

## Schreckgespenst Borderline?

**Wie eine ganz normale psychische Erkrankung zum schillernden Abgrund wird**

**Von Andreas Knuf**

Wir Menschen können psychisch erkranken oder, um es einmal mit anderen Worten zu sagen: eine psychische Verfassung „erwerben“, die uns im Alltag und im Lebensvollzug deutlich beeinträchtigen kann. Vor allem bei schweren Erkrankungen zieht sich die soziale Umgebung – Verwandte, FreundInnen, NachbarInnen – häufig von den Betroffenen zurück, teils, weil sie die andere/den anderen nicht mehr einschätzen können oder unsicher sind, wie sie sich selbst verhalten sollten, teils aber auch aus schlichten Vorurteilen.

Die Borderline-Erkrankung und ihre konkreten „Symptome“ sind in der breiten Bevölkerung noch kaum bekannt. Im Umgang mit den Betroffenen spielt Unwissenheit eine große Rolle, ihr Verhalten wird von vielen Menschen als doch eher „eigenartig“ wahrgenommen. Die Betroffenen selbst sprechen meist nur ungern über ihr Empfinden und ihre Verhaltensweisen. Sie haben Angst vor Ablehnung und Distanzierung, außerdem lässt sich nicht in wenigen Sätzen erklären, was Borderline bedeutet, und auch in einem längeren Gespräch ist das ganz schön schwierig. So entstehen Tabus und Vorurteile und das Etikett „Borderline“ kann schnell zu einem Stigma werden.

### **Vom Etikett zum Stigma: Borderline-PatientInnen als „Therapeutenkiller“?**

Vieles davon spiegelt sich auch in der Beziehung zwischen Betroffenen und Fachleuten wider, manches nimmt sogar erst dort seinen Anfang. Spielt bei vielen psychischen Erkrankungen eine gesellschaftliche Stigmatisierung eine große Rolle, so geht bei der Borderline-Störung die Stigmatisierung vielfach von uns Fachleuten aus.

Wir halten eine ganze Fülle diskriminierender Begriffe für die Borderline-KlientInnen bereit: Sie seien „Therapeutenkiller“, seien voller primitiver Abwehrmechanismen, beziehungsunfähig oder „maskenhaft-unsympathisch“, wie ich neulich las. Wer will schon mit so jemandem etwas zu tun haben? Auch der vielfach verwendete Begriff „frühgestört“ taugt nicht als Kompliment. „Nicht schon wieder ein Borderliner“, heißt es auf fast jeder psychiatrischen Station, wenn eine neue Borderline-PatientIn angekündigt wird. Eine „vorsichtige“ und auf etwas Distanz bedachte Annäherung an die Betroffenen ist sicherlich zunächst berechtigt und therapeutisch sinnvoll, aber in solchen Aussagen schwingt ein Ton der Ablehnung und nicht selten auch des Ärgers mit. Zu oft gehen viele von uns Fachleuten mit einer negativen Voreinstellung an die Arbeit mit Borderline-KlientInnen heran.

Unsere KlientInnen spüren diese Ablehnung und das Image der Erkrankung sehr genau. „Als ich das erste Mal die Diagnose hörte, war ich vor allem beleidigt“, schreibt eine Betroffene. „Das war eine riesige Frechheit“, meint eine andere. Gerade bei der Borderline-Erkrankung ist die negative Haltung der Umgebung sehr gefährlich, denn Borderline ist eine Störung der Identität: Wer bin ich eigentlich? Wo sind meine Grenzen? Was gehört zu mir? Diese Fragen stellen sich für die Betroffenen ständig; sie sind deshalb besonders sensibel für alle Zuschreibungen,

die von außen kommen. Teilweise warten sie geradezu auf diese Einschätzungen, um sich an sie anzupassen, sich entsprechend zu verhalten und die Eigenschaften in ihre Identität zu integrieren. Groß ist dann die Gefahr von Festschreibungen und sich selbst erfüllenden Prophezeihungen. Als wütende Reaktion schreibt eine weitere Betroffene nach der Diagnosestellung: „Wenn ihr Borderline wollt, könnt ihr auch Borderline haben.“

