

Borderline-Persönlichkeitsstörung

Angehörige zwischen Verantwortung und Abgrenzung:

Auswirkungen und Unterstützungsmöglichkeiten



Abb. 1: Schwarz-Weiss-Denkmuster
(In Anlehnung an: PositiveMed 2013: o.S.)

Isch Sabrina

Eingereicht bei: Frau Dr. Brigitte Müller

Bachelor Thesis an der Hochschule für Soziale Arbeit,
Fachhochschule Nordwestschweiz, Basel

Eingereicht im Juli 2016 zum Erwerb des Bachelor of Arts in Sozialer Arbeit

Abstract

Die vorliegende Bachelorthesis beschäftigt sich mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung und fokussiert dabei die Angehörigenperspektive. Denn zentrales Merkmal dieser Krankheit ist, dass nicht nur die von der Störung betroffenen Personen, sondern auch die Menschen in ihrem Umfeld einen Leidensdruck verspüren.

Das Thema wird anhand folgender Fragestellung behandelt:

„Welche Unterstützungsmöglichkeiten, Begleitformen und Umgangsstrategien gibt es für Angehörige, die Schwierigkeiten im Umgang mit einer in ihrem Umfeld von der Borderline-Erkrankung betroffenen Person haben? „

Daraus resultierte anschließende Unterfragestellung:

„Wie können Professionelle der Sozialen Arbeit das Umfeld von Borderline-Betroffenen hilfreich unterstützen? „

Mittels der Durchführung eines Literatur-Reviews, wurde die Krankheitskomplexität der Borderline-Persönlichkeitsstörung anhand von Klassifikationssystemen und der Betrachtung von den Problembereichen ersichtlich. Darauf aufbauend, konnten die individuellen Belastungen der Angehörigen von Borderline-Betroffenen untersucht werden um in einem nächsten Schritt, Umgangsstrategien für die praktische Anwendung aufzuzeigen. Zuletzt wurden professionelle Unterstützungs- und Hilfeangebote, welche den Angehörigen zur Verfügung stehen, erforscht und exemplarisch für Professionelle der Sozialen Arbeit festgehalten.

Inhaltsverzeichnis

Abstract.....	
Abbildungsverzeichnis	
Vorwort.....	1
1. Einleitung.....	2
1.1 Fragestellung.....	2
1.2 Motivation.....	3
1.3 Aufbau	3
1.4 Adressaten und Adressatinnen.....	4
1.5 Anmerkung zur Abhandlung.....	4
1.6 Bezug zur Sozialen Arbeit	5
2. Begriffsklärungen	8
2.1 Definition Persönlichkeitsstörung.....	9
2.2 Definition Borderline	10
2.3 Borderline-Persönlichkeitsstörung.....	11
3. Symptomatik und Komorbidität	13
3.1 Klassifikation.....	13
3.1.1 Diagnostische Kriterien DSM-IV	13
3.1.2 Diagnostische Kriterien ICD-10	14
3.2 Problembereiche der Borderline-Störung.....	15
3.2.1 Emotionale Instabilität.....	15
3.2.2 Interaktionale Instabilität	16
3.2.3 Instabilität der Identität.....	17
3.3 Komorbidität.....	18
4. Belastungen.....	21
4.1 Transaktionales Stressmodell nach Lazarus	21
4.2 Psychosoziale Belastungen der Angehörigen.....	24
4.2.1 Kinder als Angehörige.....	28
5. Umgang mit Borderline-Betroffenen	32
6. Angehörigenarbeit.....	36
6.1 Ziele und Methoden von Angehörigenarbeit	36
6.2 Unterstützungs-und Hilfeangebote für Angehörige	38

7. Schlussfolgerung.....	47
7.1 Diskussion der Ergebnisse	47
7.2 Resümee	51
8. Quellenangaben	53
8.1 Literaturverzeichnis.....	53
8.2 Internetquellenverzeichnis	57
8.3 Abbildungsverzeichnis.....	58
Anhang.....	59
Ehrenwörtliche Erklärung	59

Abbildungsverzeichnis

1 Schwarz-Weiss-Denkmuster

Titelblatt

Vorwort

Vorliegend ist die Bachelorthesis „Borderline-Persönlichkeitsstörung, Angehörige zwischen Verantwortung und Abgrenzung: Auswirkungen und Unterstützungsmöglichkeiten“, Resultat einer theoretischen Abhandlung dieses Themas. Diese Arbeit ist im Rahmen meines Studiumabschlusses in der Sozialen Arbeit an der Fachhochschule Nordwestschweiz in Basel entstanden. Im Zeitraum zwischen November 2015 und Juni 2016 habe ich mich dem Verfassen dieser Bachelorthesis gewidmet.

Zusammen mit meiner Begleitperson, Frau Dr. Brigitte Müller, habe ich die Forschungsfrage, die meiner Bachelorthesis zugrunde liegt, ausgearbeitet. Die nachfolgende Durchführung der theoretischen Untersuchung war zeitaufwändig und bedingte intensiven Rechercheaufwand.

Ich möchte die Gelegenheit nutzen, um mich bei meiner Begleitperson für ihre angenehme Unterstützung und ihre wertvollen Rückmeldungen zu bedanken. Des Weiteren möchte ich mich auch bei allen Personen bedanken, die meine Arbeit Gegengelesen haben und mich bei der Endbearbeitung unterstützt haben.

1. Einleitung

Durch die häufig gestellten Diagnosen der Borderline-Persönlichkeitsstörung in den letzten Jahren, wurde die Krankheit von Kritikern als Modediagnose ausgelegt (vgl. Niklewski/Riecke-Niklewski 2006: 7). Dies führte bei Professionellen aus unterschiedlichen Bereichen zu intensiven fachwissenschaftlichen Diskursen, durch die neue Informationen erhoben werden konnten (vgl. ebd.). In der Fachwelt wird die Persönlichkeitsstörung kontrovers diskutiert und es bestehen unterschiedliche Ansichtspunkte und Meinungen darüber (vgl. ebd.). Werden beispielsweise die allgemeinen gesellschaftlichen Definitionen der Borderline-Persönlichkeitsstörung betrachtet, wird deutlich, dass sich diese meist stark voneinander unterscheiden (vgl. ebd.). Auch Fachpersonen wie Knuf und Tilly (vgl. 2004: 11) bestätigen, dass es für eine solche Ausföhrung mehr als nur zwei Sätze bedingt. Das, was Betroffene der Borderline-Persönlichkeitsstörung erleben, könne kaum beschrieben werden (vgl. ebd.). Folglich wird deutlich, dass die Interpretation und das Verständnis dieser Störung deshalb auch unterschiedlich ausfallen und demgemäß ein erster Eindruck über den Facettenreichtum dieser Krankheit erhalten wird. Schon vor zehn Jahren war sie die von den Ärzten am häufigsten gestellte Persönlichkeitsstörungsdiagnose (vgl. Gunderson 2005: 27). Im Bücherhandel, im Fachdiskurs und im Internet sind zahlreiche Informationen zur Thematik Borderline zu finden.

1.1 Fragestellung

Meist werden der Krankheits- und Hilfeprozess im Fokus von Betroffenen diskutiert. Mason und Kreger (vgl. 2005: 37) halten hierbei jedoch fest, dass ein Merkmal dieser Persönlichkeitsstörung ist, dass nicht nur die von der Störung betroffenen Personen, sondern auch die Menschen in ihrem Umfeld einen Leidensdruck verspüren. Therapeutische Teams in sozialen und/oder therapeutischen Einrichtungen sind sich darüber bewusst, dass die emotionale Instabilität von Borderline-Betroffenen, die Atmosphäre einer ganzen Abteilung beeinflussen kann und deshalb nur vereinzelt Betroffene in einer grossen Gruppe adäquat unterstützt und begleitet werden können (vgl. Pfeifer/Bräumer 2005: 14). Hierbei kommt die Frage auf, wie das private soziale Umfeld mit diesen Verhaltensweisen umzugehen hat, da sich diese im Gegensatz zu den Professionellen in den Institutionen keine Auszeit nehmen können (vgl. ebd.). Deshalb zeichnet sich unter anderem meist eine starke Überforderung im Umgang mit den Verhaltensweisen der Betroffenen ab und die Angehörigen suchen nach Unterstützung (vgl. ebd.).

Aus diesem Grund verfolgt die vorliegende Arbeit das Erkenntnissinteresse, den Fokus nur in geringem Masse auf die Betroffenen zu legen, sondern vermehrt auf die Auswirkungen, Unterstützungsmöglichkeiten, Strategien und Hilfeangebote, die für das soziale Umfeld von Borderline-Betroffenen bestehen einzugehen.

Daraus resultiert folgende Fragestellung: **Welche Unterstützungsmöglichkeiten, Begleitformen und Umgangsstrategien gibt es für Angehörige, die Schwierigkeiten im Umgang mit einer in ihrem Umfeld von der Borderline-Erkrankung betroffenen Person haben?** Die daraus folgende Unterfragestellung lautet demzufolge: **Wie können Professionelle der Sozialen Arbeit das Umfeld von Borderline-Betroffenen hilfreich unterstützen?**

1.2 Motivation

Durch die Praxiserfahrung in einem Übergangwohnheim in Berlin, wurde die Verfasserin auf die herausfordernde Zusammenarbeit mit Klienten, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden aufmerksam. Nicht nur gruppenspezifische Herausforderungen stachen hierbei besonders hervor, sondern auch die Hilflosigkeit von Angehörigen im Umgang mit den Betroffenen, die sich den Mitarbeitern des Übergangwohnheims damit anvertrauten. Bei den fachlichen Auseinandersetzungen mit der Erkrankung und den daraus basierenden Interventionsplanungen des Teams, war die Überforderung ebenso spürbar. Grundsätzlich kann gesagt werden, dass bei Menschen, die an einer Erkrankung leiden, nicht nur die Betroffenen selbst einen Leidensdruck verspüren, sondern immer auch das soziale Netzwerk um die Betroffenen. Selten wird der Fokus in der Fachliteratur auf diese Problematik gelegt und somit bleibt die Angehörigenarbeit meist eine Herausforderung für die Praxisarbeit. Deshalb wurde bei vorliegender Arbeit entschieden, aktuelles Wissen dazu zusammenzutragen und den Blickwinkel der Leserschaft etwas zu verschieben.

1.3 Aufbau

Die vorliegende Arbeit setzt sich nach dem ersten themeneinführenden Kapitel aus drei Teilen zusammen. Im ersten Teil unter Kapitel zwei, werden Begriffsklärungen aufgeführt und die Borderline-Persönlichkeitsstörung definiert. Hierfür werden im dritten Kapitel die störungsspezifischen Symptome dieser Krankheit mittels der Klassifikationssysteme des ICD-10 und des DSM-IV aufgeführt sowie die typischen Problembereiche und die auftretenden Komorbiditäten dargestellt.

Unter Kapitel vier, im zweiten Teil der Arbeit, wird anhand des transaktionalen Stressmodells nach Lazarus ein theoretischer Zugang geschaffen, um den Wechselwirkungsprozess zwischen den Anforderungen der Umwelt und des Individuums zu veranschaulichen. Das Modell hebt hervor, dass eine Borderline-Erkrankung eines Betroffenen, die einzelnen Individuen in deren sozialen Umfeld stark beeinflussen und belasten kann. Die unterschiedlichen Auswirkungen und Problematiken, mit welchen das Umfeld von Borderline-Betroffenen konfrontiert wird, wird unter dem Kapitel 4.2 „psychosoziale Belastungen der Angehörigen“ in einem nächsten Schritt festgehalten, wobei „Kinder als Angehörige“ ausserordentlich in einem Unterkapitel diskutiert werden. Praxisnahe Strategien und Handlungsoptionen für Angehörige im Umgang mit den Betroffenen sind dem fünften Kapitel zu entnehmen. Im sechsten Kapitel wird die Angehörigenarbeit im Feld der Sozialen Arbeit beschrieben, um in einem nächsten Schritt die vorhandenen Unterstützungs- und Hilfeangebote, die für Angehörige zugänglich sind, detailliert zu beschreiben.

Im letzten Teil der Arbeit werden die Schlussfolgerungen und die Erkenntnisse der behandelten Themen dargelegt, daraus die erarbeitete Frage- und Unterfragestellung beantwortet und folglich ein Fazit gezogen.

1.4 Adressaten und Adressatinnen

Die vorliegende Arbeit soll nicht nur eine Hilfe für das soziale Umfeld von Betroffenen sein, sondern vielmehr auch für die Professionellen in der Praxis, die in den sozialen Arbeitsfeldern mit Betroffenen und/oder deren Angehörigen arbeiten. Es soll als eine Verständnisgrundlage für die Professionellen in der Sozialen Arbeit dienen, wodurch Angehörige mehr Verständnis für ihre Lage erfahren und kompetente Hilfe von den Fachkräften erhalten.

1.5 Anmerkung zur Abhandlung

In der vorliegenden Arbeit werden verschiedene Bezeichnungen, wie beispielsweise „Borderline-Störung“, „Borderline-Persönlichkeitsstörung“, „Borderline-Syndrom“, oder „Borderline-Erkrankung“ verwendet. Für die Individuen, welche unter der Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden, werden Begriffe wie „Betroffene“, „Borderline-Betroffene“, „von der Borderline-Erkrankung betroffenen Person“ oder „Borderline-Erkrankte“ gebraucht. Die Formulierung „Angehörige“ inkludiert Verwandte wie Kinder, Eltern, Geschwister, Tanten, Onkel und Lebens- oder Ehepartner und Freunde.

Des Weiteren wurden innerhalb einiger Kapitel Textstellen hervorgehoben, um verschiedene Themenbereiche voneinander abzugrenzen und die Übersichtlichkeit für die Leserschaft zu gewährleisten.

Abschliessend möchte die Autorin mit vorliegender Arbeit vermitteln, dass keine Person etwas für eine psychische Erkrankung kann. Dennoch jeder un-und mittelbar Betroffene sowie Angehörige und Professionelle der Sozialen Arbeit wissen sollten, in welcher Form Hilfestellung erhalten oder angeboten werden kann.

1.6 Bezug zur Sozialen Arbeit

Speziell im Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit sind die Professionellen häufig mit der Begleitung und Beratung von Menschen, die an einer psychischen Krankheit leiden, konfrontiert (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 2). Insbesondere die Borderline-Persönlichkeitsstörung bringt vielerlei Herausforderungen im Umgang mit sich (vgl. Armbrust/Link 2015: 56). Manche Betroffene sehen die professionellen Helfer bedeutsamer an, als ihre eigene Familie und hegen einen starken Wunsch nach Zugehörigkeit und Nähe zu diesen (vgl. ebd.). Früh erlernte Muster wiederholen sich in der Beziehung zu den Professionellen, da die Betroffenen noch keine alternativen Verhaltensstrategien besitzen (vgl. ebd.). Es werden in dieser Beziehung Reaktionsmuster gezeigt, wie zum Beispiel den Versuch der Steuerung von Nähe und Distanz (vgl. ebd.). Somit muss sich das Fachpersonal der Vorbildfunktion, die sie gegenüber Borderline-Betroffenen haben, stets bewusst sein (vgl. ebd.). Diese Vorbildwirkung können Betroffene konstruktiv nutzen, indem sie vorbildliches Verhalten bewusst beobachten und folglich adaptieren (vgl. ebd.: 57). Diese aufgeführten Aspekte sollen die Bedeutung über das Fachwissen der Borderline-Erkrankung unterstreichen, welches sich die Professionellen aneignen müssen um Betroffene professionell unterstützen zu können. Allerdings ist in der vorliegenden Arbeit die Betrachtung der Angehörigen von Betroffenen wesentlicher.

Seit einiger Zeit wird im Fachdiskurs der Fokus nicht nur noch auf die Betroffenen selbst gelegt, sondern auch das soziale System der Borderline-Erkrankten intensiver beleuchtet (vgl. Dulz/Schneider 2001: 8). Gewöhnlich sind diese auf der Suche nach geeigneter Hilfe und kompetenter Unterstützung im Umgang mit den Betroffenen, da auch sie erheblich unter den Erlebens-und Verhaltensweisen deren leiden (vgl. Bohus/Reicherzer 2012: 107).

Die Überforderung zeigt sich überwiegend bei suizidalen Krisen, Impulsausbrüchen oder selbstverletzendem Verhalten (vgl. Armbrust/Link 2015: 55). Daraus lässt sich schliessen, dass die Professionellen der Sozialen Arbeit in ihrem Arbeitsfeld nicht nur mit den Betroffenen in Kontakt treten, sondern auch Angehörigenarbeit in einer Beratungs- und Begleitungsfunktion mit deren sozialen Systemen leisten müssen. Die Professionellen müssen nicht nur über Fachwissen der psychischen Erkrankung der Betroffenen verfügen, sondern auch die besonderen Belastungen der Angehörigen verstehen sowie systemische Faktoren erkennen um diese fachkundig, professionell und angemessen unterstützen zu können.

In folgenden Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit werden die Professionellen mit Menschen, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden, konfrontiert (vgl. Dulz/Schneider 2001: 8). Die Aufzählung dient lediglich dazu, einen kurzen Überblick der unterschiedlichen Tätigkeitsfelder zu erhalten und soll nicht als komplettierte Liste verstanden werden.

1. Wohngruppen

Es gibt Wohnheime mit unterschiedlichen Betreuungsangeboten, welche speziell für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ausgerichtet sind (vgl. ebd.). Die Symptome einer Borderline-Erkrankung werden in der Alltagsbegleitung dieser Institutionen besonders rasch im Wohngruppenalltag bemerkbar (vgl. ebd.).

2. Straffälligenhilfe

Da eine mangelnde Impulskontrolle bei Borderline-Erkrankten eine Komorbidität sein kann (siehe Kapitel 3.3), könnte dies kriminelle Handlungsweisen begünstigen. Dies würde dazu führen, dass Betroffene mit der Straffälligenhilfe in Kontakt kommen. In der Straffälligenhilfe werden im Praxisalltag Sozialarbeitende sowie Sozialpädagogen eingesetzt (vgl. Dulz/Schneider 2001: 8.).

3. Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen

Angehörige von Borderline-Erkrankten suchen oftmals Beratungsstellen gemeinsam oder ohne den Betroffenen auf (vgl. ebd.).

4. Suchthilfe

Suchterkrankungen bei Borderline-Erkrankten kann eine Komorbidität sein (vgl. ebd.), wie in der vorliegenden Arbeit dem Kapitel 3.3 zu entnehmen ist.

Der Fokus in der Suchtkrankenhilfe obliegt dementsprechend nicht nur auf Interventionen basierend auf der Suchtproblematik, sondern ebenfalls auf der Auseinandersetzung mit den zusätzlichen Symptomen und Auswirkungen einer Borderline-Erkrankung (vgl. Dulz/Schneider 2001: 8).

5. Sozialpsychiatrische Dienste

Das Fachpersonal begleitet und berät die Klienten, sodass diese einer möglichst autonomen Lebensführung nachgehen können (vgl. ebd.). Zu den Aufgabenbereichen gehört unter anderem die Vorbeugung von Krankheitsrückfällen und (weiteren) Krankenhausaufenthalten (vgl. ebd.).

6. Krankenhaussozialarbeit

Insbesondere im Bereich der Psychiatrie werden Fachkräfte der Sozialen Arbeit eingesetzt, um nach einer Entlassung als Unterstützung bei der Neuorientierung behilflich zu sein und verwaltungsorientierte Aufgaben für das Klientel zu übernehmen (vgl. ebd.).

2. Begriffsklärungen

In diesem Kapitel werden wichtige Fachbegriffe, die innerhalb dieser Arbeit Verwendung finden, vorab in alphabetischer Reihenfolge erläutert. Anschliessend werden die Hauptbegriffe in jeweiligen Unterkapiteln in differenzierter Form behandelt.

Abhängigkeit:

„(engl.) *depence*; auch Sucht, Dependenz; Bez. für Angewiesensein auf best. (psychotrope) Substanzen; als Abhängigkeitssyndrom zentrales Störungsbild (ICD-10) innerhalb der Substanzstörungen (...).“ (Pschyrembel 2013: 4)

Angststörung:

(engl.) *anxiety disorder*; Gruppe psych. Störungen, bei der Sympt. der Angst im Vordergrund stehen; u.a. mit übermäßig starker od. anhaltender Angstreaktion, mangelnder Kontrolle der Angst, körperl. Sympt. (...) einschließl. katastrophisierender Fehlinterpretationen, Vermeidungsverhalten, subjektivem Leiden u. Beeinträchtigung in wichtigen Funktionen des Berufs-, Alltags-od. Familienlebens (...). (Pschyrembel 2013: 102)

DSM:

„Abk. für (engl.) *Diagnostiv and Statistical Manual of Mental Disorders* [Hervorhebung im Original]; (...) herausgegebenes diagnostisches u. statistisches Manual psychischer Störungen zur Klassifikation z. Vereinheitlichung der Nomenklatur psychischer Störungen u. ihrer diagn. Kriterien, das in der 4. Version (DMS-IV) (...) vorliegt (...).“ (Pschyrembel 2013: 509)

ICD:

Abk. für (engl.) *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* [Hervorhebung im Original]; für medizinstatist. Zwecke entwickeltes (bis zu sechsstelliges) Verzeichnis der Diagnosen, Symptome, abnormen Laborbefunde, Verletzungen u. Intoxikationen, äußerer Ursachen von Morbidität u. Mortalität u. auch Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen; (...) aktuell 10. Revision (ICD-10) (...). (Pschyrembel 2013: 971)

Komorbidity:

„(engl.) *comorbidity*; Vorkommen von 2 od. mehr diagn. unterscheidbaren Krankheiten nebeneinander bei einem Pat., ohne daß eine ursächli. Beziehung zwischen diesen bestehen muß (...). „(Pschyrembel 2013: 1112)

Begriffe wie beispielsweise anankastisch, paranoid, schizoid, histrionisch oder dissoziativ werden in vorliegender Arbeit verwendet, sind jedoch von untergeordneter Bedeutung, weshalb auf eine detaillierte Begriffsklärung verzichtet wird.

2.1 Definition Persönlichkeitsstörung

Der Begriff der „Persönlichkeitsstörung“ wurde früher unter anderem als Kern-oder Charakterneurose bezeichnet (vgl. Nedopil et al. 2007: 179). Die Störung zeigt sich bei Individuen durch ein Verhaltens-und Erlebnismuster, das andauernd epochal und unflexibel ist und somit von den kulturellen Erwartungen und Normen deutlich abweicht (vgl. Pschyrembel 2013: 1611). Schneider (vgl. 2013: 19f.) ergänzt hierbei, dass sich dieses abweichende Verhalten in unterschiedlichen Lebensbereichen, speziell in zwischenmenschlichen Beziehungen, äussert und zu erheblichen Leidensdruck bei Betroffenen und deren sozialen Umfeld führt. Im Klassifikationssystem ICD-10 werden neun verschiedene Persönlichkeitsstörungen aufgelistet (vgl. Krollner/Krollner 2016: o.S.). Um eine Borderline-Persönlichkeitsstörungdiagnose stellen zu können, müssen auf Grundlage der DSM-IV nach Sass, Wittchen und Zaudig (Sass/Wittchen/Zaudig 1996: 715f.) folgende Kriterien erfüllt werden:

A. Ein überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht. Dieses Muster manifestiert sich in mindestens zwei der folgenden Bereiche:

- (1) Kognition (die Art, sich selbst, andere Menschen und Ereignisse wahrzunehmen und zu interpretieren),
- (2) Affektivität (die Variationsbreite, die Intensität, die Labilität und Angemessenheit emotionaler Reaktionen),
- (3) Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen,
- (4) Impulskontrolle.

B. Das überdauernde Muster ist unflexibel und tiefgreifend in einem weiten Bereich persönlicher und sozialer Situationen.

C. Das überdauernde Muster führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

D. Das Muster ist stabil und lang andauernd und sein Beginn ist zumindest bis in die Adoleszenz oder ins frühe Erwachsenenalter zurückzuverfolgen.

E. Das überdauernde Muster lässt sich als Manifestation oder Folge einer anderen psychischen Störung erklären.

F. Das überdauernde Muster geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z.B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z.B. Hirnverletzung) zurück. (Sass et al. 1996: 715f.)

Die unterschiedlichen Persönlichkeitsstörungen können in drei Gruppen eingeteilt werden (vgl. Remmel et al. 2006: 75). Die erste Gruppe beinhaltet die Paranoide und Schizoide Persönlichkeitsstörung (vgl. ebd.). Die von der Störung betroffenen Personen werden als eigenartig und exzentrisch bezeichnet (vgl. ebd.). Die zweite Gruppe beinhaltet die Histrionische, Antisoziale, Narzistische und Borderline-Persönlichkeitsstörung (vgl. ebd.). Diese Personen werden als dramatisch, gefühlsbetont und launisch beschrieben (vgl. ebd.). Die dritte Gruppe beinhaltet Abhängige, Ängstliche, Anankastische und Passiv-aggressive Persönlichkeitsstörungen (vgl. ebd.). Die davon betroffenen Personen werden oft als ängstlich wahrgenommen (vgl. ebd.).

2.2 Definition Borderline

Der Psychoanalytiker Adolph Stern (1879-1958) stellte während seiner Amtszeit fest, dass sich einige seiner Klientel nicht in die damals üblichen Klassifikationssysteme integrieren liessen (vgl. Gunderson 2005: 27). Sie konnten weder klar in den Bereich der Neurosen, noch in den der Psychosen zugeordnet werden. Deshalb wurden sie in psychoanalytischem Sinne zu „Grenzgängern“ (vgl. ebd.). Der Begriff Borderline lässt sich daher folgendermassen definieren: „(engl. Grenzfall): Grenzlinie; Bereich zwischen normal u. pathologisch (...).“ (Pschyrembel 2013: 308)

Die Borderline-Betroffenen können sich mit diesem Begriff meist identifizieren, da die Bezeichnung die konträren Empfindungen ausdrückt, wie beispielsweise die Extremen zwischen Liebe und Hass, Abwertung und Idealisierung, Euphorie und Niedergeschlagenheit respektive dem Wunsch zu sterben oder zu leben (vgl. Schneider 2013: 18).

Wird in der Fachliteratur Borderline thematisiert, werden verschiedene Begriffe dafür genutzt, die im Folgenden aufgeführt und definiert werden, um die Unterschiede und ihren Nutzungsrahmen erkenntlich zu machen:

Das **Borderline-Syndrom** wird als Oberbegriff der gesamten Borderline-Störungen genutzt, typische Krankheitszeichen und Symptome, die gemeinsam auftreten, bilden demgemäß ein „Syndrom“ (vgl. Niklewski/Riecke-Niklewski 2006: 19). Der **Borderline-Zustand** steht für eine kurzfristige Episode, in denen Betroffene die ansonsten gut strukturiert ihren Alltag bestreiten, hineinkommen können (vgl. ebd.). Alltägliche Situationen oder banale Begegnungen können Auslöser dafür sein, dass bei Betroffenen äussere oder innere traumatische Belastungen ausgelöst und nicht kompensiert werden können (vgl. ebd.). Wenn der Begriff **Borderline-Persönlichkeit** verwendet wird, können die Störung oder die Krankheit insgesamt gemeint sein, ebenso aber auch die gleich bleibenden Persönlichkeitsmerkmale eines betroffenen Individuums (vgl. Pfeifer/Bräumer 2005: 25). Der Begriff der **Borderline-Persönlichkeitsstörung** wird im anschließenden Kapitel 2.3 diskutiert.

2.3 Borderline-Persönlichkeitsstörung

Durch die einzelnen Begriffsdefinition der „Persönlichkeitsstörung“ und „Borderline“ in den zwei vorherigen Kapitel wurde ersichtlich, dass die Begriffe unabhängig voneinander definiert werden müssen. Die Komplexität der Störung wird bei einer nachfolgenden Zusammenführung deutlich.

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist eine der neun Persönlichkeitsstörungen, die im Klassifikationssystem ICD-10 erfasst wurde (vgl. Krollner/Krollner, 2016: o. S.). Unter diesen ist sie die bisher am häufigsten diagnostizierte Störung (vgl. Schneider 2013: 20). Um die Störung bei einem Individuum diagnostizieren zu können, wurden Kriterien, die es dafür zu erfüllen gilt, im Klassifikationssystem DSM-IV festgehalten (vgl. Kreisman/Straus 2008: 27f.). Diese sind in detaillierter Form dem Kapitel 3.1.1 zu entnehmen.

Mit Hilfe der typischen Muster oder auch Problembereichen, wie sie in vorliegender Arbeit in Kapitel 3.2 benannt werden, kann die Borderline-Persönlichkeitsstörung von anderen Persönlichkeitsstörungen abgegrenzt werden (vgl. Pfeifer/Bräumer 2005: 26). Die Autorin merkt hierbei an, dass die Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Fachliteratur nur selten als ganzheitlicher Begriff definiert wird. Meist wird ein direkter Übergang zu den Klassifikationssystemen ICF-10 und DSM-IV hergestellt, welche die Symptomatik der Störung aufführen.

Wenn allerdings der ganzheitliche Begriff definiert werden soll, kann ein klinisches Wörterbücher wie beispielsweise das Pschyrembel (2013: 308) genutzt werden: **Borderline-Persönlichkeitsstörung:** „(engl.) *borderline personality disorder*; syn. Borderline-Syndrom; spezif. Persönlichkeitsstörung (DSM-IV) mit Störung der Affektregulation, d.h. im sozialen Kontext rasch aufschlagenden u. verzögert abklingenden Affekten, die mit quälenden, rasch einschlagenden Anspannungszuständen einhergehen (...).“

3. Symptomatik und Komorbidität

Um die Komplexität einer Störung reduzieren zu können, werden Klassifikationsschemas genutzt, sodass ärztliches Fachpersonal bei einer Diagnosestellung Richtlinien zur Erkennung einer Störung besitzt (vgl. Nissen 2000: 15.). Mit Bezug zu den modernen psychiatrischen Klassifikationssystemen DSM-IV und ICF-10, werden im vorliegenden Kapitel die störungsspezifischen Symptome, der hier im Mittelpunkt stehenden Persönlichkeitsstörung, näher beleuchtet. Um diese mit konkreten Situationen in Verbindung setzen zu können, werden nachfolgend die zentralen Problemfelder im Alltag von Borderline-Betroffenen weiterer Gegenstand dieses Kapitels sein.

3.1 Klassifikation

3.1.1 Diagnostische Kriterien DSM-IV

Nach dem amerikanischen Klassifikationssystem für psychische Störungen DSM-IV, beruht eine Borderline-Persönlichkeitsstörungsdiagnose auf von Kreisman und Straus (2008: 27f.) folgend beschriebenen neun Kriterien:

1. Verzweifertes Bemühen, reales oder eingebildetes Verlassenwerden zu verhindern
2. Instabile und intensive zwischenmenschliche Beziehungen, für die ein Wechsel zwischen extremer Idealisierung und Abwertung typisch ist
3. Identitätsstörung: ausgeprägt und beharrlich instabiles Selbstbild oder Selbstgefühl
4. Impulsivität in mindestens zwei Bereichen, die potenziell selbstzerstörerisch sind (Zum Beispiel Kaufsucht, Sex, Drogenmissbrauch, risikoreiches Autofahren, Fressanfälle)
5. Wiederkehrendes suizidales Verhalten mit entsprechenden Gesten und Drohungen oder selbstverletzendes Verhalten
6. Affektive Stimmungsschwankungen und ausgeprägte Anfälligkeit für äussere Situationen (Zum Beispiel intensive, periodisch auftretende Depressionen, Gereiztheit oder Angst, deren Phasen meist einige Stunden und selten länger als ein paar Tage anhalten)

7. Chronische Gefühle von innerer Leere
8. Unangemessen, intensive Wut oder Schwierigkeiten, diese Wut unter Kontrolle zu bringen (das heisst häufige Wutausbrüche, ständige Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen)
9. Vorübergehende, auf Stress beruhende Paranoia oder schwere Symptome von Dissoziation (Gefühle von Unwichtigkeit) (Kreisman/Straus 2008: 27f.)

Um die Erkrankung diagnostizieren zu können, müssen mindestens fünf von diesen neun Symptomen von den Betroffenen gezeigt werden (vgl. Kreisman/Straus 2008: 28). Wenn nur vier oder weniger Symptome gezeigt werden, sind die Kriterien für eine Krankheitsdiagnose nicht erfüllt (vgl. ebd.). Dies lässt das Paradoxon zu, dass bei einem Individuum eine dauerhafte Borderline-Persönlichkeitsstörung mit fünf erfüllten Kriterien diagnostiziert werden kann, aber genauso von der Diagnose „befreit“ beziehungsweise von der Krankheit „geheilt“ werden kann, wenn es nur eines der vorher erfüllten Kriterien überwindet (vgl. ebd.: 31).

3.1.2 Diagnostische Kriterien ICD-10

Dadurch, dass sich das DSM-Klassifikationssystem weiterentwickelte, konnte die Borderline-Störung 1997 im Klassifikationssystem ICD-10 unter dem Code F60.-3 der „Emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung“ (vgl. Krollner/Krollner 2016: o.S.) eingeführt werden (vgl. Armbrust/Link 2015: 23). Dieser Code beinhaltet zwei Subtypen (vgl. Krollner/Krollner 2016: o.S.). Unter F60.-30 den impulsiven Typus und unter F60.-31 den Borderline-Typus (vgl. ebd.). Aufgrund von formalen Rahmenbedingungen der vorliegenden Arbeit wird lediglich mittels einer gekürzten Aufzählung auf den Borderline-Typus eingegangen.

Der Borderline-Typus zeichnet sich durch die starke Tendenz aus, Impulse ohne Beachtung deren Konsequenzen auszuagieren (vgl. Krollner/Krollner 2016: o.S.). Beispielhaft hierfür kann die Launenhaftigkeit, die Neigung streitsüchtiges Verhalten zu zeigen, Konflikte zu initiieren, wenn eigene Handlungen nicht anerkannt oder verhindert werden, die emotionale Instabilität, die mangelnde Impulskontrolle und das unklare Selbstbild sein. Weiter können selbstverletzende Handlungen und Suizidalität auftreten (vgl. ebd.).

3.2 Problembereiche der Borderline-Störung

In der Fachliteratur sind unzählige Angaben als auch diverse problematische und charakteristische Eigenschaften des Krankheitsbildes der Borderline-Störung zu finden. Die Klassifizierung durch DSM-IV und ICF-10 diene als Überblick zum vorhandenen Borderline-Krankheitsbild. Folgender Abschnitt fasst nun die zentralen Problemfelder von Betroffenen in drei Hauptbereiche, die dem Erkrankungsbild zugrunde liegen zusammen und beschreibt ihre konkreten Auswirkungen im Alltag.

3.2.1 Emotionale Instabilität

Die emotionale Instabilität bildet prinzipiell den Kern der Borderline-Störung und ist nach Armbrust und Link (2015: 43) ein unabdingbares Merkmal für die Diagnosestellung. Bei Betroffenen zeigt sie sich einerseits durch Stimmungsschwankungen und andererseits durch eine hohe Impulsivität (vgl. ebd.).

Innerhalb weniger Stunden kann die Stimmung von Borderline-Betroffenen schnell und stark variieren, sodass innerhalb eines Tages unterschiedlichste Stimmungszustände erlebt werden können (vgl. ebd.). Teilweise können die schnellen zeitlichen Stimmungswechsel durch Kleinigkeiten oder auch durch keinen klaren Auslöser freigesetzt werden (vgl. Armbrust/Link 2015: 43).

