

1

0

Im Blickpunkt:

# **GRENZEN ÜBERSCHREITEN**

## **Borderline und Selbsthilfe**

Dokumentation der Fachtagung  
am 1. Dezember 2006 in Essen



Koordination für Selbsthilfe in NRW ■ ■

Die Broschüre wurde gefördert vom  
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales  
des Landes Nordrhein-Westfalen

**Herausgeber:**

**KOSKON NRW**

Koordination für Selbsthilfe in NRW

Eine Einrichtung der:



Deutsche Arbeitsgemeinschaft  
Selbsthilfegruppen e.V.

Friedhofstr. 39

41236 Mönchengladbach

Tel.: 0 21 66 – 24 85 67

Fax: 0 21 66 – 24 99 44

[selbsthilfe@koskon.de](mailto:selbsthilfe@koskon.de)

[www.koskon.de](http://www.koskon.de)

**Redaktion:**

Anita M. Jakubowski

Angelika Verkaar

**Druck und Verarbeitung:**

C+K GmbH, Mönchengladbach

**Auflage:** 1.000

© KOSKON, Mönchengladbach 2007

## **Eröffnung der Tagung**

Anita M. Jakubowski

## **Grußwort des BKK Landesverbandes NW**

Klaus Zunker

## **Was ist Borderline?**

### **Begriffsbestimmung und Möglichkeiten der therapeutischen Behandlung**

Benno Peters

## **Leben mit Borderline**

### **Die soziale Dimension der Borderline-Erkrankung**

Doris Lewe

## **Borderliners Anonymous**

### **Eine Interessengemeinschaft stellt sich vor**

## **Unser Weg**

### **Gespräch mit Teilnehmerinnen von Selbsthilfegruppen – Protokoll**

Anita M. Jakubowski

## **„Psycho“-Gruppen –**

### **Eine besondere Herausforderung für die Selbsthilfe-Unterstützung**

Jürgen Matzat

## **Anhang**

## **Grußwort des BKK Landesverbandes NW**

Herzlich willkommen zur Fachtagung „Grenzen Überschreiten – Borderline und Selbsthilfe“, die von KOSKON NRW in unserem Hause veranstaltet wird.

Experten<sup>1</sup> gehen davon aus, dass psychische Störungen insgesamt zu der Spitzengruppe der kostenintensiven und am meisten beeinträchtigenden Krankheiten gehören, die nach wie vor in ihrer gesundheitspolitischen Bedeutung zunehmen. In Deutschland sind nach Schätzungen des Kompetenznetzes Depression<sup>2</sup> rund vier Millionen Menschen von einer Depression betroffen. Fast 50 % der Betroffenen suchen keine Hilfe auf.

Die Borderline-Erkrankung ist mit einer Prävalenz von etwa 1,5 % in der Bevölkerung eine der häufigsten psychischen Störungen in Deutschland, die deshalb hohe Behandlungskosten verursacht, weil z. B. ein hohes Selbstschädigungs-/Suizidrisiko besteht, dass zu vermehrten Krankenhausaufenthalten führt. Hauptrisikogruppe sind hierbei vor allem junge Frauen.

Scham und Stigmatisierung führen oft dazu, dass bestehende Hilfsangebote nicht wahrgenommen werden.

Daher ist es wichtig Maßnahmen zu ergreifen, die zu einer Optimierung von Früherkennung, Diagnostik und Behandlung von psychischen Erkrankungen führen und einen Beitrag zur Entstigmatisierung leisten. Auch der stärkere Einbezug von

Patientinnen/Patienten und Angehörigen in den medizinischen Entscheidungsprozess als ein zentrales Element bei der medizinischen Behandlung ist zu verstärken.

Im Umgang mit Betroffenen spielt zudem Unwissenheit eine große Rolle, weil es sehr schwierig ist in einigen wenigen Sätzen zu erklären, was Borderline bedeutet. Angehörige sind meist sehr verunsichert, wenn sie z. B. von den Selbstverletzungen und den damit verbundenen Folgeproblemen erfahren.

Deshalb müssen geeignete Wege gefunden werden, um Betroffene über die bestehenden Strukturen der Selbsthilfe im Gesundheitswesen bedarfsgerecht zu informieren.

Längst ist belegt: Selbsthilfe hilft, stärkt, verbindet und vermittelt. Die Betriebskrankenkassen in NRW wissen um die herausragende Bedeutung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe und beteiligen sich seit Jahren aktiv an der Planung und Durchführung von innovativen Projekten. Der damit einhergehende Meinungs- und Erfahrungsaustausch stärkt die Kommunikation und die Zusammenarbeit sowie die Bereitschaft voneinander zu lernen.

Für den heutigen Tag wünsche ich Ihnen zukunftsweisende Diskussionen und erfolgreiche Beratungen, damit sich alle Beteiligten auch weiterhin engagiert für die Interessen der betroffenen Menschen einsetzen können.

<sup>1</sup>[www.gesundheitsziele.de](http://www.gesundheitsziele.de)

<sup>2</sup>[www.kompetenznetz-depressionen.de](http://www.kompetenznetz-depressionen.de)

## **Eröffnung der Tagung**

Mit der diesjährigen landesweiten Fachtagung wird die vor einigen Jahren begonnene Reihe zur Information und Diskussion konkreter Themen und ihr Bezug zur Selbsthilfe fortgesetzt.

Die heutige Tagung ist bereits die vierte kleinere KOSKON-Fachtagung und man könnte sagen, da hat sich so etwas wie eine kleine Tradition herausgebildet: In den letzten Jahren hat KOSKON im Abstand von zwei Jahren jeweils eine große landesweite Tagung in Kooperation mit dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen veranstaltet. Themen waren „Patientenberatung – Die neue Rolle der Selbsthilfe?“ und „Patientenbeteiligung – Die neue Herausforderung für die Selbsthilfe“. Dazwischen wurden bewusst kleinere Fachtagungen organisiert mit einer begrenzten Zahl von Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Diese kleineren Tagungen waren jeweils einem von Selbsthilfegruppen bearbeiteten Thema gewidmet und sollten aufgrund des kleineren Rahmens den Teilnehmerinnen und Teilnehmern die Möglichkeiten bieten, intensiver miteinander ins Gespräch zu kommen.

Thematisiert haben wir bisher Essstörungen, Migration sowie Angst, Panik und Depression. Es ist nun nicht verwunderlich, dass wir wieder ein Thema aus dem Bereich psychische Störungen aufgegriffen haben. Anlass war nicht nur die Tatsache, dass psychische Störungen in den letzten Jahren

zugenommen haben und nach Expertenmeinungen noch zunehmen werden – Zahlen werden Sie heute im Verlauf des Tages sicherlich noch einige zu hören bekommen. Anlass war insbesondere auch das Phänomen, dass der Umgang der Betroffenen mit ihrer Krankheit offener geworden ist und dass immer mehr Betroffene den Weg in eine Selbsthilfegruppe als wertvolle Unterstützung in ihrem Alltag suchen.

Diese Suche gestaltet sich zurzeit aber noch ziemlich beschwerlich, denn im Bereich psychischer Erkrankungen gibt es noch nicht so viele Selbsthilfegruppen wie z.B. im Bereich der somatischen Erkrankungen. Das liegt meiner Ansicht nach daran, dass es sich hier um einen in Bezug auf Selbsthilfegruppen *Betroffener* noch relativ neuen Bereich handelt – die Selbsthilfe Angehöriger psychisch Kranker kennen wir dagegen bereits seit vielen Jahren – und sich Betroffene nur sehr schwer entscheiden, selbst eine Gruppe zu gründen.

Nun entstehen oder entstanden Selbsthilfegruppen nicht immer „von selbst“. Besonders im Bereich psychischer Erkrankungen hat sich die Unterstützung durch Selbsthilfe-Kontaktstellen für die Entstehung und den Bestand von Selbsthilfegruppen *Betroffener* als sehr förderlich erwiesen. Dabei ist eine genauere Kenntnis der psychischen Erkrankung mit ihren Auswirkungen für die Betroffenen für die Unterstützung von Gruppengründungen und für Gruppenberatungen sehr hilfreich.



Vor diesem Hintergrund haben wir das Thema „Borderline“ aufgegriffen, für das es besonders in den letzten Jahren steigende Nachfragen gibt.

Zum Programmablauf will ich jetzt nichts mehr sagen. Das überlasse ich meiner Kollegin Anne Kaiser, die heute durch das Programm führen wird. Mir bleibt nur noch, auf eine weitere kleine Traditionen hinzuweisen: wie bei allen unseren kleineren KOSKON-Tagungen sind wir auch heute Gast im Hause des BKK Landesverbandes. Ich möchte mich ganz herzlich für diese langjährige und unkomplizierte Gastfreundschaft bedanken.

Benno Peters

## **Was ist Borderline? Begriffsbestimmung und Möglichkeiten der therapeutischen Behandlung**

### Anmerkung:

Dr. Benno Peters ist Facharzt für Psychotherapeutische Medizin. Er ist seit 30 Jahren im Beruf und hat sich in dieser Zeit besonders auch mit der Borderline-Erkrankung auseinandergesetzt. Seit 1983 ist Dr. Benno Peters in eigener Praxis in Aachen tätig. Seinen Beitrag hat er an Hand einer Power Point Präsentation referiert. Wir haben in Abstimmung mit Dr. Peters das Bildmaterial an einigen Stellen durch die bei der Tagung mitgeschnittenen Erläuterungen ergänzt.

### **Erkennen**

Es gibt keine durchgreifende Störung bei der man sagen kann, das ist eine Borderline-Erkrankung. Es stellt sich immer die Frage, hat der oder die Kranke ein Syndrom oder eine Persönlichkeitsstörung?

Man muss sagen, das ist eine Spektrum-Krankheit – von ganz leicht bis zu sehr schwer. Es gibt Fehl-diagnosen; meistens, wenn Personen depressiv sind und sich selbst verletzen. Dann kann es sein, dass ein Haus- oder Facharzt eine Borderline-Erkrankung diagnostiziert. Es ist sehr schwer eine Stellung dazu zu beziehen, wie sich die Betroffenen selber helfen können. Es gibt nur wenige Therapeuten die sich trauen, diesen, in den meisten Fällen Patientinnen, zu helfen. Viele steigen aus

dem Beruf auch wieder aus, weil er emotional zu anstrengend ist. Es ist selbstverständlich, dass man nicht zu viele Patienten oder Patientinnen betreut und auch nur dann, wenn man die ganze Woche über ansprechbar sein kann. Ich halte es nicht für richtig, die Behandlung mit allein einem halbstündigen Gesprächstermin in der Woche durchzuführen.

Sie werden merken, dass ich an einigen Stellen auch ein paar kritische Anmerkungen machen werde. Ich habe meinen eigenen Stil gefunden, der steht in keinem Lehrbuch. Ich habe eine psychoanalytische und eine psychiatrische Ausbildung. Im Laufe meiner Niederlassung habe ich ein multiprofessionelles Team gefunden. Die Krankenkassen waren zunächst nicht bereit, so etwas zu finanzieren. In der Deutschen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie gab es aber Bestrebungen, dies zu verändern. Die Zusammenarbeit mit einem Psychiater, einer Psychologin, einem Sozialarbeiter und einer Krankenschwester haben wir verwirklichen können, indem wir uns einfach parallel niedergelassen haben und ich den Sozialarbeiter selbst finanziert habe.

Was ich Ihnen vermitteln möchte ist vielleicht etwas provokativ:

**Man muss sie mögen  
und dressieren  
lernen/lehren/ihnen beibringen**

Man muss sie mögen und dressieren – die Borderliner. Und zwar muss man das selber lernen, man

muss es sie lehren, ihnen beibringen, dass sie aus Zuständen herauskommen. Ich musste schon sehr früh lernen mit Borderlinern zu arbeiten, weil ich 1973 zwei Bekannte hatte, mit denen ich hart gearbeitet habe. Ich wusste noch nicht, dass sie diese Störung hatten. Ein Bekannter kam abends vorbei, er hatte sich geschnitten. Ich habe ihn verbunden und ihm gesagt, darüber reden wir jetzt nicht. Wir haben dann später darüber geredet. Mir kam das damals schon wie ein Dressieren vor. Dressieren ist hier aber durchaus positiv gemeint, nämlich dass man Menschen zu etwas bringt, was sie eigentlich nicht wollen. Damals war mir noch gar nicht klar, dass das eine ganz wichtige Tätigkeit ist, die man nicht verdammen darf. Wenn man einmal akzeptiert hat, dass man diese Krankheit hat, muss man den Betroffenen das selbst schädigende Verhalten lassen, da es u.U. Spannungen abbaut. An dieser Stelle geht es meist schon in den Familien schief, wenn ein Angehöriger in einen solchen Zustand kommt. Ich möchte Ihnen an dieser Stelle einen Borderline Zustand aus der Literatur vorlesen. Da gibt es einen Menschen, der merkt, dass er plötzlich in einen solchen Zustand kommt:

### **Borderline Zustand:**

„und dann, fast so plötzlich, wie es gekommen war, verschwand es wieder.

Ich geriet in Panik und dachte an die tausend Dinge, die ich im Studio noch zu tun, und an die Gänge, die ich nach der Arbeit noch zu erledigen hatte.

Mir wurde übel, und ich fing an zu schwitzen.

Ich steuerte meine Wohnung an und rannte fast den ganzen Weg.

Als ich zu Hause ankam, war mir, als sei ich verfolgt worden.

Aber von was? Von der Freiheit, nehme ich an.

Um mich zu beruhigen, fing ich an zu essen und konnte nicht aufhören.

Mir war, als hätte ich alles Gefühl abgeschnitten.

Ich war angeekelt.

Ich werde zum Roboter oder zum Computer, sobald ich mich wie ich selbst fühle“.

„Als ich zu Hause ankam, war mir, als sei ich verfolgt worden“ – erste Möglichkeit eines Missverständnisses: Borderliner haben Verfolgungswahn.

„Aber von was?“ – und jetzt kommt eine ganz wichtige Sache: „Von der Freiheit nehme ich an“.

Borderliner sind ganz flexible Menschen. Ein ganz angepasster, viereckiger Mensch käme nicht auf die Idee, von der Freiheit verfolgt zu werden. „Um mich zu beruhigen, fing ich an zu essen und konnte nicht aufhören“ – bis zu 60 % der Betroffenen haben Essstörungen.

Ich finde, dies ist eine sehr bezeichnende Schilderung einer amerikanischen Patientin von ungefähr 28 Jahren.

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung betrifft etwa 1,5% der Bevölkerung. Fachleute gehen zurzeit von 0,7% aus, d.h. die Diagnose wird weniger häufig gestellt. Von 28,8% die selber glauben, eine Borderline-Störung zu haben, bleiben 4,4% übrig nach den entsprechenden Untersuchungen. Bei den Borderlinern ist das auch so, dass immer welche glauben, dass sie das haben. Einige Menschen sagen, diese Störung nimmt immer mehr zu. Natürlich hat die Diagnose in den letzten 10 Jahren zugenommen, weil sie bei den Ärzten bekannt geworden ist. Wir müssen aber nicht befürchten, dass die Zahl immer mehr zunimmt, insbesondere wenn wir über die Entstehung noch einiges erfahren haben:

### **Die Borderline-Persönlichkeitsstörung**

#### **Allgemeines**

- Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist ein schwerwiegendes psychiatrisches Störungsbild.
- Es betrifft etwa 1,5 % der Bevölkerung.
- Im Zentrum stehen Probleme der Affektregulation, der Beziehungsgestaltung und des Selbstwertgefühls.
- Die Reizschwelle für innere und äußere Ereignisse, die innere Emotionen hervorrufen, ist niedrig.
- Das Erregungsniveau ist hoch.
- Nur verzögert erreichen die Patienten wieder das emotionale Ausgangsniveau.
- Die unterschiedlichen Gefühle werden von den Betroffenen oft nicht differenziert wahrgenom-

men, sondern häufig als äußerst quälende diffuse Spannungszustände erlebt.