## **Unzureichende Behandlungsmöglichkeiten – fehlende Supervision**

Selbstverständlich gibt es negative Einstellungen nicht nur von professioneller Seite, sondern auch bei den Betroffenen. „Alle TherapeutInnen sind unfähige Arschlöcher“, ist noch nicht der schlimmste Ausdruck für erlittene Enttäuschungen und lebensgeschichtliche Erfahrungen, die sich in der Therapiebeziehung wiederholen. Das negative Image der Borderline-Erkrankung bei vielen Fachleuten hat verschiedene Gründe. Einige sind in der besonderen Dynamik dieses Krankheitsbildes zu suchen, auf diese möchte ich hier nicht weiter eingehen. Sie sind oft genug beschrieben worden. Andere aber haben etwas mit den Rahmenbedingungen zu tun, wie sie in vielen Therapieeinrichtungen, vor allem wohl in psychiatrischen Einrichtungen, vorherrschen. Diese Einrichtungen sind nämlich zumeist sehr unzureichend auf die Behandlung von Menschen mit einer Borderline-Problematik eingerichtet. Es fehlt nicht selten eine hinreichende Qualifikation und Erfahrung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, es fehlt die kontinuierliche Supervision und es fehlen häufig auch stationsinterne Absprachen. Diese Situation bewirkt die Überforderung der dortigen MitarbeiterInnen. Mit „pflegeleichten“ KlientInnen kommt man unter diesen ungünstigen Voraussetzungen gerade noch zurecht, wer aber mehr fordert, der überfordert die Mitarbeitenden. Verärgerung und Enttäuschung über die geringen Therapiefortschritte sind dann die Reaktion, manchmal auch Angst davor, bald wieder mit einer Borderline-KlientIn konfrontiert zu sein.

Ähnliche Schwierigkeiten gibt es bei ambulant arbeitenden PsychotherapeutInnen. Streng genommen ist eine Behandlung ohne Supervision nicht möglich, Supervision aber wird von den Krankenkassen im ambulanten Bereich nicht finanziert und kaum eine TherapeutIn kann sie sich in ausreichendem Umfang leisten. Borderline wird also auch deshalb zu einem Schreckgespenst, weil die Bedingungen, unter denen mit den KlientInnen gearbeitet wird, schlicht nicht angemessen sind. Eine Operation ist auch nicht unter freiem Himmel und vom Arzt allein durchführbar. Niemand würde das ernsthaft ausprobieren wollen. Die Borderline-Behandlung aber findet häufig in therapeutischen Settings statt, die fast zwangsläufig scheitern müssen. Nicht nur die PatientInnen leben auf der Grenze, auch die TherapeutInnen befinden sich im therapeutischen Grenzland: Wir stoßen an Grenzen, wenn es um die eigene Belastungsfähigkeit geht, wir stoßen aber auch an Grenzen in institutionellen Strukturen. Eigentlich müssten wir Fachleute gemeinsam mit Betroffenen und Angehörigen protestieren gegen die momentan herrschenden Bedingungen, wir tun es aber bisher im größeren Rahmen leider noch nicht. In einigen Regionen werden gegenwärtig Netzwerke aufgebaut, die es ermöglichen sollen, auch ambulant im Team zu arbeiten, nicht länger einsame EinzelkämpferInnen zu bleiben, die sich in die Borderline-Dynamik verirren. Von einer Gruppe von TherapeutInnen wird sowohl Einzel- wie auch Gruppentherapie angeboten, außerdem kann eine hohe telefonische Erreichbarkeit in Krisenzeiten

ermöglicht werden, ohne die einzelne TherapeutIn übermäßig zu belasten. Solche Ansätze finde ich sehr geglückt und notwendig.