Die Impulsivität bei Borderline-Betroffenen kann auch als Störung der Affektregulation bezeichnet werden und ist der häufigste, neurobiologisch untersuchte Problembereich dieser Persönlichkeitsstörung (vgl. Herpertz 2011: 85). Wenn auf einen Reiz eine Affektreaktion folgt, ist diese Reaktion bei einem Borderline-Betroffenen stärker, schneller und länger, als bei Menschen ohne Borderline-Störung (vgl. Armbrust/Link 2015: 44). Dementsprechend verfügen sie über eine höhere Intensität der Affektreaktion, was das charakteristische Ausmass von Gefühlsreaktionen erklärt (vgl. ebd.). Die emotionalen Reaktionen steigen an und können Kontrollverluste und daraus resultierende Handlungsimpulse begünstigen (vgl. ebd.). Betroffene leiden unter kontinuierlich hoher körperlichen und emotionaler Anspannung, da im Alltag eine enorme Reizdichte herrscht und ständig neue Reize auf sie einwirken, ohne dass sie gewisse Affektreaktionen von vorherigen Reizen in einen normalisierten Ruhebereich bringen können (vgl. ebd.). Diese permanent erhöhte Anspannung führt nicht nur zu einer hohen Stressbelastung, sondern auch zu Ängsten, psychosomatischen Symptombildungen und weiteren folgeschweren Auswirkungen (vgl. ebd.: 45).

Eine umfassendere Auflistung von Symptomen, die identisch mit Kriterien von anderen Krankheiten sind, lassen sich dem nachfolgenden Unterkapitel „Komorbidität“ entnehmen.

3.2.2 Interaktionale Instabilität

Wie der Klassifikation des DSM-IV des zweiten Kriteriums zu entnehmen ist (Kapitel 3.1.1.), führen Betroffene vorwiegend instabile Beziehungen, die sich besonders durch die Intensität der Wechselwirkung zwischen Abwertung und Idealisierung ihres Gegenübers kennzeichnen (vgl. Armbrust/Link 2015: 45). Betroffene zeigen Schwierigkeiten, Alleinsein auszuhalten, was eng mit der Identitätsproblematik in Kapitel 3.2.3 verknüpft ist (vgl. ebd.). Das eigene Ich ist für sie nicht spür- oder greifbar, weshalb unter anderem die Zuwendung eines Gegenübers gebraucht wird, um sich selbst wieder als existent zu erleben (vgl. ebd.: 46). Fehlt dieses Gegenüber, entstehen bei Betroffenen existentielle Ängste und sie erleben das Gefühl von innerer Leere (vgl. ebd.). Dies wird als eine subtile Bedrohung wahrgenommen und es bedarf den Kontakt zu einem Gegenüber, um dieses Gefühl wieder zu kompensieren (vgl. ebd.). Für die Herstellung von Nähe setzen Betroffene Strategien ein, die entweder direkt und konstruktiv sind oder dysfunktional und für das Umfeld nur schwer nachzuvollziehen sind (vgl. ebd.). Hinzu kommt die ständige Angst, verlassen zu werden (vgl. ebd.). Um darüber wieder Kontrolle und Sicherheit zu erhalten, testen Borderline-Betroffene ihre Gegenüber und gestalten permanente Rückversicherungen (vgl. ebd.: 47). Wenn Betroffene dagegen genügend Nähe ihres Gegenübers erhalten, kann dies paradoxerweise als eine Grenzmissachtung und Gefahr, von Seiten der Betroffenen gedeutet werden (vgl. ebd.).

Eine weitere Schwierigkeit ist die fehlende Objektsubstanz (vgl. Armbrust/Link 2015: ebd.: 48). Betroffene können in ihrer Vorstellung die Qualität der emotionalen Beziehung nicht verinnerlichen (vgl. ebd.). Sobald das Gegenüber nicht mehr unmittelbaren Kontakt hält, ist dies für die Betroffenen Rechtfertigung, die Beziehung oder die Verbindung anzuzweifeln und einen Kontaktabbruch zu befürchten (vgl. ebd.). Diese Sensibilität bildet sich ebenso in der sozialen Wahrnehmung ab. Betroffene sind schneller darin, die Mimik ihrer Mitmenschen zu erfassen (vgl. ebd.). Jedoch führt dies oft zu Fehlinterpretationen, da sie die Reaktionen ihrer Mitmenschen auf die eigene Person beziehen (vgl. ebd.). So können rasch Missverständnisse und Wut von Seiten der Betroffenen in diesen zwischenmenschlichen Beziehungen entstehen (vgl. ebd.).

Hinzu kommt dabei die Selbstwertproblematik und Zurückweisungsempfindlichkeit (vgl. Armbrust/Link 2015: ebd.: 48).

Weiter können Betroffene schlecht zwischen Kritik an einem Verhalten und Kritik an der Person selbst unterscheiden, was dazu führt, dass eine hohe Verletzbarkeit gegeben ist (vgl. ebd.). Gesagtes wird oftmals fehlinterpretiert oder umgedeutet, was die Kommunikation erheblich erschwert (vgl. ebd.). Auf die Auswirkungen der Borderline-Störung auf die Familie, Partnerschaft, Freundschaften oder weiteren Angehörigen, wird in Kapitel vier eingegangen.

3.2.3 Instabilität der Identität

Wesentliche Teile der Borderline-Störung können als eine Identitätsstörung verstanden werden (vgl. Armbrust/Link 2015: 45). Im Unterschied zu Individuen ohne eine Borderline-Erkrankung, die sich in einer Identitätskrise befinden, ist die Verunsicherung des Identitätsgefühls stärker und nicht von vorübergehender Erscheinung (vgl. ebd.). Auch die Körperidentität ist meist stark beeinträchtigt (vgl. ebd.: 62). Betroffene können ihren Körper als negativ wahrnehmen, starke Ekel- und Schamgefühle empfinden und durch diesen emotionalen Stress sogar dissoziieren, um diese unangenehmen Empfindungen zu umgehen (vgl. ebd.). Dabei haben Betroffene kein Gefühl mehr für sich und ihren Körper, nehmen ihre basalen Bedürfnisse nicht mehr wahr und/oder haben Koordinationsschwierigkeiten (vgl. ebd.). Mit der Identitätsstörung verknüpft sind auch die unerwarteten und schnellen Veränderungen der Wertvorstellungen (vgl. ebd.). Betroffene verfolgen weniger eigene Vorstellungen, und schliessen sich meist an Gruppen und deren Wertesystem an (vgl. ebd.). Bei einem Wechsel, beispielsweise des sozialen Umfeldes, finden somit schnelle Veränderungen der zuvor vertretenen Werte statt (vgl. ebd. 62 f.).

Konträr dafür stehen innere negative Überzeugungen und Glaubenssätze über sich selbst, die die Betroffenen aufrechterhalten. Armbrust und Link (2015: 63) geben hierzu Beispiele wie „Ich bin schlechter als die anderen“, „Ich bin nicht liebenswert“, „Ich habe es nicht verdient, gut behandelt zu werden“. Verlieren Borderline-Betroffene zusätzlich noch ihre Ankererkennung im beruflichen Bereich oder ihrem sozialen Status, beispielsweise durch einen Arbeitsplatzverlust, wird ihr Identitätserleben noch stärker beeinträchtigt (vgl. Armbrust/Link 2015: 64). Da die eigene Identität zu wenig erkennbar ist, kann die Krankheit eine Orientierung geben (vgl. ebd.).

Die Symptome der Borderline-Störung werden als Persönlichkeitsmerkmale verinnerlicht, sodass ein Gefühl der Einzigartigkeit hervorgerufen wird (vgl. Armbrust/Link 2015: 64). Dies kann soweit führen, dass sich Betroffene untereinander mit dem Vorweisen der schwerwiegendsten Symptomatik konkurrieren (vgl. ebd.: 65).

3.3 Komorbidität

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung kennzeichnet sich dadurch, dass sie vorwiegend in Verbindung mit anderen Störungen auftritt (vgl. Faust 2010: 15). Diese Begleiterkrankungen, beziehungsweise Komorbiditäten, werden anschliessend aufgelistet, um die Komplexität des klinischen Borderlinebildes zu verdeutlichen. Damit die Übersichtlichkeit gewährleistet werden kann, wird dies nicht nach Auftrittshäufigkeit der Erkrankungen, sondern in alphabetischer Form zusammengefasster Bereiche stattfinden.

Aggressionen sind eine Folge der Impulskontrollstörungen. Betroffene unterdrücken in emotionalen Situationen häufig ihren Ärger und nehmen sie grundsätzlich nicht wahr oder dissoziieren (vgl. Armbrust/Link 2015: 132). Die Folge davon ist eine fortwährende Erhöhung der Grundanspannung, die erst durch heftige aggressive Reaktionen reduziert werden kann (vgl. ebd.). Diese Reaktionen zeigen sich häufig erst in Situationen, in denen das Ausmass der Aggressionen weder für Betroffene, noch für Aussenstehende erklärbar ist (vgl. ebd.).

Angst-und Zwangsstörungen werden aufgrund ihrer ähnlichen Symptomatik vorwiegend zusammengefasst betrachtet (vgl. Armbrust/Link 2015: 122). Überwiegend zeigen sich soziale Ängste aufgrund der in Kapitel 3.2 erwähnten Problembereiche von Borderline-Betroffenen (vgl. ebd.). Sie isolieren sich zunehmend selbst, indem sie sich zurückziehen und Situationen mit anderen Individuen vermeiden (vgl. ebd.). Auch eine Posttraumatische Belastungsstörung, die sich infolge eines Traumas herausbildet oder Panikstörungen, die aufgrund von äusseren Faktoren ausgelöst werden, können auftreten (vgl. ebd.: 122-126).

Bei den Zwangsstörungen können einerseits Gedanken, andererseits Handlungen stattfinden (vgl. ebd.: 126). Durch zwanghaftes Kontrollieren, Ordnen oder Putzen, werden innere Anspannungszustände reguliert (vgl. ebd.).

Depressionen treten infolge von Verlusterlebens fast immer bei Borderline-Betroffenen auf (vgl. Armbrust/Link 2015: 127). Da sie eine Störung der Affektregulation (siehe Kapitel 3.2.1) aufweisen, tritt diese Begleiterkrankung in dieser Häufigkeit auf (vgl. Schneider 2013: 68). Belastende Lebensereignisse, wie Kränkungen oder Verlusterlebnisse, auf der Grundlage einer erworbenen Verletzlichkeit, kann eine Depression auslösen (vgl. ebd.: 73). Die Hauptsymptome sind tiefe Traurigkeit, Freudlosigkeit und Antriebsminderung (vgl. Armbrust/Link 2015: 70).

Dissoziative Störungen sind Funktionsstörungen in den Bereichen des Gedächtnis und der Wahrnehmung (vgl. Gast 2011: 418). Es finden Abspaltungen der eigenen Gefühle, der eigenen Person, der Umgebung oder Ähnlichem, in unterschiedlich ausgeprägten Formen statt (vgl. ebd.). Diese Bewusstseinsveränderung geschieht, wenn Situationen als zu belastend wahrgenommen werden (vgl. ebd.). Die Reizüberflutung wird mit Hilfe einer Abspaltung reduziert und überwältigende Gefühle verringert (vgl. ebd.: 413).

Essstörungen wie „Anorexie, Bulimie und Adipositas mit Binge-Eating-Disorder“ (Armbrust/Link 2015: 119), stehen bei Borderline-Betroffenen im Zusammenhang mit deren Impulskontrollstörungen. Essanfälle, Brechattacken und Nahrungsverweigerung können eine Spannungsregulation herbeiführen die den Betroffenen eine Art von Impulskontrolle vermittelt (vgl. Schweiger/Sipos 2011: 491).

Körperliche Begleiterscheinungen können durch die Schwierigkeit in der Regulationsfähigkeit der Anspannung eintreten (vgl. Armbrust/Link 2015: 132). Die körperliche Anspannung kann zu Panikattacken und Erregung führen, die mit muskulären Verspannungen, Übelkeit, Zittern, Schwindel und Schmerzattacken im ganzen Körper einhergehen (vgl. ebd.). Weiter kann dies zu Schlafstörungen führen und Albträumen führen (vgl. ebd.). Diesbezüglich ergaben Untersuchungen, dass die subjektive Schlafqualität von Borderline-Betroffenen signifikant schlechter sei, als die von Individuen ohne diese Störung (vgl. Philipsen/Riemann 2011: 511).

Ob **Komorbide Persönlichkeitsstörungen** bei einer Borderline-Persönlichkeitsstörung als Begleiterkrankung gelten, wurde im Fachdiskurs noch nicht abschliessend festgelegt (vgl. Armbrust/Link 2015: 133).

Festzuhalten ist jedoch, dass nur wenige Betroffene ausschliesslich die als Borderline anerkannten Symptome zeigen, sondern häufiger zusätzlich antisoziale, narzisstische oder selbstunsichere Eigenschaften aufweisen (vgl. Armbrust/Link 2015: 133).

Störung der Sexualität kann entweder in totaler Hemmung oder in verschiedensten Formen von perversen Symptombildungen ersichtlich werden, wie beispielweise der Lustgewinn durch Selbsterstörung und Selbstverletzung (vgl. Berner/Briken 2011: 509). Häufiger werden jedoch die Lustlosigkeit und die Vermeidung von sexuellen Kontakten in Beziehungen von Borderline-Betroffenen erwähnt (vgl. ebd.).

Suchtverhalten kann bei Borderline-Betroffenen in Verbindung mit psychotropen Substanzen wie Alkohol, Cannabis, Amphetaminen, Opiate, Benzodiazepine und mit Mischkonsum gezeigt werden (vgl. Armbrust/Link 2015: 113-118). Die Krankheitssymptome der Borderline-Persönlichkeitsstörung können Drogenkonsum mit erhöhtem Suchtrisiko begünstigen (vgl. Tretter 2011: 474). Der Konsum dieser Substanzen wird zur Affektregulation genutzt, beispielsweise um Stressminderung, ein erhöhtes Selbstwertgefühl, Euphorisierung oder die Minderung von Ängsten herbeizuführen (vgl. ebd.: 473).

Zuletzt sollte beachtet werden, dass es Symptomverschiebungen geben kann, indem eine Begleiterkrankung, die gezeigt wurde, eine andere ablösen könnte und somit ein Wechsel der gezeigten Symptome stattfinden würde (vgl. Armbrust/Link 2015: 113).

4. Belastungen

Wie der ökologischen Systemtheorie nach Urie Bronfenbrenner (vgl. 1981: 24) zu entnehmen ist, steht ein Individuum in einer engen Verbindung mit seiner sozialen und psychischen Umwelt. Es entwickelt sich in diesem komplexen Beziehungssystem, wobei sich alle dieser Beziehungen auf unterschiedlichen Schichten gegenseitig bedingen und durch ihre Entwicklungsumgebung beeinflusst werden (vgl. ebd.). Wird nun das Individuum mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung und dessen Angehörigen system betrachtet, könnte behauptet werden, dass eine gegenseitige Beeinflussung stattfindet. Mason und Kreger (vgl. 2005: 73) bestätigen diese Theorie, indem sie festhalten, dass das zentrale Merkmal der Krankheit der Leidensdruck der Betroffenen ist, welcher jedoch nicht nur bei ihnen erzeugt wird, sondern nicht unwesentlich auch bei den Menschen in ihrem Umfeld. Somit wurde in der Angehörigenforschung in den letzten Jahren zunehmend die Wechselwirkung zwischen den Belastungen von Angehörigen und dem Krankheitsverlauf der Betroffenen untersucht (vgl. Wiesheu 2009: 2).

Um ein Grundlagenverständnis für diese Belastungen schaffen zu können, wird in nachfolgendem Kapitel eine mögliche theoretische Erklärung vorgenommen. Dabei wird der Fokus nicht auf die gesamte Personengruppe der „Angehörigen“ gelegt, sondern auf die einzelnen Personen innerhalb dieses Systems, um so die individuellen Belastungsprozesse zu veranschaulichen. In einem weiteren Teil werden die psychosozialen Belastungen und Auswirkungen, mit welchen die Angehörigen von Borderline-Betroffenen konfrontiert werden, in detaillierter Form aufgeführt.

4.1 Transaktionales Stressmodell nach Lazarus

Der Begriff „Belastung“ wird mit der synonymen Begriffsanwendung „Druck“ und „Stress“ definiert (vgl. Pschyrembel 2013: 2011). Infolgedessen werden die psychosozialen Belastungen der Individuen der Personengruppe der „Angehörigen“ von Borderline-Betroffenen aus einer stresstheoretischen Perspektive betrachtet. Diese erlaubt einerseits die vielfältige Wechselbeziehung zwischen Stressoren und Ressourcen, andererseits die Bedeutung der individuellen Bewältigungsstrategien bei der Ermittlung von psychosozialen Belastungen zu berücksichtigen (vgl. Lohaus/Domsch/Fridrici 2007: 8.).

Richard Lazarus (1922-2002) entwickelte die transaktionale Stresstheorie in den 60-er Jahren und stellt damit die Wechselwirkung zwischen dem Individuum und seiner Umwelt dar (vgl. Lazarus/ Folkman 1984, zit. nach Lenz 2008: 40f.). Diese Wechselwirkung wird unterschiedlich von den Individuen interpretiert und resultiert somit in ebenso unterschiedlich erlebten Anforderungen (vgl. ebd.). Lohaus et al. führen dazu aus, dass die subjektive Bewertung von solchen Anforderungssituationen in drei Stufen unterteilt wird (vgl. Lohaus et al. 2007: 8).