- Es kommt auch zu Körperwahrnehmungsstörungen wie Schmerzunempfindlichkeit, Veränderungen der Optik, des Geruchs, des Hörens.
- Selbstschädigendes Verhalten in 80% der Fälle, Schneiden, Brennen, Blutabnehmen.
- Dies kann manchmal die Spannungszustände reduzieren.
- Selbstschädigung ist ein häufiges Verhalten, meist um sich wieder zu spüren oder Spannungszustände zu reduzieren oder auch zu euphorisieren.
- Manche neigen zu einem Hochrisikoverhalten.
- Im zwischenmenschlichen Bereich Schwierigkeiten in der Regulation von Nähe und Distanz.
- Häufig intensive Angst vor dem Alleinsein bei gleichzeitiger Wahrnehmung von Nähe und Geborgenheit mit einem hohen Maß an Angst, Schuld und Scham (ich hasse dich, verlass mich nicht).
- Es gibt daher häufig langwierige schwierige Beziehungen.
- Nach *Bohus* aktiviert das Bedürfnis nach Zärtlichkeit und Geborgenheit die Selbstwahrnehmung, gewalttätig und zerstörerisch zu sein.
- Das Bedürfnis nach Macht, Unabhängigkeit und Autonomie sorgt für einen Hunger nach einer bedingungslosen Zuwendung und Liebe.
- Das Gefühl jemandem vertrauen zu können schlägt um in sichere Erwartung einer traumatisierenden Grenzüberschreitung.

- Stolz als die Wahrnehmung etwas geleistet zu haben, was der inneren Norm entspricht, löst Scham aus und damit die Befürchtung, dass die eigene Minderwertigkeit sichtbar wird.
- Es kommt häufig zu ausgeprägten dissoziativen Phänomenen, d.h. es gibt eine mangelhafte Wahrnehmung der eigenen Emotion, Verzerrung des Raum- und Zeitgefühls. Ein Gefühl wie in einem Film zu leben, ein ausgeprägtes Gefühl von Fremdheit und vor allem der Verlust der Kontrolle über die Realität.
- Dabei auch Flash-backs, d.h. das seelische Wiedererleben traumatisierender Ereignisse.
- Diese können zwar noch der Vergangenheit zugeordnet werden, werden gefühlsmäßig jedoch als wieder neu wirklich erlebt.
- Darüber hinaus Alpträume mit Ein- und Durchschlafstörungen.

#### **Vorkommen – Versorgung – Verlauf**

- 1,5% der Bevölkerung leiden unter voll ausgeprägter BPS.
- Etwa 70% sind dabei weiblich.
- 80% sollen sich in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung befinden. (Dies wage ich anzuzweifeln.)
- In Kliniken liegt deren Anteil etwa bei 15%.
- In psychotherapeutisch nervenärztlichen Praxen bei 10 bis 30%.
- Nach Maximalergebnissen von Untersuchungen müssen 80% der Betroffenen Jahr für Jahr stationär behandelt werden.



- Mit einer durchschnittlichen Liegezeit von etwa 65 Tagen pro Jahr.

Auch diese letzten beiden Untersuchungsergebnisse wage ich anzuzweifeln. Wenn sie stimmen würden, wären alle Kliniken überfüllt. Natürlich kommt es vor, dass Betroffene 8 Monate in der Klinik waren, das ist aber eher selten.

Borderliner haben eine sehr hohe Selbstmordrate, man muss sagen Selbstmordversuchsrate von 66%. Bei den meisten ist der Versuch so, dass es nicht klappt. D.h. viele brauchen in der Anfangsphase Selbstmordversuche als Entspannung. Es gibt Risikofaktoren, so dass man bei manchen Menschen sagen kann, dass sie besonders gefährdet sind. Die Hauptbotschaft aber ist: Alle haben eine gute Prognose. Für mich gibt es allerdings nicht das Erfolgserlebnis der Heilung. Es geht darum, die Krankheit zu akzeptieren und mit ihr zu leben. Es gibt aber auch ungünstige Faktoren, wenn z.B. eine ganz ausgeprägte Suchtstörung vorliegt. Wenn die Sucht zur Überdeckung der Spannung sehr stark ist, leben die Patienten (meistens Männer) in einer anderen Welt, der Suchtwelt.

**Die Patientengruppe der BPS hat eine hohe Suizidrate.**

**Risikofaktoren:**

Impulsive Handlungsmuster, höheres Lebensalter, Depressionen, beteiligte antisoziale Persönlichkeitsstörung, frühkindlicher Missbrauch und Selbstverletzung

**Gute Prognosen:**

Zwei Jahre nach der Diagnose erfüllen nur noch 60% die Kriterien, z.B. von DSM4 einem internationalen Klassifizierungsschema.

Nach 4 Jahren nur noch 50% und nach 6 Jahren 33%

d.h. Prognose für *zwei Drittel eher günstig*

**Ungünstige Faktoren:**

Vorliegen einer Suchtstörung (Häufiger bei männlichen Patienten)

**Generelle Diagnose z.B. DSM-IV, aber auch das DIBR**

Diagnosekriterien für eine Borderline Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV

- Verlassenwerden vermeiden
- Muster instabiler Beziehungen
- Idealisierung und Entwertung
- Identitätsstörung
- Impulsivität, Selbstschädigung
- Selbstmordandeutungen, Selbstverletzungen
- Affektive Instabilität
- Gefühle von Leere
- Unangemessene, heftige Wut
- paranoide Vorstellungen oder schwer wiegende dissoziative Symptome

Das A und O der heutigen Diagnose ist die Erfassung des Schweregrades. Es gibt mittlerweile eine Liste: Bohus und sein Team haben 109 Fragen

zusammengestellt. Ich bitte meine Patientin/  
meinen Patienten schon mal, in vierwöchigen Ab-  
ständen diese Fragen zu beantworten. Es geht dar-  
um, was sie in der letzten Woche erlebt haben,  
natürlich innerlich, nicht äußerlich:

**Zur Schweregraderfassung z.B. die BSL**  
(Borderline Symptome Liste nach Bohus)

**Skalen:**

- Selbstwahrnehmung
- Affektregulation
- Autoaggression
- Depression/Verstimmung
- Soziale Isolation
- Intrusionen, Wiedererlebnisse
- Feindseligkeit

**Allgemeinsymptome:**

- Schlafstörungen, Einsamkeitsgefühl, Depressi-  
onen, Unzulänglichkeitsgefühle und Verzweif-  
lung

**Leitsymptom:**

eine einschließende *starke Spannung*, die als  
äußerst *aversiv erlebt* wird und *keiner klaren hand-  
lungsweisenden Emotion* zugeordnet werden  
kann.

**Begleiterkrankungen:**

- 60% depressive Verfassungen
- 40% Ängste, Soziophobie
- 30% Zwänge
- Süchte, Schlafstörungen, Essstörungen.

## Behandeln

### **Ambulante Borderlinetherapie Zwischen DBT, Psychoanalyse und Atypika**

Ich habe vorhin gesagt, dass bei Zweidrittel der Betroffenen die Diagnose günstig ist. Es gibt eine wichtige therapeutische Behandlungsmethode, das ist die DBT, die Dialektisch Behaviorale Therapie. Sie ist mittlerweile auch in Deutschland standardisiert und wird in vielen Kliniken angewandt. In dieser Therapie lernt man, seine Achtsamkeit zu erhöhen und mit Gefühlen umzugehen. Dialektisch heißt, dass man die Widersprüche in einer bestimmten Person, in einer bestimmten Verhaltensweise entdeckt. Es geht dabei um das Erlernen grundlegender Fertigkeiten der Achtsamkeit, dass man sich auf sich selbst zurückbesinnt. Stresstoleranz heißt, dass man versucht sich abzulenken. Viele haben früher gedacht, man könnte Betroffenen nicht empfehlen sich in Situationen, in denen sie unter Spannung stehen, abzulenken. Das kann aber u.U. ganz wichtig sein. Verhaltensmuster, die die Therapiezusammenarbeit gefährden, entstehen dann, wenn gesagt wird „ich habe kein Vertrauen mehr, ich komme nicht mehr vorbei“ oder „ich komme nur noch alle vier Wochen.“ Unter den Borderlinern gibt es sehr viele, die Therapiesitzungen verpassen. Das Ziel einer Verhaltenstherapie ist selbstverständlich der Aufbau eines intakten Sozialnetzes. Die Bearbeitung posttraumatischer

Belastungsfolgen erfordert Zeit. Hier braucht man eine gewisse Bescheidenheit. Die meisten Therapeuten gehen heute davon aus, dass es hier einer Stabilisierungsphase von mindestens einem Jahr bedarf. Es ist manchmal auch wichtig zu sagen, „wir ziehen eine andere Betondecke ein, das wird nicht mehr behandelt“

#### **Therapiephasen der Dialektisch Behavioralen Therapie (DBT)**

- Erlernen grundlegender Fertigkeiten der Achtsamkeit, der zwischenmenschlichen Kompetenz, der Emotionsregulation und der Stresstoleranz.
- Erfolgreich ist die Stabilisierung:  
Wenn keine Selbstmordverhaltensweisen, keine Selbstverletzung, keine Suchtmittel mehr vorliegen, um Spannungszustände oder emotionale Belastung zu regulieren und keine Verhaltensmuster, die die Therapiezusammenarbeit gefährden.
- Der Aufbau eines intakten Sozialnetzes muss gewährleistet sein.
- Bearbeitung von posttraumatischen Belastungsfolgen.
- Erreichen und Stabilisieren individueller Ziele, die Ablösung aus der Behandlung.

Ich habe nun noch einige Folien zu Empfehlungen der Pharmaindustrie. Die sind aber für unser heutiges Thema nicht so günstig. Es entsteht oft der Eindruck, es gäbe ein bestimmtes Symptom, das mit einem bestimmten Medikament beseitigt werden könnte. Das stimmt nicht. Es gibt oft für bestimmte Symptome mehrere medikamentöse Möglichkeiten.

Bei der Borderline-Behandlung macht man entweder eine Basistherapie, bei der ein Medikament

über drei oder neun Monate eingenommen wird. Es gibt eine Zustandstherapie, die aber höchstens über drei Tage angewandt werden sollte. Dann gibt es die „Feuerlöscher“. Das sind Tabletten, die wirklich nur in einem akuten Spannungszustand genutzt werden dürfen, da sie süchtig machen können.

**Empfehlungen der  
Psychopharmakotherapie:**

- Depression –  
SSRI (Serotoninwiederaufnahmehemmer)  
z.B. Citalopram
- Affektlabilität –  
SSRI, Atypische Neuroleptika
- Aggressivität, Impulsivität – SSRI
- Dissoziation, Filmgefühl – Naltrexon
- Selbstmordgefährdung – SSRI
- Schlafstörungen – Trazodon, Zopiclon
- Spannungszustände – Clonidin
- Angst, Zwang, Selbstverletzungen – SSRI
- Psychotische Symptome –  
atypische Neuroleptika
- Zwang – Clomipramin
- Spannungszustände –  
Promethazin/ Levomepromethazin
- psychotische Krisen – Ciatyl Z Tropfen
- Bei der schweren Depression/Melancholie–  
Rainer Maria Rilke Tropfen Amitriptylin

BASISTHERAPIE

ZUSTANDSTHERAPIE

**FEUERLÖSCHER**

Dann gibt es Modelle wie wir dafür sorgen, dass ein Borderliner in einen anderen Zustand kommt. Man redet öfter von dem guten Zustand. Ich habe einmal dokumentiert, wie ein Mensch sich fühlt, der von sich sagt „jetzt bin ich in einem guten Zustand“:

**Guter Zustand:**

„Gerade hatte ich mich von dem Kunden verabschiedet und festgestellt, dass mir etwas Zeit blieb. Ich ging die Straße entlang und spürte plötzlich, wie ein Gefühl absoluter Freiheit mich überkam. Fast konnte ich sie schmecken.

Ich wusste, dass ich in diesem Augenblick imstande war zu tun, was immer ich tun wollte.

Ich schaute die Leute an und sah sie wirklich, ohne mir Gedanken darüber zu machen, wie sie mich ansahen.

Ich brachte mich den Leuten gegenüber zum Ausdruck, ich sprach mit ihnen, während ich meine Einkäufe machte; Gefühl und Äußerung flossen spontan.

Ich musste mir nicht erst überlegen, was ich sagen oder wie ich mich verhalten wollte.

Ich war ganz einfach ich selbst und dachte, dass ich das Geheimnis des Lebens entdeckt hätte:

Kontakt haben mit den eigenen Gefühlen und sie anderen gegenüber offen zum Ausdruck bringen, ohne lange zu überlegen, was andere von dir denken.“

*Masterson* hat ein Buch über das wahre Selbst geschrieben, in dem er ausführt, dass er an den Borderlinern festgestellt hätte, was das wahre Selbst ist. Er hat das mit 10 Punkten formuliert, aber ich warne Sie, kein Mensch auf dieser Welt erreicht diese 10 Punkte gleichzeitig.

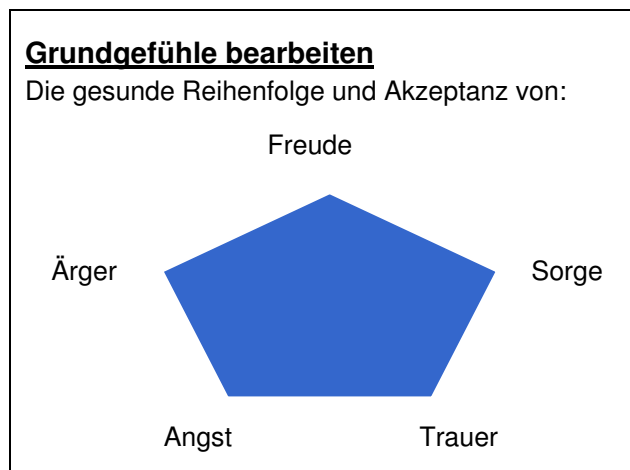
### **Das Wahre Selbst**

- Weiten Fächer der Gefühle intensiv erleben
- Gewisses Anrechtsdenken
- Selbstaktivierung, Selbstbehauptung
- Selbstachtung
- Schmerzliche Gefühle beschwichtigen
- Auf eine Sache einlassen, daran festhalten
- Kreativität
- Intimität
- Alleinseinkönnen, ohne sich verlassen zu fühlen
- Kontinuität des Selbst

Zurück zum Thema Therapie: In meiner Akupunktur Ausbildung wurde vertreten, dass es fünf Elemente gibt, mit denen alles erklärbar ist. Ich habe gefragt, zu welchen der fünf Elemente gehören welche Gefühle. Ich habe dann versucht, das mit der psychoanalytischen Literatur abzugleichen. Es zeigte sich, „die Chinesen und Sigmund Freud waren sich einig“: Bei den Chinesen gibt es im Feuerelement die Freude, im Erdelement die Sorge, die Trauer beim Metall, Angst beim Wasser und Ärger beim Holz. Auch im gesunden Leben sollte man jeden Tag dafür sorgen, dass wir mehrmals diesen Zyklus bewegen. Es geht nicht nur darum, dass wir die Trauer aufarbeiten oder uns



nicht ärgern. Wenn z.B. Mütter ihre Kinder auf den Schulweg schicken, dann können sie sich kurz Sorge machen, sie können aber auch traurig sein, dass das Kind morgens nicht mehr zu Hause ist, sie können auch Angst haben, dass etwas passiert, sie können sich kurz ärgern, müssen sich dann aber wieder freuen. Einen solchen Zyklus versuche ich mit Patientinnen und Patienten durchzuarbeiten, denn es geht darum, allen Gefühlen Raum zu geben.



