vor allem die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist davon betroffen. Gerade in Bezug auf die Beziehungsfähigkeit und Partnerschaft der Erkrankten zeigen sich viele Stigmata. Neben der Beratung der Klienten und deren Partner ist die Soziale Arbeit, meines Erachtens, in der Pflicht, schärfere Impulse der Aufklärung über die Erkrankung zu setzen und zum öffentlichen Diskurs anzuregen. Im Internet haben sich bereits viele Foren entwickelt, die versuchen, bestehende Vorurteile abzubauen und Erkrankten sowie deren Angehörigen Hilfestellung zu geben. Themenbezogene Veranstaltungen über die Borderline-Erkrankung finden in ganz Deutschland statt, an denen sich die Soziale Arbeit verstärkt beteiligen sollte.

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie stellt für mich im Zusammenhang mit der Borderline-Störung auch eine gute Basis für die Soziale Arbeit dar. Insbesondere der Habitus des Sozialarbeiters als Coach, welcher sich offen und wenig begrenzt dem Klienten zur Verfügung stellt, hilft ihm sich selbst zu öffnen und dem Gegenüber zu vertrauen. Dennoch halte ich eine gute Selbstfürsorge seitens des Sozialarbeiters für besonders wichtig. Gerade die Arbeit mit Borderline-Klienten kann, aufgrund der Wesenszüge des Erkrankten, sehr aufreibend sein. Daher entspricht der Grundsatz der Verpflichtung zur regelmäßigen Teilnahme an Supervisionen seitens der Fachkraft meiner persönlichen Haltung. Innerhalb meines Praktikums erlebte ich diese Unterstützungsform als eine sehr wertvolle für die Berater. So wurde bspw. das professionelle Handeln meiner Anleiterin reflektiert und sie bekam wertvolle Impulse für den Umgang mit einigen Klienten und deren Partner. Darüber hinaus erarbeiteten alle Teilnehmer der Supervision gemeinsam mögliche Lösungen und Strategien zu konkreten Fällen.

Weiterhin erachte ich das Skilltraining, fachlich und persönlich, nicht nur in der Behandlung von Borderline-Erkrankten, sondern auch für andere Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit für sehr hilfreich. Gerade Achtsamkeitsübungen zu Beginn einer Beratung oder eines Gruppenangebotes können auf die bevorstehende, gemeinsame Arbeitszeit einstimmen. Die Klienten

bekommen so die Möglichkeit „anzukommen“ und sich von emotionalem Ballast zu befreien. Ich habe in meinem Praktikum, in der Suchtberatungsstelle Offenbach am Main, ein solches Einstimmen vor allem in der Gruppentherapie positiv erlebt. Grundsätzlich wird der Klient mit Hilfe des Fertigkeitstrainings auf Defizite, aber vor allem auf seine Ressourcen aufmerksam gemacht. Gemeinsam können auf dieser Basis Verbesserungen des destruktiven Verhaltens sowie der sozialen Lage des Adressaten angestrebt werden. Mir persönlich hilft das Skilltraining vor allem bei der Bewältigung meiner Hochstressphasen. Durch meinen „Notfallkoffer“ ist es mir möglich, innere Anspannung zu kompensieren, um nicht in alte Verhaltensmuster zurückzufallen. Aber auch bei auftretenden Schwierigkeiten in der Partnerschaft ist dies für mich sehr dienlich. Ich lernte mit Hilfe verschiedener Übungen die Gefühle meines Lebensgefährten anzuerkennen und Konflikten angemessen zu begegnen. Hier eröffnet sich mit dem Skilltraining ein Thema, welches ich durchaus in einer Masterthesis weiterführend beleuchten könnte.

Dennoch ersetzt die Beratung durch Sozialarbeiter keine Therapie. Sie sollte meines Erachtens eher begleitend und unterstützend in Alltagssituationen einwirken. Vor allem im Bereich der Partnerschaft kann Soziale Arbeit Hilfestellung und Unterstützung geben. Des Weiteren sollte die Fachkraft besonders den Klienten ermutigen, sich in therapeutische Hilfe zu begeben. Dort ist es möglich, unter fachlicher Anleitung seine eigene Vergangenheit zu bewältigen als auch an seiner aktuellen emotionalen und physischen Situation zu arbeiten sowie diese zu verbessern. Nur so ist es möglich, dass über Jahre eine Stabilisierung des Klienten, wenn nicht gar eine Heilung der Persönlichkeitsstörung, eintritt.