In der ersten Stufe erfolgt zunächst eine primäre Bewertung der Situation, um sie für das eigene Wohlbefinden entweder als positiv oder als stressbezogen einschätzen zu können (vgl. Beyer/Lohaus 2007: 21f.). Ein Anpassungsverhalten ist lediglich dann erforderlich, wenn eine stressbezogene Einschätzung vorgenommen wurde (vgl. ebd.). Diese Situation kann dann als Bedrohung wahrgenommen werden und ein Gefühl der Angst auslösen (vgl. ebd.). Weiter kann sie als Form der Schädigung und des Verlustes auftreten, welche sich auf schon eingetretene oder gegenwärtige Beeinträchtigungen des Wohlbefindens beziehen (vgl. ebd.). In der letzten Form kann die stressbezogene Situation ebenso als eine Herausforderung aufgefasst werden, wodurch sich der Blickwinkel somit auf eine gelingende Bewältigung derer richtet (vgl. ebd.). Die primäre Bewertung ist grundlegend, da Misserfolge bei Bewältigungsversuchen in der Vergangenheit in ähnlichen Situationen wiederholt auf das Individuum einwirken (vgl. ebd.). Erfolgreiche Bewältigungsversuche können diese primäre Bewertung jedoch verändern, sodass eine ursprünglich als bedrohlich wahrgenommene Situation zukünftig als Herausforderung erlebt wird (vgl. ebd.: 5).

In der zweiten Stufe findet die sekundäre Bewertung statt (vgl. Beyer/Lohaus 2007: 5-8.). Wird die stressbezogene Situation in der primären Bewertung nicht als Herausforderung wahrgenommen, muss das Individuum die persönlichen Bewältigungsstrategien, die ihm zur Verfügung stehen, prüfen (vgl. ebd.). Können ausreichende Bewältigungsstrategien aufgewiesen werden, sind die Stressreaktionen von geringerer Ausprägung und die Belastungssituation kann tendenziell eher als eine Herausforderung, anstelle einer Bedrohung erlebt werden (vgl. ebd.).

In der dritten und letzten Stufe der Neubewertung wird der Erfolg der Bewältigungsstrategie beurteilt (vgl. Beyer/Lohaus 2007: 23).

Wenn die Situation primär als stressbezogen bewertet wurde, allerdings nach der sekundären Einschätzung, der zu Verfügung stehenden Bewältigungsstrategien nicht mehr, kommt es dementsprechend zu einer Reorganisation der primären Bewertung (vgl. Beyer/Lohaus 2007: 23). So kann ein Individuum erlernen, eine primäre Bedrohung als Herausforderung oder umgekehrt bei unzureichender Bewältigung eine Herausforderung als eine Bedrohung zu sehen (vgl. ebd.).

Wird die theoretische Darstellung dieses Stressmodells nun in Verbindung mit den Belastungen von Angehörigen und in deren Verknüpfung mit den Problembereichen der Borderline-Betroffenen betrachtet, wird ersichtlich, dass die psychosoziale Belastung mit den herausfordernden Verhaltensweisen der Betroffenen eine enorme Stressbelastung auslösen kann. Scherer (vgl. 2012: o. S.) bestätigt dies, indem sie sagt, dass Angehörige von psychisch erkrankten Menschen aufgrund eines höheren Stressausmasses, öfters an Depressionen und schlechter körperlicher Gesundheit leiden und über eine geringere Lebensqualität verfügen. Die Belastungsintensität für die Angehörigen löst nicht nur Stress aus, sondern stellt auch enorme Bewältigungsansprüche an diese (vgl. Perrez 2005: o.S.). Dies lässt schlussfolgern, dass die Angehörigen nicht nur die Interaktion zwischen ihnen und den Betroffenen als belastend erleben, sondern dass dies ebenso ihre Bewältigungsstrategien überfordert.

Dörner, Egetmeyer und Koenning (2001: 75) formulierten ein Zitat, welches bei der ursprünglichen Nutzung nur Familienmitglieder inkludierte, jedoch genauso für die in dieser Arbeit vorliegende Personengruppe der „Angehörigen“ zutrifft und deshalb darauf verwiesen wird:

Alle Familienmitglieder leiden gleich viel. (...) Wenn ein Familienmitglied psychiatrischer Patient wird, dann bedeutet dies ein Familienproblem, an dem alle anderen Familienmitglieder-Ehepartner, Eltern, Kinder, Geschwister-beteiligt sind, aktiv und passiv, als Täter und als Opfer, und darunter leiden. Ich möchte diese Handwerksregel noch mehr zuspitzen: Möglicherweise leiden die Angehörigen noch mehr als der Patient.

4.2 Psychosoziale Belastungen der Angehörigen

Der Kontakt mit Betroffenen kann, wie oben erwähnt, zu einem Dauerstress führen, was wiederum gesundheitliche Beeinträchtigungen auslösen kann (vgl. Armbrust/Link 2015: 181). Die psychischen Belastungen und Problematiken können Gründe dafür sein, dass Angehörige irgendwann selbst professionelle Hilfe in Anspruch nehmen (vgl. ebd.).

Bei nachfolgender Auflistung wurden zuerst die am weitest verbreiteten Aspekte einzeln festgehalten, um die Bedeutung derer hervorzuheben. Nachkommend wurde versucht, die möglichen Individuen einer Angehörigengruppe einzuteilen und die individuellen Belastungen im Interaktionsalltag mit Borderline-Betroffenen beispielhaft darzulegen. Es können Wiederholungen auftreten, da viele der erwähnten Belastungen als allgemeine Auswirkungen betrachtet werden können.

Schulduweisungen:

Insbesondere die Familie, die Freunde, die Partner und das soziale Umfeld sind massgeblich an dem Persönlichkeitsentwicklungsprozess eines Individuums beteiligt und für einige Entwicklungsaspekte mitverantwortlich (vgl. Armbrust/Link 2015: 41). Diese Verantwortung kann für das Umfeld als eine belastende Schuld erlebt werden (vgl. ebd.). Aufgrund dieser starken Schuldgefühle haben sie meist ein Wiedergutmachungsbedürfnis, welches bei den Betroffenen wiederum als ein Gefühl der Bevormundung anstelle der Fürsorge interpretiert wird (vgl. ebd.). Da die Schuldfrage bedrückend wirkt, und eine gemeinsame Auseinandersetzung mit der Problematik als emotionale Überforderung wahrgenommen wird, kann von den Angehörigen eine Distanzierung zu den Betroffenen herbeigeführt werden, da für sie eine gemeinsame Auseinandersetzung mit der Problematik emotional als nicht zu ertragen scheint (vgl. ebd.). Eine konstruktive Auseinandersetzung mit der Frage der Schuld gelingt daher kaum (vgl. ebd.).

Verlust der Selbstachtung:

Wenn Angehörige Opfer von Beleidigungen, Kritik, Schulduweisungen oder Unterstellungen werden, wird von einer emotionalen Misshandlung gesprochen (vgl. Mason/Kreger 2005: 104). Je länger sie dem ausgesetzt sind, desto mehr schadet dies dem Selbstwertgefühl (vgl. ebd.).

Dies kann soweit führen, dass Angehörige die Fähigkeit verlieren, die Situationen, die sie mit Betroffenen erleben, realistisch zu beurteilen (vgl. Mason/Kreger 2005: 104).

Ohnmachtsgefühle:

Obwohl die herausfordernden Verhaltensweisen der Borderline-Betroffenen viel Leid bei den Angehörigen verursachen, erscheint ein Verlassen dieser Personen als ausgeschlossen (vgl. Mason/Kreger 2005: 104). Angehörige können sich in den Beziehungen zu den Betroffenen gefangen fühlen, weil sie entweder ein übermässiges Verantwortungs- und Sicherheitsgefühl gegenüber Betroffenen haben, oder Schuldgefühle empfinden, wenn Situationen wiederholt eskalieren (vgl. ebd.). Werden dazu Drohungen von Betroffenen ausgesprochen, können Angehörige dies als zu riskant empfinden, sich selbst zu schützen und sich von der Beziehung zu distanzieren (vgl. ebd.).

Suchtverhalten:

Ein verbreitetes Mittel um Stress und Angst zu kompensieren, ist der exzessive Konsum von Substanzen (vgl. Mason/Kreger 2005: 105). Bei Angehörigen von Borderline-Betroffenen sind besonders die Einnahme von psychotropen Substanzen sowie ein übermässiger Verzehr von Nahrungsmitteln bekannt (vgl. ebd.). Anfänglich können diese Bewältigungsstrategien den Zustand des Stresses lindern (vgl. ebd.). Wird die Strategie jedoch zur Gewohnheit, bilden sich durch das Suchtverhalten negative Konsequenzen und die Stresssituationen beeinträchtigen den Konsumenten stetig mehr (vgl. ebd.)

Isolation:

Die herausfordernden und unberechenbaren Verhaltensweisen sowie die Stimmungsschwankungen von Borderline-Betroffenen können das soziale Umfeld belasten (vgl. Mason/Kreger 2005: 105 f.). Um die Betroffenen zu schützen, erfinden Angehörige Ausreden, weshalb die Teilnahme an verschiedensten sozialen Zusammenreffen nicht möglich ist (vgl. ebd.). Daher leben sie oft isoliert, weil die Betroffenen direkt und indirekt von ihnen verlangen, dass sie die Bindungen und Beziehungen zu anderen Mitmenschen beenden sollen (vgl. ebd.). Diese Forderungen werden häufig akzeptiert. (vgl. ebd.).

So bilden sich eine emotionale Abhängigkeit und die Verhaltensweisen der Borderline-Betroffenen werden als normal wahrgenommen, da die Vergleichsgrundlage mit der Aussenwelt aufgrund der Isolierung nicht mehr gegeben ist (vgl. Mason/Kreger 2005: 105 f.).

Psychosoziale Belastungen der Eltern mit einem Borderline-Kind:

Die Auswirkungen, welche die Krankheit auf die Familie haben kann sind individuell und hängen von der Ausprägung der Störung, der Familienatmosphäre, den gemeinsamen Erfahrungswerten und den verfügbaren Hilfestellungen ab (vgl. Armbrust/Link 2015: 50).

Für Elternteile bedeutet die Selbstdestruktivität des betroffenen Kindes enormes Leid, da die körperlich zugefügten Verletzungen und die umgangsschwierigen Verhaltensweisen nicht eingeordnet werden können und sie sich aufgrund dessen, Sorgen um die Perspektive ihres Kindes machen (vgl. ebd.). Die Eltern empfinden Gefühle der Hilflosigkeit und der Ohnmacht (vgl. ebd.). Ebenso zeigen sie Unsicherheiten und Ängste bezüglich der Frage, welche Auswirkungen noch hinzukommen und wie die eigene psychische Stabilität dies aushalten soll (vgl. ebd.). In Konversationen mit Betroffenen werden oftmals ohne nachvollziehbaren Grund, Schuldzuweisungen, Kritik und Vorwürfe gegenüber den Eltern geäussert, wobei diese Belastungen bei ihnen dazu führen können, dass vorübergehende Kontakteinschränkungen ausgesprochen werden, was bei den betroffenen Kindern wiederum als Kränkung erlebt werden kann (vgl. ebd. 51).

Ein weiterer belastender Aspekt ist eine mögliche finanzielle Problematik (vgl. Armbrust/Link 2015: 51). Wenn Betroffene noch minderjährig sind, müssen die Eltern für deren finanzielle Notlage aufkommen. Wenn lange Klinikaufenthalte oder wiederholte Ausbildungs-oder Arbeitsabbrüche bezahlt werden müssen, kann dies zu einer finanziellen Belastung führen (vgl. ebd.). Ebenso können die impulsiven Verhaltensweisen der Betroffenen die Eltern dazu verleiten, unüberlegte und hohe Geldausgaben zu tätigen (vgl. ebd.).

Psychosoziale Belastungen der Geschwister von Borderline-Betroffenen:

Die Wutausbrüche, die Stimmungsschwankungen und die herausfordernden Verhaltensweisen der Betroffenen lösen ambivalente Gefühle bei den Angehörigen aus (vgl. Armbrust/Link 2015: 51).

Die Geschwister können, da sie als weniger problematisch erlebt werden, von den Betroffenen als Konkurrenz wahrgenommen werden, oder als Verbündete, die die Familienatmosphäre- und Situation am ehesten nachvollziehen können (vgl. Armbrust/Link 2015: 51).

Die Rolle von Verbündeten geht meist mit Überforderungen einher, da sie dadurch zu Informationen, wie beispielsweise suizidal oder selbstdestruktiv begangene Handlungsweisen der Betroffenen gelangen können, mit deren Wissen sie im Umgang und in der Bewältigung überlastet sind (vgl. Armbrust/Link 2015: 52). Geschwister können ebenfalls in Situationen gelangen, in welchen sie unfreiwillige Zeugen von Selbstverletzungen werden und leiden unter diesen Erlebnissen, insbesondere bei nicht vorhandenen Ansprechpartnern (vgl. ebd.).

Psychosoziale Belastungen der Lebenspartner von Borderline-Betroffenen:

Die Komplexität der Auswirkungen der Borderline-Störung auf die Partnerschaft ist hoch (vgl. Armbrust/Link 2015: 52). Primär liegt die Schwierigkeit in der Nähe-Distanz-Regulierung der Betroffenen, da dies die Beziehungsgestaltung zu den Partnern auffallend prägt, wie in Kapitel 3.2.2 bereits beschrieben (vgl. ebd.). Das Wechselspiel zwischen Idealisierung und Abwertung kann dabei zu Krisensituationen in der Partnerschaft führen (vgl. ebd.). Ebenso kann die permanente Sensibilität der Betroffenen bei den Partnern zu Angst vor Konfrontationen und Gesprächen führen (vgl. ebd.). Aus Angst vor Streit, Verletzungen oder heftigen Reaktionen der Betroffenen werden eigene Gefühle verborgen (vgl. Mason/Kreger 2005: 23). Partner berichten ebenfalls davon, dass sie sich von den Betroffenen manipuliert und emotional erpresst fühlen und soziale Kontakte oder Aktivitäten aufgrund der plötzlichen Stimmungswechsel nicht mehr pflegen können (vgl. ebd.).

Ein weiterer Aspekt, der in der Partnerschaft mit Borderline-Betroffenen zu beachten gilt, ist die Co-Abhängigkeit (vgl. Armbrust/Link 2015: 52). Die Persönlichkeit von Borderline-Betroffenen kann einerseits faszinierend und komplex sein, was zu erhöhtem Interesse und Engagement bei den Partnern führen kann (vgl. ebd.). Wiederholte Wechsel von Trennungen und Annäherungen werden akzeptiert und die eigenen Bedürfnisse und Vorstellungen zurückgestellt, um den Betroffenen die bestmögliche Unterstützung zu gewährleisten (vgl. ebd.: 53). Die Grenze zur Selbstaufgabe wird dadurch häufig erreicht (vgl. ebd.).

Psychosoziale Belastungen im Freundeskreis von Borderline-Betroffenen:

Hierbei wiederholt sich dasselbe Nähe-Distanz Muster wie in den Partnerschaften, nur in geringerer Intensität (vgl. Armbrust/Link 2015: 54). Entweder suchen Betroffene stark nach Bindung und Aufmerksamkeit bei ihren Freunden, sodass diese sich eingeschränkt fühlen, oder es wird aus Angst vor Ablehnung, Distanz in der Beziehungspflege geschaffen und kaum Anstrengung dafür (vgl. ebd.: 55). Diese zwei Formen der Ausprägung können meist nicht nachvollzogen werden, da sie stets in Abwechslung auftreten (vgl. ebd.).

Ebenso wie die Familienmitglieder und die Lebenspartner, können Freunde Zeugen von suizidalen Krisen, Selbstverletzungen und Impulsausbrüchen werden (vgl. Armbrust/Link 2015: 55). Auch die häufigen Wechsel der persönlichen Interessen und ideellen Ausrichtungen der Betroffenen können nicht eingeordnet werden (vgl. ebd.). Aus Angst vor Abwertung oder Zurückweisung äussern Freunde von Betroffenen eigene Ansprüche oder Standpunkte seltener (vgl. Mason/Kreger 2005: 23). Daraus lässt sich schliessen, dass Freunde ebenso wie andere Angehörige, von Gefühlen wie Überforderung, Angst und Wut betroffen sein können.

4.2.1 Kinder als Angehörige

Aufgrund der Relevanz dieser Thematik werden in diesem Kapitel die Kinder, die unter der Borderline-Erkrankung ihrer Eltern leiden, gesondert aufgeführt und ihre Risiko- und Belastungsaspekte in detaillierter Form beschrieben.

Kinder von Eltern, die unter einer Persönlichkeitsstörung leiden, weisen die meisten psychischen Auffälligkeiten auf (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 37). Empirische Befunde halten fest, dass die stärkste entwicklungsbedingte Gefährdung bei Kindern mit einem Elternteil, der an einer Persönlichkeitsstörung leidet, vorliegt (vgl. ebd.: 59). Die Schwere der Erkrankung, die Chronizität, die Komorbiditäten und die Rückfallhäufigkeit der elterlichen Erkrankung sind wesentliche Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung und deren psychischer Gesundheit (vgl. ebd.: 37). Noch heute werden diese Hochrisikofaktoren, die die gesamte Familie betreffen können, mehrheitlich tabuisiert (vgl. ebd.: 18).

Die Gefährdung der Kinder und die damit verbundene Relevanz der Thematik verdeutlichen folgende prozentuale Angaben: Mehr als 90 Prozent der Kinder mit einem psychisch erkrankten Elternteil, haben traumatische Situationen, 62 Prozent wurden physisch misshandelt, 57 Prozent schwer vernachlässigt, 33 Prozent sexuell missbraucht und 24 Prozent mussten eine Fremdunterbringung erleben (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 58).