## **Zwischen Faszination und Ablehnung**

Aber Borderline wäre nicht Borderline, wenn es nicht auch die umgekehrte Reaktion von professioneller Seite gäbe. Ein Psychiatrie-Pfleger brachte es einmal auf den Punkt: „Wann nehmen wir wieder eine Borderlinerin auf. Dann passiert endlich mal was.“ Es gibt sie, die Borderline-Verlockung bei Fachleuten. Über sie wird leider viel zu wenig gesprochen, denn sie gilt als unprofessionell: Die Spannung, der Reiz des Außergewöhnlichen in einem nicht immer so lebendigen Therapeutenalltag, ein guter Ausgleich zur nicht selten depressiven Grundstruktur professionell Tätiger. Auch für die Betroffenen hat die Erkrankung häufig etwas Geheimnisvolles und auch Reizvolles. „Borderliner sind schwierig“, schreibt Jenny & Co. „Es gibt schon viele Bücher über sie, aber immer noch kein Rezept, wie die Grenzgänger zu behandeln sind. Sie bestehen offensichtlich auf ihrer Einzigartigkeit. Das ist das, was mir an der Diagnose gefällt. Depressionen kennt jeder.“

Idealisierung oder Ablehnung sind zumeist das Ergebnis fehlender Erfahrung. Natürlich gibt es auch viele TherapeutInnen, die in der Borderline-Therapie sehr bewandert sind und die ihre Wege der Psychohygiene gefunden haben. Sie fühlen sich der Borderline-Dynamik zumeist nicht ausgeliefert und haben eine bewusste Entscheidung für die Arbeit mit dieser KlientInnengruppe getroffen. Viele von ihnen schätzen die Arbeit mit Borderline-KlientInnen sehr, zumeist weil sie beeindruckt sind vom Lebensmut der Betroffenen und von ihrem Wunsch nach Veränderung. Sie können Defizite und Chancen zumeist realistisch einschätzen und sind sich ihrer Gefühle den KlientInnen gegenüber sehr bewusst. Mittlerweile gibt es erste Veröffentlichungen über sehr gelungene Borderline-Therapien.

Aber dieser Mittelweg fehlt noch viel zu oft. Er fehlt im Leben der Betroffenen und auch Umgang und in der Einschätzung von Seiten der Fachleute und Angehörigen. Dieser Mittelweg klingt nicht so spannend, weshalb auch viele Betroffene ihre Mühe damit haben, ihn zu gehen: Borderline ist eine ganz normale psychische Erkrankung. Es ist keine leichte Erkrankung, die Betroffenen und ihr Umfeld leiden zumeist deutlich unter ihr. Einige Betroffene leiden sogar so sehr, dass sie schließlich Selbstmord begehen. Borderline ist damit nicht selten eine tödlich verlaufende Krankheit. Es gibt gleichwohl gute Behandlungsmethoden, die eine deutliche Reduzierung der psychischen Schwierigkeiten bewirken können. Außerdem können Betroffene zahlreiche Selbsthilfemöglichkeiten nutzen, um sich vor stärkeren Krisen zu schützen und ihr inneres Gleichgewicht zu stabilisieren.

## **Das Aufspalten in Gut und Böse ist jedem vertraut**

Mit der Erkrankung sind jedoch nicht nur Defizite verbunden, sondern auch einige besondere Fähigkeiten, die in unserer Gesellschaft etwas zählen: Ein sehr hohes Maß an Spontaneität und Kreativität sowie eine hohe Sensibilität für emotionale Themen sind nur zwei davon. Borderline-Erfahrene sind keine schlechteren Menschen als wir alle, ihre Verhaltensweisen sind Folgen sehr schwerer Lebenserfahrungen. Auch wenn ihnen viele ihrer Verhaltensweisen bewusst sind und manche sogar absichtsvoll eingesetzt werden, so sind es doch Überlebensstrategien, die nicht einfach aufgegeben werden können. Auch die Betroffenen stehen ihnen

nicht selten hilflos gegenüber. Die typischen Borderline-Schwierigkeiten sind zumeist sehr extreme Ausprägungen von Erlebnisweisen, die so gut wie jeder Mensch kennt: Ein inneres Gefühl von Leere, Angst, Wutgefühle und die Neigung zur Sucht sind nur einige davon. Bei Borderline-PatientInnen sind sie in ihrer Ausprägung jedoch so übersteigert, dass sie für die Umgebung nicht mehr nachvollziehbar wirken. Doch meine Erfahrung ist, dass fast alle Borderline-Erlebnisweisen einfühlbar und verstehbar sind, wenn die Umgebung die Motivation der Betroffenen kennt. Die Verhaltensweisen mögen radikaler, einseitiger und kompromissloser sein als nicht Betroffene sie kennen, aber sie sind nicht so anders, das wir sie nicht verstehen könnten. Das Aufspalten in Gut und Böse zum Beispiel ist jedem von uns vertraut. Es wirkt in jedem Streit („Ich will dich nie wieder sehen“), und die Politik ist voll davon. Wenn wir verliebt sind, idealisieren wir den anderen übermäßig („Du bist der schönste Mensch auf der Welt“). „Primitive Idealisierung“ heißt das dann im psychoanalytischen Fachjargon. Sogar Selbstverletzungen sind fast jedem Menschen vertraut, wir nehmen sie zumeist nur nicht als solche wahr. Bei Borderline ist dies alles gefährlich verstärkt. Aber es sind trotzdem ganz menschliche Reaktions- und Verhaltensweisen.

Das zu verstehen hilft, angemessener reagieren zu können, was längst nicht immer Schonung oder Akzeptanz durch die Angehörigen oder TherapeutInnen bedeutet, häufig ermöglicht es gerade, sich klar und „kompromisslos“ zu verhalten. Für uns Fachleute wäre es sehr hilfreich, uns mehr in die Situation und das Erleben unserer KlientInnen hineinzusetzen. Das ist nicht nur für die Arbeit mit Borderline-KlientInnen notwendig, sondern mit allen psychisch beeinträchtigten Personen. Bei schwereren Störungen scheint es allerdings einen psychischen Mechanismus zu geben, der den Rollenwechsel erschwert oder gar unmöglich macht. Haben wir so viel Angst vor den seelischen Abgründen, die wir bei unseren KlientInnen vermuten? Ich glaube, wir Fachleute brauchen mehr Möglichkeiten, um mit Borderline-Betroffenen und auch mit ihren Angehörigen über ihr psychisches Erleben und ihre Situation zu sprechen, nicht nur im therapeutischen Rahmen, sondern auch in anderen Gesprächsforen. Ebenso wünsche ich mir, dass Betroffene verstärkt in der Fortbildung mitwirken, um uns ein Verstehen zu erleichtern. Wir brauchen einen Austausch darüber, welche Behandlungsangebote und welche unserer Therapiestrategien sie als hilfreich erleben – und welche nicht. Bisher verhalten wir uns in erster Linie so, wie wir selbst es für sinnvoll halten, meist abgeleitet von bestimmten theoretischen Annahmen. Was Betroffene als hilfreich erleben, wissen wir selten.

### **Analog zu den Psychoseseminaren: Wir brauchen Borderline-Seminare!**

Im Buch „Leben auf der Grenze“ berichten gleich mehrere Borderline-Erfahrene davon, wie es gerade die unkonventionellen Hilfen waren, die besonderen Eindruck bei ihnen hinterlassen haben und hilfreich waren. Nach vielen Jahren erinnert sich Cindy noch gut daran, wie ihr Therapeut ihr half, den Kohleofen anzuzünden, nachdem sie in der Therapie berichtet hatte, sie lebe schon seit längerem in der unbeheizten Wohnung.

Für Menschen mit Psychoseerfahrung gibt es jetzt schon seit über zehn Jahren die so genannten Psychoseseminare, die einen Austausch von Betroffenen, Angehörigen und Fachleuten über Psychose- und Psychiatrieerfahrungen ermöglichen und die mehr Verständnis der Gruppen untereinander bewirken sollen.

Gleichzeitig dienen sie der Erarbeitung eines neuen Krankheitsverständnisses, inklusive einer Sprache, die keine diskriminierenden Begriffe mehr enthält. Hier werden alle drei beteiligten Gruppen als ExpertInnen ihrer selbst verstanden, hier zählt jedes Wort gleich viel, hier gibt es kein Oben und kein Unten. Vor fünfzehn Jahren hätte niemand die Gründung der jetzt schon über hundert Psychoseseminare im deutschsprachigen Raum für möglich gehalten. Heute erscheinen „Borderline-Seminare“, wie auch immer sie dann gestaltet sind, vielleicht unrealistisch – ich glaube jedoch, es wird sie bald geben. Worauf warten wir noch?