6 Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich zu erst bei all jenen bedanken, die mich während der Anfertigung dieser Bachelorarbeit unterstützt und motiviert haben.

Ein ganz besonderer Dank gilt meiner Psychologin Frau Petra Liebl, welche mich wöchentlich durch manch schwere Phase begleitete und mir durch ihre Kompetenz sowie Offenheit neue Sichtweisen ermöglichte.

Überdies möchte ich insbesondere meinem Partner und meinen Eltern danken, ohne deren Unterstützung ich nicht so weit gekommen wäre. Sie standen mit mir gemeinsam sowohl Höhen als auch Tiefen durch.

Darüber hinaus danke ich auch Frau Prof. Dr. Barbara Wedler, welche meine Arbeit und somit auch mich betreute. Nicht nur durch die wertvollen Hinweise – auch die moralische Unterstützung und kontinuierliche Motivation ihrerseits haben zur Vollendung dieser Arbeit beigetragen. Vielen Dank für die Geduld und Mühen.

7 Quellenverzeichnis

Bücher

Bohus, Martin (2007): Die dialektisch-behaviorale Therapie für Borderline-Störungen – ein störungsspezifisches Behandlungskonzept. In: Dammann, Gerhard/ Janssen, Paul L. (Hrsg.): Psychotherapie der Borderline-Störungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG. S. 109 – 128.

Bohus, Martin/ Wolf-Anhult, Martina (2014): Interaktives Skilltraining für Borderline-Patienten. Stuttgart: Schattauer Verlag GmbH.

Dulz, Birger/ Ramb, Charlotte/ Richter-Appelt, Hertha (2009): Sexualität und Beziehungen in der psychodynamischen Psychotherapie. In: Dulz, Birger , Benecke C., Richter-Appelt Hertha (Hrsg.): Borderline-Störungen und Sexualität. Ätiologie, Störungsbild und Therapie. Stuttgart/ New York: Schattauer Verlag GmbH. S. 284-292.

Falkai, Peter/ Wittchen, Hans-Ulrich/ Döpfner, Manfred/ Gaebel, Wolfgang/ Maier, Wolfgang, Rief, Winfried/ Saß, Henning/ Zaudig, Michael (Hrsg.) (2015): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. DSM 5. 1. Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.

Fleischhaker, Christian/ Böhme, Renate/ Schulz, Eberhard (2008): Behandlung von suizidalen und selbstverletzenden Symptomen bei Jugendlichen mit Symptomen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung – die Dialektisch-Behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A). In: Brunner, Romuald/ Resch, Franz (Hrsg.): Borderline-Störungen und selbstschädigendes Verhalten bei Jugendlichen. Ätiologie, Diagnostik und Therapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG. S. 149-164.

Gneist, Joachim (2012): Wenn Haß und Liebe sich umarmen. Das Borderline-Syndrom. 8. Auflage. München/Zürich: Piper Verlag.

Gunderson, John G. (2005): Borderline. Diagnostik. Therapie. Forschung. 1. Auflage. Bern/ Göttingen/ Toronto/ Seattle: Hans Huber Verlag.

Hofmann, Ronald (2002): Bindungsgestörte Kinder und Jugendliche mit einer Borderline-Störung. Ein Praxisbuch für Therapie, Betreuung und Beratung. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.

Hülshoff, Thomas (2013): Neurobiologische Grundlagen der Psychiatrie In: Trost, Alexander/ Schwarzer, Wolfgang (Hrsg.): Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie für psychosoziale und pädagogische Berufe. 5., erweiterte und aktualisierte Auflage. Dortmund: Borgmann Verlag. S.39-70.

Kernberg, Paulina F./ Weiner, Alan/ Bardenstein, Karen (2005): Persönlichkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. 2. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.

Kottje-Birnbacher, Leonore (2011): Paarbeziehung und Paartherapie bei Borderline-Persönlichkeiten. In: Dulz, Birger/ Herpertz, Sabine C./ Kernberg, Otto F./ Sachsse, Ulrich (Hrsg.): Handbuch der Borderline-Störung. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer Verlag GmbH. S.785-793.

Kreisman, Jerold J./ Straus, Hal (2002): Ich hasse dich – verlaß' mich nicht. Die schwarzweiße Welt der Borderline-Persönlichkeit. 13. Auflage. München: Kösel – Verlag GmbH & Co.

Kreisman, Dr. Jerold J./ Straus, Hal (2008): Zerrissen zwischen Extremen. Leben mit einer Borderline-Störung. Hilfe für Betroffene und Angehörige. 7. Auflage. Vollständige Taschenbuchausgabe. München: Goldmann Verlag.

Leichsenring Falk (2003): Borderline-Stile. Denken, Fühlen, Abwehr und Objektbeziehungen – eine ganzheitliche Sichtweise. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern/ Göttingen/ Toronto/ Seattle: Hans Huber Verlag.

Lohmer, Mathias (2005): Borderline-Therapie. Psychodynamik, Behandlungstechnik und therapeutische Settings. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Schattauer Verlag GmbH.

Mason, Paul T./ Kreger, Randi (2014) Schluss mit dem Eiertanz. Für Angehörige von Menschen mit Borderline. 8. Auflage. Köln: BALANCE buch + media Verlag.

Möhlenkamp, Gerd (2013): Was ist eine Borderline-Störung? Antworten auf die wichtigsten Fragen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Verlag GmbH & Co. KG.

Niklewski, Dr. phil. Dr. med. Günther/ Riecke-Niklewski, Dr. phil. Rose (2011): Leben mit einer Borderline-Störung. 3. Vollständig überarbeitete und ergänzte Auflage. Stuttgart: TRIAS Verlag.

Pelz, Reta/ Becker, Katja (2008): Risikoverhaltensweisen und suizidales Verhalten bei Jugendlichen. In: Brunner, Romuald/ Resch, Franz (Hrsg.): Borderline-Störungen und selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen. Ätiologie, Diagnostik und Therapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Verlag.

Rahn, Ewald (2011): Basiswissen: Umgang mit Borderline-Patienten. 2. Auflage der Neuauflage. Bonn: Psychiatrie – Verlag GmbH.

Rahn, Ewald (2013): Borderline verstehen und bewältigen. 4., vollständig überarbeitete Auflage. Köln: BALANCE buch + media Verlag.

Rösel, Manuela (2012): Borderline verstehen. Ursachen und Verhaltensmuster erkennen – richtig reagieren mit Hilfe der Transaktionsanalyse. 1. Auflage. München: Starks-Sture Verlag.

Rösel, Manuela (2013): Wenn lieben weh tut. Ein Kommunikations-Ratgeber für Partner in einer Borderlinebeziehung. 6. Auflage. München: Starks-Sture Verlag.

Schneider, Ralf (2013): Die Suchtfibel. Wie Abhängigkeit entsteht und wie man sich daraus befreit. Informationen für Betroffene, Angehörige und Interessierte. 16. Korrigierte Auflage. Baltmannweiler: Schneider Verlag Hohengehren.

Schwartz-Salant, Nathan (2009): Die Borderlinepersönlichkeit. Vom Leben im Zwischenreich. 6. Auflage. Düsseldorf: Patmos Verlag GmbH.

Schwarzer, Wolfgang (2013): Psychische Erkrankungen in Erwachsenenalter. In: Trost, Alexander/ Schwarzer, Wolfgang (Hrsg.): Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie für psychosoziale und pädagogische Berufe. 5., erweiterte und aktualisierte Auflage. Dortmund: Borgmann Verlag. S.157-212.

Sendera, Alice/ Sendera, Martina (2010): Borderline - die andere Art zu fühlen. Beziehungen verstehen und leben. Wien/New York: Springer Verlag.

Trost, Alexander/ Schwarzer, Wolfgang (2013): Grundlagen: Erkenntnistheoretische Aspekte, Diagnostik, Klassifikation. In: Trost, Alexander/ Schwarzer, Wolfgang (Hrsg.): Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie für psychosoziale und pädagogische Berufe. 5., erweiterte und aktualisierte Auflage. Dortmund: Borgmann Verlag. S.23-38.

Internetquellen

Antwerpes, Dr. Frank (2015): Komorbidität. <http://flexikon.doccheck.com>, verfügbar am 15.05.2015.

Deutsche Gesellschaft für Supervision (2012): Ein Beitrag zur Qualifizierung beruflicher Arbeit. http://www.dgsv.de/wp-content/uploads/2011/12/grundlagenbroschuere_2012.pdf, verfügbar am 15.05.2015.

Drewes, Dipl.-Psych., Volker (n. b.): Beziehungsmodelle, Kollusionskonzept. <http://www.beratung-therapie.de/36-0-Beziehungsmodelle.html>, verfügbar am 15.05.2015.