Um ein Verständnis des kindlichen Erlebens einer psychischen Erkrankung eines Elternteiles zu erhalten, sind Wiegand-Grefe, Halverscheid und Plass der Meinung, dass die multiplexen Reaktionsweisen die Kinder und Jugendlichen innerhalb ihrer Entwicklungsphase und den damit verbundenen Bedürfnissen haben, betrachtet werden sollten (vgl. Wiegand-Grefe/Halverscheid/Plass 2011: 67). Es lassen sich spezielle Zusammenhänge zwischen der Form der elterlichen Erkrankung und den darauf bezogenen Verhaltensweisen der Kinder und Jugendlichen erkennen (vgl. ebd.). Findet demnach eine Verhaltensveränderung bei den Betroffenen statt, ist dies zunächst ein Ausdruck eines erhöhten Stressniveaus (vgl. ebd.). In einem weiteren Schritt können die unterschiedlichen Reaktionen auf die Belastungen in alterstypische Charakteristika eingeteilt werden (vgl. ebd.).

Wird zum Beispiel eine psychotische Episode eines Elternteiles miterlebt, hängen die Bewältigungsversuche des Kindes mit dessen kognitiven Reifungsgrad, den emotionalen Bedürfnissen als auch mit den sozialen Fertigkeiten zusammen (vgl. ebd.). Ebenso entscheidend sind die erste Manifestation, der Krankheitsverlauf des betroffenen Elternteiles und der Zeitpunkt des Entwicklungsstandes des Kindes (vgl. ebd.) Wenn beispielsweise ein Kind im Säuglings-oder Kleinkindalter einen stationären Aufenthalt eines Elternteiles und die damit verbundene Trennung erleben musste, und auch sonst keine tragfähigen Beziehungen zu umliegenden Bezugspersonen aufbauen konnte, ist es einer stärkeren psychischen Entwicklungsgefährdung ausgesetzt, als ein Kind, das in einer solchen Trennungszeit sichere Bindungen mit vertrauten Bezugspersonen eingehen konnte (vgl. ebd.).

Finden krankheitsbedingte Veränderungen bei den Eltern statt, werden sie von den Kindern mehrheitlich schnell wahrgenommen, da sie mit ihnen eine enge emotionale Verbundenheit aufweisen und diese demzufolge genau beobachten (vgl. ebd.). Sie werden durch die akuten Symptome und die Dauer dieser, den Krankheitsverlauf und durch die damit in Verbindung stehenden Persönlichkeitsveränderungen des betroffenen Elternteils belastet (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 23).

Besonders erschwerend sind für die Kinder Situationen, in welchen sie ihre Eltern suizidal erleben (vgl. Sollberger/Byland/Widmer 2008, zit. in Plass/Wiegand-Grefe 2012: 23). Häufig berichten Kinder davon, dass sich der betroffene Elternteil in seinem Wesen bedeutend verändert hat und als fremd wie auch unheimlich wahrgenommen wird (vgl. ebd.). Besonders, wenn sie in ein Wahnerleben einbezogen werden, wird dies als ängstigend und verwirrend erlebt (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 23). Sie sind überfordert, da die Problematiken ihrer Eltern weder einzuordnen noch zu verstehen sind (vgl. Mattejat/Remschmidt 2008, zit. in Plass/Wiegand-Grefe 2012: 23). Beispielsweise werden Kinder von Eltern mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung mit den Problembereichen der Impulsivität und Instabilität in jeglichen Lebenslagen konfrontiert und müssen regelmässige Wohnwechsel, Beziehungsabbrüche oder Trennungen alleine verarbeiten (vgl. Wiegand-Grefe et al. 2011: 63). Sie wenden Bewältigungsstrategien, wie emotionalen Rückzug, scheinbare Teilnahmslosigkeit, Unberührtheit und Apathie an, um die traumatischen Situationen zu verkraften (vgl. Lenz 2008, zit. in Plass/Wiegand-Grefe 2012: 24).

Des Weiteren haben viele Kinder von Eltern mit einer psychischen Erkrankung den Eindruck, dass die Familienproblematiken nicht nach aussen kommuniziert werden dürfen (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 25). Diese Tabuisierung verhindert eine offene Auseinandersetzung mit den vorhandenen Problematiken der Erkrankung ihres Elternteiles einzugehen und mögliche Ressourcen aufzuklären (vgl. ebd.). Tabuisierungsgründe auf Seiten der Eltern können in der Rücksichtnahme, der Stigmatisierungsangst, der Krankheitsverleugnung oder der Schuldgefühle liegen (vgl. ebd.). Sie befürchten, dass die Elternrolle hinterfragt oder sogar das Sorgerecht für die Kinder aberkannt wird (vgl. ebd.: 26). Besteht eine solche Tabuisierungstendenz in der Familie, haben die Kinder besonders grosse Schwierigkeiten, familienexterne Personen einzubeziehen und beklagen demzufolge eine nicht ausreichende soziale Unterstützung (vgl. ebd.: 27). Weiterer Belastungsfaktoren können die nicht vorhandenen oder zusammenbrechenden Alltagsstrukturen und -abläufe sein, die den Kindern Sicherheit vermitteln sollten (vgl. ebd.). Dies geht häufig mit einem Betreuungsdefizit, fehlender Zuwendung und Aufmerksamkeit einher (vgl. Sonnenmoser 2006, zit. in Plass/Wiegand-Grefe 2012: 28). Die Kinder erleben Gefühle wie Angst, Verlust, Schuld, Scham und Trauer (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 31f.).

Ebenso können Wut und Enttäuschung verspürt werden, da der betroffene Elternteil nicht ausreichende Präsenz und Verfügbarkeit vorweist (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 31f.). Diese Gefühle bleiben jedoch häufig unbewusst, weil die Kinder den Eltern diese Zumutbarkeit absprechen um sie zu schonen (vgl. ebd.: 32). Weitere Auswirkungen der psychischen Erkrankung eines Elternteiles bei Kindern können sich in Einnässen, Nägel beißen, sozialem Rückzug, aggressiven Verhaltensweisen oder bei manchen in Überangepasstheit und übertriebenen Fürsorgeverhalten manifestieren (vgl. Pretis/Dimova 2004, zit. in Plass/Wiegand-Grefe 2012: 45).

Die Kinder von Müttern die unter einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden, weisen im Vergleich mit Kindern, deren Mütter mit anderen Persönlichkeitsstörungen konfrontiert sind, überwiegend psychiatrische Störungen auf (vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012: 63). Vermehrt gestellte Diagnosen sind die kindliche Borderline-Persönlichkeitsakzentuierung, eine Störung des Sozialverhaltens oder das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (vgl. ebd.). Die Gruppe des männlichen Elternteiles hat dabei keine protektive Einflussnahme auf die Entwicklung des Kindes (vgl. ebd.). Aufgrund dieser Tatsachen wurde die Hypothese aufgestellt, dass die Kinder von Müttern mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, hinsichtlich der biologischen Vulnerabilität und der schwierigen Familienstruktur unter Umständen besonders gefährdet sind (vgl. ebd.).

5. Umgang mit Borderline-Betroffenen

Es stellt sich die Frage, was Angehörige für die eigene Gesundheit, beziehungsweise zur Selbstfürsorge, tun können, wenn sie, wie in Kapitel vier bereits beschrieben, vielen unterschiedlichen Belastungsfaktoren ausgesetzt sind. Die Angehörigen sind häufig überfordert im Umgang mit den Betroffenen und beschreiben diesen Zustand meist metaphorisch als „Gang auf rohen Eiern“ (vgl. Armbrust/Link 2015: 180). Nachfolgendes Kapitel hat die wesentlichen Aspekte, die im Umgang mit Borderline-Betroffenen eine Hilfe sein können, zusammengefasst. Diese Aspekte sind aus Übersichtlichkeitsgründen fett markiert worden.

Die Bewältigungsmechanismen von Borderline-Erkrankten führen zu kommunikativen Konflikten, wobei die Schwierigkeit der Lösung deren als zentral betrachtet wird (vgl. Kreisman/Straus 2008: 347). Eine Möglichkeit der Kommunikation für Angehörige und Betroffene ist die Technik SET von J. Kreisman, in welcher Unterstützung, Mitgefühl und die Wahrheit zentrale Aspekte sind (vgl. ebd.: 351). Die Methode findet in der Kommunikation mit Borderline-Erkrankten statt und ist eine mögliche **Kommunikationsform**, die Angehörige nutzen können (vgl. ebd.). Das System wird als gleichseitiges Dreieck dargestellt (vgl. ebd.). Die Seite der Unterstützung wird mit ICH-Botschaften versehen, zum Beispiel „Ich sorge mich um dich“. (vgl. ebd.). Auf der Seite des Mitgefühls werden DU-Botschaften angewendet, um den Betroffenen zu zeigen, dass ihre leidensvollen Erfahrungen anerkannt und akzeptiert werden (vgl. ebd.). Dabei sollte darauf geachtet werden, dass kein Mitleid und keine Identifikation mit eigenen Erfahrungen ausgesprochen wird (vgl. ebd.). Auf der Seite der Wahrheit findet die realistische Einschätzung statt, dass Borderline-Erkrankte selbstverantwortlich für die Lösung ihrer Problematiken sind (vgl. ebd. 353). Wurde vorher mit ICH- und DU-Botschaften kommuniziert, werden nun objektive ES-Botschaften getätigt (vgl. ebd.). Diese werden neutral und sachlich formuliert, Schuldzuweisungen werden dabei unterlassen (vgl. ebd.). Alle drei Seiten des Dreiecks sollten in einem Gleichgewicht sein (vgl. ebd.). Abgesehen von der SET-Technik konnte der Literatur entnommen werden, dass sich deeskalierende Kommunikationsstile mit Borderline-Erkrankten durchgesetzt haben (vgl. Mason/Kreger 2005: 171).

Eine Anleitung und Anwendungsmöglichkeiten sind entsprechender Ratgeber-Literatur zu entnehmen und werden aufgrund des eingeschränkten Umfangs der vorliegenden Arbeit nicht weiter vertieft.

Eine weitere zentrale Empfehlung von Fachpersonen für Angehörige ist, eine **gesunde emotionale Distanz** zu den Betroffenen zu halten (vgl. Armbrust/Link 2015: 183). Indem die eigenen Grenzen der Toleranz aufgezeigt werden, können Gespräche zu den Erwartungshaltungen der Beteiligten entstehen (vgl. Gunderson 2011: 204 f.). Zum Beispiel müssen missachtende Verhaltensweisen, wie Drohungen oder Ähnliches, nicht geduldet und dürfen offen angesprochen werden (vgl. ebd.). Die Herausforderung liegt darin, ein gesundes Mass an Nähe und Distanz zu finden (vgl. Armbrust/Link 2015: 184). Wenn die eigenen Grenzen eine erhöhte Flexibilität aufweisen, kann dies häufiger zu Verletzungen und Übertretungen seitens der Betroffenen führen (vgl. Mason/Kreger 2005: 154). Sind sie jedoch geprägt von Inflexibilität, kann dies auf Betroffene distanziert und kühl wirken (vgl. ebd.). Deshalb ist es von Vorteil, die eigenen Grenzen zu kennen und somit imstande zu sein, die subjektiven Gefühle und Wertvorstellungen identifizieren zu können (vgl. ebd.: 158). Dies erleichtert zugleich die Respektierung der Grenzen eines Gegenübers, da der Stellenwert für deren Identitätsbildung identisch mit dem eigenen gesetzt und das eigene Gefühl von Sicherheit und Kontrolle gestärkt wird (vgl. ebd.: 159). Weiter kann eine Grenzziehung nützlich sein, um in den Beziehungen zwischen Betroffenen und Angehörigen (Rollen-) Klarheit zu schaffen (vgl. ebd.). Die Bestimmung der eigenen Grenzen stellt eine hohe Anforderung dar, denn meist müssen erst Übertretungen stattfinden, um sie in einem nachfolgenden Bewusstseinszustand reflektieren und einordnen zu können (vgl. ebd.: 170). Dieser lebenslange Prozess ermöglicht Individuen subjektive Lernprozesse zu aktivieren und weiterzuentwickeln (vgl. ebd.).

Die Selbstfürsorge inkludiert ebenso die Pflege des eigenen sozialen Netzwerksystems (vgl. Armbrust/Link 2015: 183). Die Angehörigen sollen **Selbstverantwortung vorleben**, indem sie sich bewusst Zeit für sich selbst nehmen und eigenen Interessen nachgehen (vgl. ebd.). Dies kann ebenso gesundheitsförderlich für die Betroffenen sein, da die Aufopferung und Verantwortung, die Angehörige ausüben, bei Betroffenen Schuldgefühle auslösen kann (vgl. ebd.: 184). Wenn Angehörige die Verantwortung für sich selbst übernehmen, können sie damit eine Vorbildfunktion für die Erkrankten einnehmen (vgl. ebd.). Ein weiterer Aspekt bei der Übernahme der Selbstverantwortung ist die Wiederherstellung eines eigenen, positiven Selbstwertgefühls (vgl. ebd.: 132).

Wird dieses durch die Beziehung zu Borderline-Betroffenen beschädigt, müssen die persönlichen Ziele wieder vermehrt fokussiert werden, sodass das Selbstwertgefühl durch Erfolgserlebnisse aufgebaut werden kann (vgl. Armbrust/Link 2015: 132). Die Inanspruchnahme einer therapeutischen Begleitung kann dabei als hilfreich erlebt werden (vgl. ebd.: 133).

Weitergehend sollte im Umgang mit Betroffenen darauf geachtet werden, dass ihre gezeigten Symptome und deren Auswirkungen **entpersonalisiert** werden (vgl. Armbrust/Link 2015: 183). Dafür müssen die Unterschiede zwischen den Ursachen und den Auslösern der Verhaltensweisen von Betroffenen verstanden werden (vgl. ebd.: 122). Ein für Borderline-Erkrankte typisches Verhalten kann in einer Alltagssituation schnell ausgelöst werden, was allerdings nicht bedeutet, dass die Angehörigen zugleich die Ursache dessen sind (vgl. ebd.). Die Akzeptanz der Tatsache, dass Borderline-Erkrankte Verhaltensweisen vorweisen, die für Angehörige als irrational aufgefasst werden, ist dabei zentral (vgl. ebd.: 123). Diese Erkenntnis kann Angehörigen dabei helfen, die inneren Anspannungen abzubauen und sich günstigere Bewältigungsstrategien anzueignen (vgl. ebd.).

Ebenso finden praktische Umgangsstrategien Anwendung, wie beispielsweise ein **Notfallkoffer**. Dieser kann für Angehörige eine mögliche Bewältigungsstrategie sein, um mit den belastenden Situationen einen Umgang zu finden (vgl. Armbrust/Link 2015: 181). Darin können sich Telefonnummern von Ansprechpartnern, Fotos von wichtigen Bezugspersonen oder Gegenstände, die zur Beruhigung genutzt werden können aufbewahrt werden (vgl. ebd.: 181 f.). Der Notfallkoffer kann individuell zusammengestellt werden und bei einer bewussten Nutzung der Gegenstände, dazu führen, dass stetig neue Strategien erarbeitet werden und in der Anwendung gezielter nutzbar gemacht werden können (vgl. ebd.: 182). Eine weitere praktisch anwendbare Hilfestellung, die Angehörige festgestellt haben, ist die **Führung eines Tagebuches** betreffend der Verhaltensweisen von Borderline-Erkrankten (vgl. Mason/Kreger 2005: 146). Es kann eine Entpersonalisierung begünstigen und als ein Hilfsmittel zur Diagnosestellung und Behandlungsdiskussion eingesetzt werden (vgl. ebd.). Die Absicht soll dabei nicht die Bewertung der Verhaltensweisen sein, sondern eine emotionale Distanzierung durch die Verschriftlichung herbeiführen (vgl. ebd.). Anhand der Dokumentation kann ein Reflexionsprozess bei den Angehörigen initiiert werden, in welchem neues Wissen und mehr Verständnis für die Betroffenen erarbeitet werden kann (vgl. ebd.).

Wird erkannt, dass trotz Bewältigungsversuchen keine Verbesserung weder in der Beziehung zu Betroffenen, noch bei dem subjektiven Belastungserleben herbeigeführt werden kann, sollte **professionelle Hilfe** in Anspruch genommen werden (vgl. Mason/Kreger 2005: 205). Insbesondere, wenn Kinder an solchen Prozessen beteiligt sind, sollten gemeinsam mit Fachpersonen Rahmenbedingungen geschaffen werden, die sie schützen (vgl. ebd.). Dem Kapitel 6.2 sind mögliche Unterstützungs- und Hilfeangebote zu entnehmen.

6. Angehörigenarbeit

In Deutschland konnte 1970 erreicht werden, dass die Angehörigenarbeit mit einer veränderten Sichtweise betrachtet wurde, indem Angehörige erstmalig durch Professionelle begleitet und unterstützt wurden (vgl. Geissler-Piltz/Mühlum/Pauls 2005: 64). Geissler-Piltz, Mühlum und Pauls plädieren heute dafür, dass in der Arbeit mit Menschen, die unter einer psychischen Krankheit leiden, vermehrt auf psychosoziale Handlungsansätze, welchen den Fokus auf die Angehörigenperspektive legen, geachtet werden sollte (vgl. ebd.).

6.1 Ziele und Methoden von Angehörigenarbeit

Das heutige Ziel der Professionellen der Sozialen Arbeit im Umgang mit Angehörigen ist es nicht, die einzelnen Individuen zu verändern (vgl. Geissler-Piltz et al.: 65). Vielmehr sollen ihre sozialen Fähigkeiten soweit gefördert werden, dass sie einen Umgang mit den herausfordernden Alltagssituationen finden, um gesund zu werden beziehungsweise zu bleiben oder die Situation nicht verschlechtern (vgl. ebd.). Für die Professionellen dient dabei jede Form der Intervention als Grundlage, um den emotionalen und psychosozialen Zustand der Angehörigen bestimmen und verstehen zu können (vgl. ebd.). Treten Betroffene mit einer psychischen Krankheit in soziale Einrichtungen ein, kann davon ausgegangen werden, dass die Angehörigen meist über jahrelange Erfahrungswerte bezüglich der Ausprägung der Krankheit verfügen und sie demnach oft an der Grenze ihrer Belastbarkeit angekommen sind (vgl. ebd.). Trotz ihrer Erschöpfung ist bei Angehörigen häufig grosses Potenzial an Toleranz und Fürsorge vorhanden (vgl. ebd.). So können sich in der professionellen Arbeit mit Angehörigen tragfähige Bewältigungsstrategien entwickeln, woraus Selbsthilfepotenziale entstehen können, die in einem weiteren Schritt von den Professionellen gefördert werden sollten (vgl. ebd.: 66). Ein weiteres Ziel der Professionellen ist es, die Selbststigmatisierung der Angehörigen zu verringern (vgl. ebd.). Oft werden die psychischen Erkrankungen der Betroffenen als Selbstbestrafung, soziale Zurückweisung, Schuld oder als Hoffnungslosigkeit aufgefasst (vgl. ebd.). Diese negativ behafteten, inneren Überzeugungen gilt es, mit Hilfe von Gesprächen, positiv zu beeinflussen und dementsprechend zu verändern (vgl. ebd.).