In der psychoanalytischen Literatur gibt es dann noch die so genannten Reserve- oder Notfallgefühle Scham und Ekel. Letztlich geht es um die Annahme, dass in den fünf Elementen so viel Energie steckt, dass der Kern den Ausgleich regelt. Wenn Sie mit einem der Gefühle konfrontiert werden, dann ist das richtig, falsch ist nur die Dauer und die Intensität.

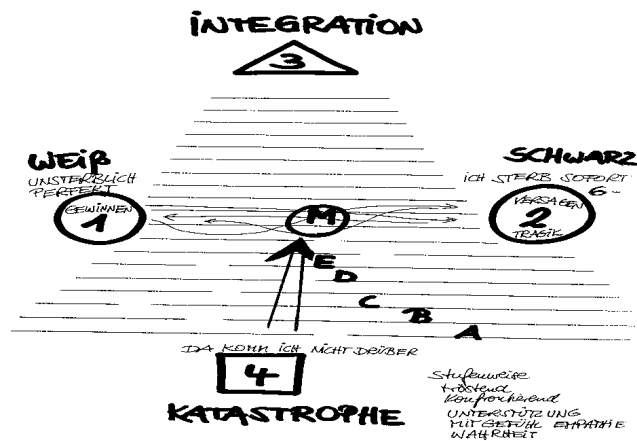
Um die Brücke zu bauen von der Psychoanalyse zur Verhaltenstherapie habe ich folgendes Schema entwickelt:



Auf der rechten Seite sehen Sie, dass bei jedem ein Gefühl über Andere entsteht. Das ist natürlich am Anfang die Mutter, manche sprechen auch von einer Schmelzphase. Kinder können in einer ganz kurzen Zeit nicht zwischen Mutter und sich selbst unterscheiden. In diesem Bereich gibt es die grobe Aufspaltung zwischen Gut und Böse (natürlich auch zwischen vielen anderen). Darüber hinaus hat jeder Mensch einen Selbstkern und innere Empfindungen. Man muss davon ausgehen, dass wir in diesem Bereich unzerstörbar sind, dass auch bei einem Trauma von sexuellem Missbrauch dieser Selbstkern nicht getroffen ist. Dieser Selbstkern ist auch bei einer Borderline-Störung nicht beeinträchtigt, das muss man diesen Menschen klar machen. Um alles herum haben wir ein Selbstgefühl, das natürlich auch Gut und Böse unterscheidet, ein Identitätsgefühl und Glaubenssätze, die wir übernommen haben. Jenseits davon kommen dann eigene Gefühle, Gedanken, Handlungen, die mit den anderen konfrontiert werden. Meistens kommt

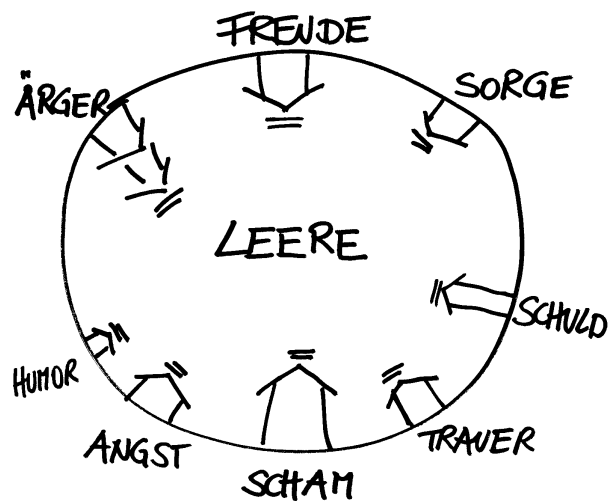
zuerst ein Gedanke, dann ein Gefühl und dann die Handlung. Es kommt auch schon mal vor, dass wir sofort ein Gefühl haben, z.B. wenn wir etwas riechen. Es gibt auch Gefühle, die von Innen kommen. Auf der Handlungsebene gibt es viele Möglichkeiten in der Verhaltenstherapie, das Verhalten zu ändern. Die Verhaltenstherapie besteht allerdings heute zu vier Fünftel darin, die Wahrnehmung zu ändern.

Die folgende Folie ist die Dokumentation einer Sitzung mit einem Patienten.

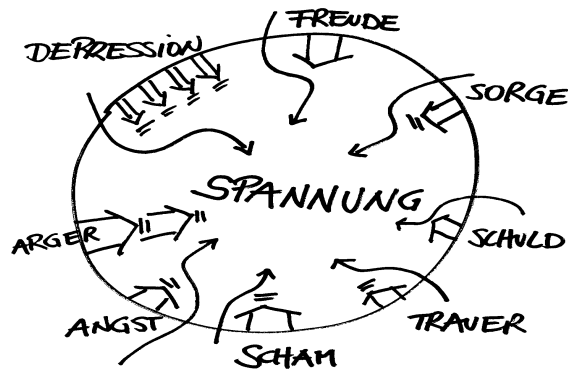


Er hat seinen Zustand sehr häufig in schwarz/weiß Gegensätzen beschrieben: Ich bin unsterblich, perfekt, ich will gewinnen (1). Ich sterbe sofort, Versagen (2). Wenn man sich ständig zwischen den beiden Polen bewegt, kann man schon mal in die Katastrophe abrutschen (4). Dann hat man das Gefühl, da komme ich nicht drüber. Dann gibt es nur eine Lösung: dass man sich selber stufenweise tröstet (A B C D E), so dass man wieder in der Mitte landet. Das Ganze nenne ich Integration.

Erklären möchte ich noch das Gefühl der Leere, weil es dazu keine Theorien gibt.



Stellen Sie sich ein Theater mit einer runden Bühne vor. Es gibt ein Theaterstück, in dem verschiedene Bühnenarbeiter die Aufgabe haben, ein Möbelstück auf die Bühne zu bringen. Die Möbel haben natürlich Namen wie Humor, Ärger usw. Wenn alle diese Arbeiter daran gehindert werden, die Bühne zu betreten, dann entsteht auf der Bühne Leere. D.h. die Leere bei den Borderlinern entsteht dadurch, dass Gefühle nicht zugeordnet werden können.



Wenn diese Situation lange besteht, entsteht ein Spannungsgefühl, da vom Organismus her allein aufgrund des Adrenalin- und Cortisolspiegels ein Spannungszustand entsteht, der rein körperlich empfunden wird. Da immer noch kein passendes Gefühl zugeordnet ist, hilft nur noch Schneiden. D.h. nicht, dass ich das Schneiden gut finde, ich will einfach nur erklären, warum es dazu kommt. Logischerweise müssen die Patientinnen und Patienten lernen, Gefühle zuzuordnen, um sich nicht mehr zu schneiden.

Welches sind nun die häufigsten Gefühle von Borderlinern? Masterson hat sie wie folgt formuliert:

#### Häufige Gefühle

- Verlassenheitsdepression
- Panik
- Wut
- Schuldgefühle
- Hilf-/Hoffnungslosigkeit
- Leere
- Scham
- Plötzliche starke Spannung ohne Ziel



Ein amerikanischer Gefühlsforscher hat eine andere Methode angewandt. Er hat aus 3000 Fotos seiner Tochter zwölf herausgesucht. Das sind Original-Gefühlsbilder. Sie sind allerdings nicht ganz eindeutig. Trotzdem könnte man eine Borderline-Patientin darin wiederfinden. Man müsste überlegen, bei welchem der Bilder hat die Person Schwierigkeiten mit anderen und bei welchem mit sich selber. Das ist eine Möglichkeit, durch Gesichtsausdrücke eine Störung zu analysieren und zu erkennen.

Borderliner haben im Vergleich zu anderen Personen große Schwierigkeiten, ein neutrales Gesicht

nicht negativ zu interpretieren. Für sie gibt es kein neutrales Gesicht.

Was wir in der Therapie auch noch unternehmen ist Übersetzen:

### **Übersetzen, Neutralisieren**

- Die Seele ist unsterblich
- Aber manchmal benimmt sie sich unmöglich
- Erkennen der Stimmen des unzerstörbaren Kerns der Persönlichkeit
- Um diesem irgendwann adäquat zu antworten
- Und wenn es erstmal Fluchen (Ventil) ist

„Die Therapie soll dem Patienten helfen, eine beobachtende DISTANZ zu den GEFÜHLEN zu gewinnen.

Dabei kann ein verständnisvoller und angemessener HUMOR sehr hilfreich sein, besonders bei der Entschärfung des Leidensdrucks“.

### **Literatur**

*Bohus, M.:* Borderline-Störung. Fortschritte der Psychotherapie, Bd. 14, Göttingen, 2002

*Gneist, J.:* Wenn Hass und Liebe sich umarmen. Das Borderline-Syndrom. München, 2002

*Kreger, R., Mason, P.T.:* Schluss mit dem Eiertanz. Ratgeber für Borderline-Angehörige. Bonn, 2006

*Kreisman, J.J., Straus, H.:* Ich hasse dich, verlaß' mich nicht. Die schwarzweiße Welt der Borderline-Persönlichkeit. Altusried-Krugzell, 2005

*Linehan, M.M.:* Trainingsmanual zur Dialektisch-  
Behavioralen Therapie der Borderline-  
Persönlichkeits-Störung. München, 1996  
*Masterson, J.F.:* Die Sehnsucht nach dem wahren  
Selbst. Stuttgart, 2004



**Arbeit mit Borderline erkrankten Menschen**  
dargestellt an den Betreuungsangeboten eines Sozialpsychiatrischen Zentrums

**Ein Erfahrungsbericht<sup>1</sup>**

Mein Spagat zwischen Alkoholabhängigkeit und psychischer Erkrankung

1991 wurde ich zum ersten Mal krank, dachte ich jedenfalls. Ich war zwar schon 1988 und 1989 aufgrund erhöhten Alkoholkonsums und Suizidversuchen im Krankenhaus, nur hat mir niemand gesagt, dass ich nicht nur alkoholabhängig, sondern auch psychisch krank bin. Bis dahin dachte ich, dass alles vom Alkohol kommt.

1991 war ich in Heidhausen auf der P8 zur Therapie, was damals noch eine Suchtstation war. Dort wurde eine soziale Phobie aufgrund einer Persönlichkeitsstörung mit einer sekundären Alkoholabhängigkeit diagnostiziert.

Ich hatte sehr große Schwierigkeiten dort, war sehr ängstlich, konnte mit den Menschen nichts anfangen und habe mich immer mehr zurückgezogen. Ende März 1992 wurde ich entlassen. Ich war zwar „trocken“, aber es ging mir sehr schlecht. Ich bin auch wieder arbeiten gegangen, wurde aber wieder krank, so dass ich es bald nicht mehr geschafft habe, arbeiten zu gehen. Es ging mir immer schlechter und mein damaliger Arzt meinte, wenn ich in Marl wohnen bleiben würde, wäre das nicht gut für mich, da ich sehr viele unangenehme Erinnerungen mit meiner Heimatstadt verbinde.

Also zog ich im Juni 1992 nach Essen. Das war damals für mich eine mutige Entscheidung, vor allem weil im Februar mein Vater gestorben war und ich das Gefühl hatte, ich lasse meine Mutter im Stich. Nach langem Hin und Her habe ich es doch geschafft und bin umgezogen (und habe es nie bereut). Zu der damaligen Zeit arbeitete ich noch und bin zwischen Marl und Essen hin und her gependelt, was ich aber nicht lange durchgehalten habe und bald wieder krankgeschrieben wurde. Auf Drängen meines damaligen Arztes habe ich noch eine Therapie im LKH in Düren gemacht. Auch da war es eine sehr schwierige Zeit und ich konnte die Therapie erst nach langer Zeit für mich nutzen. Am schwersten war es, dass dort ein junger Mitpatient war, der die Therapie als Auflage bekommen hatte, weil er Kinder sexuell missbraucht hat. Da ich selber als Kind missbraucht worden bin und daran arbeitete, fiel es mir sehr schwer ihn als Mitpatient zu ertragen. Zur damaligen Zeit trank ich zwar nicht, aber meine psychische Erkrankung wurde immer schlimmer. Dann verschrieb man mir Taxilan, was mir zwar half, aber ich dadurch innerhalb von 8 Monaten auch 30 kg zunahm, was mein Selbstwertgefühl noch zusätzlich minderte. An einem Wochenende zu Hause wurde der Druck dann so stark, dass ich ein Messer nahm und mich zum ersten Mal schnitt. Seitdem schneide ich mal mehr, mal weniger. Als ich in Düren entlassen wurde, war ich noch trocken. Ich habe es insgesamt fast vier Jahre geschafft, trocken zu bleiben. 1994 zog ich in eine betreute WG von den Essener Kontakten und ging in eine Kreuzbundgruppe. Ich

war trocken, aber mir ging es nicht gut. Bald war ich Stammgast im Philippusstift und schnitt immer häufiger und fing auch wieder an, zu trinken. Irgendwann, ich glaube 1996, bin ich noch einmal zur Therapie nach Heidhausen gegangen, um den Missbrauch noch einmal aufzuarbeiten. Damit kam ich aber überhaupt nicht klar und habe Möglichkeiten gesucht, um mich zu schneiden.

Irgendwann habe ich das Verbrennen mit Feuerzeugen für mich entdeckt.

Auch mit meiner Kreuzbundgruppe kam ich nicht klar, obwohl ich mich dort mit jemandem angefreundet hatte, die sehr viel für mich getan hat. Irgendwann konnte man mich dort jedoch auch nicht mehr auffangen, vor allem, weil man mit meinem Schneiden nicht zurechtkam und immer wieder meinte, ich müsste mehr an mir arbeiten. Aber das tat ich doch. Meine Rückfälle wurden auch immer häufiger. Als ich nach zwei Monaten Heidhausen ins Klinikum verlegt wurde, hat man mich mit Medikamenten so zugehöhnt, so dass ich über diese Zeit nicht mehr so viel weiß. Ich wurde dann irgendwann entlassen.

Kaum entlassen, war ich aber schon wieder im Krankenhaus. Zu der damaligen Zeit ging ich ins Tor 23. Aufgrund meiner häufigen Krankenhausaufenthalte habe ich die Tagesstätte jedoch kaum besucht. Meine damalige Mitbewohnerin in der WG ging in die gleiche Tagesstätte wie ich und das tat uns beiden nicht gut. Irgendwann hörte ich dann, dass das Philippusstift auch eine Tagesstätte aufmacht. Im Januar 1998 wechselte ich in die Tagesstätte Borbeck, um 6 Wochen später erneut

im Krankenhaus zu landen, wo ich diesmal aber „nur“ 6 Wochen blieb. In dieser Tagesstätte hatten wir Computer. Ich hatte keine Ahnung davon und der damalige Ergotherapeut meinte, ich sollte es doch mal versuchen. Das war meine Welt und ich hatte endlich was gefunden, was mir Spaß machte. Ich trank zu der damaligen Zeit schon wieder regelmäßig Alkohol, um den inneren Druck irgendwie aushalten zu können und schnitt mich auch hin und wieder, aber ich ging jeden Tag in die Tagesstätte Borbeck.

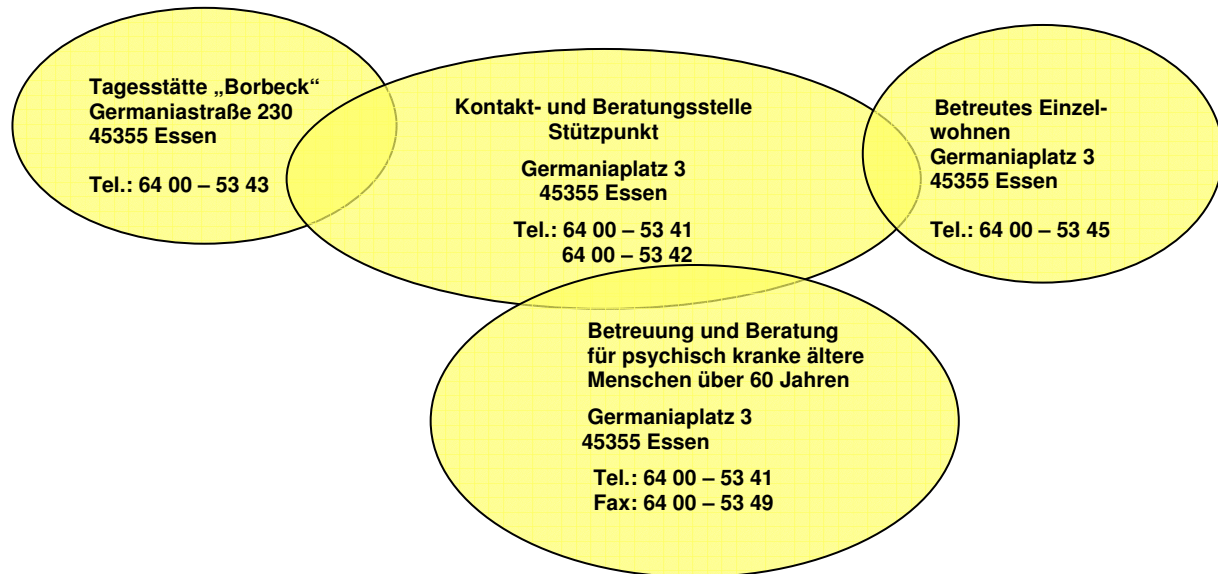
2002 habe ich nochmals einen mutigen Schritt gemacht und bin aus dem betreuten Wohnen ausgezogen und wieder in eine eigene Wohnung gezogen. In der WG habe ich acht Jahre gelebt und hatte mich so weit stabilisiert, dass ich jetzt alleine zurechtkam. 2003 meinte ich unbedingt noch einmal eine Entgiftung machen zu müssen. In dieser Zeit stellte ich allerdings fest, dass nicht der Alkohol mein Hauptproblem ist, sondern die psychische Erkrankung. Ich war 4 Monate trocken und fing im Dezember wieder an zu trinken. Ich trinke heute immer noch mal mehr, mal weniger. Ich komme ganz gut damit zurecht, weiß aber, dass es nicht gut für mich ist, meine Angstzustände mit Alkohol zu bekämpfen. Ich sage mir dann immer, besser als schneiden. Die meisten meinen auch, ich würde „nur“ Alkoholmissbrauch betreiben. Ich weiß es nicht. Ich habe trotz Alkohol und Medikamenten Höhen und Tiefen. Aber die Tagesstätte Borbeck hilft mir sehr gut, und seit 1998 war ich nicht mehr im Krankenhaus, außer zu der Entgiftung, die ich mir hätte schenken können. In der Tagesstätte Bor-

beck habe ich endlich meinen Platz im Leben gefunden und liebe meine Arbeit im Computerbereich sehr. Ich hoffe, dass ich noch lange hier bleiben kann, ob mit oder ohne Alkohol, hier werde ich so angenommen, wie ich bin. Mir hat das Schreiben dieses Artikels gut getan und ich habe gemerkt, wie viel ich schon trotz meiner Erkrankung erreicht habe. In diesem Sinne möchte ich allen Leserinnen und Lesern Mut machen, auch einen Erfahrungsbericht zu schreiben.

### **Das Sozialpsychiatrische Zentrum**

Das Sozialpsychiatrische Zentrum (SPZ) liegt in der Trägerschaft des Philipusstift Krankenhauses in Essen Borbeck. Die Einrichtung arbeitet im Rahmen der Eingliederungshilfe und wird durch den Landschaftsverband Rheinland (LVR) finanziert. Die Arbeit steht in enger Kooperation mit der psychiatrischen Klinik des Philipusstiftes.

Das SPZ beinhaltet folgende Bausteine



Ca. 8% der Besucher der Kontakt- und Beratungsstelle (KOB) und der Tagesstätte sind Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeits-Störung (BPS).

Im betreuten Einzelwohnen sind ca. 20% der Nutzer dieses Betreuungsangebotes an einer Borderline-Störung erkrankt.

### **Darstellung der Lebens- und Arbeitssituation**

Menschen mit einer BPS, die unsere Einrichtung aufsuchen, sind in der Regel durch diese Störung in ihrer beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit stark eingeschränkt. Sie leben oftmals alleine. Tragfähige und unterstützende Beziehungsnetze fehlen. Der Bekanntenkreis erschließt sich häufig aus dem Bereich ähnlich Betroffener.

Ein Teil der Personengruppe verfügt über qualifizierte Schulabschlüsse wie Abitur, Fachhochschulreife, teilweise Studium oder abgeschlossene Berufsausbildung. Oft können die Kompetenzen nicht über einen längeren Zeitraum gehalten werden, so dass praktisch berufliche Kompetenzen weitgehend fehlen.

Häufig wird über die Zusammenarbeit mit den Arbeitskollegen oder über das Verhältnis zum Vorgesetzten geklagt. Diese angespannte Arbeitsplatzsituation führt zur Überforderung und damit verbunden zu ungünstigen Lösungsversuchen, die nicht selten zur Symptomverschlechterung, Krankenhausbehandlung und aus unseren Erfahrungen nicht selten zur Berentung führen.

Menschen mit einer BPS, die unsere Einrichtung aufsuchen, haben oftmals einen sozialen Abstieg verbunden mit zahlreichen Krankenhausbehandlungen hinter sich. Die ersten stationären Aufnahmen erfolgen bei einem Großteil im Alter von Mitte 20. Die Behandlungsnotwendigkeiten zeigen sich punktuell oft über viele Jahre hinweg. In dieser Lebensspanne werden Themen wie berufliche Perspektive, Partnerschaft, Loslösung von den Eltern etc. gestellt. Für Menschen mit einer instabilen Persönlichkeit ist diese Zeit oft eine Dauerkrise. Mit dem Älterwerden scheint eine gewisse Beruhigung einzusetzen. So ist ein Teil unserer Besucher auf der Suche nach Möglichkeiten Zeit auszufüllen, Kontakt zu erleben und ein Betätigungs- und Bestätigungsfeld aufzubauen.

### **Ungünstige Erlebens- und Verhaltensmuster, die sich im zwischenmenschlichen Zusammensein zeigen**

Die BPS, als eine Störung der Affektregulation, zeigt sich im zwischenmenschlichen Zusammensein. In der praktischen Gruppenarbeit erleben wir bei dieser Personengruppe das starke Bedürfnis nach Aufmerksamkeit, von anderen gesehen und wahrgenommen zu werden, sich aus der Gruppe hervorzuheben. Die erhaltene Aufmerksamkeit führt nicht zur erwünschten Zufriedenheit – kann durch übertriebene Auf- oder Abwertung nicht integriert werden.

Eine Besucherin, die an einer Borderline Erkrankung leidet zeigt große Ängste vor dem Alleinsein. Sie entwickelt die Vorstellung, sie bleibe alleine



auf der Welt. Um mit dieser Angst umzugehen, telefoniert sie häufig, verabredet sich mit Menschen, organisiert Treffen in deren Vorbereitung sie viel Energie und Arbeit setzt.

Im Kontakt versucht sie Menschen an sich zu binden, indem sie schnell, viel und laut auf sie einredet. Dem Gesprächspartner wird dieser Kontakt nach einiger Zeit zu anstrengend und er versucht sich zu lösen oder schaltet innerlich ab. Bei der Besucherin führt dieses Verhalten zur Enttäuschung, später zu Vorwürfen von Undankbarkeit. Ein Verständnis, dass sie selbst Teil der Beziehungsstörung ist, musste in vielen Therapiesitzungen und korrigierenden Erfahrungen erarbeitet werden.

In unserer KOB versuchen wir mit dieser Personengruppe vorrangig mit kreativ-therapeutischen Angeboten zu arbeiten wie Ausdrucksmalen, Ergotherapie, Töpfern. Die Auseinandersetzung mit dem Material steuert das Gruppengeschehen und gibt Aufschluss über das eigene aktuelle Empfinden.

Störungen des Körper selbstbildes sind mit der Borderline Erkrankung verbunden. Ein Großteil der Betroffenen zeigt Essstörungen, Körperempfindungen werden oft angstbesetzt verarbeitet und als Gefahr und schwere Erkrankung gedeutet. Die Geschlechtsidentität kann phasenweise instabil sein.

In Form von bewegungs- und tanztherapeutischer Gruppenarbeit wird in unserer Einrichtung an dem Körper selbstbild gearbeitet. Dabei liegt der Schwerpunkt darauf, Empfindungen wahrzunehmen.

men und ihnen körperlich einen Ausdruck zu geben. Dazu zählt auch die Vermittlung von übungs-zentrierten Bewegungsabläufen, anatomische Grundlagen, Entspannungsverfahren, leichte Meditation.

### **Mit den Stärken arbeiten**

#### **Fähigkeiten des einzelnen für die Gemeinschaft nutzen (Ressourcenorientierung)**

Das Engagement für den Anderen trägt dazu bei, dass sich Rückschlüsse zur eigenen Person entwickeln können und sich ein Empfinden zur eigenen Person einstellt.

Menschen mit einer BPS halten das Alleinsein oft nur schwer aus. Sie suchen die Gemeinschaft, um die innere Leere zu füllen. Dieser Antrieb ist oft ein guter Motor gemeinschaftliche Aktionen zu initiieren. Für den Rahmen, die Kontinuität und bei Bedarf zum Ausgleich der Dynamik begleitet in unserer Einrichtung ein Mitarbeiter punktuell die selbstinitiierten Gruppen. Ein thematischer Schwerpunkt dieser Gruppen, der sich an den Fähigkeit der Teilnehmer orientiert, ist dabei förderlich. Z.B. hat sich auf diesem Weg eine Freizeitgruppe entwickelt, die am Wochenende Wanderungen, Museumsbesuche, Musikvorstellungen etc. organisiert; oder aus der Malgruppe formierte sich eine Untergruppe, die eine Ausstellung der gemalten Bilder organisierte.

Alle diese Aktivitäten helfen dabei, soziale Fertigkeiten aufzubauen wie Verantwortung zu übernehmen, Kontinuität zu halten, Absprachen zu treffen, Konzepte zu äußern, sie aber unter der

Mitwirkung der anderen auch wieder verändern zu können, sich selbst als Teil einer Gemeinschaft zu erleben usw.

Dafür benötigen psychisch kranke Menschen oft einen Schutzraum, ein Übungsfeld, um soziale Erfahrungen machen zu können ohne größere Konsequenzen fürchten zu müssen.

Bei einer Befragung unserer Tagesstättenbesucher, was für sie am Besuch der Tagesstätte förderlich wirkt, wurde geäußert:

- jeden Tag kommen zu können
- über einen längeren Zeitraum täglich die gleichen Menschen treffen zu können
- eine Rückzugsmöglichkeit zu haben
- keine Angst haben zu müssen, wenn es mir nicht gut geht, rausgeworfen zu werden.

In einem beschützten Rahmen, dazu zählt auch die Selbsthilfe, die Erfahrungen zu machen, jemand interessiert sich für mich und hört mir zu, mit meiner Sicht der Dinge und der Situationen werde ich verstanden, ich bin nicht nur krank, kann dazu beitragen, ungünstige Beziehungserfahrungen zu verändern und passendere Verhaltensmuster zu entwickeln.

Beziehungskontinuität, strukturierte Rahmenbedingungen und eine Atmosphäre, die es ermöglicht Achtsamkeit für die eigenen Empfindungen zu entwickeln, unterstützen den Aufbau eines tragenden sozialen Netzwerkes.

<sup>1</sup>Quelle: Informationsheft 2, Ausgabe März/  
April 2005  
Die Verfasserin besucht seit vielen Jahren unsere  
Tagesstätte für psychisch kranke Menschen.

## **Borderliners Anonymous (BA)**

Eine Interessengemeinschaft stellt sich vor

### **Selbsthilfegruppen für Menschen, die mit ihrer Destruktivität – sich und anderen gegenüber – aufhören wollen**

#### **Kurzvorstellung des Vortragenden**

anlässlich der Fachtagung wurde seitens KOSKON NRW eine Kurzvorstellung angefragt. Das Anliegen wurde mir angetragen und ich freue mich, diese Aufgabe für Borderliners Anonymous (BA) wahrzunehmen.

Entsprechend des Namens unserer Gemeinschaft, in dem der Begriff der Anonymität verwendet wird, ist mein eigener Name nicht von Bedeutung. Es ist jedoch wichtig, Sie darauf hinzuweisen, dass ich ausschließlich eigene Erfahrungen schildere und keinesfalls für BA als Ganzes spreche.

Ich werde Ihnen im Einzelnen erläutern, was meiner Einschätzung nach für BA wichtig ist und wie diese Gemeinschaft von Betroffenen miteinander daran arbeitet, von den Auswirkungen der frühen Störung/des Borderline-Syndroms zu genesen.

#### **Der Ursprung – die Entstehung**

Die Gemeinschaft der Anonymen Alkoholiker (AA), die selbst bereits in den 30er Jahren des letzten Jahrhunderts begann zu entstehen und von denen Sie sicher schon mehrfach gehört haben, genehmigte BA die Verwendung der '12 Schritte & 12 Traditionen' in der für betroffene Borderliner veränderten Fassung, auf welche ich später näher eingehen werde.

Im Jahre 1987 fanden sich Betroffene im Rahmen

einer stationären Therapie in der psychosomatischen Klinik Bad Grönenbach (eine Klinik nach dem 'Bad Herrenalber Modell', entwickelt von Dr. Walther H. Lechler) zusammen, um sich erstmals in einer 12-Schritte-Selbsthilfegruppe über ihre Erfahrungen und Genesungsansätze auszutauschen. Im ersten halben Jahr war diese Gruppe nur den Patienten der Klinik (die als Gäste benannt wurden) vorbehalten, ab dann jedoch auch Betroffenen von außerhalb. Da die Gäste dieser Klinik aus dem ganzen Land dorthin kamen, entstanden bald in einigen Großstädten weitere Gruppen, z.B. in Köln, Stuttgart, etc.

Dadurch, dass anfangs viele Betroffene vor ihrer Erstteilnahme bei BA bereits Erfahrungen mit dem 12-Schritte-Programm in anderen Gemeinschaften von Anonymen Selbsthilfegruppen sammeln konnten (neben AA z.B. in EA – Emotions Anonymous, OA – Anonyme Essgestörte, CoDA – Anonyme Co-Abhängige, etc.) wuchsen die BA-Gruppen stetig, da ihre Existenz auch in anderen Anonymen Gruppen der betreffenden Städte bekannt wurde. Darüber hinaus begannen die BA-Gruppen durch Veranstaltungshinweise leichter auffindbar zu werden. Mit zurückhaltender Öffentlichkeitsarbeit gaben die Teilnehmer/innen Hinweismaterial weiter bzw. legten es aus, damit sie ihre gewonnenen und gesammelten Erfahrungen der Genesung mit weiteren Betroffenen teilen konnten.

Auf einem ersten überregionalen Treffen vieler Betroffener aus allen damals bestehenden Gruppen wurde die Gründung der Gemeinschaft der 'Borderliners Anonymous (BA)' beschlossen und die

AA um die Genehmigung zur veränderten Verwendung der 'Schritte & Traditionen' gebeten. Um personenunabhängig Konto und Postfach eröffnen und betreiben zu können, wurde Anfang der 1990er Jahre der Verein 'Anonyme Borderliner Interessengemeinschaft e.V.' gegründet und beim Amtsgericht München eingetragen. In ihm sind die jeweils demokratisch gewählten, überregional tätigen Diensttuenden Mitglieder für den Zeitraum ihrer Dienstzeit. Den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der örtlichen Gruppen steht die Mitgliedschaft frei, da zur Teilnahme an den Gruppentreffen nur der Wunsch genügt, von der 'frühen Störung', der eigenen Destruktivität, zu genesen und emotional gesund zu werden. Weitere Bedingungen sind nicht zu erfüllen.

Die BA-Gruppen und die überregional Diensttuenden begannen 'Öffentliche Informationsmeetings' durchzuführen oder weiteres Informationsmaterial zu erstellen, wodurch viele weitere Betroffene – auch ohne Vorerfahrungen mit dem '12-Schritte-Programm' – zu BA finden konnten und Unterstützung erfuhren durch die Gruppentreffen, den Erfahrungsaustausch mit den anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmern und durch die Gemeinschaft als Ganzes.

Um überregional miteinander besser in Kontakt zu bleiben und da sich auch vermehrt – weitab der bestehenden BA-Gruppen – einzelne Betroffene an die Gemeinschaft wandten, sich zugehörig fühlten, wurde begonnen, regelmäßig einen Rundbrief intern herauszugeben mit schriftlichen Erfahrungsberichten der Betroffenen und ergänzt durch organi-

satorische Informationen.

Damit Betroffene einer Region, ohne Gruppe in der Nähe, Unterstützung erfahren können, wird ihnen die Kontaktperson der nächstgelegenen Gruppe mitgeteilt. Nach Möglichkeit werden Einzelne miteinander in Verbindung gebracht, um sie zur Gruppengründung anzuregen und zu begleiten.

## **Die Gemeinschaft – die Prinzipien**

### Die 12 Traditionen

Die wichtigsten Grundlagen der Gemeinschaft sind die Prinzipien der '12 Traditionen', die dem Miteinander innerhalb der BA-Gemeinschaft und der Art und Weise des Auftretens in der Öffentlichkeit Rahmen, Struktur, Grenzen und Empfehlungen geben.

Eines der wichtigsten Prinzipien, das der Anonymität, führen wir nicht nur in unserem Namen, es bedeutet auch, dass wir uns im Rahmen der Gemeinschaft nur mit Vornamen vorstellen und über alle personenbezogenen Details, die uns bekannt werden durch den Erfahrungsaustausch und die jeweils Anwesenden der Gruppentreffen, durch persönlichen Austausch oder in überregionalem Rahmen, Verschwiegenheit bewahren, so dass alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer das Vertrauen gewähren und erhalten.

Gemeinsames Wohlergehen und Konsensfindung in gemeinsamen Belangen sind die Grundlagen für die persönliche Genesung. Dabei führt die Fülle der unterschiedlichen Erfahrungshorizonte und Sichtweisen in einer annehmenden und liebevollen Atmosphäre hin zu konstruktivem Austausch und



einer gemeinsamen Hauptaufgabe: Die Erfahrung der Genesung an die weiterzugeben, die noch unter der 'frühen Störung', der eigenen Destruktivität, leiden, an jene, die diese Erfahrung erleben wollen, nicht an diejenigen, von denen die/der Einzelne empfinden könnte, diese hätten sie nötig. In der Regel kann unter dieser Empfindung ein eigenes subjektives Bedürfnis entdeckt werden.

Um frei von finanziellen Interessen oder Einflussnahme von außen zu bleiben, erhalten sich die BA-Gruppen und die BA-Gemeinschaft ausschließlich selbst durch die freiwilligen Spenden der Teilnehmerinnen und Teilnehmer und lehnen deswegen andere Unterstützungen oder wirtschaftliche Kooperationen ab.

Um allen Betroffenen die Teilnahme zu ermöglichen, sind diese auch frei von Mitgliedsbeiträgen und entscheiden selbst, ob und wie viel sie ggf. spenden. Sie bleiben somit frei von Nach- oder Vorteilen aufgrund persönlicher Möglichkeiten. Aus dem gesammelten Spendenaufkommen und Literaturverkauf – hauptsächlich innerhalb der BA – werden alle Ausgaben der BA-Gruppen und die gemeinschaftsweiten, überregionalen Aufgaben beglichen. Überschüsse werden ausschließlich für die Erfüllung der Hauptaufgabe verwendet, auch zur Erstellung neuer Literatur und Durchführung von Arbeitstreffen, etc.

Als Gemeinschaft von Borderline-Betroffenen, Menschen mit vielfältigen Symptomen und Formen von Destruktivität, hat es sich auch für die BA-Gemeinschaft als konstruktiv erwiesen, diese Prinzipien anzuerkennen entsprechend der Erfah-

rung der 'Anonymen Alkoholiker', damit die Grundlagen aufgebaut und die daraus erwachsenden Möglichkeiten ausgebaut werden können, die eigene Erfahrung weiterzugeben.

So setzt BA im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit auf Anziehung statt auf Werbung und lebt als Gemeinschaft dafür und dadurch, den persönlichen Genesungsweg für die einzelnen Teilnehmer/innen zu ermöglichen und unterstützend zu begleiten, so dass den Einzelnen und Allen gemeinsam konstruktive Entwicklungen gelingen.

Besonderen Wert legt die Gemeinschaft der BA-Gruppen und zugehörigen Einzelkontakte auf die Unabhängigkeit von jeglicher Verpflichtung oder Zugehörigkeit gegenüber Institutionen, Organisationen, Religionen oder Sekten.

#### Die 12 Schritte

Zusätzlich zu der Gelegenheit, sich über die spezifischen Themen im Zusammenhang mit Destruktivität – sich und anderen gegenüber – der 'frühen Störung' und über die Möglichkeiten der Lösungsansätze auszutauschen, werden allen Teilnehmer/innen über die ausschließliche Bewältigung der Symptom-Problematik hinaus Erfahrungsaustausch und Werkzeuge der Genesung im Rahmen des '12-Schritte-Programms' angeboten. Die '12 Schritte' sind dabei Hilfe für die Einzelnen

- die persönliche gegenwärtige Situation anzuerkennen,
- neu darauf vertrauen zu lernen, dass sich aus dieser – mit Begleitung und Unterstützung –

gute Entwicklungen beginnen und fortsetzen und sogar vollenden lassen.

Somit eröffnet sich der persönliche Genesungsweg, auf dem sich den Einzelnen nach neu erfahrenem Vertrauen Gelegenheit bietet:

- zur gegenwärtigen Bestandsaufnahme ihrer selbst,
- zum Austausch darüber mit (einer) Vertrauensperson/en über die gesammelten und gewonnenen Eindrücke und Erlebnisse,
- zur anschließenden Aussöhnung mit sich selbst, allen entdeckten Mängeln und Fehlverhaltensweisen gegenüber und zur damit einhergehenden ebensolchen Anerkennung aller Fähigkeiten, Ressourcen, allem bisher Überstandenen und aller gut entwickelten Lebendigkeit,
- zur darauf aufbauenden Bestandsaufnahme des persönlichen Beziehungsverhaltens auf den unterschiedlichen Ebenen in allen Lebensbereichen,
- zur Entwicklung von Verantwortlichkeit und Verantwortungsgefühl demgegenüber und der Übernahme der Verantwortung, die durch eigenes Verhalten entstandenen Verletzungen und Schäden anderer Menschen wieder gut zu machen, sowie zur Entwicklung der dazu nötigen Geduld, Klarheit, Kraft und Ausdauer,
- zur regelmäßigen persönlichen Bestandsaufnahme und zum beständigen Bezug zur eigenen Wirkung auf andere, wie auch zur Bereitschaft nötiger augenblicklicher Wiedergutmachung,
- zur Vertiefung der eigenen Klarheit und Bedeutung bzw. Aufgabe im persönlichen Leben und

im Leben als Ganzes.

Weiterführend bietet das '12-Schritte-Programm' Gelegenheit

- mit dem eigenen Erkenntnis- und Genesungsweg u.a. auch die Vielfalt der Möglichkeiten zu entdecken, jeweils angemessen mit Mitmenschen in Kontakt zu bleiben, miteinander und auf gesunde Art und Weise zu leben, sowie die eigene Erfahrung, die die/der einzelne Betroffene auch im Rahmen des '12-Schritte-Programms' erfahren durfte, mit interessierten Menschen zu teilen und darüber eine inspirierende Dimension des Lebens zu entdecken, die einen als Mensch grundlegend und ursprünglich neu auf das Leben hin ausrichtet und motiviert.

Im Rahmen des '12-Schritte-Programms' enthalten ist durchaus eine als 'spirituell' zu bezeichnende Komponente, die keinesfalls religiös gemeint ist! Durch sie wird allen Interessierten ein weiterer Aspekt, eine weitere Perspektive eröffnet. Insbesondere schafft diese eine Möglichkeit der Entspannung, durch die die Betroffenen von der oft selbst und durch andere Menschen aufgebürdeten vernichtenden Schuldzuschreibung entlastet werden können bzw. fähig werden, zurückzufinden zu einem gesunden Maß persönlicher Verantwortlichkeit, frei von einer verdammenden Schuldfragestellung oder Beschuldigung.

Häufig werden in den Wortbeiträgen, in den Gruppen, im Rundbrief und beim persönlichen Erfahrungsaustausch und in der sonstigen Literatur Begriffe wie Universum, Natur, Macht – größer als das eigene Selbst –, höhere Macht, eine Gottesbe-

zeichnung, das Wort Gott oder irgendeine Bezeichnung verwendet, die die/der Einzelne für sich persönlich als anwendbar empfindet, um sich daran zu erinnern, den All-Machts-Phantasien und den Vernichtungs-Mechanismen des eigenen Egos etwas Kraftvolles gegenüber zu stellen. Dies unterstützt die Betroffenen, auch wenn sie mit dem Kopf in den Wolken und gleichzeitig mit beiden Füßen fest auf dem Boden sind im Lot zu bleiben, sowie ausgeglichen in persönlicher Balance und im Einklang mit dem Leben zu leben.

#### Die Gruppen – das Meeting

Nach telefonischer Kontaktaufnahme mit der Kontaktperson einer Gruppe oder nach persönlicher Einladung finden in der Regel nach einiger Zeit die Betroffenen ihren Weg zur Teilnahme an ihrem ersten BA-Gruppentreffen (Meeting).

Dort finden sie dann in liebevoller und annehmender Atmosphäre ausschließlich ebenfalls Betroffene im angeregten Erfahrungsaustausch vor, die sich anhand eines empfohlenen Meetingablaufes um Lösungen für ihre persönlichen Anliegen bemühen.

Die Form des Erfahrungsaustausches ist anfangs ungewohnt für Viele, allerdings wird schnell deutlich, welche Bedeutung und Wichtigkeit diese Art der Gesprächsführung für alle Beteiligten beinhaltet. Da es keine Diskussionen und Argumentationen gibt, alle einander aussprechen lassen und in der Regel auch Zeitbegrenzungen pro Wortbeitrag vereinbart sind, können Möglichkeiten und Struktur des Meetings konstruktiv genutzt werden und

persönliche Grenzen gewahrt werden.

Der übliche Ablauf eines Meetings besteht nach der Begrüßung aus anfänglichem Lesen grundlegender Meetingtexte, einem Moment der Besinnung, einer Vorstellungsrunde. Nach Themenwahl oder Lesen von Erläuterungen zu einem der Schritte oder Traditionen beginnt die Hauptrunde der Wortbeiträge, die bis kurz vor Ende des Meetings dauert und von der jeweiligen Meetingleitung mit der Überleitung zur Schlussrunde beendet wird. Nach abschließenden organisatorischen und prinzipiellen Hinweisen und dem Abschluss des Meetings besteht oft noch Gelegenheit, direkt miteinander weiter ins Gespräch zu kommen oder auch Fragen zu stellen, die während des eigentlichen Meetings nicht vorgesehen sind.

Neuen Teilnehmerinnen und Teilnehmern wird empfohlen sich selbst mehrere Gelegenheiten zu geben, sich das Meeting und die Gruppe zu erschließen, anstatt nach einem ersten Eindruck sich voreilig dagegen zu entscheiden. Es braucht Zeit für sich selbst herauszufinden, wie hilfreich die Gruppe, das Meeting und das '12-Schritte-Programm' sein können, und dass dies ein sich ständig weiterentwickelnder und vertiefender Prozess sein kann, wenn sich die/der Einzelne immer wieder neu dafür entscheidet.

Auf ein weiteres hohes Gut und eine besondere Qualität auch von Selbsthilfe überhaupt möchte ich Sie zum Ende meiner Erläuterungen hinweisen. Die Freiwilligkeit der Teilnahme an den Gruppentreffen und die Freiheit des persönlichen Wortbeitrages und die Teilhabe am Genesungsweg anderer

Betroffener auch im Rahmen der BA-Gemeinschaft und der BA-Gruppen ist ein Wert im Leben Betroffener, der besondere Fürsorge und Achtsamkeit diesem gegenüber und miteinander nötig macht, allerdings auch hervorbringt, wodurch eine wirkliche Möglichkeit eröffnet, geschaffen und gepflegt werden kann und wird, ein neues Leben zu beginnen und zu leben in Fortsetzung des bereits begonnenen Lebens!!!

Kontakt zu BA

BA, Postfach 10 01 40, 50441 Köln

Kontakttelefon 0177 – 4 68 21 16

[www.borderliners-anonymous.de](http://www.borderliners-anonymous.de)

Anita M. Jakubowski

### **Unser Weg**

Gespräch mit Teilnehmerinnen von  
Selbsthilfegruppen – Protokoll

Am Gespräch nahmen Vertreterinnen aus folgenden Selbsthilfegruppen teil:

Borderline-Selbsthilfegruppe, Dortmund

Borderline Anonymous, Düsseldorf

Trialog, Dortmund

Angehörigen-Selbsthilfegruppe, Essen

Moderatorin: Susanne Auferkorte

*Moderatorin:* Ich möchte Sie herzlich zum nächsten Abschnitt unseres Fachtages einladen. Unter dem Motto „Unser Weg“ möchten wir mit Betroffenen aus unterschiedlichen Selbsthilfegruppen ins Gespräch kommen. Mein Name ist Susanne Auferkorte, ich bin Sozialarbeiterin in der KISS im Ennepe-Ruhr-Kreis in Gevelsberg. Ich bin dort seit 11 Jahren tätig und war vorher im Sozialpsychiatrischen Dienst.

Wir sprechen heute über Borderline und hier geht es nun insbesondere um Sie. Durch Sie möchten wir gern mehr über den Stellenwert der Borderline Selbsthilfe erfahren. Als Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Selbsthilfe-Kontaktstellen sind wir ganz gespannt auf Ihre Erfahrungen, um diese auch in unsere Arbeit einfließen lassen zu können.

Wir freuen uns, dass Sie gekommen sind. Ich weiß, dass es gar nicht so einfach für Sie war. Ein großes Lob für Sie alle. Ich fand auch schon die Gesprä-



che im Vorfeld für mich und meine Arbeit sehr wichtig.

Ich möchte Sie nun bitten, kurz zu sagen, woher Sie kommen, aus welcher Gruppe und aus welcher Stadt.

Ich komme von der *Trialog* Selbsthilfegruppe aus Dortmund.

Hallo, ich komme von der *Borderline- Selbsthilfegruppe* aus Dortmund.

Hallo, ich bin Susanne und ich komme von der *Borderline Anonymous* Gruppe in Düsseldorf.

Hallo, ich bin Monika und komme von der *Angehörigen-Selbsthilfegruppe* aus Essen, wir betrachten Borderline also aus einem anderen Blickwinkel heraus.

*Moderation:* Am Tisch sitzen also Betroffene und mittelbar betroffene Angehörige. Ich bitte Sie nun, einmal zurückzublicken: Was war der Grund für Sie, sich einer Selbsthilfegruppe anzuschließen, wie war damals Ihre Situation?

*Trialog:* Als ich meine Diagnose bekam, fühlte ich mich ziemlich allein auf weiter Flur. Ich habe dann im Internet festgestellt, dass es Betroffene mit der Borderline-Erkrankung gibt, aber niemand in meinem Umfeld, den ich kenne. Ich habe dann über das Internet versucht herauszufinden, ob es Selbsthilfegruppen gibt. Das war 2002/2003. Damals gab es vielleicht fünf Gruppen im ganzen Bundesgebiet. Das hat mich dazu gebracht zu überlegen, wie macht man das mit einer Selbsthilfegruppe, kann ich da irgendetwas auf die Beine stellen, um andere Betroffene kennen zu lernen.

*Borderline-Selbsthilfegruppe:* Ich bin durch Zufall daran geraten. Die KISS war damals umgezogen und ich bin zufällig dort vorbeigekommen. Ich dachte, jetzt habe ich schon seit ein paar Jahren die Diagnose. Ich informiere mich einfach mal, ob es da auch Selbsthilfegruppen gibt. Ich kannte bereits Depressionsgruppen, an denen ich Anfang der 90er auch mal teilgenommen habe bis ich merkte, das ist nicht ganz so meine Richtung. So bin ich dann an die relativ neu gegründete Borderline-Gruppe gekommen.

*Borderline Anonymous:* Ich kann mich der ersten Rednerin anschließen. Als ich meine Diagnose bekam, stand ich ganz allein auf weiter Flur und wusste überhaupt nichts damit anzufangen und war auch am Anfang überhaupt nicht in der Lage, mich jemandem anzuschließen oder mich jemandem zu öffnen. Ich bin mehr oder weniger zur Selbsthilfegruppe gekommen, weil mein Therapeut mir das als Alternative nahe gelegt hat. Auch um für mich zu akzeptieren, dass ich betroffen bin und dass ich mich damit auseinandersetzen muss – oder möchte oder will, das kann man sehen wie man will. Auf diese Weise bin ich zu der Gruppe in Düsseldorf gekommen.

*Angehörigen-Selbsthilfegruppe:* Bei mir war die Auslösung totale Verzweiflung. Die Angehörigen werden in der Fachwelt einfach nicht wahrgenommen, die gibt es dort nicht, sie bekommen keinerlei Hilfestellung. In der Verzweiflung sucht man nach einem Strohalm. Im Internet fand ich dann den Verweis „über Selbsthilfegruppen informiert in Essen die WIESE“ (Essener Beratungsstelle für

Selbsthilfegruppen und Interessierte). Ich habe angerufen und das ganz große Glück gehabt, dass ausgerechnet zu diesem Zeitpunkt die Gründung einer Angehörigen-Selbsthilfegruppe Borderline bevorstand. So bin ich von Anfang an dabei und gehöre zu den Gründungsmitgliedern der Selbsthilfegruppe.

*Moderatorin:* Das war für Sie alle der Einstieg in die Gruppe. Seitdem ist viel Zeit verstrichen, Sie sind unterschiedlich lange in der Selbsthilfegruppe. Können Sie uns sagen, was sich für Sie vermutlich verändert hat durch Ihre Teilnahme in der Gruppe? Was gibt es für Momente, die Sie gestärkt haben in Ihrem Alltag, was macht für Sie die Gruppe so wichtig?

*Trialog:* Ganz toll fand ich erstmal, dass dort Menschen waren, die mich verstanden haben und das, was ich erzählt habe nicht gleich abgeschnitten haben „Oh je, das ist ja verrückt, wo kommst Du denn her? Solche Gefühle hat ein Mensch nicht.“ Es wurde gleich immer gesagt, das kenne ich, das habe ich auch, das empfinde ich auch so. Da habe ich mich ziemlich aufgehoben und verstanden gefühlt. Das hat mich die ganze Zeit gut unterstützt.

*Moderatorin:* Ich habe in den Vorgesprächen mit Ihnen erfahren, dass es besonders gut tut, von anderen zu erfahren, weil nicht immer die Betroffenen in ihrem Umfeld verstanden werden. Zugehörig sein, sich mit anderen auszutauschen ist ein ganz wichtiges Erlebnis in der Gruppe.

*Borderline-Selbsthilfegruppe:* Ich kann mich komplett anschließen. Man lernt auch durch die Gruppe eigene Grenzen zu setzen, womit ein Borderliner ja

arge Probleme hat. Sein Gefühl wahrzunehmen und auch zu sagen, wenn einem etwas nicht passt. Das kann man durch die Gruppe sehr schön lernen. Wenn z.B. ein Thema aufkommt, das einem zu viel wird, dann Eigenverantwortung zu übernehmen und zu sagen „mir wird das zu viel, ich gehe jetzt mal fünf Minuten.“

*Moderatorin:* Also Selbsthilfegruppe sozusagen als Lernfeld für das alltägliche Leben.

*Angehörigen-Selbsthilfegruppe:* Was die Gruppe vor allem bringt ist die Möglichkeit, über die Probleme reden zu können. Angehörige haben ja häufig das Problem, dass Borderline eine Erkrankung ist, die sich oft ausschließlich innerhalb der Familie bewegt, nicht nach außen dringt. Wir leben in der Situation, dass, wenn wir uns überhaupt trauen den Nachbarn zu erzählen, was für ein Terror hinter der Fassade, die nach außen aufgebaut ist, steckt, wir dann auf vollkommenes Unverständnis stoßen würden. Man zweifelt dann ja auch an sich selbst. Wir können in der Gruppe offen über Dinge reden, die man sich sonst nicht trauen würde, z.B. dass Männer offen sagen können, meine an Borderline erkrankte Tochter beschuldigt mich, sie als Kind missbraucht zu haben. So etwas traut man sich draußen überhaupt nicht zu sagen. Dass wir die Möglichkeit haben, uns das einfach mal von der Seele zu reden. Das hilft nicht, unsere Situation an sich zu verbessern, aber wir fühlen uns besser, wenn wir uns einfach mal unseren Kummer von der Seele reden können und das Gefühl haben, wir sind ja nicht verrückt, anderen geht es genauso. Denn die Borderliner versuchen ja immer wieder

ihren Angehörigen klar zu machen, dass sie ja die Kranken sind.

*Borderline Anonymous:* Ich musste mich sehr, sehr lange überwinden, ehe ich in die Gruppe gegangen bin. Es war dann für mich eine sehr gute Erfahrung, dass ich als Mensch angenommen wurde, der zwar Probleme hat, der aber nicht verrückt ist.

Draußen wird man von den so genannten normalen Menschen sehr abwertend behandelt. Daran hat sich bis heute nichts geändert. Wenn man sich als Borderline Betroffene, die sich selbst verletzt, an ein Krankenhaus wendet, wird man nach wie vor sehr abwertend behandelt. Das hat man in einer Selbsthilfegruppe nicht, weil dort die Leute ihre Probleme untereinander nicht abwerten, tadeln oder irgendwie bewerten. Das ist für mich hilfreich und wichtig.

*Moderatorin:* Für Sie ist also die Gruppe ein Ort, wo Sie sich nicht stigmatisiert fühlen und wo Sie eine sind von vielen, denen es ähnlich geht. Ich möchte jetzt anknüpfen an die Ausführungen des Vorredners von den anonymen Gruppen. Welche Strukturen hat Ihre Gruppe, gibt es Regeln, gibt es ein Konzept, wie sieht Ihr abendliches Treffen aus?

*Trialog:* Wir arbeiten erst mal mit einem Blitzlicht. Jeder kann zu Anfang sagen wie es ihm geht und wie es ihm seit der letzten Stunde ergangen ist und ob er ein Thema hat, über das er gerne sprechen möchte. Manchmal hat auch jemand etwas vorbereitet. Dann machen wir eine Pause und danach greifen wir das Thema auf. Zum Schluss gibt es noch einmal ein Blitzlicht, um noch mal sagen zu können, wie es einem jetzt geht. Zum Abschied

noch mal eine Runde „was war positiv in der letzten Woche“ oder „was kommt Positives auf mich zu“, damit man mit einem guten Gefühl nach Hause geht. Zu Regeln: Ja wir haben ziemlich lange Regelungen, das kommt einfach aus der Erfahrung heraus.

*Moderatorin:* Aus dem Vorgespräch weiß ich, dass Sie ein größeres Regelwerk haben. Zum einen die „üblichen“ Gesprächsregeln, Rücksicht zu nehmen, aussprechen zu lassen, die Anonymität zu wahren, für eine gute Atmosphäre zu sorgen. Was ich persönlich auch ganz besonders interessant fand war, dass Sie am Anfang verbindlich festlegen, dass für jeden, der der Gruppe beitrifft, eine Bezugsperson in der Gruppe benannt wird, an die er oder sie sich wenden kann, wenn es ihr oder ihm schlecht geht. Sie haben mir gesagt, dies sei eine große Entlastung für die Gruppe.

*Borderline-Selbsthilfegruppe:* Unsere Strukturen sind ähnlich wie in der anderen Selbsthilfegruppe. Wir haben jetzt eine Erfahrung mit einer Dame gemacht, die der Ansicht war, wir hätten überhaupt keine Struktur. Ich finde aber sehr wohl, dass wir eine gute Struktur haben, auch wenn das nur heißt, dass man sich regelmäßig trifft, einigermaßen pünktlich kommt und Regeln, die man aufstellt, auch eingehalten werden. In diesem Krankheitsbild ist jeder total unterschiedlich, die Probleme sind unterschiedlich. Hier eine schulmäßige Struktur zu bekommen ist unmöglich. Das berücksichtigen wir auf jeden Fall für die Neuen.

*Borderline Anonymous:* Ich muss dazu sagen, dass unsere Gruppe leider seit März nicht mehr besteht,

ich aber dabei bin, dies auf irgendeine Weise neu zu strukturieren mit Hilfe des Gesundheitsamtes Düsseldorf. Es hat sich bei uns als sehr schwierig herausgestellt, die Leute zu halten, was sicherlich u.a. mit unserem Krankheitsbild zu tun hat. Ansonsten haben wir, wie der Name schon sagt, die Grundregeln von Borderline Anonymous übernommen. Unsere Gruppe hat allerdings nicht strikt nach den 12 Schritten gearbeitet, sondern den Ablauf des Meetings davon abhängig gemacht, welche Bedürfnisse die Betroffenen hatten. Wenn z.B. jemand ein bestimmtes Thema hatte, haben wir das so bearbeitet, wie es für die Betroffenen notwendig war.

*Angehörigen-Selbsthilfegruppe:* Unsere regelmäßigen Treffen sollen 90 Minuten nicht überschreiten, wir haben keinerlei Leitung, sondern jeder ist gleichberechtigt. Wenn es Dinge gibt, um die man sich zu kümmern hat, z.B. Raumbelagung oder Einladung zu einem Vortrag, das übernimmt jemand, der gerade Zeit dafür hat. Wir haben auch keine festen Themen. Wir fangen an mit dem Blitzlicht. Dann kann jeder sagen, ob es Dinge gibt, über die er gern sprechen möchte. Wir haben noch nie das Problem gehabt, dass uns die Themen ausgingen. Ganz wichtig ist natürlich der Erfahrungsaustausch. Z.B. gibt es in unserer Gruppe auch Angehörige, die als mittelbar Betroffene Klinik erfahrung haben, die sagen konnten, mit der und der Klinik hatten wir die und die Probleme, in der jetzigen Klinik läuft es ganz toll. Das ist natürlich für diejenigen, die das auf absehbare Zeit brauchen, eine Hilfestellung. Maßgabe ist aber,

dass keine Ratschläge erteilt werden. Man kann sagen, was einem selbst geholfen hat. Dann muss jeder für sich entscheiden, ob er das ausprobieren soll oder kann oder möchte oder auch nicht. Zum Schluss noch mal ein Blitzlicht mit der Frage, wie es einem geht. Sehr, sehr oft ist es tatsächlich so, dass zum Schluss dann kommt „mir geht es besser, einfach weil ich mal darüber reden konnte.“

*Moderatorin:* Vielen Dank für diese Runde. Sie haben gerade schon erwähnt, dass Sie auch Referenten in Ihre Gruppe einladen. Ich möchte jetzt mal das Thema ansprechen „Zusammenarbeit mit anderen Fachleuten.“ Da haben Sie auch unterschiedliche Erfahrungen.

*Trialog:* Ich bin seit Ende 2003 in der Selbsthilfegruppe. Wir sind eigentlich mit den Themen ganz gut klar gekommen. Wir haben uns vor eineinhalb Jahren zusammen ein Selbsthilfebuch gekauft. Daraus haben wir einige Ideen übernommen, haben dann gemerkt, dass es irgendwann anfang zu stocken, wir kamen nicht mehr weiter. Ambulante Therapeuten hinzuzuziehen hat dann auch nicht gepasst. Wir haben uns dann mit der KISS zusammengesetzt, haben gefragt, ob andere Gruppen gleiche Erfahrungen gemacht haben, wie wir das am besten lösen könnten. Durch meinen Therapeuten haben wir Kontakt zu einem Diplom-Psychologen bekommen, der im Landeskrankenhaus in Applerbeck arbeitet. Er hat sich mit uns zu einem Vorgespräch zusammengesetzt. Das war eigentlich alles ziemlich locker, obwohl wir Angst hatten, plötzlich eine Fachkraft in der Gruppe sitzen zu haben, die uns eventuell auch noch sagt,



was wir zu tun und zu lassen haben – ähnlich wie in der Gruppenarbeit in den Krankenhäusern. Das war hier nicht so. Er hat uns von vornherein gesagt, er würde mehr zuhören, er ist interessiert an dem Thema, das für Dortmund noch relativ neu ist. Er war in diesem Jahr fünfmal da, wir waren sehr zufrieden und wollen auch nächstes Jahr weiter mit ihm zusammenarbeiten. Wir waren froh, dass auch die Krankenkassen mitgespielt haben, weil das ja auch eine kleine Kostenfrage ist. Wir haben durch diesen Diplom-Psychologen auch ein Krisenmanagement gemacht. Wir hatten große Sorgen was passiert, wenn nachts oder am Wochenende eine Krisensituation entsteht. Dann wird u.U. gleich ein Krankenwagen geholt und man kommt in die Geschlossene. Das war nicht das, was man sich unter Selbsthilfe vorstellt. Wir hatten dann einen Gesprächstermin im Landeskrankenhaus mit einem Oberarzt, der uns über die geschlossene Station aufgeklärt hat. Er hat uns angeboten, das Krisenmanagement mit uns weiter zu verfolgen. Wer mochte, konnte sich für das Krisenmanagement anmelden.

*Angehörigen-Selbsthilfegruppe:* In diesem Zusammenhang noch einmal ganz herzlichen Dank an die WIESE, die uns ganz toll Starthilfe gegeben hat und auch arrangiert hat, dass wir unsere Tagung in einem Krankenhaus mit Fachabteilung abhalten können. Wir als Angehörige haben das Problem, tagtäglich einen Dreifrontenkrieg führen zu müssen. Wir wollen auf der einen Seite unserem Angehörigen helfen, der krank ist. Diese Krankheit führt aber dazu, dass der Betroffene uns gegenüber

auch Täter ist. Die zweite Front ist also, wir müssen uns selbst schützen und die dritte, wir müssen unsere Angehörigen schützen. Oft sind Kinder betroffen. Wenn z.B. der Betroffene seine Wahnvorstellungen an seinem Kind ausagiert, muss man an der dritten Front tätig werden und versuchen, das Kind zu schützen. Wir werden mit dieser Situation komplett allein gelassen und bekommen keinerlei Hilfestellung wie man mit dieser Situation fertig werden kann. Wir betteln geradezu um Hilfe, dass wir solche Hinweise bekommen. In der Fachwelt – ich war daher auch enttäuscht von dem ersten Vortrag – wird aus meiner Sicht die Problematik vollkommen bagatellisiert wenn gesagt wird, Borderliner sind alles nette Menschen, man muss sie nur ab und zu dressieren. Ein Kind kann seinen Vater nicht dressieren. Die Fachwelt hat sich mit diesem Problem bislang nicht befasst. Wir hoffen, dass durch den Kontakt mit dem Krankenhaus auch dieses Problem thematisiert wird.

*Moderatorin:* Es ist hier auch immer wieder die Therapie angesprochen worden. Ich weiß nicht, ob Sie alle eine Therapie machen. Es würde mich interessieren, ob Sie Elemente der Therapie in die Gruppe integrieren können. Sie sprachen vorhin von bewusstem Grenzen setzen. Das ist ja auch ein spezielles Element der Therapie, das man durchaus im Gruppenleben erproben könnte. Wie sehen Sie das Zusammenspiel Therapie/Selbsthilfegruppen?

*Trialog:* Ich denke, Selbsthilfe ist nicht alles. Es ist auf jeden Fall eine sehr nützliche Zeit, die ich nicht missen möchte und die ich auch weiter wahrnehmen möchte. Es ist etwas anderes, in einer Gruppe

zu agieren in der Betroffene sind, in der Verständnis da ist, in der man sich ausprobieren kann, in der man von Anderen Hilfestellung kriegen kann.

*Borderline-Selbsthilfegruppe:* Ich kann mich dem nur anschließen. Selbsthilfe ist nicht alles. Ich glaube aber, dass jeder für sich selber auch entscheiden muss, ob fachliche Betreuung wichtig für ihn ist oder nicht. Wir in der Gruppe sind alle selbst betroffen, wir sind kein Therapieersatz und werden es auch nie werden. Das sagen wir allen Neuen, wenn sie uns mit Fragen zubombardieren.

*Moderatorin:* Mich würde auch interessieren, ob Sie in der Gruppe mehr für sich arbeiten oder ob Sie sich auch nach außen wenden, machen Sie z.B. Werbung oder informieren Sie die Öffentlichkeit über das Thema?

*Borderline Anonymous:* Ich bin daran interessiert, dass wir die Gruppe wieder ins Leben rufen. Ich werde das jetzt mit Hilfe des Gesundheitsamtes probieren, weil es vorher in Eigenregie nicht geklappt hat. Ich hoffe, dass wir wieder eine gute Gruppe zusammenkriegen. Ich habe auch schon mal einen Flyer gemacht und diesen bei Ärzten und Psychologen abgegeben. Ich bin der Meinung, das ist immer noch notwendig, weil Borderline immer noch ein Thema ist, das größtenteils totgeschwiegen wird.

*Angehörigen-Selbsthilfegruppe:* Wir suchen ja die Öffentlichkeit gerade nicht. Wir können als Angehörige in der Öffentlichkeit leider nicht auf Verständnis hoffen, und wenn wir Öffentlichkeit suchen würden, würde unsere Situation noch schlimmer werden. Stellen Sie sich nur mal vor,

hier wäre die Presse, unser Bild würde morgen in der Zeitung erscheinen. Meine Tochter würde in der Schule angesprochen werden „was sind denn bei Euch für Familienverhältnisse, wenn Deine Mutter bei einer solchen Tagung als Angehörige spricht“. D.h. wir müssen unsere Familien und unsere Betroffenen schützen. Wer uns braucht, findet uns; das ist kein Problem, da wir in Essen das Glück haben, die WIESE zu haben, die auch unsere Kontaktnummer weitergeben würde.

*Borderline-Selbsthilfegruppe:* Die Gruppe gibt es noch nicht so lange. Es ist die zweite Gruppe, die sich gegründet hat, weil die Nachfrage in Dortmund so groß ist. Wir haben bewusst diesen Namen gewählt, weil wir den Austausch mit Betroffenen, Angehörigen und auch Ärzten haben möchten. Jeder in der Gruppe kann für sich selbst entscheiden, inwieweit er bereit ist, in die Öffentlichkeit zu gehen.

*Trialog:* Öffentlichkeitsarbeit ist bei uns begrenzt. Da wir mit dem Landeskrankenhaus in Applerbeck in Kontakt stehen haben wir gesagt, das reicht erstmal. Flyer und Internet werden ab nächstem Jahr neu gemacht. Nur die Kerngruppe trifft sich jeden 1. und 3. Freitag. Wir haben vor eineinhalb Jahren den zweiten und vierten Samstag dazu genommen, aber ausschließlich nur für neue Mitglieder, die dann ungefähr viermal kommen sollen, um dann von beiden Seiten aus zu entscheiden, ob die Gruppe überhaupt passen würde. Das ist in den letzten Monaten etwas eingeschlafen, weil wir viele negative Erfahrungen mit den neuen Leuten gemacht haben. Die haben sich angemeldet und

sind dann nicht gekommen oder sind nur ein- oder zweimal gekommen. Wir haben ganz oft die Erfahrung gemacht, dass wir als Experten gesehen wurden, von denen man Informationen erhalten kann. Da müssen wir uns ein ganz neues Konzept einfallen lassen. Wenn wir jetzt mit Flyern und Internet anfangen kann es sein, dass sich auf einmal sehr viele Leute für uns interessieren. Wir müssen dann wissen, wie gehen wir damit um.

*Moderatorin:* Sie sagten schon im Vorgespräch, dass eine besondere Situation entsteht, wenn neue Leute in die Gruppe kommen. Neue nehmen auch viel Zeit in Anspruch, was natürlich aus ihrer Sicht berechtigt ist, für die Ursprungsgruppe manchmal aber ein Problem darstellt. Sie sprachen gerade die starke Fluktuation an. Wie halte ich also eine Gruppe zusammen? Das war auch ein Thema, das im Vorgespräch angesprochen wurde, weil es Ihnen am Herzen liegt. Ich würde gern von Ihnen erfahren, welche Unterstützung würden Sie sich für das Gruppenleben wünschen?

*Borderline Anonymous:* Ich finde das mit dem Regelwerk von Trialog ziemlich spitzenmäßig. Ich kann mir vorstellen, so etwas aufzuziehen, dass jeder Betroffene an seine eigene Verantwortung erinnert wird. Viele melden sich an, man organisiert das Treffen, aber am Ende steht man zu Zweit da, keiner kommt, keiner sagt ab. Ich wünsche mir ein Regelwerk, dass die Eigenverantwortung den anderen Betroffenen gegenüber stärkt. Ich hoffe, dass ich mit Hilfe des Gesundheitsamtes eine entsprechende Struktur entwickeln kann.

*Angehörigen-Selbsthilfegruppe:* Unterstützungsbedarf dahingehend, dass die Problematik der mittelbar Borderline-Betroffenen etwas stärker ins Blickfeld gerät. Dass auch diesen Menschen geholfen wird, weil wir unter dieser Krankheit nicht weniger leiden.

*Borderline-Selbsthilfegruppe:* Ich habe festgestellt, dass es ziemlich schwierig ist, an Ärzte oder Kliniken heranzukommen oder auch an andere Gruppen. Die lösen sich immer wieder schnell auf. Es wäre schön, wenn man ein Netzwerk aufbauen könnte, dass auch die Kliniken wissen, dass es Gruppen gibt.

*Trialog:* Da schließe ich mich jetzt an, obwohl ich für unsere Gruppe sagen kann, dass wir schon ziemlich viel getan haben, was auch sehr anstrengend ist. Ich bin aber froh, dass die Mitarbeiterinnen von der KISS uns so toll unterstützen. Ich denke, ohne sie wären wir nicht so weit gekommen und wir können auch immer wieder auf diese Unterstützung zurückgreifen. Ich hoffe, dass unsere Gruppe weiterhin bestehen bleibt. Wir wollen auf jeden Fall mit der Öffentlichkeitsarbeit weitermachen, dass sich aus diesen beiden Gruppen, wenn das Interesse groß sein sollte, noch mehrere Gruppen bilden.

*Moderatorin:* Wir hatten vorhin in der Pause eine Frage nach der Idee, Patenschaften zu übernehmen. Wären Sie z.B. auch bereit, mal in eine andere Stadt zu gehen, um einer neuen Gruppe auf den Weg zu helfen?

*Borderline-Selbsthilfegruppe:* Das ist auf jeden Fall eine interessante Sache. Ich muss allerdings

sagen, bei jedem Einzelnen von uns gibt es Grenzen. Zwischendurch kommt es mir wie ein Schulungsprojekt vor, wo ich viel höre und lese und von anderen mitbekomme. Ich bin aber selbst betroffen und muss dann auch schon mal sagen: Bis hier hin und nicht weiter. Ich bin zwar die Ansprechpartnerin von unserer Gruppe, aber alle Mitglieder sind berufstätig und familiär beschäftigt, so dass viel an mir kleben bleibt. Ich bin auf jeden Fall bereit, Informationen weiterzugeben.

*Moderatorin:* Ich finde gut, dass Sie es noch mal sagen, es ist wichtig, auf sich selbst acht zu geben und Grenzen einzuhalten, damit es Ihnen nicht schlechter geht.

Ich würde hier gern den Kreis schließen und bedanke mich bei Ihnen, dass Sie sich heute hier für dieses Gespräch zur Verfügung gestellt haben.

### **„Psycho“-Gruppen – Eine besondere Herausforderung für die Selbsthilfe-Unterstützung**

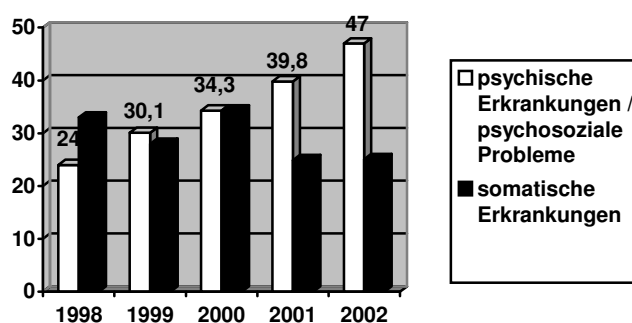
Der hier verwendete Begriff „Psycho“-Selbsthilfegruppen ist keineswegs abwertend gemeint. Er soll vielmehr alltagssprachlich all jene Themen zusammenfassen, die man als psychologisch, psychotherapeutisch, psychiatrisch oder psychosozial bezeichnen könnte. Im Selbsthilfegruppenjahrbuch 2005 berichtete Hans-Christian Sander, Diplom-Psychologe an der Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen in Marburg, über eine Befragung von Selbsthilfe-Kontaktstellen in Hessen zu der Art und Weise, wie dort „Beratung“ stattfindet. Eine Fragestellung bezog sich naturgemäß auf die Themen, zu denen die Anrufer Selbsthilfegruppen suchen. Dabei ergab sich folgende Verteilung:

- 46,6 % Psychosoziale Probleme (Depression, Angst, Sucht, Psychiatrie, Essstörung...)
- 19,4 % Lebensprobleme (Paarbeziehung, Mobbing, Trennung / Scheidung, Eltern von erkrankten Kindern)
- 14,1 % Somatische Erkrankungen
- 20,0 % Sonstiges.

„Psycho“-Themen bilden also rein quantitativ den wichtigsten Teil der Beratungsleistungen, die von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Kontaktstellen erbracht werden.



Diese Zahlen bestätigen empirisch einen Trend, der seit langem aus der Diskussion unter den Fachleuten bekannt ist: „Psycho“-Anfragen stellen einen erheblichen Anteil der Beratungsarbeit in Selbsthilfe-Kontaktstellen dar, und sie nehmen zu. Dass es sich hierbei tatsächlich um eine Entwicklung handelt, lässt sich sehr schön zeigen am Beispiel der Selbsthilfeberatung im Gesundheitsamt Bremen. Dort wurde auf einer Fachtagung im Jahre 2003 eine Tabelle vorgestellt, welche auswies, dass sich der Anteil von Beratungen zu „psychischen Erkrankungen / psychosozialen Problemen“ in den vergangenen Jahren folgendermaßen entwickelt hatte (Gesundheitsamt Bremen, 2004, S. 23):



Der Anteil der „Psycho“-Beratungsfälle in Sachen Selbsthilfe hat sich also innerhalb von nur fünf Jahren ziemlich genau verdoppelt, während die Anfragen zu somatischen Erkrankungen in reziproker Weise abnahmen.

Eine Befragung aller Selbsthilfe-Kontaktstellen in Deutschland im Rahmen des Gießener Projekts über „Selbsthilfegruppen für psychisch und psy-

chosomatisch Kranke“ (vgl. Matzat 2004a) erbrachte den Befund, dass 23,5 % der beteiligten Selbsthilfe-Kontaktstellen angaben, mehr als 30 „Psycho“-Anfragen pro Monat zu erhalten; weitere 31,6 % berichteten von 11 bis 30 Anrufen pro Monat. Wenn man annimmt, dass diese Kontaktstellen im Durchschnitt an 15 Werktagen pro Monat telefonische Sprechstunden anbieten, dann würde dies bedeuten, dass in mehr als der Hälfte der beteiligten Kontaktstellen (55,1 %) täglich mindestens ein oder zwei solcher Beratungsfälle bearbeitet werden. „Psycho“-Anrufe gehören also – im wahrsten Sinne des Wortes – zum Alltagsgeschäft von Selbsthilfe-Kontaktstellen.

In der Untersuchung wurde darüber hinaus erfragt, inwieweit die Selbsthilfe-Beraterinnen und -Berater bei solchen Gesprächen mit den Ratsuchenden auch über Psychotherapie (sozusagen als Alternative oder mögliche Ergänzung zur Selbsthilfe) sprechen. Hier ergab sich ein höchst interessanter Befund: Die Antworten reichten von 0 % bis 100 %! Dabei lag das obere Viertel der beteiligten Kontaktstellen bei 80 %, sie sprechen also fast immer auch über Psychotherapie, das untere Viertel bei 20 %, sie sprechen also selten über Psychotherapie. Dies ließe sich so interpretieren, dass es offenbar eher „Psycho-nahe“ und eher „Psycho-ferne“ Selbsthilfe-Kontaktstellen gibt. Man kann vermuten, dass dies mit einer mehr oder weniger starken psychologischen Orientierung der dort tätigen Kolleginnen und Kollegen zu tun hat, mit ihrer persönlichen Qualifikation bzw. Vertrautheit mit psychologisch-therapeutischen Fragestellungen

sowie mit der Trägerschaft bzw. institutionellen Anbindung der jeweiligen Einrichtung, welche entsprechende Erwartungshaltungen der Nutzer eher begünstigt oder eher unwahrscheinlich macht. Möglicherweise ließe sich hier auch ein Fortbildungsbedarf für das Personal in Selbsthilfe-Kontaktstellen ableiten. Ganz sicher zeigt sich hier aber eine besondere Herausforderung für die Selbsthilfegruppen-Unterstützung: die Beraterinnen und Berater müssten – zumindest in Ansätzen – über psychotherapeutische Verfahren (vor allem über die so genannten „Richtlinienverfahren“ der Verhaltenstherapie, der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und der Analytischen Psychotherapie) sowie über die örtliche Versorgungslandschaft (Praxen, Kliniken, Beratungsstellen) informiert sein. Hier scheint mir ein prinzipieller Unterschied zu „organmedizinischen“ Themen zu liegen, eine besondere Herausforderung, wenn man so will. Einen anrufenden Diabetiker oder eine Krebspatientin würde man wohl kaum fragen, ob er oder sie in Behandlung ist (ggf. auch noch, wo und nach welchem Verfahren), und wir würden von uns selber nicht verlangen, über diese Behandlungsmethoden auch nur halbwegs Bescheid zu wissen.

Andererseits wäre es auch günstig, wenn die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Kontaktstellen die (expliziten oder impliziten) Konzepte verschiedener „Psycho“-Selbsthilfegruppen kennen würden und den Nachfragenden entsprechend erklären könnten. Was z. B. ist ein „12-Schritte-Programm“? Welche Störungsbilder finden sich

bei OA oder EA? Welche Selbsthilfegruppen folgen eher tiefenpsychologischen oder verhaltenstherapeutischen oder sozialpsychiatrischen Ansätzen? Versuchen sie eher, eine „Gruppentherapie ohne Therapeut“ zu sein, oder eher ein „Leben mit einer Krankheit“ zu erleichtern? Ist die Gruppe diagnostisch (scheinbar) homogen oder (scheinbar) heterogen zusammengesetzt? Welche professionelle Unterstützung (Beratung, Supervision, spezialisierte Gesamttreffen) steht der jeweiligen Gruppe bei Bedarf zur Verfügung? All diese Fragen können helfen, mit einem Anrufer zusammen zu klären, ob für ihn oder sie eine Selbsthilfegruppe in Frage kommen könnte, und ggf. welche.

Eine ähnliche „Bipolarität“ hatte sich in der Giebener Untersuchung bei der Frage ergeben, ob die Fachleute dort den Eindruck haben, dass „Psycho“-Selbsthilfegruppen enger oder weniger eng an die Kontaktstellen gebunden sind als andere Selbsthilfegruppen, etwa im Bereich chronische Erkrankungen, Süchte oder soziale Probleme. Die Antworten zeigten folgende Verteilung:

- 13,8 % der KS: „deutlich enger“
- 29,4 % der KS: „etwas enger“
- 41,3 % der KS: „gleich eng / distanziert“
- 12,8 % der KS: „etwas distanzierter“
- 2,8 % der KS: „deutlich distanzierter“

Demnach empfinden 43,2 % der Kolleginnen und Kollegen eine etwas oder sogar deutlich engere Anbindung, 41,3 % empfinden keinen systematischen Unterschied, während lediglich 15,6 % die „Psycho“-Gruppen deutlich oder zumindest etwas distanzierter erleben. Das Ergebnis zeigt also ins-

gesamt, dass „Psycho“-Selbsthilfegruppen im Mittel eine größere Nähe zu Kontaktstellen haben als andere Gruppen, was sich unter anderem sicherlich dadurch erklären lässt, dass diese in der Regel keine Unterstützung von Bundes- und Landesverbänden haben, wie es im Bereich vieler organmedizinischer Gruppen üblich ist. Vielleicht sind Selbsthilfe-Kontaktstellen auch in höherem Ausmaß bei der Gründung solcher Gruppen beteiligt, so dass es von Anfang an eine Art „Prägung“ auf diese „mütterliche“ Institution gibt, während chronisch Kranke und Behinderte vielleicht eher Unterstützung in Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen suchen und finden können. Vermutlich verbergen sich hinter den „gefühlten Distanzen“ aber auch unterschiedliche Einstellungs- und Verhaltensmuster der in den Kontaktstellen tätigen Profis selber, welche ihrerseits mehr oder weniger Neigung haben, sich mit dem „Psycho“-Bereich und den dort tätigen Selbsthilfegruppen zu befassen. Jedenfalls ergibt sich aus dieser engeren Bindung auch eine besondere Verpflichtung der Kontaktstellen zur Anregung, Unterstützung und Beratung solcher „Psycho“-Selbsthilfegruppen, gewiss eine besondere Herausforderung.

Hierfür müssten idealerweise von den Kontaktstellen spezielle Angebote von supervisionsartiger Gruppenberatung oder gesonderten „Gesamttreffen“ (vgl. Moeller 1992) vorgehalten werden. Dabei müsste geklärt werden, ob beim eigenen Personal entsprechende Qualifikation vorhanden ist, oder ob man diese von außerhalb hinzuziehen

muss. (In letzterem Fall würde sich die hoch interessante Frage stellen, welche psychotherapeutischen oder supervisorischen Profis für eine solche Aufgabe im Selbsthilfe-Bereich gut geeignet wären.)

Eine vom BKK-Bundesverband geförderte gemeinsame Untersuchung der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Gießen und der Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen Gießen (Höflich et al. 2007) in fünf psychosomatischen Kliniken ergab, dass etwa 11 % der dort behandelten Patientinnen und Patienten bereits vor der stationären Aufnahme Kontakt zu Selbsthilfegruppen gehabt hatten, und dass 7,4 % im ersten Jahr danach (wieder) eine Selbsthilfegruppe besuchten – in aller Regel parallel zu einer professionellen Psychotherapie. Solche Patienten sollten in den oft überregional versorgenden Psychosomatischen Kliniken auf die Kontaktstellen in ihrem Heimatort hingewiesen werden zur Weitervermittlung an „geeignete“ Selbsthilfegruppen.

Den Kontaktstellen wächst dann eine neue Rolle zu als Drehscheibe zwischen stationärer psychotherapeutischer Behandlung / Rehabilitation und Nachsorgemöglichkeiten zur Sicherung der Therapieerfolge – wahrlich eine besondere Herausforderung. Die Beratungssituation mit einzelnen Interessenten – nach meiner Auffassung eine der Kernaufgaben von Selbsthilfe-Kontaktstellen – unterscheidet sich sehr stark, je nach Art der Problematik des Anrufers. „Angst, Panik, Depression, Borderline“ usw., welche übrigens beim Anruf in einer Selbsthilfe-Kontaktstelle vielfach unter Nutzung

anderer Begriffe zum Ausdruck gebracht werden (man denke an Trennung, Scheidung, Einsamkeit, Schüchternheit, Kontaktprobleme, Mobbing, Umweltbelastungen oder psychosomatische Symptome), erfordern sicherlich höhere „diagnostische“ und Gesprächsführungs-Fähigkeiten bei den Beraterinnen und Beratern in Selbsthilfe-Kontaktstellen als Fälle meist eindeutiger organischer Erkrankungen (wie z. B. Rheuma, Krebs, MS, Neurodermitis), wo das Telefonat sich vielfach auf die Weitergabe von Informationen beschränken kann, wie die Namen von Gruppenleitern, Ort und Zeit der Gruppentreffen etc.

*Beratungsgespräche* und *Informationsgespräche* sind etwas Unterschiedliches, wenn auch die Grenzen mitunter fließend sein können. In einem Falle geht es um Klärung bzw. Selbst-Klärung, im anderen Falle ist (jedenfalls auf den ersten Blick) alles klar. Beim Erstkontakt, meist per Telefon, sind bei psychischen Störungen einige Aspekte in besonderer Weise zu beachten, jedenfalls stärker als bei vielen Anfragen zu körperlichen Erkrankungen oder sozialen Problemlagen:

- Schamproblematik bei psychischen Störungen berücksichtigen.
- „Diagnose“ in Frage stellen. (Hat ein Fachmann sie gestellt, stammt sie aus dem Internet, oder hat sich jemand nur in einem Buch gut beschrieben gefunden?) Dabei ist die relative Unschärfe psychiatrisch-psychotherapeutischer Diagnosen zu beachten. Deswegen könnten gemischte Selbsthilfegruppen „für seelische Gesundheit“ oft sinnvoller sein als scheinbar

hoch spezifische (etwa für Menschen mit Panikattacken).

- „Überweiser“ erfragen. Wurde bereits hinreichend über Selbsthilfegruppen informiert und Ambivalenz geklärt?
- Therapeutische Vorerfahrung erfragen (ambulant, stationär, frühere Selbsthilfegruppe) wegen möglicher „Passung“ zu bestimmten Selbsthilfegruppen.
- Nach aktueller Behandlung fragen. Viele Anrufer, die (noch) nicht in Behandlung sind, suchen in Wirklichkeit nach einer Therapie, nicht nach einer Selbsthilfegruppe!
- Motivation erfragen („geschickter“, gut aufgeklärter oder hoch eigenmotivierter Anrufer?). Gerade in „Psycho“-Selbsthilfegruppen werden auch „Produzenten“ gebraucht, nicht nur „Konsumenten“!
- Gruppen-Konzepte erläutern (homogen vs. heterogen, eher „tiefenpsychologisch“, eher „verhaltenstherapeutisch“ oder eher „sozialpsychiatrisch“ orientierte Selbsthilfegruppen, „12-Schritte“ etc.).
- Leiterlosigkeit von Selbsthilfegruppen ansprechen (im Unterschied zu Gruppentherapie). Manche – schlecht informierte oder missverstehende – Anrufer bekommen dann einen gehörigen Schrecken, der zu bearbeiten ist.
- Evtl. Beratungs- / Supervisionsangebote der Kontaktstelle – oder auch anderer Fachkräfte – erläutern, um den Interessierten klar zu machen: Selbsthilfegruppen arbeiten ohne professionelle



Leitung, aber nicht ohne professionelle Unterstützung.

### **Literatur**

*Gesundheitsamt Bremen* (Hrsg.): Die Bedeutung der Selbsthilfegruppen bei psychischen Erkrankungen und psychosozialen Problemen. Bremen, 2004, Eigenverlag

*Höflich, A., Meyer, F., Matzat, J., Beutel, M.E.:* Selbsthilfegruppen für psychisch und psychosomatisch Kranke – Versorgungsangebot, Inanspruchnahme, Wirksamkeit. Bremerhaven, 2007

*Matzat, J.:* Selbsthilfe als therapeutisches Prinzip. Therapeutische Wirkungen der Selbsthilfe. In: Günther, P., Rohrman, E. (Hrsg.): Soziale Selbsthilfe – Alternative, Ergänzung oder Methode sozialer Arbeit? Heidelberg, 1999

*Matzat, J.:* Selbsthilfegruppen für psychisch Kranke – Ergebnisse einer Umfrage bei Selbsthilfe-Kontaktstellen. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (Hrsg.): Selbsthilfegruppen-jahrbuch 2004. Gießen, 2004a, S.153 ff. Eigenverlag

*Matzat, J.:* Wegweiser Selbsthilfegruppen. Gießen, 2004b

*Moeller, M.L.:* Anders helfen. Selbsthilfegruppen und Fachleute arbeiten zusammen. Frankfurt, 1992

*Moeller, M.L.:* Selbsthilfegruppen. Selbstbehandlung und Selbsterkenntnis in eigenverantwortlichen Kleingruppen. Reinbek, 1996

*Sander, H.Ch.:* Beratungsqualität in neun Hessischen Selbsthilfe-Kontaktstellen. Ergebnisse einer

Dokumentation der Beratungen im Mai und Juni  
2003. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthil-  
fegruppen (Hrsg.): Selbsthilfegruppenjahrbuch  
2005. Gießen, 2005, S. 73 ff. Eigenverlag

## Liste der Referentinnen und Referenten

*Susanne Auferkorte*

Kontakt- und Informationsstelle für Selbst-  
hilfe Ennepe-Ruhr-Kreis Süd  
Hagener Straße 26a, 58285 Gevelsberg

*Anita M. Jakubowski*

KOSKON NRW – Koordination für  
Selbsthilfe-Kontaktstellen  
Friedhofstraße 39, 41236 Mönchengladbach

*Anne Kaiser*

KOSKON NRW – Koordination für  
Selbsthilfe-Kontaktstellen  
Friedhofstraße 39, 41236 Mönchengladbach

*Doris Lewe*

Sozialpsychiatrisches Zentrum  
Philippusstift-Krankenhaus, Essen  
Germaniaplatz 3, 45355 Essen

*Jürgen Matzat*

Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfe-  
gruppen e.V., Selbsthilfe-Kontaktstelle  
Gießen  
Friedrichstraße 28, 35392 Gießen

*Dr. Benno Peters*

Facharzt für Psychotherapeutische  
Medizin und Psychotherapie  
Rathausstraße 22a, 52072 Aachen

*Klaus Zunker,*

BKK Landesverband Nordrhein-Westfalen  
Kronprinzenstraße 6, 45128 Essen

Aus Datenschutzgründen haben wir auf die Veröffentlichung der Namen des Vertreters der Borderliners Anonymous Interessengemeinschaft und der am Gespräch mit Selbsthilfegruppen beteiligten Vertreterinnen aus Selbsthilfegruppen verzichtet. Anfragen bitten wir an KOSKON NRW zu richten. Wir geben diese dann an die jeweilige Gruppe weiter.

## Programm

9.00 Uhr Anmeldung und Begrüßungskaffee

10.00 Uhr **Eröffnung**

*Anita M. Jakubowski*

KOSKON NRW,

Mönchengladbach

*Klaus Zunker*

BKK Landesverband NW, Essen

**10.15 Uhr Was ist Borderline?**

Begriffsbestimmung und Möglichkeiten der therapeutischen Behandlung

*Dr. Benno Peters*

Facharzt für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin in eigener Praxis, Aachen

Vortrag und Diskussion

11.30 Uhr Pause

11.45 Uhr **Leben mit Borderline**

Die soziale Dimension der

Borderline-Erkrankung

*Doris Lewe*

Dipl. Sozialarbeiterin, Kinder- und Jugendtherapeutin

Sozialpsychiatrisches Zentrum –

Philippusstift-Krankenhaus, Essen

Vortrag und Diskussion

12.45 Mittagspause mit Imbiss

13.45 Uhr **Borderliners Anonymous**

Eine Interessengemeinschaft stellt sich vor

14.15 Uhr **Unser Weg**  
Gespräch mit Teilnehmerinnen und  
Teilnehmern von Selbsthilfegruppen  
*Borderline SHG*, Dortmund  
*Borderline Anonymous*, Düsseldorf  
*Trialog*, Dortmund  
*Angehörigen-SHG*, Essen  
*Borderline-Gruppe*, Unna  
Moderation:  
*Susanne Auferkorte*  
Dipl. Sozialarbeiterin  
Kontakt- und Informationsstelle  
für Selbsthilfe Ennepe-Ruhr-Kreis  
Süd, Gevelsberg

15.15 Uhr Pause

15.30 Uhr **„Psycho“-Gruppen – Eine besondere  
Herausforderung für die Selbsthilfe-  
Unterstützung**  
*Jürgen Matzat*  
Dipl. Psychologe  
Deutsche Arbeitsgemeinschaft  
Selbsthilfegruppen e.V.,  
Kontaktstelle Gießen  
Vortrag und Diskussion

16.30 Uhr Ende der Tagung

**Gesamtmoderation:**  
*Anne Kaiser*  
KOSKON NRW