Faust, Prof. Dr.med. Volker (n. b.): Seelisch Kranke unter uns. Allgemeine Informationen - Reports - Kommentare. <http://www.psychosoziale-gesundheit.net/seele/pdf/Internet2Borderline.pdf>, verfügbar am 15.04.2015.

Gawlick, Ramona (2008): Die Abwehrmechanismen der Psychoanalyse basierend auf den psychoanalytischen Theorien von Anna Freud. <http://www.abwehrmechanismen.com/>, verfügbar am 15.05.2015.

Grenzwandler (2012): Borderlinetypische Abwehrmechanismen. <http://www.grenzwandler.org/category/borderline/>, verfügbar am 15.05.2015.

Knuf, Andreas (n. b.): Schreckgespenst Borderline? Wie eine ganz normale psychische Erkrankung zum schillerenden Abgrund wird. <http://www.beratung-und-fortbildung.de/Schreckgespenst.pdf>, verfügbar am 15.05.2015.

Kreusel, Monika (2007): Borderline-Persönlichkeitsstörung. Beziehung und Sexualität. <http://www.blumenwiesen.org/borderline-beziehung.html>, verfügbar am 15.05.2015.

Osterheider, Michael, Prof. Dr. med./ Neutze, Jana (n. b.): Mikado. Missbrauch von Kindern. Aetiologie. Dunkelfeld. Opfer. Fakten - Sexueller Missbrauch. <http://www.mikado-studie.de/index.php/sexueller-missbrauch.htm>, verfügbar am 15.05.2015.

Ott Teresa (n. b.) Ratgeber Borderline Syndrom. Informationen für Betroffene und Angehörige. <http://www.borderlinesyndrom.net/de/>, verfügbar am 15.05.2015.

Parlow, Tina (2015): Borderline. <http://www.borderline-plattform.de/index.php/statistik>, verfügbar am 15.05.2015.

Pavic, Suzana (2011): Borderline - Spiegel: <http://www.borderline-spiegel.de>, verfügbar am 15.05.2015.

Reile, Dipl. Psych. Doris (n. b.): Entstehung der Borderline-Störung nach M. Linehan und M. Bohus. <http://www.psy-reile.de/borderline3.htm>, verfügbar am 15.05.2015.

Schön-Klinik (2015): Borderline. Liebe & Partnerschaft. <http://www.schoenkliniken.de/ptp/medizin/psyche/persoeneichkeitsstoerung/borderline/alltag/art/00215/>, verfügbar am 15.05.2015.

Schramm, Stefanie (2013): Borderliner. Immer auf der Kippe. <http://www.zeit.de/2013/47/borderliner-psychisch-krank>, verfügbar am 15.05.2015.

TFP Institut München e.V. (n. b.): Transference Focused Psychotherapy (TFP) - Übertragungsfokussierte Psychotherapie. <http://tfp-institut-muenchen.de/index.php?wasisttfp>, verfügbar am 15.05.2015.

T-online (2013): Borderline-Störung: Was Angehörige tun können. http://www.tonline.de/ratgeber/gesundheit/krankheiten/id_62949878/borderline-stoerung-was-angehoerige-tunkoennen.html, verfügbar am 15.05.2015.

Walter, Dr. Oliver (2009): Persönlichkeitsstörungen. http://www.verhaltenswissenschaft.de/Psychologie/Psychische_Storungen/Personlichkeitsstoerungen/personlichkeitsstoerungen.htm#Borderline, verfügbar am 15.05.2015.

Weinert, Andy (n. b.): Paartherapie bei Borderline-Persönlichkeiten. <http://www.vfp.de/verband/verbandszeitschrift/alle-ausgaben/49-heft-03-2010/231-paartherapie-bei-borderline-personlichkeiten.html>, verfügbar am 15.5.2015

Wesemann, Silke (2014): Borderline-Syndrom. <http://www.onmeda.de/krankheiten/borderline-definition-3076-2.html>, verfügbar am 15.05.2015.

Wiegemann, Claudia (n. b.): Borderline Syndrom. <http://www.borderline-borderliner.de/>, verfügbar am 15.05.2015.

Artikel:

Dulz, Dr. Birger (2009): Borderline-Störungen und Sexualität. In: Asklepios Kliniken GmbH (Hrgs.): Metropole. Ausgabe 19. S.712-715.

Aufsätze:

Fricke, Anja (2006): Paarbeziehungen bei Borderline-Persönlichkeiten. Seminararbeit. 15 Seiten.

8 Eidesstattliche Erklärung

„Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.“

Ort, Datum

Unterschrift