Die Zusammenarbeit zwischen den Angehörigen und den Professionellen der Sozialen Arbeit kann in drei unterschiedliche Aufgabenbereiche aufgeteilt werden (vgl. Ziegler 2008: 4):

1. Emotionales Begleiten, Einfühlen und Verstehen der Angehörigen (vgl. Ziegler 2008: 5):

In Anbetracht der Belastungen, unter welchen die Angehörigen leiden, muss in erster Linie Präsenz gezeigt werden (vgl. ebd.). Weiter sollte in den Gesprächen eine aufmerksame und emphatische Grundhaltung eingenommen werden (vgl. ebd.). Können die Angehörigen anhand dieser Haltungen kontinuierlich begleitet, entwickeln sich tragfähige Beziehungen zwischen ihnen und den Professionellen (vgl. ebd.). Auf deren Basis können sie sich bewusst werden, wie ihre eigenen Vorstellungen über die Erkrankung des Betroffenen sind und wie sie die Betroffenen subjektiv wahrnehmen (vgl. ebd.). Im Anschluss daran kann eine Umdeutung stattfinden, in welcher eine Form der Umgangsmöglichkeiten eruiert werden kann (vgl. ebd.). So erhalten Angehörige zunächst die Möglichkeit, ihre Anliegen und Belastungen gegenüber den Professionellen zu formulieren, um in einem nächsten Schritt eine Zusammenkunft und gemeinsame Erarbeitung mit den Betroffenen anzuvisieren (vgl. ebd.).

2. Informieren in Form von Psychoedukation:

Dabei geht es darum, dass Angehörige durch die Teilnahme an Einzelberatungen oder Kursen in der Behandlung des Betroffenen, eine Form der Mitwirkung erfahren (vgl. Ziegler 2008: 5). Die Professionellen vermitteln ihnen dabei relevantes Fachwissen zur Erkrankung (vgl. ebd.). So können subjektive Krankheitstheorien, die sie sich angeeignet haben, mittels Fachwissen korrigiert oder erweitert werden. Ziegler führt drei Aspekte der Hilfestellung auf (vgl. ebd.):

-Angehörige erhalten Informationen zu Medikamenten, sodass sie den Umgang und die Wirkung deren eher einschätzen können und so bestenfalls ein besseres Verständnis für die Betroffenen haben (vgl. ebd.).

-Sie erfahren Hilfestellung bei der Bewältigung ihrer Belastungen, beispielsweise ihrer Schuldgefühlen oder ihrer Selbststigmatisierung (vgl. ebd.).

-Es werden ihnen Verhaltensmodelle aufgezeigt, wie sie Konflikten oder problematischen Situationen pragmatisch begegnen können (vgl. ebd.).

Wenn die Form der Psychoedukation in Kursen stattfindet, ziehen die Professionellen die Erfahrungswerte aller Teilnehmenden in die Sequenzen mit ein. So können wertvolle Erkenntnisse gemeinschaftlich reflektiert werden (vgl. ebd.)

3. Unterstützen:

Zusätzlich zu der emotionalen Unterstützung und Begleitung von Angehörigen geht es hierbei speziell um die konkreten Hilfestellungen des Lebensalltags (vgl. Ziegler 2008: 6). Es werden Bereiche, wie das Zusammenwohnen, die Finanzen, der Haushalt oder die Freizeitgestaltung, gemeinsam untersucht (vgl. ebd.). Die Professionellen haben die Aufgaben den Angehörigen sowie auch den Betroffenen unterstützende Netzwerke vorzustellen und fallspezifisch einzuleiten, um die jeweiligen Selbsthilfepotenziale zu fördern (vgl. ebd.). Hierzu zählen beispielsweise Angehörigen-oder Selbsthilfegruppen (vgl. ebd.).

6.2 Unterstützungs-und Hilfeangebote für Angehörige

Angehörige können die Suche nach einem geeigneten Unterstützungs-und Hilfesystem vielfach als eine komplexe Aufgabe wahrnehmen (vgl. Familien-Selbsthilfe Psychiatrie 2015: o.S.). Erschwerend kommt dabei hinzu, dass Einrichtungen oder Vereine analoge Angebote anbieten, diese jedoch in vielen Ländern unterschiedlich bezeichnet werden oder identische Bezeichnungen für unterschiedliche Angebote angewendet werden (vgl. ebd.). Diese Unklarheit kann Angehörige zusätzlich verunsichern (vgl. ebd.).

Im vorliegenden Kapitel wurde daher versucht, die verfügbaren Unterstützungsangebote übersichtlich zu erfassen und zu erläutern. Es wird ausschliesslich auf Angebote eingegangen, die in der Schweiz vorhanden sind. Die Ursprungsquelle einiger daraus entnommener Informationen sind internetbasierend, da die Fachliteratur kaum auf den Themenbereich der Unterstützungsmöglichkeiten für Angehörige eingeht und daher ebenso wenig auf diese Quellen verweist.

Beratungsstellen:

Für Angehörige von Menschen, die an einer psychischen Erkrankung leiden, konnten in den letzten Jahren die vorhandenen Beratungsstellen-Angebote in der Schweiz stetig verbreitert werden (vgl. Verein Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie 2011: o. S.). Die verfügbaren Beratungsangebote unterscheiden sich, weshalb die Entscheidung zum passenden Beratungssetting bei den Angehörigen selbst liegt (vgl. ebd.). Im Folgenden werden die Beratungsformen nummerisch erfasst und jeweils anhand eines existierenden Angebotes kurz beschrieben.

Die Auflistung ist demnach keine komplettierte Darstellung der schweizweit vorhandenen Angebote, sondern soll lediglich einen Überblick verschaffen. Im Einzelfall müssen die konkreten Beratungsstellen individuell aufgesucht werden.

1. Psychosoziale Telefonberatung:

Dies ist ein Angebot, welches Angehörige von Menschen, die an einer psychischen Erkrankung leiden, nutzen können (vgl. Pro Mente Sana o.J.). Am Beispiel der Schweizerischen Stiftung Pro Mente Sana, können bei den telefonischen Beratungsgesprächen folgende Bereiche abgedeckt werden (vgl. ebd.):

-Es werden Informationen über Krankheiten oder psychiatrische Störungsbilder herausgegeben und diesbezüglich mögliche Verhaltensformen die Angehörige im Umgang mit den Betroffenen anwenden können, eruiert. Weiter können Angebote für die Selbsthilfe der Angehörigen besprochen werden (vgl. ebd.).

-Es werden Fragen zu verfügbaren Behandlungsangeboten für die Betroffenen beantwortet (vgl. ebd.).

-Es wird Hilfestellung bei der Suche nach geeigneten Beratungsstellen oder Hilfsangeboten innerhalb des psychiatrischen Versorgungssystems, geleistet. Telefonisch werden die aktuellen Situationen, die Angehörige mit den Betroffenen erleben, beurteilt und gemeinsam Prioritäten festgelegt, sodass weitere Vorgehensweisen besprochen werden können. Bei Bedarf können die Ratsuchenden an die jeweils adäquaten Stellen weitervermittelt (vgl. ebd.).

-Es werden zwischenmenschliche Beziehungsfragen im Zusammenhang mit den vorhandenen Störungsbildern beantwortet. Ebenso beraten die Fachpersonen, wie das soziale Netzwerk der Betroffenen aufrechterhalten und wie mögliche Konfliktsituationen mit involvierten Personen gelöst werden könnten (vgl. ebd.).

-Es können rechtliche und finanzielle Fragestellungen besprochen und zuständige Stellen miteingebunden werden (vgl. ebd.).

2. E-Beratung:

Zusätzlich bietet die Schweizerische Stiftung Pro Mente Sana (vgl. Pro Mente Sana o.J.) eine „E-Beratung“ an. Bei dieser Beratungsform können Angehörige per E-Mail von Fachpersonen beraten und unterstützt werden (vgl. ebd.). Es werden Fragestellungen in denselben Themenbereichen, wie bei der psychosozialen Telefonberatung, beantwortet (vgl. ebd.).

3. Persönliche Einzelberatung:

In Psychiatrischen Kliniken, wie Beispiel im Kanton St. Gallen, werden Angehörigenberatungen angeboten (vgl. Psychiatrie-Dienste Süd o.J.). Die Beratung bedingt keine Behandlung der Betroffenen, sondern dient den Angehörigen als Anlauf- und Informationsstelle (vgl. ebd.). Es werden dieselben Leistungen, wie in der E-Beratung und psychosozialen Telefonberatung, erbracht (vgl. ebd.).

Selbsthilfegruppen:

Die gemeinschaftliche Selbsthilfegruppe bestehen in der Regel aus einem Zusammenschluss von Menschengruppen, die sich in einer ähnlichen Lebenssituation befinden (vgl. Nagel 2007: 335). Teilnehmende können direkt oder indirekt Betroffene sein (vgl. ebd.). Entsprechend setzen sich die Gruppen durch Teilnehmende von Betroffenen selbst, von Angehörigen sowie von Freunden zusammen (vgl. ebd.). Der gemeinschaftliche Austausch über die Erfahrungen und Problematiken mit der Krankheit der Betroffenen kann das Bedürfnis zu gegenseitiger Hilfestellung bestärken (vgl. ebd.). Die Anteilnahme am Leid anderer aufgrund von eigenen Erfahrungen, die Akzeptanz deren subjektiven Gefühle und die Vermittlung eines Gemeinschaftsgefühls stärkt das Selbstwertgefühl der Teilnehmenden und gewährleistet eine psychosoziale Unterstützung (vgl. ebd.). Zwei Formen von Selbsthilfegruppen werden folgend aufgeführt.

1. Örtliche Selbsthilfegruppen:

Insbesondere in der heutigen Zeit, in welcher die traditionellen Familienstrukturen und deren Netzwerke degenerieren, können Selbsthilfegruppen eine Anlaufstelle für die Menschen sein, die sich über ihre seelischen Nöte und eigenen Erfahrungen mit problematischen Situationen austauschen möchten (vgl. Selbsthilfes Schweiz o.J.). Umso mehr Wissen über eine Krankheit vorhanden ist, desto besser können Bewältigungsstrategien erarbeitet werden (vgl. ebd.).

Das Ziel der Selbsthilfegruppen soll den Teilnehmenden eine aktive Einbringung ihrer subjektiven Erlebnisse ermöglichen und Themen, die mit der Krankheit in Verbindung stehen, enttabuisieren (vgl. Selbsthilfes Schweiz o.J.). So können Teilnehmende durch die Erfahrungen anderer profitieren und sich zu Experten der behandelten Krankheit entwickeln (vgl. ebd.). Die Kontakte zu Selbsthilfegruppen können, wie oben beschrieben mit Hilfe von Fachstellen aufgenommen, oder durch Eigeninitiative im Internet gesucht werden.

2. Virtuelle Selbsthilfegruppen:

Die internetbasierenden Selbsthilfegruppen erfüllen ähnliche Funktionen, wie die örtlichen Selbsthilfegruppen (vgl. Döring 2000: o.S.). Netzspezifische Funktionen besitzen den Vorteil, dass die Teilnehmenden sich als Pseudonym beteiligen können und damit eine mögliche Hemmschwelle, wie beispielsweise die physische Beteiligung an einer örtlichen Selbsthilfegruppe, umgehen können (vgl. ebd.). Ein weiterer Aspekt, der für Teilnehmende virtueller Gruppen von Vorteil sein kann ist, dass sie trotz psychischer oder körperlicher Beschwerden aufgrund der psychosozialen Belastung, die sie an der Teilnahme örtlicher Treffen verhindern würde, an einem gemeinschaftlichen Austausch mitwirken können (vgl. ebd.). Diese Angebote von Kommunikationsmöglichkeiten, können einer sozialen Isolation entgegenwirken (vgl. ebd.).

Gruppengesprächsangebote geleitet durch Fachpersonen:

1. Angehörigengruppen in Psychiatrischen Kliniken:

Der Broschüre der psychiatrischen Dienste im Kanton Solothurn, können diesbezüglich Informationen entnommen werden (vgl. Psychiatrische Dienste Solothurn-Angebot für Angehörige psychisch Kranker Menschen 2016). Das Ziel einer solchen Angehörigengruppe ist es, die Angehörigen von Menschen, die an einer psychischen Störung leiden, Unterstützung zu bieten (vgl. ebd.). Die subjektiven Empfindungen der einzelnen Teilnehmenden werden dabei fokussiert (vgl. ebd.). Die Wissensvermittlung zur Krankheit und der gegenseitige Austausch sollen dabei helfen, Entlastung zu erfahren als auch neue Bewältigungsstrategien vermittelt zu bekommen (vgl. ebd.) Die Gruppe wird durch Mitarbeitende des Psychiatrischen Dienstes geleitet (vgl. ebd.).

2. Trialoge:

Dieses Angebot ist eine erweiterte Möglichkeit von Angehörigengruppen, da hierbei Angehörige ebenso wie Betroffene teilnehmen (vgl. Armbrust/Link 2015: 15). Wie der Trialog konkret umgesetzt wird, ist abhängig von den jeweiligen Vorstellungen und Wünschen der Gruppenteilnehmenden, sowie von verfügbaren Möglichkeiten und Ressourcen, die vor Ort bestehen (vgl. ebd.). Die Gruppenkonstellation bildet sich aus Betroffenen, Angehörigen und Fachpersonen, die in diesem Rahmen auf Augenhöhe ihre Erfahrungen untereinander austauschen können (vgl. ebd.: 14). Die Trialoggespräche werden nicht mit den eigenen Betroffenen, den eigenen Angehörigen oder dem eigenen Therapeuten gestaltet, sondern begegnen Betroffene beispielsweise Angehörigen von anderen Betroffenen, die sich jedoch in ähnlichen Situationen wie die eigenen Angehörigen befinden (vgl. ebd.: 15). Für diese Trialoggespräche spricht, dass davon ausgegangen wird, dass Borderline-Betroffene Experten in eigener Sache sind, die Angehörigen eine zentrale Aufgabe bei der Alltagsbewältigung haben und Fachpersonen über das nötige Fachwissen verfügen (vgl. ebd.). Innerhalb dieses neutralen Rahmens können so konfliktfreie Kontakte und klärende Diskussionen stattfinden (vgl. ebd.). Dadurch können die Teilnehmenden neues Wissen erwerben und sich einfacher in andere Rollen und Positionen hineinversetzen (vgl. ebd.). Besonders mit Blockseminaren konnten positive Erfahrungswerte gesammelt werden (vgl. ebd.). Diese bestehen aus circa fünf Sitzungen, wobei die erste Sitzung zur Themenwunschsammlung der Teilnehmenden und der Beantwortung der Fragen zum Thema Borderline und Trialog genutzt wird (vgl. ebd.).

Die intensiven und wechselseitigen Lernprozesse sind zum Nutzen aller Teilnehmenden (vgl. ebd.: 16). Beispielsweise berichten Fachpersonen, dass sie durch diese Trialoge ihre Helferrolle neu definieren und betrachten und eine tiefgreifendere Verständnisebene erreichen konnten (vgl. ebd.). Betroffene berichten, dass sie durch Schilderungen von Angehörigen anderer Betroffenen, die Reaktionen der eigenen Angehörigen besser verstehen könnten und somit das eigene Verhalten anders reflektieren (vgl. ebd.). Ebenso werden die Austauschmomente über Therapiemöglichkeiten und Erfolge mit anderen Betroffenen als wertvoll empfunden (vgl. ebd.). Genauso profitieren Angehörige von diesen Gesprächen, da sie die Möglichkeit erhalten, Fragen zu stellen, die aus unterschiedlichen Perspektiven beantwortet werden können (vgl. ebd.).

3. Psychoedukative Programme:

Rentrop, Reicherzer und Bäuml haben speziell und ausschliesslich für Angehörige von Borderline-Erkrankten ein psychoedukatives Programm vorgelegt (vgl. Rentrop/Reicherzer/Bäuml 2007: 129 f.). Ihr Konzept beschreibt, dass sich circa sechs Angehörigengruppen über den Verlauf eines Jahres, alle zwei Wochen in der gesamten Gruppe treffen (vgl. ebd.).

Nach der Einführungsphase wird das Programm durchgeführt und therapeutisch geleitet (vgl. ebd.). Dabei werden folgende Themenschwerpunkte behandelt:

-Der Krankheitsbegriff wird erläutert und die biosoziale Entstehungstheorie vorgestellt (vgl. ebd.).

-Die Symptomatik im Zusammenspiel mit der Dysregulation der Emotionen und der Krankheitsverlauf werden erklärt (vgl. ebd.).

-Komorbiditäten und Behandlungsmöglichkeiten mit Medikamenten werden aufgezeigt (vgl. ebd.).

-Psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten werden vorgestellt (vgl. ebd.).

-Eine nicht wertende, dialektische Grundhaltung wird eingeübt (vgl. ebd.).

-Fertigkeiten im Umgang mit der Krankheit und Kommunikationsfertigkeiten innerhalb der Familie werden vermittelt (vgl. ebd.).

