

# Borderline begegnen

Miteinander umgehen lernen

Susanne  
Schoppmann  
Matthias Herrmann  
Christiane Tilly



Susanne Schoppmann, Matthias Herrmann, Christiane Tilly  
**Borderline begegnen**  
Miteinander umgehen lernen

Psychiatrie  
Verlag 



**Dr. Susanne Schoppmann** ist Fachkrankenschwester für psychiatrische Pflege, promovierte Pflegewissenschaftlerin und Mitherausgeberin der Zeitschrift »Praxiswissen: Psychosozial«.



**Dr. Matthias Herrmann** ist promovierter Erziehungswissenschaftler und seit 1996 in der stationären Jugendhilfe tätig. Er leitet eine Wohneinrichtung für psychisch erkrankte Jugendliche und junge Erwachsene in Duisburg.



**Dr. Christiane Tilly** ist Ergotherapeutin, Dipl. Erziehungswissenschaftlerin und STEPPS-Lehrtrainerin. Sie ist Expertin für Borderline – auch aus eigener Erfahrung – und in einer allgemeinpsychiatrischen Klinik tätig.

Susanne Schoppmann,  
Matthias Herrmann, Christiane Tilly

# **Borderline begegnen**

Miteinander umgehen lernen

Unter Mitarbeit von Anja Link  
und Christof Schoppmann

Psychiatrie  
Verlag 

Susanne Schoppmann, Matthias Herrmann, Christiane Tilly

Borderline begegnen

Miteinander umgehen lernen

2. Auflage 2019

ISBN-Print: 978-3-96605-003-6

ISBN-PDF: 978-3-96605-004-3

**Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Weitere Bücher zum Umgang mit psychischen Störungen und ihrer Behandlung im Internet unter: [www.psychiatrie-verlag.de](http://www.psychiatrie-verlag.de)

Einen leeren Eisbergvordruck können Sie zur persönlichen Verwendung unter [www.psychiatrie-verlag.de/buecher/detail/book-detail/borderline-begegnen.html](http://www.psychiatrie-verlag.de/buecher/detail/book-detail/borderline-begegnen.html) herunterladen.

© Psychiatrie Verlag GmbH, Köln 2015, 2019

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf ohne Zustimmung des Verlags vervielfältigt, digitalisiert oder verbreitet werden.

Umschlagkonzeption und -gestaltung: GRAFIKSCHMITZ, Köln unter Verwendung eines Fotos von Lumamarin / photocase.com

Illustrationen: Claus Ast, Nierstein

Typografiekonzeption: Iga Bielejec, Nierstein

Satz: Psychiatrie Verlag, Köln

Druck und Bindung: medienHaus Plump GmbH, Rheinbreitbach

<b>Danksagung</b>	<b>7</b>
<b>Einführung: Annäherung von verschiedenen Seiten</b>	<b>8</b>
<b>Was man auf jeden Fall wissen sollte</b>	<b>19</b>
Über den Begriff und die Erkrankung	20
Wie wird die Diagnose gestellt?	22
Wie macht sich die Störung bemerkbar?	25
Hilfen für Betroffene	27
Das Eisbergmodell	29
<b>»An denen kommst du nicht vorbei«</b>	<b>35</b>
<b>Interview mit Tim: »Das ist so 'n Identitätsding«</b>	<b>42</b>
<b>Das Persönlichkeitskaleidoskop</b>	<b>48</b>
<b>Borderline: Erlebens- und Verhaltensweisen</b>	<b>62</b>
Selbstverletzendes Verhalten	62
Wechselbäder der Gefühle	72
Nähe und Distanz	78
Grenzen	99
Suizidalität	106
<b>Selbstfürsorge für Helfende</b>	<b>120</b>
Übungen auf der körperlichen Ebene	121
Übungen auf der emotionalen Ebene	123
Übungen auf der kognitiven Ebene	124
Übungen auf der spirituellen Ebene	125
Was sonst noch hilft	126

<b>Buch-, Film- und Linktipps</b>	<b>129</b>
Erfahrungsberichte und Romane	129
Selbsthilfebücher	130
Manuale	131
Achtsamkeit und Selbstfürsorge	131
Ratgeber	132
Fachliteratur	132
Für Angehörige	133
DVDs und Hörbuch	134
Webseiten	134
<b>Zitierte Literatur</b>	<b>137</b>

Die Eisberggrafik zum Selbstauffüllen finden Sie unter  
[www.psychiatrie-verlag.de/buecher/detail/book-detail/borderline-begegnen.html](http://www.psychiatrie-verlag.de/buecher/detail/book-detail/borderline-begegnen.html).

## Danksagung

Ein jedes Buch hat viele Autoren. Darunter auch solche, die nicht selbst schreiben, aber die Schreibenden inspirieren oder auf andere Weise in ihrem kreativen Prozess unterstützen. Bei all diesen Menschen bedanken wir uns von ganzem Herzen. Zu ihnen gehören: Kolleginnen und Kollegen, die uns im Rahmen des Drei-Länder-Kongresses 2007, des Borderline-Trialogs 2007 und zu anderen Gelegenheiten in München, Bremen und anderen Orten unsere Fragen beantwortet haben. Ganz besonders wollen wir uns bei Heiner Dehner, Hans Gunia, Melanie Grefenberg, Volker Hasslinger, Elke Max, Theresa Rakel-Haller, Monika Reller und Ingo Tschinke bedanken; sie werden wissen, wofür. Und selbstverständlich gilt unser Dank den vielen Klientinnen und Klienten, Fachleuten und Angehörigen, mit und von denen wir viel von dem, was hier beschrieben ist, gelernt haben. Ohne sie wäre dieses Buch nicht entstanden. Für das Lektorat danken wir Katrin Klünter. Und natürlich bedanken wir uns auch bei unseren Liebsten, die mehr oder weniger geduldig auf uns verzichtet haben, wenn wir mal wieder am Schreibtisch saßen ...



## Einführung: Annäherung von verschiedenen Seiten

### → Beispiel Das ganze Team ist in zwei Lager gespalten ...

Sie hat einen blonden Wuschelkopf, große braune Augen, und ich finde sie faszinierend. Sie ist so kreativ. Ihr Zimmer hängt voller selbst gemalter Bilder, die zum Teil mit einzelnen Wörtern und Sätzen versehen sind. Auch Skulpturen aus Pappmaschee und Arrangements aus auf Streifzügen gefundenen Gegenständen hat sie dort. Dazwischen liegen Kleider, Zigarettenspackungen und kleine Parfümflakons. Der Raum wirkt vollkommen bewohnt und erinnert in nichts mehr an ein Krankenhauszimmer.

Sie ist meine allererste Bezugspatientin und lebt schon lange in der Großstadt, in die ich eben erst umgezogen bin. Entsprechend sicher bewegt sie sich in dieser Stadt, sucht Kneipen, Plätze und Gegenden auf, die mir eher unheimlich sind. Sie arbeitet als Bühnenbildnerin an einem Theater, überlegt aber, einen anderen Beruf zu ergreifen. Einen, der es ihr ermöglicht, immer wieder weit wegzugehen, wie Stewardess.

In die Klinik ist sie nach einem Suizidversuch gekommen. Über sich selbst sagt sie, dass sie neugierig auf das Leben sei und keine Erfahrung auslassen wolle. Manchmal bleibt sie entgegen der getroffenen Absprachen abends lange weg, einige Male kommt sie erst am nächsten Tag zurück auf die Station. Was sie in diesen Zeiten macht, bleibt ihr Geheimnis. Diagnostiziert ist bei ihr eine Borderline-Persönlichkeitsstörung, und ich verstehe lange Zeit weder, was dies für eine Erkrankung sein soll, noch kann ich bei ihr Anzeichen erkennen.

Wir sind beide Anfang zwanzig, und ich finde ihre Neugier auf das Leben und ihre Unentschlossenheit gegenüber ihrem Beruf sehr nachvollziehbar. Irritiert bin ich lediglich von ihrem Suizidversuch, über den zu sprechen sie sich aber weigert. Wie in dieser Behandlungseinheit üblich treffen wir uns zweimal wöchentlich für jeweils dreißig Minuten zu einem Bezugspflegegespräch. Zu Beginn ähneln diese Gespräche Alltagsgesprächen, die ich mit Freundinnen führe. Dann aber passiert

es immer häufiger, dass mich die Patientin zu unseren vereinbarten Gesprächen versetzt, nicht aufzufinden ist oder mir sagt, sie wolle nicht mit mir sprechen. Zu anderen Terminen erscheint sie wiederum pünktlich und spricht bereitwillig über ihre Erlebnisse. Ich beginne sie für launisch zu halten.

Parallel zu dieser Entwicklung soll ich darauf achten, dass sie sich an Vereinbarungen hält – denn das tut sie häufig nicht. Dazu gehören die Teilnahme an bestimmten Therapiegruppen und Ausgangsregelungen. Lediglich die Einzeltermine mit ihrem Therapeuten nimmt sie zuverlässig wahr. Sie rebelliert nicht offen gegen die Regeln auf der Station, sie scheinen für sie nur nicht zu gelten. Meine Versuche, die Regelverstöße mit ihr zu besprechen, blockt sie ab: Ich sei schließlich keine ausgebildete Therapeutin und habe ihr deswegen nichts zu sagen. Überhaupt seien die Gespräche mit mir vollkommen nutzlos und langweilten sie inzwischen nur noch. Es kränkt mich, fühle ich mich doch schon fast wie eine Freundin. Auch bin ich eifersüchtig auf den Therapeuten, den sie nicht langweilig findet.

In der nächsten Teamsupervision ist sie das Thema. Der behandelnde Therapeut offenbart viele Details aus ihrer Lebensgeschichte, die über weite Strecken ziemlich bitter war. Ich begreife, dass in dieser Geschichte der Schlüssel für einige ihrer Verhaltensweisen liegt, die ich anfangs für eine Laune hielt. Über ihre Vergangenheit hat sie mit mir bisher nie gesprochen. Wieder bin ich eifersüchtig und fühle mich ziemlich inkompetent. Vielleicht hat sie recht, und unsere Gespräche sind belanglos.

In der Supervision vereinbaren wir, dass künftige Regelverstöße Konsequenzen haben müssen. Kommt sie beispielsweise verspätet aus einem Ausgang zurück, so wird der nächste gestrichen. Darauf zu achten und dies durchzusetzen, ist meine Aufgabe.

Als ich zu ihr komme, um dies mit ihr zu besprechen, sehe ich Tränen in ihren Augen. Die Leere in sich könne sie nicht mehr aushalten. Alles therapeutische Reden und all ihre Versuche, sich anregende Erfahrungen zu verschaffen, könnten diese Leere nicht ausfüllen. Schon fast verschwörerisch zeigt sie mir kleine, bereits verschorfte Schnittverletzungen an ihren Unterschenkeln. Das tue sie, wenn sie glaube, es nicht mehr ertragen zu können. Ich bin entsetzt und schockiert. So ein Verhalten ist neu für mich. Wie verzweifelt und schrecklich muss sie

sich fühlen, um so etwas zu tun. Mir fällt nichts ein, was ich sagen oder tun könnte, um ihre Verzweiflung zu lindern.

In den nächsten Tagen entbrennt ein regelrechter Machtkampf zwischen uns: Sie stimmt Vereinbarungen zu, nur um sich dann weiter nicht daran zu halten. Ich kündige die besprochenen Sanktionen an, an die sie sich ebenfalls nicht hält. Inzwischen fühle ich mich hilflos, und die beständige Sorge, dass sie sich erneut schneidet, belastet mich. Ihre Verhaltensweisen besprechen wir immer wieder in den Teamsitzungen. Dennoch kann ich keine konkreten Handlungsmöglichkeiten für mich ableiten, vermutlich weil ich zu unerfahren bin. Dafür hat sich meine Eifersucht auf ihren Therapeuten inzwischen in Ärger verwandelt. Er erkennt einfach nicht, wie sehr ich unter der Situation leide, wie hilflos und inkompetent ich mich fühle. Für ihn ist die Beziehung zu der Patientin einfacher zu handhaben, muss er doch nie für die Einhaltung von Regeln sorgen.

Erneut hält sich meine Bezugspatientin nicht an die Regeln, und die Situation eskaliert. Infolgedessen zeichnet sie eine Karikatur von mir, die sie außen an ihre Zimmertür klebt: Die Zeichnung zeigt mich als KZ-Aufseherin in Uniform. Am Ende dieser Dienstschrift gehe ich nach Hause und weine. Mich so dargestellt zu sehen, trifft mich sehr und verletzt mich. Ich fühle mich ungerecht behandelt. Bin ich doch Krankenschwester geworden, um Menschen zu begleiten und ihnen zu helfen und nicht, um sie zu kontrollieren und zu bestrafen. Diese Darstellung geht wirklich zu weit, und ich werde immer wütender. Mit dem Vorsatz, dies im Team klarzustellen und die Entlassung der Patientin zu verlangen, gehe ich zum nächsten Dienst.

Die folgende Teamsitzung wird turbulent. Ich bestehe darauf, dass solch eine persönliche Grenzverletzung nicht tolerierbar sei und dass die Patientin entlassen werden müsse. Der behandelnde Therapeut wirbt um Verständnis für die Patientin: Beziehungsabbrüche habe sie bereits zur Genüge erlebt, und eine Entlassung helfe ihr nicht. Ich beharre auf meinem Standpunkt.

Das ganze Team ist in zwei Lager gespalten, und wir streiten erbittert weiter. Als wir dabei angelangt sind, jeweils mit der Kündigung zu drohen, falls der eigene Standpunkt nicht durchgesetzt wird, kommt glücklicherweise ein kluger Oberarzt hinzu. Er deutet unseren heftigen Konflikt als äußeres Bild für das innere Erleben der Patientin und vermittelt hilfreiche Informationen über das Erkrankungsbild. So gelingt

es ihm schließlich, die heftigen Emotionen abzukühlen und uns einen für alle tragbaren Kompromiss finden zu lassen.

Zu einem Beziehungsabbruch ist es dennoch gekommen. Die Patientin hat während unserer Auseinandersetzung einen weiteren Suizidversuch unternommen und muss verlegt werden. Sie kommt nicht mehr auf die Station zurück. ✕

Diese Erfahrung liegt beinahe 25 Jahre zurück. Dennoch ist die geschilderte Situation Susanne Schoppmann eindrücklich vor Augen geblieben. Ebenso geht es vielen anderen psychiatrisch Tätigen, wie eine kleine, sicherlich nicht repräsentative Umfrage bei Pflegekongressen und Borderline-Trialog-Veranstaltungen zeigt. Symptome wie Suizidankündigungen, Selbstverletzungen in allen Formen, Entwertungen, Wut und das von Betroffenen empfundene Leid infolge erschütternder Erlebnisse werden als so beeindruckend und vermutlich auch belastend erlebt, dass sie Helfenden lange gegenwärtig bleiben. Eine in Schweden durchgeführte Untersuchung ergibt ein ähnliches Bild: Pflegende fürchten sich vor den lebensbedrohlichen Handlungen der Patientinnen und Patienten, sind von Frustration überwältigt und fühlen sich von Mitarbeitenden und Management alleingelassen (WILSTRAND u. a. 2007).

Kreativität, Unentschlossenheit, Regelmisssachtungen, Selbstverletzungen und Suizidversuche – die im Beispiel geschilderten Phänomene lesen sich wie eine Auflistung von Symptomen. Sie zeigen, wie komplex sich die Borderline-Persönlichkeitsstörung darstellt. Und doch ist im Beispiel nur die eine Seite der Medaille, das beobachtbare Verhalten, beschrieben. Aber nur wenn auch die nicht beobachtbaren Gefühle und das Erleben der Betroffenen in den Blick genommen werden, ergibt sich ein umfassendes Bild der Störung, das für einen verstehenden Zugang unabdingbar ist. Es gilt, Fachwissen und subjektives Erleben miteinander zu kombinieren.

Die andere Seite der Medaille beschreibt Martina, eine Betroffene:

→ **Beispiel Eine Einweisung wie jede andere ...**

Heute beginnt meine stationäre Psychotherapie. Auf der Therapiestation ist kein Platz mehr frei, also lande ich erst mal auf der »Offenen« der psychiatrischen Uniklinik. Meine Eltern bringen mich. Nett, aber ich will sie loswerden, um hier erst mal alles zu inspizieren! Sie stören dabei, blockieren meine Aufmerksamkeit.

Vom Pflegepersonal zeigt mir jemand die Station. Während die Schwester routiniert und gelangweilt den üblichen Tagesablauf herunterleiert, checke ich ab, wo es Lücken gibt. Frühsport höre ich. Pflichtteilnahme. Werde ich nicht mitmachen, denke ich. Keinesfalls! Ich höre, was meine Verpflichtungen sein sollen, und überlege gleichzeitig, wie ich sie umgehen kann, und lege mir erste Ausreden zurecht. Schmiede Pläne, wie ich das Programm für mich attraktiver gestalten kann.

Nun bin ich im Zimmer, in dem ich gemeinsam mit einer anderen Patientin die nächsten Wochen wohnen soll. Maximal zehn Quadratmeter, düster, die Einrichtung soll Freundlichkeit vermitteln – mit spärlichem Erfolg ...

Meine Sachen stelle ich erst mal nur ab; durch die Klinik zu stöbern, scheint mir interessanter, denn auf der Station ist im Moment nichts los.

Den nötigen Überblick habe ich mir verschafft. Ich bekomme die Vorahnung, dass ich mich hier schrecklich langweilen werde: Das Haus ist recht übersichtlich. Es gibt eine ziemlich verbarriadierte Station für Kinder- und Jugendpsychiatrie, eine Psychosomatische Station, auf die ich dann mal hinsoll, und, was ich doch recht interessant finde: zwei Intensivstationen – eine für Männer, eine für Frauen. Die milchgläsernen Türen sind zu, es ist die »Geschlossene«. Intensivstation klingt wichtig, hier sind vermutlich die schweren Fälle untergebracht. Zu gern wüsste ich, was hinter diesen Türen passiert.

Zurück auf meiner Station stelle ich fest, dass sich hier immer noch nichts tut. Alle Mitpatienten sind unterwegs zu irgendwelchen Therapien oder im Ausgang. Erst als zum Abendessen ausgerufen wird, tauchen Menschen hinter Türen auf, und eine Geräuschkulisse macht sich breit. Unfreundliche, verschlossene Gesichter. Ich komme mir klein und unsichtbar vor, fühle mich nicht wohl. Eine Gemeinschaft, für die ich nicht interessant zu sein scheine. Das kränkt mich. Ich beschließe, hier nicht zu bleiben.

Eine Magersüchtige zieht viel Aufmerksamkeit auf sich. Sie scheint einen sozialen Status zu besitzen, wie damals die Klassensprecher. Der Star dieser Manege. Keine leichte Konkurrenz. Hier würde ich nicht so schnell meinen Platz finden.

Nach dem Abendessen ist das offizielle Programm zu Ende. Ein Abend tut sich auf: Für mich hat der Tag noch mindestens sieben Stunden.

Keiner nimmt sonderlich Notiz von mir. Mir jetzt schon selbst genug zu sein, ist mir zu blöd und zu langweilig. Ich möchte wissen, was passiert, wenn ich ein bisschen »aufdrehe« und Stress produziere. Ich weiß, dass ich erst mal den Eindruck mache, als sei ich pflegeleicht. Jetzt rechnet überhaupt noch niemand damit, dass ich Schwierigkeiten machen könnte, und überhaupt soll sich hier mal niemand in Sicherheit wiegen und glauben, mich einschätzen zu können.

Also präsentiere ich dem einzigen Pfleger auf Station fünf Minuten später einen Arm voller tief klaffender Wunden. Er erschrickt – ich empfinde Erleichterung. Es funktioniert also, Bewegung kommt in die Sache. Mit einem Chirurgiebesuch und einem Gespräch mit dem diensthabenden Arzt ist der Abend gerettet!

Doch es kommt besser, als erwartet. Nach einem dreistündigen Zwischenspiel in der Chirurgie, natürlich in Begleitung: das Gespräch mit dem Oberarzt. Er habe mich schon nachmittags auf dem Gang herum-schleichen gesehen und den Eindruck, es ginge mir wirklich schlecht. – Ach ja? – Er glaube, ich sei viel schwerer krank, als das alle bisher eingeschätzt haben, und prompt darf ich meine Sachen zusammenraffen, denn ich habe einen Platz auf der Intensivstation gewonnen! Ich grinse in mich hinein; auffallen darf das niemandem.

Es ist mir schon peinlich, als ich wie ein Schwerverbrecher auf die Station gebracht werde; begleitet vom Oberarzt und einem Pfleger, der aufpassen soll, dass ich nicht abhaue. Warum sollte ich? Mein Status ist durch diesen Auftritt schon mal halbwegs gesichert. Er verleiht mir eine gewisse Wichtigkeit, einen Vorsprung!

Auf der geschlossenen Station staune ich nicht schlecht darüber, was mir hier so geboten wird. Ich komme in ein »Beobachtungszimmer« – von den Patienten »Babyzimmer« genannt. Die Wand zum Gang und zwischen dem Zimmer und dem Glashaus ist keine Wand, sondern eine Glasscheibe. Das Glashaus wiederum ist eine Art Stationszimmer, das mitten auf dem Gang steht und rundherum aus Glas besteht. So hat das Pflegepersonal einen guten Überblick über alle Beobachtungszimmer im hinteren Teil der Station.

Ich soll im Zimmer warten, eine Schwester wird mir an die Seite zum Aufpassen gesetzt. Während ich beobachte, wie der Arzt im Stationszimmer mit ernster Miene die Situation erklärt und mir immer wieder besorgte Blicke zuwirft, wächst die Spannung zwischen mir und meiner Aufpasserin. Sie scheint Übles über mich gehört zu haben und

mit allem zu rechnen. Der dick verbundene Arm bestätigt sicherlich ihre wildesten Vermutungen.

Für heute hätte mir das an Action eigentlich genügt. Es ist ohnehin schon fast Mitternacht. Und auf die folgende Aktion hätte ich gern verzichtet. Dennoch, interessant allemal ...

Ein Pfleger und eine Schwester beginnen, meine Sachen auf gefährliche Gegenstände zu durchsuchen. Ich kenne das, aber nicht mit einer solch akribischen Gründlichkeit! Interessiert sehe ich zu, wie sie meine Schultasche auseinandernehmen. Da liegt so allerlei Zeugs drin herum, ich räume die seltenst auf. Eine Stricknadel wird hervorgezogen, die da seit drei Monaten liegen muss ... ich hatte sie noch gar nicht vermisst. Der Pfleger macht sich seinen eigenen Reim daraus, guckt mich sehr ernst und aufmerksam an und beschlagnahmt die Stricknadel. Aha, denke ich. Wie bitte kann man sich denn mit einer Stricknadel verletzen? Die folgenden Stunden bin ich damit beschäftigt, Rätsel dieser Art zu lösen. Mir werden Sachen weggenommen, die ich nicht im Traum für gefährlich gehalten hätte. Besonders unschön noch die Krönung der Filz-Aktion, bei der ich einer Schwester ins Bad folgen und mich komplett ausziehen muss. Wo bitte soll ich denn noch Rasierklingen versteckt haben? Allerdings: Die vermeintlichen Verstecke, die abgesehen werden, erscheinen mir als halbwegs nützliche Anregungen für künftige Lager. Nun wird mir das alles doch sehr unangenehm, und ich könnte vor Scham im Boden versinken. Eine Beklommenheit will sich in mir breitmachen, doch viel Gelegenheit bleibt nicht.

Ich werde misstrauisch beäugt und beäuge genauso zurück! Wenn das so weitergeht, wird das hier doch recht spannend.

Dieses blöde Theater lenkt mich ab, von meiner tiefen Verzweiflung, meinen Ängsten und meinem abgrundtiefen Hass mir selbst gegenüber. Hier fühle ich mich erst mal gut aufgehoben. Hier will ich bleiben.

Der bekümmerte Pfleger von vorhin kommt noch mal, um mit mir zu sprechen. Ich erzähle ihm, wie niederschmetternd das für mich sei, hier gelandet zu sein, und wie sehr ich hoffe, hier so schnell wie möglich wieder wegzukönnen. Innerlich mache ich mich hier aber schon mal breit und fühle mich bereits wie zu Hause. Ich bemerke die Diskrepanz zwischen dem, was ich sage, und dem, was ich empfinde. Hoffentlich bin ich die Einzige, die das bemerkt! Hoffentlich kommt mir so schnell keiner auf die Schliche. Die Angst vor den Demütigungen hier ist kleiner als die Angst vor dem Nichts im Alltag draußen. ✕

Auch Martinas erster Tag liegt über zwanzig Jahre zurück. Er stammt aus einer Zeit, in der strukturierte Therapieprogramme in Deutschland noch nicht sehr verbreitet waren. In den 1990er-Jahren erfolgte die Behandlung von Borderline-Betroffenen meist auf Akutstationen. Zum Schutz der eigenen Person und des Umfeldes wurde ihnen jegliche Verantwortung abgenommen. Diese Vorgehensweise verstärkte jedoch häufig die Symptomatik.

Indessen sind die heutigen Therapie- und Trainingsprogramme speziell auf die Bedürfnisse der Borderline-Störung abgestimmt. Sie ermutigen die Betroffenen, sich selbst wieder Verantwortung zuzutrauen und den Alltagsherausforderungen zu stellen. Dennoch gibt es auch heute noch Patientinnen und Patienten, für die die angebotenen Therapien zum aktuellen Zeitpunkt nicht passen oder die verzweifelt auf einen ambulanten Therapieplatz warten und dabei immer tiefer in einen Kreislauf aus Notfallbehandlung und Krisenintervention geraten. Nicht wenige mussten die Erfahrung machen, von einer Einrichtung zur nächsten geschickt zu werden.

Anders als noch vor zwanzig Jahren sind Borderline-Betroffene heute auch häufig im stationären Langzeitbereich, im Betreuten Wohnen und in komplementären Einrichtungen wie Tagesstätten anzutreffen. Die Verweildauer ist in diesen Angeboten meist zeitlich nicht limitiert und kann eine Chance für Veränderung im persönlichen Tempo sein. Ebenso bietet sie aber auch einen Rahmen, in dem »das blöde Theater« anfangen kann, den Alltag zu dominieren, und die Gefahr der Hospitalisierung besteht. Besonders groß ist die Gefahr in Einrichtungen, die bisher vorrangig Menschen mit Psychosen betreut haben, da sich die Mitarbeitenden erst noch auf die Bedürfnisse einer weiteren Patientengruppe einstellen müssen. Dass dies gut funktionieren kann, belegen zahlreiche Beispiele aus der Praxis. Immer gilt es dann aber zu lernen, voneinander und miteinander.

Dies ist auch das grundsätzliche Anliegen dieses Buches: eine Verbindung zwischen Regel- oder Faktenwissen und einem verstehenden Zugang zum subjektiven Erleben der Betroffenen herzustellen. Entstanden ist diese Idee im Austausch zwischen den Begründerinnen des Borderline-Triologs, Anja Link und Christiane Tilly, die ihr Erfahrungswissen beigesteuert haben, sowie der Pflegewissenschaftlerin Susanne Schoppmann und dem Diplom-Pädagogen Matthias Herrmann, die sich aus der professionellen Perspektive mit den Inhalten dieses Buches aus-



einandergesetzt und diese zur Diskussion gestellt haben. Wir sind uns nicht in einer konkreten Behandlungssituation als Patientinnen und professionell Helfende begegnet, sondern haben uns im Rahmen von Kongressen kennengelernt als Stellvertretende beider Gruppen. Daraus ergab sich eine »Metaebene«, die es uns erleichtert hat, die jeweiligen Befindlichkeiten im Umgang miteinander zu thematisieren. Unsere positiven wie negativen persönlichen Erfahrungen aus Interaktionen in Behandlungs- oder Betreuungskontexten beziehen sich auf jeweils andere Betroffene und auf psychiatrisch Tätige aus ganz unterschiedlichen beruflichen Kontexten. Auf diese Weise war es uns möglich, die Erfahrungen der jeweils anderen Seite ohne die in den konkreten Situationen dazugehörenden persönlichen Gefühle nachzuvollziehen und zu reflektieren.

Dabei ist uns aufgefallen, mit welcher Selbstverständlichkeit die psychiatrische Fachsprache auch von den Betroffenen genutzt wird, die sie allerdings im Verlauf ihrer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung wie eine Fremdsprache erlernen mussten. Doch warum eigentlich?

Eine Betroffene beschreibt:

- » Als ich 16 war, nach einem Suizidversuch zum ersten Mal für einige Wochen in der Psychiatrie, wurde ich mit der Diagnose ›Borderline‹ entlassen. Schon lange war ich damals auf der Suche nach einem Vokabular für das Chaos in mir – und fündig wurde ich endlich in der Fachliteratur. Dass mit mir damals überhaupt nicht über meine neue Diagnose gesprochen wurde, habe ich als eine Abwertung und Ausgrenzung empfunden. Insofern war vielleicht mein vieles Lesen über dieses Störungsbild auch ein Ausdruck für meinen Wunsch nach Gleichberechtigung und Augenhöhe. Vielleicht wollte ich auch deshalb so viel über diese Diagnose wissen, um Missverständnissen mit den Profis endlich entgegenwirken zu können. Später hatte ich durch dieses angeeignete Fachwissen immer den Vorteil, ›mitreden‹ zu können, Zuschreibungen der Fachleute einordnen zu können, und es bewirkte ein diffuses Gefühl der Zugehörigkeit. Wie sehr das Gelesene mit dem eigenen Erleben übereinstimmte, wurde mitunter unwichtig. «

Eine Fachsprache ist die Codierung, in der sich eine Berufsgruppe verständigt, in unserem Fall: psychiatrisch Tätige. Wir nutzen Diagnosebegriffe wie Borderline-Persönlichkeitsstörung oder Bezeichnungen für Therapieformen wie DBT (Dialektisch-Behaviorale Therapie), um

komplexe Sachverhalte kurz und knapp ohne lange Erläuterungen zu kommunizieren. Wer diese Sprache beherrscht, zeigt damit, dass er über psychiatrisches Fachwissen verfügt und sich in einem komplizierten Theoriegebäude bewegen kann. Wie aber wird dann das Expertenwissen den von der Erkrankung betroffenen Menschen vermittelt? Ist es überhaupt von Bedeutung? Müssen die Betroffenen eine »Fremdsprache« erlernen, um sich mit den Professionellen zu verständigen? Wäre dies nicht genau umgekehrt zu erwarten? Und wären Betroffene damit einverstanden? Was sagt die Sprache über die Machtverhältnisse zwischen Behandelten und Behandelnden aus?

In einer Klinikzeitschrift wird die Sprache in der Psychiatrie dialogisch betrachtet:

- » Neben der ›Therapiesprache‹ lernen die Neuankömmlinge aber auch eine ›Insidersprache‹, die nur die Patient/innen untereinander nutzen. Die Insidersprache ›gehört‹ allein den Patient/innen. Würde ein/e Mitarbeiter/in zu einer Patientin/einem Patienten sagen: ›Ich habe in der Übergabe gehört, dass Sie geritzt haben‹, so würde dies dazu führen, dass die Betroffenen sich nicht ernst genommen fühlen und den Eindruck bekommen, das Problem der Selbstverletzung wird ins Lächerliche gezogen. Der ›verniedlichende‹ Begriff ›Ritzen‹, für Selbstverletzung, führt in der Kommunikation unter Patient/innen dazu, dass die Kommunikation über das Verhalten besser ertragen werden kann. Von Mitarbeiter/innen genutzt bedeutet er für die Patient/innen, dass die Mitarbeiter/innen nicht sehen, wie schlecht es den Patient/innen eigentlich geht. Im Gespräch über Sprache und Borderline-Störung zwischen Patient/innen und Mitarbeiter/innen ist deutlich geworden, dass es im Zusammenhang mit der Diagnose eine Sprache gibt, die Wissen innerhalb eines bestimmten Rahmens teilt (›Therapiesprache‹), die zeitweise eine Abgrenzung schafft (Dolmetschen in Alltagssprache, auch gegenüber anderen Patientengruppen) und die Zugehörigkeit markiert (›Insidersprache‹). Unsere Patient/innen beherrschen im Prinzip drei Sprachen, in denen sie sich über ihre Probleme und deren Bewältigung verständigen können, was eine nicht zu unterschätzende Leistung ist. Im Miteinander-Reden der beiden beteiligten Gruppen wurde deutlich, dass ›Missverständnisse oft keine sind, sich aber so anfühlen‹, wie es eine Patientin treffend zusammenfasst. « (BACZYNSKA u. a. 2010)
- Diese Beispiele zeigen: Im gemeinsamen Nachdenken und im Austausch miteinander können wir unser Wissen und unsere Erfahrungen

abgleichen und um die jeweils andere Perspektive ergänzen. So lernen wir voneinander, können Vermutungen über Motive des jeweiligen Handelns überprüfen und korrigieren und uns so aufeinander zubewegen.

Ganz zu Beginn dieses Buchprojekts haben wir uns gefragt, wie Betroffene es wohl finden werden, wenn Fachleuten in diesem Buch so viel »Insiderwissen« zugänglich wird. Was wird mit diesem Wissen passieren? Müssen die Betroffenen am Ende ganz neue Strategien zum Überleben und zur Anerkennung von Leid suchen, weil Fachleute vielleicht auf die Idee kommen könnten, dass sie »die Spiele, die sie *natürlich* schon alle kannten«, nun genau »durchschauen« können? Nach zehn Jahren Erfahrung mit dem Borderline-Trialog und weit mehr Jahren Austausch mit Kolleginnen und Kollegen auf beruflicher Ebene sind wir sicher: In diesem Buch werden keine Geheimnisse ausgeplaudert, die nicht längst Gegenstand dialogischen und trialogischen Austausches sind. Die Fachleute, die wir kennengelernt haben, haben die Informationen zum Erfahrungswissen nicht 1:1 auf die Menschen übertragen, mit denen sie arbeiten – es hätte auch nicht funktioniert –, sondern haben den Austausch mit Betroffenen und Angehörigen gesucht. Genau dazu möchten wir beitragen. Dieses Buch ist ein dialogbasiertes Buch, dessen Titel Programm ist und damit Mut zur Begegnung machen will.

Da jede Begegnung bei einem selbst beginnt, finden Sie am Ende fast aller Kapitel Fragen, die Ihnen helfen sollen, Ihre eigenen Haltungen und Vorstellungen zu benennen und zu reflektieren. Sie können sie als »Brücken im Erleben« zwischen Fach- und Erfahrungswissen und als Anregung für Gespräche mit Borderline-Betroffenen und Kolleginnen und Kollegen nutzen. Nehmen Sie sich Zeit, wenn Sie sich mit den Fragen auseinandersetzen. Borderline zu begegnen, bedeutet, sich einzulassen, aber auch, sich abzugrenzen. Überlegen Sie, wann für Sie ein günstiger Zeitpunkt ist, sich mit den Anregungen zur Reflexion auseinanderzusetzen.