-Bewältigungsstrategien bei Krisen werden aufgezeigt (vgl. ebd.).

-Selbsthilfegruppen werden erläutert und Interessierte dabei angeleitet (vgl. ebd.).

Die existierenden psychoedukativen Programme verfolgen unterschiedliche Ziele und werden als therapievorbereitende, -ergänzende oder -eigenständige Massnahmen betrachtet (vgl. Schmitz 2011: 774). Sie beinhalten alle informationszentrierten Komponenten, unterscheiden sich jedoch in der Art, sowie im Umfang deren Vermittlung (vgl. ebd.: 775). In Anbetracht von fehlenden Möglichkeiten und langen Wartezeiten für die Behandlungen der Betroffenen, stellen psychoedukative Programme eine innovative und pragmatische Massnahme dar (vgl. ebd. 776).

Therapie:

1. Familientherapie:

Borderline-Erkrankte stammen häufig aus belasteten Familien, weshalb eine solche Form der Klärung betrachtet werden sollte (vgl. Reich/Cierpka 2011: 804). Bei der Erkrankung, welche als eine multidimensional zu verstehende Störung verstanden wird, plädiert Schweitzer und von Schlippe (vgl. 2015: 152) für eine systemische, langfristige Familientherapie. Das therapeutische Vorgehen ist dabei anfänglich ressourcenorientiert und stabilisierend, sodass im weiteren Verlauf Konflikte geklärt werden können (vgl. Reich/Cierpka 2011: 804).

Des Weiteren ist die Gesprächsführung des Therapeuten klärungs- und zielorientiert und soll die Emotionalität der Teilnehmenden zulassen, aber dennoch Eskalationen begrenzen (vgl. Reich/Cierpka 2011: 803). Die Familientherapie verfolgt das Interventionsziel, die weiteren Entwicklungsperspektiven der Betroffenen im Zusammenspiel mit den Familienangehörigen zu klären (vgl. ebd.: 804). Die intrapsychischen Konflikte der Betroffenen stehen in einer wechselwirkenden Beziehung mit der Familiendynamik und können mit Hilfe des Therapeuten verändert werden (vgl. ebd.: 803). Eine familientherapeutische Intervention kann die Chance bieten, die Muster von Abwertung und Idealisierung unter direktem Einbezug der involvierten Familienmitglieder zu korrigieren und zu klären (vgl. ebd.: 804).

2. Paartherapie:

Auch Partnerschaften können durch die Spaltungstendenzen des Borderline-Erkrankten stark belastet sein (vgl. Kottje-Birnbacher 2011: 793). In einer Paartherapie können gemeinsam mit dem Therapeuten befriedigende Regelungen bezüglich der Nähe- und Distanzbedürfnisse der Teilnehmenden eruiert werden (vgl. ebd.). Ausserdem, kann ein angemessener Umgang mit den unterschiedlichen Emotionen ausgearbeitet und mithilfe der Gespräche ein Gleichgewicht zwischen Geben und Bekommen, sowie Selbstdurchsetzung und Anpassung gefunden werden (vgl. ebd.).

3. Einzeltherapie:

Angehörige können mithilfe von Einzelgesprächen ihre psychischen Probleme und ihre Umgangsschwierigkeiten mit den Betroffenen darstellen (vgl. Psychiatrie-Dienste Süd 2016: 11). Der Therapeut vermittelt dabei ein Gefühl der Hoffnung, indem ein klares und transparentes Vorgehen stattfindet (vgl. ebd.).

Der Austausch mit Fachpersonen und die therapeutische Distanz können den subjektiven Heilungsprozess des Teilnehmenden begünstigen (vgl. Psychiatrie-Dienste Süd 2016: 11).

Weiterbildung:

Wie in vorliegendem Kapitel bereits erwähnt, ist es für Angehörige in ihrem eigenen Bewältigungsprozess hilfreich, sich mittels Informationen zur Krankheit der Borderline-Persönlichkeitsstörung weiterzubilden, um über fachspezifisches Wissen zu verfügen. Mittels Recherche wurde herausgefunden, dass Fachliteratur zur Krankheit der Borderline-Persönlichkeitsstörung sowie Vorträge zu diesem Themenbereich durch Internetrecherche gut zugänglich sind. Deshalb wird hierbei lediglich auf die Literatur im Quellenverzeichnis der vorliegenden Arbeit verwiesen und auf weitere Auflistungen verzichtet.

Krisendienste/Notfalldienste:

Eine Krisensituation oder seelische Notlage kann unter anderem durch eine psychische Erkrankung verursacht werden (vgl. Roth-Sackenheim/Hauth o.J.). Psychisch erkrankte Menschen weisen eine erhöhte Anfälligkeit gegenüber solchen krisenhaften Anlässen auf (vgl. ebd.). Grundsätzlich können in solchen Situationen verschiedenste Symptome und Intensitäten auftreten, wie beispielsweise Aggressivität, Angst, Verwirrtheit, Wahrnehmungsstörungen u.v.m. (vgl. ebd.). Sobald eine unmittelbare Selbst-oder Fremdgefährdung besteht, sollten Angehörige oder involvierte Personen den psychiatrischen Notdienst, medizinische Hilfe oder die Polizei in den Prozess miteinbinden (vgl. ebd.). In der Schweiz kann zusätzlich eine durchgehende kostenlose Beratung in Form einer Telefonseelsorge „Die Dargebotene Hand“ in Anspruch genommen werden (vgl. ebd.).

Angebote für Kinder:

Viele der vorherig beschriebenen Angebote können auch von Kindern und Jugendlichen in Anspruch genommen werden. Spezielle Angebote für diese Altersgruppe bieten verschiedene Fachstellen, die durch eine internetbasierte Recherche gefunden werden können. Beispielsweise bieten die Psychiatrischen Dienste im Kanton Aargau ein spezialisiertes Beratungsangebot an, bei welchem die Kinder und Jugendliche eine altersgemässe Aufklärung sowie Unterstützung erhalten können (vgl. Psychiatrische Dienste Aargau AG PDAG Fachstelle für Angehörige).

Ein niederschwelliges Angebot bietet die Telefonberatung von Pro Juventute an (vgl. Pro Juventute 2016: o. S.). Kinder und Jugendliche erhalten unter der Nummer 147 eine kostenlose, 24 Stunden verfügbare Beratung für jegliche Lebenslagen und Problematiken (vgl. ebd.). Ebenso können in anonymisierter Form Chatberatungen auf der Website oder SMS-Beratungen, die nicht auf der Telefonrechnung erscheinen in Anspruch genommen werden (vgl. ebd.). Die Kinder und Jugendlichen können zusätzlich fallspezifische Informationen zu weiteren Beratungsstellen erhalten (vgl. ebd.).

7. Schlussfolgerung

Um der Leserschaft zunächst eine Übersicht der vorliegenden Arbeit zu verschaffen, erfolgt eine Zusammenfassung der bearbeiteten Theorie, in welcher die gewonnenen Erkenntnisse aus den Kapiteln der Hauptteile diskutiert und in die eingangs formulierten Fragestellungen beantwortet werden. Abschliessend werden aus den gewonnenen Erkenntnissen, in einem Resümee, praxisnahe Implikationen für die Soziale Arbeit vorgeschlagen und mit einem Fazit aus weiterführenden forschungsrelevanten Aspekten abgerundet.

7.1 Diskussion der Ergebnisse

Zu Beginn der Arbeit wurde nach einer thematischen Einführung und einer Erörterung der Fragestellung im Kontext der Borderline-Persönlichkeitsstörung, eine ausführliche Begriffsdefinition vorgenommen, sodass eine nachfolgende Begriffszusammenführung die Komplexität einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkennen liess (vgl. Kapitel 2.3). Die zentralen Begrifflichkeiten wurden einander gegenübergestellt betrachtet und so beschrieben, dass eine diagnostische Aufführung mittels der Klassifikationssysteme DSM-IV und ICD-10 möglich wurde (vgl. 3.1 bis 3.1.2). Daraus ergab sich, dass eine Borderline-Persönlichkeitsstörungsdiagnose bei einem Individuum gestellt werden kann, wenn mindestens fünf der insgesamt neun Kriterien der DMS-IV Klassifikation erfüllt werden (vgl. 3.1.1.). Dies heisst, dass bei vier erfüllten Kriterien lediglich ein fehlendes Kriterium eine letztendliche Diagnosestellung verhindert oder in entgegengesetztem Sinne, ein weiteres Kriterium mehr, die Diagnosestellung gestattet (vgl. 3.1.1.). Diese Tatsache in der Verbindung der vorhandenen Krankheitskomplexität der Borderline-Persönlichkeitsstörung betrachtet, lässt schlussfolgern, dass eine erhöhte Anforderung an die diagnosestellenden Ärzte gestellt wird. Dies bedarf intensiven fallspezifischen Untersuchungen und Auseinandersetzungen mit den möglicherweise betroffenen Individuen. Daraus bildet sich weiterführend das Argument, dass sich demzufolge eine noch höhere Anforderung bei einer Krankheitsidentifizierung speziell an die Angehörigen von Borderline-Betroffenen richtet und die Notwendigkeit einer Darlegung deren individuellen Unterstützungsmöglichkeiten unterstreicht.

Mithilfe der aufgeführten Klassifikationssysteme konnte die Borderline-Persönlichkeitsstörung zwar kategorisiert werden, erfasste dabei allerdings nicht die Vielschichtigkeit dieser psychischen Krankheit.

Der herausfordernde Umgang mit Borderline-Erkrankten liegt diversen problematischen charakteristischen Eigenschaften und Verhaltensmuster zugrunde, die eine detaillierte Betrachtung der zentralen Problembereiche der emotionalen, und der interaktionalen Instabilität sowie der Instabilität der Identität erfordern (vgl. Kapitel 3.2). Die Stimmungsschwankungen, die enorme Impulsivität, die Intensität der Wechsel zwischen Abwertung und Idealisierung ihres Gegenübers und die Identitätsstörung ist für Betroffene ebenso wie für deren Angehörige eine hohe Belastung (vgl. Kapitel 3.2 und 4.2). Ein weiteres Kennzeichen, welches die Komplexität des klinischen Borderlinebildes ferner erhöht, sind die möglichen Begleiterkrankungen dieser Persönlichkeitsstörung. Diese Komorbiditäten müssen zeitlich nicht überdauernd sein und können alternierend auftreten (vgl. 3.3.). Diese Problematik erschwert den Angehörigen von Borderline-Erkrankten wie auch den involvierten Fachpersonen den Versuch einer Problemanalyse oder -einordnung noch deutlicher. Das subjektive Belastungs- und Überforderungsgefühl von Angehörigen steigt dadurch weiter. Deshalb wurde die in der Arbeit bearbeitete Fragestellung *„Welche Unterstützungsmöglichkeiten, Begleitformen und Umgangsstrategien gibt es für Angehörige, die Schwierigkeiten im Umgang mit einer in ihrem Umfeld von der Borderline-Erkrankung betroffenen Person haben?“* erneute Brisanz zugemessen.

Eine theoretische Fundierung, um den individuellen Stressprozess eines Individuums darzustellen, lieferte die transaktionale Stresstheorie nach Lazarus (vgl. 4.1.). Darauf aufbauend wurde bei der Fokussierung der Angehörigen von Borderline-Betroffenen ersichtlich, dass die herausfordernden Verhaltensweisen der Erkrankten und die subjektiven psychosozialen Belastung der einzelnen Angehörigen, eine enorme Stressbelastung und meist zu hohe Bewältigungsansprüche auslösen können (vgl. ebd.). Der Belastungskatalog der Angehörigen ist breit angelegt und kann von Isolation über Suchterkrankungen bis zu einer Co-Abhängigkeit führen (vgl. 4.2.). Dieses Faktum verdeutlichte den erhöhten Bedarf an Unterstützungsmöglichkeiten für die Angehörigen, insbesondere in der Aus- und Erarbeitung ihrer eigenen Bewältigungsstrategien, sodass unter anderem eine Reduzierung ihrer Stressbelastung herbeigeführt werden könnte. Eine besondere Beachtung galt bei der Belastungsthematik den Kindern von Borderline-erkrankten Elternteilen, da sie im Vergleich zu anderen Persönlichkeitsstörungen der stärksten Gefährdung ausgesetzt sind (vgl. 4.2.1.). Die kindliche Entwicklung kann aufgrund der psychischen Erkrankung des Elternteiles in verschiedenen Bereichen enorm beeinträchtigt werden und sich in folgeschweren Auswirkungen manifestieren.

Verglichen mit erwachsenen Angehörigen können Kinder von betroffenen Elternteilen, deren krankheitsbedingte Verhaltensweisen noch weniger einordnen und wenden vorwiegend Bewältigungsstrategien, wie beispielsweise emotionalen Rückzug, scheinbare Teilnahmslosigkeit, Unberührtheit und Apathie an. Die Überforderung im Umgang mit dem erkrankten Elternteil kann durch die Krankheits- und Problemtabuisierung innerhalb dieser Familiensysteme noch weiter verstärkt werden. Daraus wurde die bedeutende Erkenntnis gewonnen, dass Kindern und Jugendlichen in Anbetracht ihrer Schutzbedürftigkeit besondere Beachtung, bei einer vorliegenden Borderline-Erkrankung eines Elternteiles, zugekommen werden lassen muss und uneingeschränkter Zugang zu niederschweligen Unterstützungsangeboten gegeben werden sollte. Dazu ergänzend kann ebenso darauf hingewiesen werden, dass insbesondere jüngere Kinder mehrheitlich noch nicht in der Lage sind, sich für sich selbst einzusetzen, die Probleme und Schwierigkeiten zu verbalisieren, geschweige denn, von sich aus Hilfestellungen einzufordern. Dementsprechend sind sie ihrem sozialen Netzwerk unterlegen, beziehungsweise abhängig von deren Handeln. Auch für Jugendliche kann dies eine grosse Herausforderung darstellen, weshalb ein gesundes Selbstwertgefühl und Mut um Hilfestellung einzufordern, als bedingende Eigenschaften erscheinen könnten.

In Kapitel fünf wurde der Teil der „*Umgangsstrategien für die Angehörigen*“ aus der Hauptfragestellung beantwortet (vgl. Kapitel 5). Aus der Themenbearbeitung resultierte die Erkenntnis, dass das Wissen über den Umgang mit Borderline-Betroffenen bisher selten in der Fachliteratur diskutiert wurde. Die Borderline-Ratgeber-Literatur hingegen setzte sich intensiv mit dieser Thematik auseinander, sodass die verfügbaren Informationen daraus entnommen wurden. Die Inhalte, die genutzt wurden, beinhalteten ähnliche, ergänzende oder dieselben Informationen, weshalb sie in einer zusammengefassten Form abgehandelt wurden. Die Repräsentativität aufgrund von diesen nicht empirisch geprüften Informationen ist daher nicht gewährleistet. Die Ratgeber-Autoren plädieren im Umgang mit Borderline-Betroffenen auf die Achtung einer gesunden emotionalen Distanz, des Vorlebens von Selbstverantwortung, einer Entpersonalisierung der gezeigten Krankheitssymptome, einem Notfalkoffer, einer Tagebuchführung oder auf die Achtung in der Kommunikation. Bei letzterem wurde die Technik SET von J. Kreisman vorgestellt, wobei kritisiert werden muss, dass in der Literatur mögliche Anwendungsschwierigkeiten für Angehörige, beziehungsweise Laien, nicht festgehalten wurden.

Bei keiner Beziehungsverbesserung wurde abschliessend auf die Inanspruchnahme von Professioneller Hilfe hingewiesen (vgl. Kapitel 5). Hierbei kommt die offene Frage auf, ob diese Strategien bei den Angehörigen, die bisher keine professionelle Unterstützung in Anspruch genommen haben, tatsächlich Anwendung finden und wie erfolgsversprechend diese sind? Benötigt es, aufgrund der hohen Krankheitskomplexität für eine angemessene Unterstützung von Angehörigen im Umgang mit Borderline-Betroffenen nicht zusätzlich involvierte Fachpersonen?

Im letzten Teil der vorliegenden Arbeit wurde die Angehörigenarbeit bei Menschen mit einer psychischen Krankheit diskutiert. In der Fachliteratur konnten lediglich Informationen aus Deutschland ausfindig gemacht werden, wodurch offen bleibt, welche Fortschritte die Angehörigenarbeit in der Schweiz bisher verzeichnen konnte (vgl. Kapitel 6). Dennoch konnten allgemeingültige Ziele und Methoden für Professionelle der Sozialen Arbeit im Unterstützungsprozess von Angehörigen festgehalten werden und so die Unterfragestellung *„Wie können Professionelle der Sozialen Arbeit das Umfeld von Borderline-Betroffenen hilfreich unterstützen?“* beantwortet werden. Die Unterstützungsangebote teilten sich in drei Aufgabenbereiche für die Professionellen auf. Das emotionale Begleiten, Einfühlen und Verstehen der Angehörigen, das Informieren in Form von Psychoedukation und das Unterstützen durch konkrete Hilfestellungen des Lebensalltages (vgl. Kapitel 6.1). Ebenso können die in Kapitel fünf festgehaltenen Umgangsstrategien den Angehörigen als mögliche und hilfreiche Interventionsmassnahmen vorgeschlagen werden. Zugleich sollten Kenntnisse über Unterstützungs- und Hilfeangebote vorhanden sein, die aus Kapitel 6.2 zu entnehmen sind, sodass kompetente Weitervermittlungen an andere Institutionen und Fachpersonen stattfinden können.

Abschliessend wurde der letzte Teil der Hauptfragestellung beantwortet, der die *Unterstützungsmöglichkeiten und Begleitformen* für Angehörige von Borderline-Betroffenen betraf. Es konnten verschiedene Angebote für Angehörige, die in Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Gruppengesprächsangebote, geleitet durch Fachpersonen, Therapien, Notfalldienste und Angebote für Kinder, in vorliegender Arbeit eingeteilt und festgehalten werden (vgl. Kapitel 6.2). Hierbei traten unvorhergesehene Schwierigkeiten auf, wodurch die meisten Erkenntnisse gesammelt werden konnten. Viele der festgehaltenen Angebote konnten keiner Fachliteratur entnommen werden und bedingten eine mühselige internetbasierte Recherche. Die Begriffe der Angebote mussten speziell erforscht werden und waren des Weiteren kantonal unterschiedlich zugänglich.

Diese Ergebnisse lassen vermuten, dass Angehörige schweizweit Schwierigkeiten bei einer internetbasierten Recherche haben könnten und dadurch die Gefühle von Überforderung und Hilflosigkeit weiter verstärkt werden, was den Prozess der Hilfe- und Unterstützungssuche erschweren würde.

Ein Zusammentragen vorhandener Angebote, könnte demnach einen präventiven Faktor besitzen und Angehörige unterstützen. Eine weitere problemorientierte Erkenntnis basierte auf den wenig vorhandenen niederschweligen Angeboten für Kinder und Jugendliche.

Des Weiteren konnte durch den beschränkten Umfang der vorliegenden Arbeit keine detaillierte Auflistung von vorhandenen Unterstützungsangeboten, speziell für Kinder und Jugendliche von Borderline-Betroffenen Elternteilen, ausgearbeitet werden, was die Wichtigkeit dieses Aspektes jedoch nicht herabsetzen soll. Ebenso konnte durch die mehrheitlich internetbasierte Recherche bezüglich der Unterfragestellung, die empirische Fundiertheit nicht gewährleistet werden.

7.2 Resümee

Durch die aus der Arbeit hervorgehenden Erkenntnisse wird deutlich, wie wichtig die Unterstützung der Angehörigen von Borderline-Erkrankten zur Erhaltung und Förderung ihrer eigenen psychischen und körperlichen Gesundheit ist. Die Angehörigenarbeit ist ein wichtiger Teil der Arbeit von Professionellen, die mit psychisch Erkrankten arbeiten, der nicht unterschätzt sondern vielmehr vermehrt in den Fokus treten sollte. Um den Angehörigen eine kompetente Unterstützung zu gewährleisten, muss bei den Professionellen der Sozialen Arbeit aktuelles Wissen über den Umgang mit Borderline-Betroffenen und den vorhandenen Unterstützungsmöglichkeiten vorhanden sein, die zum Beispiel in internen Weiterbildungen vermittelt werden könnten. Des Weiteren sollten neue Angebote für Kinder von Borderline-Betroffenen Elternteilen geschaffen werden, die leicht zugänglich für sie sind. Präventiv könnten diese Angebote in Schulen vorgestellt und verankert werden.

Abschliessend können aus dem vorherigen Kapitel die weiterführenden forschungsrelevanten Aspekte entnommen werden. Diese ist einerseits die Angehörigenarbeit in der Schweiz, speziell mit Angehörigen von psychisch Erkrankten Individuen, andererseits der Umgang mit Borderline-Betroffenen anhand empirischer Untersuchungen und zuletzt die Unterstützungsangebote und die Umgangsmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche betroffener Elternteile.

Die zukünftige Entwicklung sollte dahingehend führen, dass in der Praxis der Sozialen Arbeit die systemischen Arbeit bei psychisch Kranken vermehrt fokussiert werden sollte, sodass Angehörigen möglichst bald adäquate Hilfestellungen angeboten werden und sie die notwendigen Unterstützung erfahren, um allfällige bevorstehende Erkrankungen möglichst zu vermeiden. Ebenso würde dabei eine Gefährdung von Kindern und Jugendlichen die in solchen Familiensystemen eingebunden sind, rascher bemerkt werden und demzufolge eine Einbindung professioneller Fachpersonen zur Unterstützung deren erleichtern.

8. Quellenangaben

8.1 Literaturverzeichnis

Armbrust, Michael/Link, Anja (2015). *Borderline im Dialog. Miteinander reden-voneinander lernen*. Paderborn: Junfermann Verlag.

Bernard, Batinic (2000). *Internet für Psychologen*. Göttingen: Hogrefe.

Berner, Wolfgang/Briken, Peer (2011). *Störungen der Sexualität-Paraphilie und Perversion*. In: Dulz, Birger/Herpertz, Sabine/Kernberg, Otto/Sachsse, Ulrich (Hg.). *Handbuch der Borderline-Störungen*. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer. S. 499-509.

Beyer, Anke/Lohaus, Arnold (2007). *Konzepte zur Stressentstehung und Stressbewältigung im Kindes-und Jugendalter*. In: Seiffge-Krenke, Inge/Lohaus, Arnold (Hg.). *Stress und Stressbewältigung im Kindes-und Jugendalter*. Göttingen: Hogrefe. S. 11-27.

Bohus, Martin/Reicherzer, Markus (2012). *Ratgeber Borderline-Störung. Informationen für Betroffene und Angehörige*. Göttingen: Hogrefe.

Bronfenbrenner, Urie (1981). *Die Ökologie der menschlichen Entwicklung: natürliche und geplante Experimente*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Döring, Nicola (2000) *Selbsthilfe. Beratung und Therapie im Internet*. In: Bernard, Batinic (Hg.). *Internet für Psychologen*. Göttingen: Hogrefe. S. 509-547.

Dörner, Klaus/Egetmeyer, Albrecht/Koenning, Konstanze (2001). *Freispruch der Familie*. 3. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Dulz, Birger/Schneider, Angela (2011). *Borderline-Störung-Theorie und Therapie*, 3. Nachdruck der 2. Ausgabe. Stuttgart: Schattauer.

Gast, Ursula (2011). *Dissoziative (Identitäts-) Störungen und Borderline-Persönlichkeitsstörung-Diagnostik, Differenzialdiagnostik und therapeutische Implikationen*. In: Dulz, Birger//Herpertz, Sabine/Kernberg, Otto/Sachsse, Ulrich (Hg.). *Handbuch der Borderline-Störungen*. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer. S. 412-428.

Geissler-Piltz, Brigitte/Mühlum, Albert/Pauls, Helmut (2005). *Klinische Sozialarbeit*. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Gunderson, John G. (2005). *Borderline-Diagnostik, Therapie, Forschung*. Bern: Hans Huber Verlag.

Gunderson, John G. (2011). *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*. Washington DC: American Psychiatric Press.

Herpertz, Sabine (2011). Affektregulation und ihre neurobiologischen Grundlagen. In: Dulz, Birger/Herpertz, Sabine/Kernberg, Otto/Sachsse, Ulrich (Hg.). *Handbuch der Borderline-Störungen*. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer. S. 75-85.

Knuf Andreas/Tilly, Christiane (2009). *Borderline das Selbsthilfebuch*. 3. Aufl. Bonn: Psychatrie-Verlag GmbH.

Kottje-Birnbacher, Leonore (2011). Paarbeziehung und Paartherapie bei Borderline-Persönlichkeiten. In: Dulz, Birger//Herpertz, Sabine/Kernberg, Otto/Sachsse, Ulrich (Hg.). *Handbuch der Borderline-Störungen*. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer. S.783-793.

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

Lazarus, Richard/Folkman, Susan (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company.

Lenz, Albert (2008). *Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Massnahmen*. Göttingen: Hogrefe.

Lenz, Albert/Jungbauer, Johannes (2008). *Kinder und Partner psychisch kranker Menschen: Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte*. Tübingen: dgvt Verlag.

Lohaus, Arnold/Domsch, Holger/Fridrici, Mirko (2007). *Stressbewältigung für Kinder und Jugendliche*. Berlin: Springer.

Mason, Paul T./Kreger, Randi (2005). *Schluss mit dem Eiertanz. Ein Ratgeber für Angehörige von Menschen mit Borderline*. 5. Aufl. Bonn: Psychatrie-Verlag GmbH.

Mattejat, Fritz/Remschmidt, Helmut (2008). Kinder psychisch kranker Eltern. In: *Deutsches Ärzteblatt*. (23). S. 413-418.

Nagel, Eckhard (Hg.) (2007). *Das Gesundheitswesen in Deutschland. Struktur, Leistungen, Weiterentwicklung*. 4. Aufl. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Nedopil, Norbert/Dittmann, Volker/Freisleder, Franz Joseph/Haller, Reinhard (2007). Forensische Psychiatrie. Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

Niklewski, Günther/Riecke-Niklewski, Rose (2006). Leben mit einer Borderline-Störung. Ein Ratgeber für Betroffene, ihre Partner und Familien. Stuttgart: Medizinverlag TRIAS.

Nissen, Gerhardt (2000). Persönlichkeitsstörungen. Ursachen, Erkennung, Behandlung. Stuttgart: Kohlhammer.

Pfeifer, Samuel/Bräumer, Hansjörg (2005). Die zerrissene Seele. Borderline-Störungen und Seelsorge. Wuppertal: Brockhaus Verlag.

Philipsen, Alexandra/Riemann, Dieter (2011). Schlafstörungen. In: Dulz, Birger/Herpertz, Sabine/Kernberg, Otto/Sachsse, Ulrich (Hg.). Handbuch der Borderline-Störungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer. S. 510-514.

Plass, Angela/Wiegand-Grefe, Silke (2012). Kinder psychisch kranker Eltern. Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln. 1. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Pretis, Manfred/ Dimova, Aleksandra (2004). Frühförderung mit Kindern psychisch kranker Eltern. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Pschyrembel (2013). Klinisches Wörterbuch. 264. Aufl. Berlin: Walter de Gruyter.

Psychiatrische Dienste Süd (Hg.) (o.J.). Therapieangebote zur Behandlung von psychischen Störungen Informationsbroschüre für Betroffene und Angehörige.

Reich, Günter/Cierpka, Manfred (2011). Familientherapie bei Patienten mit Boderline-Persönlichkeitsstörungen. In: Dulz, Birger//Herpertz, Sabine/Kernberg, Otto/Sachsse, Ulrich (Hg.). Handbuch der Borderline-Störungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer. S. 794-804.

Rommel, Andreas/Kernberg, Otto F./Vollmoeller, Wolfgang/Strauss, Bernhard (2006). Handbuch Körper und Persönlichkeit. Entwicklungspsychologie, Neurobiologie und Therapie von Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart: Schattauer.

Rentrop, Michael/ Reicherzer, Markus/Bäumli, Josef (2007). Psychoedukation Borderline-Störung. Manual zur Leitung von Patienten-und Angehörigengruppen. München: Urban & Fischer.

Sass, Henning/Wittchen, Hans-Ulrich/Zaudig, Michael (1996). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Deutsche Bearbeitung Einführung nach der 4. Aufl. des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association. Göttingen: Hogrefe.

Schmitz, Bernt (2011). Psychoedukation für Patienten und ihre Angehörigen. In: Dulz, Birger/Herpertz, Sabine/Kernberg, Otto/Sachsse, Ulrich (Hg.). Handbuch der Borderline-Störungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer. S. 767-776.

Schneider, Frank (2013). Borderline. Der Ratgeber für Patienten und Angehörige. Erkennen, Verstehen, Helfen. München: Herbig.

Schweiger, Ulrich/Sipos, Valerija (2011). Komorbidität von Borderline-Persönlichkeitsstörung und Essstörung. In: Dulz, Birger/Herpertz, Sabine/Kernberg, Otto/Sachsse, Ulrich (Hg.). Handbuch der Borderline-Störungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer. S. 482-491.

Schweitzer, Jochen/von Schlippe, Arist (2015). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II. Das störungsspezifische Wissen. 6. unveränderte Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Seiffge-Krenke, Inge/Lohaus, Arnold (2007). Stress und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter. Göttingen: Hogrefe.

Sollberger, Daniel/Byland, Mara/Widmer, Geraldine (2008). Erwachsene Kinder psychisch Kranker Eltern-Belastungen, Bewältigung und biographische Identität. In: Lenz, Albert/Jungbauer, Johannes (Hg.). Kinder und Partner psychisch kranker Menschen: Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte. Tübingen: dgvt Verlag.

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

Sonnenmoser, Marion (2006). Kinder psychisch kranker Eltern: Vergessene Kinder. In: Deutsches Ärzteblatt. (5). S. 368.

Tretter, Felix (2011). Drogenkonsum und –abhängigkeit. In: Dulz, Birger/Herpertz, Sabine/Kernberg, Otto/Sachsse, Ulrich (Hg.). Handbuch der Borderline-Störungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer. S. 472-481.

Wiegand-Grefe, Silke/Halverscheid, Susanne/Plass, Angela (2011). Kinder und ihre psychisch kranken Eltern. Familienorientierte Prävention-Der CHIMPs-Beratungsansatz. Göttingen: Hogrefe.

Wiesheu, Andreas (2009). Angehörige chronisch psychisch Kranker: Belastungen und Belastungsprädiktoren. Unveröffentlichte Dissertation. Medizinische Fakultät, Ludwig-Maximilian-Universität. Studium der Medizin. München.

Ziegler, Elke (2008). Angehörigenarbeit unter dem Focus Klinischer Sozialarbeit. Oder: Was kann ich als Angehöriger eines psychisch erkrankten Menschen von Klinischer Sozialarbeit erwarten? Kurzfassung des Referats an der GV der VASK Zürich am 26 April, 2008. Zürich.

8.2 Internetquellenverzeichnis

Familien-Selbsthilfe Psychiatrie (Hg.) (2015). In: Das Versorgungssystem für psychisch Kranke. Die Struktur des Versorgungssystems. URL: <http://www.psychiatrie.de/bapk/rat/versorgungssystem> [Zugriffsdatum: 29. März 2016].

Faust, Volker (2010). In: Psychiatrie heute-Seelische Störungen, erkennen, verstehen, verhindern, behandeln. Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit. URL: http://www.psychosoziale-gesundheit.net/pdf/faust1_borderline.pdf [Zugriffsdatum: 12. Januar 2016].

Krollner, Björn/Krollner, Dirk M. (2016). In: ICD Code 2016. Kardiologe Hamburg. URL: <http://www.icd-code.de/icd/code/F60.0.html> [Zugriffsdatum: 07. März 2016].

Perrez, Meinard (2005). In: Stressoren in der Familie als Stressor im Vorfeld der Entwicklung von Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Risiko-und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Störungen der Familie. URL: http://doc.rero.ch/record/200149/files/20130814163700_m.pdf [Zugriffsdatum: 22. März 2016].

Pro Juventute (2016). In: Beratung. URL: <https://www.147.ch/Beratung.317.0.html> [Zugriffsdatum: 02. Mai 2016].

Psychiatrie-Dienste Süd (Hg.) (o.J.). In: Angehörigenberatung. URL: <http://www.psych.ch/angebot/detail/angehoerigenberatung/> [Zugriffsdatum: 11. April 2016].

Psychiatrische Dienste Aargau (Hg.) (2016). In: Fachstelle für Angehörige. Kinder und Jugendliche als Angehörige. URL: <https://www.pdag.ch/patienten-angehoerige/infos-patientenangehoerige/fachstelle-fuer-angehoerige/> [Zugriffsdatum: 02. Mai 2016].

Psychiatrische Dienste Solothurn (Hg.) (2016). Angebot für Angehörige psychisch kranker Menschen. URL: http://www.angehoerige.ch/uploads/media/pd_angehoerigengruppe_2016_03.pdf [Zugriffsdatum: 02. Mai 2016].

Roth-Sackenheim, Christa/Hauth, Iris (o.J.). In: Krise/Notfall: Akute psychische Krise. URL: <http://www.neurologen-und-psihiater-im-netz.org/krisenotfall/akute-psychische-krise/> [Zugriffsdatum: 12. April 2016].

Scherer, Edith (2012). In: Was kann die Psychiatrie für die Gesundheit von Angehörigen tun? 9. Dreiländerkongress. Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz. URL: <http://www.angehoerige.ch/informationen-fuer-fachleute/referate.html> [Zugriffsdatum: 22. März 2016].

Schweizerische Stiftung Pro Mente Sana (Hg.) (o.J.). In: Psychosoziale Telefonberatung. URL: <https://www.promentesana.ch/de/beratung/psychosoziale-telefonberatung.html> [Zugriffsdatum: 11. April 2016].

Schweizerische Stiftung Pro Mente Sana (Hg.) (o.J.). In: e-Beratung Fachpersonen. URL: <https://www.promentesana.ch/de/beratung/e-beratung/e-beratung-fachpersonen.html> [Zugriffsdatum: 11. April 2016].

Selbsthilfeschweiz (Hg.) (o.J.). In: Selbsthilfegruppen. URL: <http://www.selbsthilfeschweiz.ch/shch/de/was-ist-selbsthilfe/Allgemein/Selbsthilfegruppen.html> [Zugriffsdatum: 12. April 2016].

Verein Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie (Hg.) (2011). Angehörigenberatungsstellen. URL: <http://www.angehoerige.ch/angehoerigenberatungsstellen.html> [Zugriffsdatum: 05. April 2016].

8.3 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 S. Titelblatt: Schwarz-Weiss-Denkmuster.

PositiveMed (2013). 10 Signs of Borderline Personality Disorder. URL: <http://positivemed.com/2013/12/10/10-signs-of-borderline-personality-disorder/> [Zugriffsdatum: 22. März 2016].

Anhang

Ehrenwörtliche Erklärung

Name, Vorname:

Isch Sabrina

Titel/Untertitel Bachelor Thesis:

Borderline-Persönlichkeitsstörung

Angehörige zwischen Verantwortung und Abgrenzung: Auswirkungen und Unterstützungsmöglichkeiten

Begleitung Bachelor Thesis:

Frau Dr. Brigitte Müller

Ich erkläre hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelor Thesis selbstständig, ohne unerlaubte Hilfe und nur unter Benutzung der angegebenen Quellen, Hilfsmittel und Hilfeleistungen verfasst und sämtliche Zitate kenntlich gemacht habe. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form, auch nicht in Teilen, keiner anderen Prüfungsinstanz vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Datum: 23.06.2016

Unterschrift: