



Bachelorarbeit

Grenzenlose Liebe

Borderline-Verhalten in Partnerschaften und Co-
Abhängigkeit

Diagnostische Einschätzungen und
Bewältigungsstrategien

Mara Klauser

Vertiefungsrichtung Klinische Psychologie

Referent: Prof. Dr. phil. Hugo S. Grünwald, Dozent ZHAW-P

Zürich, Mai 2010

Diese Arbeit wurde im Rahmen des Bachelorstudienganges am Departement P der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch das Departement Angewandte Psychologie.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, Minervastrasse 30, Postfach, 8032 Zürich.

*„I wonder if you could ever despise me
when you know I really try
to be a better one to satisfy you
for you're everything to me
and I'll do what you ask me“*

The Swell Season, 2009

Irishes Folkmusikduo

Danksagung

Ich möchte mich herzlich bei dem Partner und den Partnerinnen bedanken, die mir für diese Arbeit ein Stück ihrer Zeit geschenkt haben.

Die Gespräche mit Ihnen haben mich tief beeindruckt und ich bin Ihnen dankbar für die Offenheit und das Vertrauen, welches Sie mir entgegengebracht haben. Für Ihre weiteren Wege wünsche ich Ihnen Mut eigene Grenzen zu setzen, Kraft für selbstbestimmte und gemeinsame Schritte und das Vertrauen in eine unbegrenzte Liebe.

Weiter gilt mein Dank Franca Weibel und Rosmarie Hug vom Verein Trialog/VASK.

Danke für ein warmes Willkommen, die grosse Unterstützung bei der Rekrutierung der Probanden und die vielen interessanten Gespräche, die ich miterleben durfte.

Ich möchte mich bei meinem Referenten, Herrn Prof. Dr. phil. Hugo S. Grünwald für die guten Ratschläge, konstruktiven Feedbacks und die Betreuung meiner Arbeit bedanken.

Ein besonderer Dank gilt auch meiner Lektorin Kathrin Pletscher sowie meiner Familie und meinen Freunden, die mit mir diskutiert, mich beraten und unterstützt haben.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	1
1.1 Hintergrund.....	1
1.2 Untersuchungsdesign und Absicht.....	1
1.3 Aufbau.....	2
1.4 Ein- und Abgrenzung.....	2
I Theoretischer Teil	2
2 Borderline-Persönlichkeitsstörung	3
2.1 Epidemiologie und Klassifikation.....	3
2.1.1 Epidemiologie.....	3
2.1.2 Klassifikation der Borderline-Persönlichkeitsstörung.....	3
2.2 Beziehungsschwierigkeiten von Borderline-Betroffenen.....	5
2.3 Zwischenmenschlichen Komponenten in den DSM-IV-Kriterien und ihre Auswirkungen auf die Paardynamik.....	7
2.3.1 Kriterium 1.....	7
2.3.2 Kriterium 2.....	7
2.3.3 Kriterien 3, 7 und 9.....	8
2.3.4 Kriterien 4 und 5.....	9
2.3.5 Kriterien 6 und 8.....	10
3 Co-Abhängigkeit	11
3.1 Das Konstrukt Co-Abhängigkeit.....	11
3.1.1 Empirische Aussagen zum Konstrukt Co-Abhängigkeit.....	11
3.1.2 Entstehung des Begriffs Co-Abhängigkeit.....	13
3.1.3 Kritische Betrachtung des Konstrukts der Co-Abhängigkeit.....	13
3.1.4 Diagnose Co-Abhängigkeit.....	15
3.2 Persönlichkeitsmerkmale von Menschen mit co-abhängigen Verhaltensweisen.....	17
4 Angehörige von Borderline-Betroffenen und Co-Abhängigkeit	20
4.1 Aspekte der Co-Abhängigkeit bei Angehörigen von Borderline-Betroffenen.....	20
4.2 Bewältigungsstrategien in Borderline-Partnerschaften.....	21
II Empirischer Teil	22
5 Forschungsgegenstand und Methodik	22
5.1 Fragestellungen.....	22
5.2 Forschungsdesign.....	23
5.3 Datenerhebung.....	23
5.3.1 Erhebungstechnik.....	23
5.3.2 Stichprobe.....	24

5.4 Datenauswertung	25
5.4.1 Datenaufbereitung.....	25
5.4.2 Auswertung der Daten	25
6 Darstellung der Ergebnisse	27
6.1 Selbstgeschriebene Persönlichkeitsmerkmale	27
6.2 Beziehungsdynamik in den untersuchten Partnerschaften.....	27
6.2.1 Derzeitige Situation.....	28
6.2.2 Zufriedenheit in der Beziehung	28
6.2.3 Auswirkungen der Beziehung auf die psychische oder physische Konstitution.....	28
6.2.4 Trennungswünsche	29
6.2.5 Übernahme der Verantwortung.....	30
6.2.6 Eigene Grenzen.....	31
6.2.7 Eigene Freiräume und Bedürfnisse	31
6.2.8 Sexualität/Intimität.....	32
6.2.9 Veränderung seit der Diagnose/dem Wissen über Borderline-Verhalten.....	32
6.2.10 Offenheitsgrad in der Beziehung.....	33
6.2.11 Zukunftsperspektiven.....	33
6.3 Reaktionen auf die Ausprägungen der erfüllten DSM-IV-Kriterien.....	33
6.3.1 Reaktionen auf Kriterium 1	35
6.3.2 Reaktionen auf Kriterium 2.....	35
6.3.3 Reaktionen auf die Kriterien 3, 7 und 9.....	36
6.3.4 Reaktionen auf die Kriterien 4 und 5.....	37
6.3.5 Reaktionen auf die Kriterien 6 und 8.....	38
6.4 Auslöser für Veränderungen in den Reaktionen.....	39
6.4.1 Intrapsychische Veränderungen.....	39
6.4.2 Veränderungen durch externe Faktoren.....	40
6.5 Ressourcen von einzelnen ProbandInnen und Paaren	40
6.5.1 Ressourcen der ProbandInnen.....	40
6.5.2 Ressourcen der Paare.....	41
7 Diskussion.....	41
7.1 Zusammenfassung der Theorie.....	42
7.2 Ausgangslage.....	43
7.3 Beantwortung der Fragestellungen und Interpretation der Ergebnisse.....	43
7.3.1 Zur Beziehungsdynamik der untersuchten Paare.....	43
7.3.2 Untersuchung der Verhaltensweisen auf Anzeichen einer Co-Abhängigkeit.....	46
7.3.3 Bewältigungsstrategien der ProbandInnen und der Paare	50
7.4 Zusammenfassende Erkenntnisse zu den Fragestellungen	52
7.5 Implikationen für die Praxis	53
7.6 Kritische Auseinandersetzung mit dem Studiendesign und der Methodik	54
7.7 Weiterführende Ansätze.....	55
8 Abstract	57
9 Literaturverzeichnis	58

10 Anhang	62
Anhang 1: Diagnostische Kriterien DSM-IV-TR.....	62
Anhang 2: Porträtierungen der befragten Angehörigen und Betroffenen.....	63
Anhang 3: Zusammenfassung in die Kategorien.....	66
Anhang 4: Einverständniserklärung.....	75
Anhang 5: Interviewleitfaden.....	76
Anhang 6: Informationsblatt für ProbandInnen (Briefing).....	82

Tabellen

Tabelle 1: Zusammenfassung der wichtigsten Merkmale der Stichprobe	24
Tabelle 2: Kategoriensystem	26
Tabelle 3: Ausprägungen der DSM-IV-Kriterien	34
Tabelle 4: Co-abhängige Wesensmerkmale	46

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Nachdem die Co-Abhängigkeit lange Zeit nur bei Angehörigen von Personen mit einer Substanzabhängigkeit als wichtige Thematik aufgeführt wurde, lässt sich co-abhängiges Verhalten, laut einigen Autoren (z. B. Niklewski & Riecke-Niklewski, 2006 oder Sendera & Sendera, 2010), heute auch auf Bezugspersonen von psychisch kranken Menschen übertragen. So wird im Zusammenhang mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, die auch als Beziehungsstörung bezeichnet wird, davon ausgegangen, dass die Partner, die sehr eng mit den Betroffenen verkehren und diese unterstützen, durch deren Störung belastet werden. Indem sie viel Verantwortung für die Betroffenen übernehmen, werden diese getragen, gedeckt und geschont, was zum einen zu einer Chronifizierung der Erkrankung führen kann und zum anderen beiden Seiten die Chance auf eine Unterstützung nimmt. Über das Konstrukt Co-Abhängigkeit wird aufgrund fehlender Wissenschaftlichkeit kritisch diskutiert und doch wird der Terminus Co-Abhängigkeit im Fachjargon der Psychologie und bei der WHO weiterhin verwendet. Aufgrund dessen wird der Begriff Co-Abhängigkeit auch im Rahmen dieser Arbeit verwendet.

1.2 Untersuchungsdesign und Absicht

Der Fokus des empirischen Teils dieser Arbeit liegt auf den Partnern und Partnerinnen von Personen, bei denen eine Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde oder von deren Vorhandensein ausgegangen wird.

Durch qualitative Interviews wird die Beziehungsdynamik in den untersuchten Partnerschaften aus Sicht der Angehörigen¹ beleuchtet und anhand deren Reaktionen auf die Ausprägungen der DSM-IV-Kriterien² einer Borderline-Persönlichkeitsstörung werden allfällige co-abhängige Verhaltensweisen exploriert. Von Interesse sind auch Ressourcen und Bewältigungsstrategien der befragten Personen und Paare, welche sich protektiv auf die Beziehungen bzw. auf das Wohl der Angehörigen auswirken.

Infolge der Erkenntnisse aus dieser Untersuchung sollen neue Hypothesen für die Angehörigenforschung generiert werden. Weiter soll das Erreichen einer Wissenschaftlichkeit im Bereich der Co-Abhängigkeit angetrieben werden, durch die Betonung der Wichtigkeit, die dieses Konstrukt in sich trägt. Die Untersuchung geht fragegeleitet vor, um eine grösstmögliche Offenheit und Unvoreingenommenheit zu gewährleisten.

¹ Mit der Bezeichnung Angehörige sind in dieser Arbeit primär die Partner und Partnerinnen gemeint.

² Die Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung des DSM-IV wurden unverändert in das DSM-IV-TR übernommen. Daher werden diese in der vorliegenden Arbeit synonym verwendet.

1.3 Aufbau

Der erste Teil der Arbeit stellt die theoretische Grundlage für die empirische Untersuchung im zweiten Teil dar. Im Kapitel 2 werden die zwischenmenschlichen Komponenten der Borderline-Persönlichkeitsstörung, welche für diese Arbeit im Vordergrund stehen, beleuchtet und damit verbundene Schwierigkeiten fokussiert. Dafür wird Fachliteratur zur Borderline-Persönlichkeitsstörung zugezogen, ergänzt durch einige wichtige psychodynamische Aspekte. Im dritten Kapitel wird das Konstrukt Co-Abhängigkeit primär anhand Literatur aus dem Bereich der Substanzabhängigkeiten umrissen und kritisch betrachtet. Darauf folgt eine Differenzierung in einzelne co-abhängige Persönlichkeitsmerkmale. Im Kapitel 4 werden Aspekte der Co-Abhängigkeit bei Angehörigen von Borderline-Betroffenen aufgrund des gegenwärtigen Wissenstands aufgeführt und es wird auf mögliche Bewältigungsstrategien von Angehörigen sowie von Borderline-Paaren eingegangen. Im zweiten Teil der Arbeit wird das methodische Vorgehen für den empirischen Teil dieser Arbeit vorgestellt, worauf die erhobenen Ergebnisse dargestellt werden. Es folgen die Beantwortungen der Fragestellungen mit einer Verknüpfung zur Literatur, mögliche Implikationen für die Praxis und eine kritische Auseinandersetzung mit dem methodischen Vorgehen. Abschliessend werden Hypothesen generiert, die Vorschläge für weiterführende Forschungsarbeiten beinhalten.

1.4 Ein- und Abgrenzung

Im theoretischen Teil der Arbeit liegt der Fokus zugunsten einer vollständigen Betrachtung auf den Borderline-Betroffenen und deren Angehörigen, während im empirischen Teil die Einschätzungen zur Paardynamik und deren Auswirkungen nur aus Sicht der PartnerInnen besprochen werden. Es werden nur Liebesbeziehungen untersucht, da davon ausgegangen wird, dass einige zwischenmenschliche Problembereiche der Borderline-Persönlichkeitsstörung in diesen besonders zum Tragen kommen. Es muss jedoch betont werden, dass Beziehungen von zahllosen Faktoren beeinflusst werden, die nicht mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung in Verbindung stehen. Dies impliziert, dass jeweils beide Partner für eine Beziehung die Verantwortung tragen.

Auf die Aufführung ätiologischer Konzepte der Borderline-Persönlichkeitsstörung und des Konstrukts Co-Abhängigkeit wird verzichtet.

Da die Erwähnung beider Geschlechter in einigen Abschnitten die Lesbarkeit beeinträchtigt, wird, wenn nötig, die männliche Form vorgezogen.

I Theoretischer Teil

In den folgenden drei Kapiteln wird die theoretische Grundlage für den empirischen Teil dieser Arbeit gebildet. Anhand des aktuellen Forschungsstands werden in Kapitel 2 die Epidemiologie und Klassifikation der Borderline-Persönlichkeitsstörung aufgeführt und

deren zwischenmenschliche Komponenten und Problembereiche beleuchtet. Im Kapitel 3 folgt eine Abhandlung des Konstrukts Co-Abhängigkeit, bei dem eine Erwähnung kritischer Betrachtungen nicht zu umgehen ist. Das Kapitel 4 führt die beiden Begriffe zusammen, die Co-Abhängigkeit wird im Bereich der Borderline-Persönlichkeitsstörung aufgeführt und es wird auf Bewältigungsstrategien der Angehörigen und Paare eingegangen, die dabei helfen, eine Co-Abhängigkeit zu verhindern und einen konstruktiven Umgang in der Beziehung fördern sollen.

2 Borderline-Persönlichkeitsstörung

2.1 Epidemiologie und Klassifikation

2.1.1 Epidemiologie

Laut Bohus (2002, S. 10) kann in der Allgemeinbevölkerung die Prävalenz der Borderline-Persönlichkeitsstörung mit etwa 1,2 % angegeben werden. Kreisman und Straus (2004/2005, S. 23/24) gehen von einer zwei- bis vierprozentigen Prävalenz aus, mit der Annahme, dass die wirkliche Prozentzahl in der Allgemeinbevölkerung weit höher liegt. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung gilt als die am häufigsten diagnostizierte Persönlichkeitsstörung und macht je nach Untersuchungsstudie 30 bis 60% der verschiedenen Persönlichkeitsstörungen aus (S. 23). Die Intensität der Symptome einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sehen Kreisman und Straus als abhängig von der Lebenssituation des Betroffenen (S. 24).

Etwa 70% der Betroffenen sind ausgehend von klinischen Stichproben weiblich, während Ergebnisse aus einer norwegischen Feldstudie eine geringer ausgeprägte Geschlechterdifferenz aufweisen (60% Frauen; 40% Männer) (Torgersen, 2001; zit. nach Bohus, 2002, S. 10). In einer repräsentativen, deutschen Untersuchung von dreihundert nach DSM-IV diagnostizierten Patientinnen (Altersmittel: 30 Jahre) wurde eruiert, dass lediglich 20% der untersuchten Probandinnen mit einem Partner zusammenleben und 13% verheiratet sind (Bohus, Limberger, Sender, Grathwohl & Stieglitz, 2001; zit. nach Bohus, 2002, S. 10).

Nachdem aufgezeigt wurde, wie oft die Borderline-Persönlichkeit in der Gesamtbevölkerung vorkommt und wie sich diese auf die Geschlechter verteilt, sollen im nächsten Kapitel die Klassifikation der Borderline-Persönlichkeitsstörung und allfällige Schwierigkeiten bei der Diagnosestellung im Vordergrund stehen.

2.1.2 Klassifikation der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Laut Fiedler (2007, S. 172) wird die Kriteriensetzung der Borderline-Persönlichkeitsstörung primär bezüglich differenzialdiagnostischer Probleme kontrovers diskutiert. Er geht davon aus, dass die Kriterienliste des DSM-V einige Änderungen beinhalten wird. Die diagnostischen Kriterien des DSM-IV-TR (Sass, Wittchen, Zaudig & Houben, 2000/2003, S. 259/260) werden im Anhang 1 dargestellt. Da die DSM-IV-Kriterien für Borderline-

Persönlichkeitsstörungen denen des ICD-10 in klinischer und wissenschaftlicher Hinsicht überlegen sind, werden hier nur erstere berücksichtigt (vgl. Bohus, 2002, S. 4).

- Probleme der Diagnosestellung bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen

Da Persönlichkeitsstörungen allgemein sehr schwer zu diagnostizieren sind, ist die Diagnosestellung der Borderline-Persönlichkeitsstörung oftmals mit Problemen verbunden. Fiedler (2007, S. 3) weist darauf hin, dass die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung in einen „Bereich persönlicher und zwischenmenschlicher, wissenschaftlicher und gesellschaftlich-kultureller Streitfragen und Konfliktzonen“ fällt. Dies begründet er mit kontextabhängigen und fließenden Übergängen zwischen sozial akzeptierten und sozial nicht akzeptierten Auffälligkeiten der Persönlichkeitseigenschaften der beobachteten Person (ebd.). Die Ich-Syntonie der Persönlichkeitsmerkmale kann die Untersuchung weiter erschweren, fremdanamnestic Informationen helfen oftmals zur Diagnosenfindung, wenn die Selbstwahrnehmung der untersuchten Person eingeschränkt ist (American Psychiatric Association, 2001/2005, S. 80/81).

Des Weiteren wird auf die Thematik der Stigmatisierungsprobleme hingewiesen, da die diagnostizierte Persönlichkeitsabweichung nicht nur auf einzelne Verhaltens- und Erlebensepisoden, sondern immer auf die Person als Ganzes bezogen wird (vgl. Jones, Farina, Hastorf, Markus, Miller & Scott, 1984 oder Lieb, 1998; zit. nach Fiedler, 2007, S. 4). Diese Stigmatisierungsprobleme beziehen sich unter anderem auf den Betroffenen selbst und beinhalten die Gefahr einer anhaltenden fixierenden Eigenschafts- und Identitätszuschreibung (Fiedler, 2007, S. 5). Für den Patienten löst die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung eine Bedrohung seiner persönlichen Ressourcen aus, was sich existenzbedrohlich auswirken kann (S. 8).

Bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung im Besonderen äussern sich diese Stigmatisierungsprobleme auch von Seiten der Therapeuten. Es gibt Kliniker, die eine Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung vermeiden, da Borderline-Patienten im Ruf stehen zu grosse Forderungen zu stellen, ständig Kontakt aufzunehmen und Unruhe zu stiften, um Aufmerksamkeit zu bekommen (Kreisman & Straus, 2004/2005, S. 35/36). Ausserdem gelten sie als streitsüchtig, schnell enttäuscht, was eine Wut in ihnen auslösen kann, mit welcher Aussenstehende kaum umgehen können. Ebenso erwähnen die Autoren ständige Suizidandrohungen als eine grosse Schwierigkeit für die Therapeuten. Die Behandlung von Borderline-Patienten erfordert viel Geduld und noch mehr Zeit, was oft auch zu Finanzierungsproblemen der Therapie führen kann (S. 36). Im Allgemeinen werden oftmals Diagnosen der Achse I³ (des DSM-IV) gegenüber Diagnosen der Achse II⁴ präferiert. Dies kann mit den Krankenversicherungen zusammenhängen, welche die hohen Kosten der Langzeitbehandlung einer Persönlichkeitsstörung scheuen. Oder auch mit der Tatsache, dass

³ Klinische Störungen, andere klinisch relevante Probleme (Sass et al., 2000/2003, S. 39)

⁴ Persönlichkeitsstörungen, geistige Behinderung (ebd.)

Kliniker sich nur ungenügend Zeit für die Untersuchungen der Achse II nehmen, während eine Diagnose auf der Achse I schneller festgehalten werden kann (Zimmerman & Mattia, 1999; zit. nach Gunderson, 2001/2005, S. 47). Die Diagnostik einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ist laut Gunderson (2001/2005, S. 45/46) umfangreich und dementsprechend zeitintensiv. Eine Borderline-Diagnose soll jedoch erst gestellt werden, wenn die Symptome beständig, extrem ausgeprägt und lang anhaltend beobachtet werden (Mason & Kreger, 1998/2009, S. 85).

Schwierig wird die Diagnosestellung der Borderline-Persönlichkeitsstörung auch durch die hohe Prozentzahl von Komorbiditäten. 50% der Borderline-Betroffenen leiden auch unter Schlafstörungen, während oftmals auch depressive Störungen (Lebenszeitprävalenz ca. 98%) und Angststörungen (Lebenszeitprävalenz ca. 90%) im Vordergrund stehen (Bohus, 2002, S. 11). Wie Sendera und Sendera (2010, S. 16) beschreiben, sind die genannten Komorbiditäten, wie auch somatoforme Schmerzstörungen, meist Gründe, warum Borderline-Betroffene therapeutische Hilfe suchen. Laut Sachse (2006, S. 48) sind die Klienten durch diese Problembereiche therapie-, jedoch nicht änderungsmotiviert. Dies führt zu beträchtlichen Problemen für die Betroffenen, da die Störungen, derentwegen sie sich in Behandlung geben, funktional mit den Aspekten der Persönlichkeitsstörung so verbunden sind, „dass sie ohne eine Bearbeitung der grundlegenden Schemata und Strategien nicht sinnvoll therapeutisch bearbeitet werden können“ (ebd.).

Borderline-Persönlichkeitsstörungen können auch mit anderen Störungen verwechselt werden. Kreisman und Straus (2004/2005, S. 33) weisen auf die Ähnlichkeiten der Stimmungsschwankungen mit bipolaren Störungen hin. Weiter könnte eine vorübergehende Psychose als Schizophrenie fehldiagnostiziert werden. Stehen Depressionen oder Alkoholismus im Vordergrund, so können diese die zugrunde liegende Borderline-Persönlichkeitsstörung verschleiern (ebd.).

Nachdem nun einige grundlegende Themen der Borderline-Persönlichkeitsstörung besprochen wurden, sollen die nächsten Abschnitte die zwischenmenschlichen Komponenten in diesem Bereich fokussieren.

2.2 Beziehungsschwierigkeiten von Borderline-Betroffenen

Sendera und Sendera (2010, S. 23/24) beschreiben das Beziehungsmuster von Borderline-Betroffenen folgendermassen: konfliktbeladen und mit häufig wiederkehrenden Trennungs- und Wiederannäherungsprozessen, begleitet von der ständiger Angst vor dem Alleinsein und dem Verlassenwerden. Andererseits bestehen Borderline-Beziehungen oft über lange Zeit, gestalten sich aber sehr turbulent (S. 24). Nach Lemaire (1980; zit. nach Kottje-Birnbacher, 2000, S. 794) entscheiden Borderline-Betroffene oftmals nach dem durchlebten Umschlagen von Gefühlen in Wut, Hass oder Angst, sich nicht mehr so intensiv auf jemanden einzulassen. Das Resultat dieser Überlegung mündet etwa in die Verabschiedung von Beziehungswünschen und das Anstreben von beruflichen Machtpositionen oder in

kurze Gelegenheitsbeziehungen, aus denen man sich rechtzeitig wieder zurückziehen kann (ebd.). Bei Aufrechterhaltung von Dauerbeziehungen können von Seiten des Borderline-Betroffenen Ängste entstehen, vom anderen bestimmt, manipuliert, beeinflusst, unterdrückt oder aufgesogen zu werden (Kottje-Birnbacher, 2000, S. 795). Objektiv betrachtet könnte man an Bedeutung des Partners für den Betroffenen zweifeln, es steckt jedoch eine basale symbiotische Bindung dahinter, deren Wichtigkeit oft erst bei einer Trennung sichtbar wird (ebd.).

Borderline-Betroffene befinden sich in zwischenmenschlichen Beziehungen in einem ständigen Wechselspiel zwischen Nähe und Distanz, zwischen einem Bindungsstreben und dem Bedürfnis nach Autonomie (Sendera & Sendera, 2010, S. 100). So besteht der Wunsch nach einer absoluten Bedürfnisbefriedigung durch das Gegenüber, wobei die Angst vor seelischen Verletzungen es auch immer wieder wegstösst (ebd.).

Des Weiteren führen regressive Abwehrmechanismen wie Idealisierung und Entwertung (Spaltung), Projektion und, als Reaktion der Angehörigen, projektive Identifikation zu destruktiven Beziehungsmustern in Borderline-Partnerschaften (Kernberg, 1998; zit. nach Sendera & Sendera, 2010, S. 24).

In der Literatur werden die Borderline-Betroffenen vielfach stigmatisierend dargestellt. Ihnen wird Aggressivität, Unberechenbarkeit, Misstrauen, Depressivität und scheinbar manipulatives Verhalten zugeschrieben. Doch es scheint von Bedeutung, ebenso die grossen Ressourcen, die Borderline-Betroffene im zwischenmenschlichen Bereich besitzen, aufzuzeigen. So zeichnen sich diese durch eine ausgeprägte Fähigkeit zur Leidenschaft aus, durch Offenheit, einen ausgeprägten Gerechtigkeitsinn und ein gutes Gespür für zwischenmenschliche und emotionale Prozesse. „Borderline-Menschen sind wie Seismographen für die Gefühle und Bedürfnisse anderer“ (Sendera & Sendera, 2010, S. 24).

Allgemein muss betont werden, dass die Eigenschaften von Borderline-Betroffenen, die zwischenmenschliche Beziehungen erschweren, hier nicht stigmatisiert werden sollen. Vielmehr scheint es wichtig, dass die Destruktivität und Unkontrollierbarkeit negativen Tendenzen erkannt werden und die Möglichkeit besteht, diese zu durchbrechen.

Nachdem einige Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Bereichen mit Fokus auf die Borderline-Betroffenen aufgeführt wurden, sollen diese im folgenden Kapitel anhand der neun DSM-IV-Kriterien differenziert werden. Ausserdem soll nun auch die Perspektive der Angehörigen beleuchtet werden.

2.3 Zwischenmenschlichen Komponenten in den DSM-IV-Kriterien und ihre Auswirkungen auf die Paardynamik

2.3.1 Kriterium 1

(1) Verzweifeltes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Alleinsein zu vermeiden.

- Beziehungsproblematik

Bischof (1985; zit. nach Kottje-Birnbacher, 2000, S. 793) definiert den Partner in einer Liebesbeziehung als ein „Individuum mit Heimcharakter“. Eine Partnerschaft gestaltet sich als ein emotionales Nest, in dem man sich sicher und geborgen fühlen kann, und wo die Möglichkeit besteht, zur Ruhe zu kommen.

Nach genau dieser Nähe suchen Borderline-Betroffene. Sie haben den Wunsch mit ihrem Gegenüber symbiotisch zu verschmelzen. Der Partner kann dies als sehr belastend empfinden, da der Betroffene bereits einfache physische Abwesenheit als endgültige Verlassenheit definieren kann (Niklewski & Riecke-Niklewski, 2006, S. 23). Dies lässt sich mit einer schlecht ausgeprägten Objekt Konstanz begründen (Bohus, 2002, S. 7). Bei den meisten Borderline-Betroffenen konnte sich eine intrapsychische Repräsentanz wichtiger Bezugspersonen nur unzureichend oder einseitig ausbilden (Fiedler, 2007, S. 177).

Ebenso wird es für die Beziehung oft zu einem Problem, dass der Borderline-Betroffene seinen Partner unter Kontrolle haben will und seine Hilflosigkeit so demonstriert, dass dieses Verhalten teilweise als manipulierend appellativ empfunden wird (Niklewski & Riecke-Niklewski, 2006, S. 23). Verständlich wird dies, wenn man bedenkt, dass eine Trennung für den Borderline-Betroffenen eine existenzielle Bedeutung beinhaltet. Er fühlt sich ohne Bezugsperson nicht als überlebensfähig (Schäfer, Rüter & Sachsse, 2006, S. 31).

Diese Vorgänge münden in einem Teufelskreis: Je höher der Grad der Intimität, desto grösser wird die Angst vor dem Verlassenwerden. Das Resultat ist eine wachsende Verzweiflung des Borderline-Betroffenen und somit noch dramatischeres Verhalten (Mason & Kreger, 1998/2009, S. 113). Zusätzlich erschwerend ist die Tatsache, dass Borderline-Betroffene oftmals nicht über ihre Angst vor dem Verlassenwerden sprechen können, sie drücken diese mit einem für die Angehörigen unangemessenen wütenden Verhalten aus (Schäfer et al., 2006, S. 20/21).

2.3.2 Kriterium 2

(2) Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.

- Beziehungsproblematik

Borderline-Betroffene suchen in ihrem Gegenüber jemanden, der ihnen die Selbstachtung und Anerkennung gibt, die bei ihnen ungenügend ausgeprägt ist. Sie erhoffen sich eine unerschöpfliche Liebe und Wertschätzung, die ihre innere Leere füllt (Schäfer et al., 2006, S. 21).

Es kann sehr schwierig sein, die Erwartungen und Bedürfnisse eines Borderliner-Betroffenen zu erfüllen. Entweder kann er diese nicht richtig artikulieren oder seine Erwartungen in das Gegenüber ändern sich in dem Moment, wenn der Partner das Gefühl hat, eine Lösung zu deren Erfüllung gefunden zu haben. In diesem Hin und Her können Angehörige nur schwer ein stimmiges und ausgeglichenes Selbstbild bewahren (Mason & Kreger, 1998/2009, S. 55). Dies auch aufgrund der Projektion und projektiven Identifikation, die als Hilfsmechanismen zur Aufrechterhaltung der Spaltung beitragen (vgl. Kernberg, 1998; zit. nach Sendera & Sendera, 2010, S. 24).

Borderline-Betroffene fühlen sich durch schlechte Selbstrepräsentanzen bedroht und spalten diese ab (Rom, 2007, S. 88). So kommt es, dass sie unaushaltbare Gefühle auf ihr Gegenüber projizieren (Niklewski & Riecke-Niklewski, 2006, S. 191). Es kommt zu Vorwürfen, der Partner wird entwertet. Der Betroffene vergisst in jenen Augenblicken die lebenswerten Anteile seines Partners, da ihm, wenn er sich in einem Gefühlszustand befindet, der Zugang zu anderen Gefühlen vollständig fehlen kann (Sendera & Sendera, 2010, S. 101).

Ein weiterer Faktor ist erneut die Angst vor dem Verlassenwerden. Der Borderline-Betroffene befürchtet, sein Gegenüber könnte merken, dass er nicht perfekt ist (Mason & Kreger, 1998/2009, S. 98). Seine Selbstachtung ist gering, er kann sich nicht vorstellen, dass er von seinem Gegenüber geliebt und geschätzt wird (Schäfer et al., 2006, S. 21). Nur wenn er den anderen entwertet, gelingt es ihm die Aufmerksamkeit wieder auf das ideale Bild zu lenken, das er von sich zu schaffen sucht (Mason & Kreger, 1998/2009, S. 98). Doch selten gelingt es den Angehörigen von Borderline-Betroffenen zu merken, wie diese Projektion funktioniert. So verhalten und fühlen sich diese nach mehreren Anschuldigungen genau so, wie es die Vorwürfe des Borderliner-Betroffenen bestätigen (projektive Identifikation).

2.3.3 Kriterien 3, 7 und 9

(3) Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung./ (7) Chronische Gefühle der Leere./ (9) Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.

- Beziehungsproblematik

Der Wunsch nach einem Partner, der die innere Leere (Kriterium 7) füllen und dem Betroffenen eine Identität geben kann, die bei ihm selber nicht intakt ist (Kriterium 3), geht zugleich mit der Angst vor dessen Verlust einher (Niklewski & Riecke-Niklewski, 2006, S. 188). In Abwesenheit des Partners droht die sonst verborgene Leere des Borderline-Betroffenen aufzubrechen (Green, 2000; zit. nach Rom, 2007, S. 98) und der äussere Bezugspunkt, der einer Strukturierung und Orientierung dient, geht verloren. Wenn ein Borderline-Betroffener allein ist, kann er zum Gefühl kommen, nicht zu wissen, wer er eigentlich ist (Schäfer et al., 2006, S. 25). Das Gegenüber gibt dem Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung das Gefühl, eine Identität zu besitzen und dies ist ein Grund dafür, den Partner auf ewig binden zu wollen (Rom, 2007, S. 99). Die Angst, diesen Partner verlieren zu können, wobei auch der Verlust der vermeintlich intakten Identität auf dem

Spiel steht, kann zu unterwürfigem, herrschsüchtigem oder erpresserischem Verhalten führen. Der Partner hingegen befürchtet, der Borderline-Betroffene könnte sich während seiner physischen Abwesenheit etwas antun. Oft ist dies der erste Schritt in eine soziale Isolation, da der Partner dem Betroffenen so viel Raum gibt, dass andere Kontakte verloren gehen, oder auch weil sich seine Bezugspersonen infolge von Unverständnis abwenden (Niklewski & Riecke-Niklewski, 2006, S. 188/189).

Durch das unbeständige Selbstbild des Borderline-Betroffenen, kann bei diesem ein Bedürfnis nach intensiver Zuwendung und Nähe, aber auch Angst vor einem Selbstverlust entstehen, was dazu führt, dass der Angehörige weggestossen wird (Schäfer et al., 2006, S. 33/34). Aufgrund der schmerzlichen Inkohärenz der Identität, welche mit dissoziativen Zuständen und innerer Leere einhergehen kann, verlieren Borderline-Betroffene nicht selten den Bezug zur Realität (Kreisman & Straus, 2004/2005, S. 115). Die Betroffenen erleben dadurch einen Kontrollverlust, der das Gefühl von Ohnmacht und Hilflosigkeit entstehen lässt (Sendera & Sendera, 2010, S. 20). Die Störung ihrer eigenen Identität führt unausweichlich zu einer Störung zwischen dem Ich und dem Du (Niklewski & Riecke-Niklewski, 2006, S. 193): „Wo sind meine Grenzen, was gehört zu mir? Wo beginnt der andere mit seinen eigenen Bedürfnissen und Ansprüchen? Wo endet seine Belastbarkeit?“ In Borderline-Beziehungen fehlen diese Grenzen meist, was dazu beitragen kann, dass die Beziehung sich destruktiv entwickelt oder gar scheitert (ebd.). Es kann zu Verletzungen und Übertretungen kommen (Mason & Kreger, 1998/2009, S. 187). Die Gefühle und die Verantwortlichkeiten werden vom Partner übernommen, seine eigenen verliert er aus den Augen (S. 187/188). Werden dem Borderline-Betroffenen keine Grenzen gesetzt, kann sein Verhalten völlig ausser Kontrolle geraten (S. 201).

2.3.4 Kriterien 4 und 5

(4) Impulsivität bei mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen./ (5) Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder –drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.

- Beziehungsproblematik

Die selbstzerstörerischen und -schädigenden Impulse von Borderline-Betroffenen sind, neben anderen für den Betroffenen wichtigen Gründen, oftmals Reaktionen auf Enttäuschungen durch nahestehende Menschen (Kreisman & Straus, 2004/2005, S. 133). Diese Impulse können normale menschliche Regungen sein, die Borderline-Betroffene im Gegensatz zu anderen Menschen, oftmals nicht ausreichend kontrollieren können. Sie suchen intensive Reize, die sich manchmal auch selbstschädigend auswirken können, um ihre innere Leere zu füllen und Spannungen abzubauen (Schäfer et al., 2006, S. 22/23).

Selbstverletzungen folgen meist auf stark aversive Spannungszustände, während denen die Betroffenen von Gefühlen überflutet werden oder eine emotionale Taubheit erleben (Bohus, 2002, S. 6/7). Selbstverletzungen lösen bei Angehörigen verschiedenste, heftige Gefühle aus: Diese reichen von Mitleid und Hilflosigkeit über Ärger und Wut (Niklewski &

Riecke-Niklewski, 2006, S. 195) bis hin zu Resignation und einer Nichtbeachtung, in der Annahme, der Betroffene wolle nur um Aufmerksamkeit und Zuwendung heischen (Bohus & Unckel, 2000, S. 68). Ignoriert der Angehörige aber die Selbstverletzung, kann dies zu einer Eskalation der Situation und bis zu einem Suizidversuch führen. Die Intention einer Selbstverletzung ist jedoch nicht mit der eines Suizidversuches zu verwechseln (ebd.). Suizidimpulse stehen meist in Zusammenhang mit dem Gefühl von Verlassenheit und einer ausgeprägten Hilflosigkeit (Schäfer et al., 2006, S. 36). Oft gehen Suizidversuchen drohende Trennungen oder Zurückweisungen voraus (S. 41).

Selbstverletzungen dienen dem Betroffenen hingegen als Notanker, als Selbstbestrafung, als Ventil für die innere Anspannung und wie erwartet erfüllen sie manchmal auch die Funktionen eines wortlosen Appells oder einer (unbewussten) Manipulation (Niklewski & Riecke-Niklewski, 2006, S. 37/38). So erlangt er wieder Kontrolle und Macht, nach gefühlter Hilflosigkeit und Ohnmacht. Auch suizidale Äusserungen können ein Ausdruck der Suche um Hilfe sein (Kreisman & Straus, 2004/2005, S. 145). Bei chronisch suizidalen Patienten wird davon ausgegangen, dass Suizidversuche oft manipulativ eingesetzt werden (Bronisch, 2000, S. 65/66). Da eine Seltenheit sozialer Beziehungen Suizidideen bei Borderline-Betroffenen begünstigt (Green, 2008, S. 28), wird wiederholt der Zusammenhang zwischen Suizidalität und zwischenmenschlichen Beziehungen offensichtlich.

Infolge suizidaler Äusserungen oder Handlungen und Selbstverletzungen fühlen Partner sich ausgeschlossen aus der Erlebenswelt der Borderline-Betroffenen. Durch die selbstzerstörerischen Tendenzen der Borderline-Betroffenen entstehen oftmals Selbstvorwürfe bei Bezugspersonen, wenn diese über die Bedeutung der zwischenmenschlichen Komponente Bescheid wissen (Niklewski & Riecke-Niklewski, 2006, S. 195). Da hier erneut das Thema der fehlenden Grenzen präsent wird, ist es für die Angehörigen von grösster Bedeutung, eine innere Distanz zu diesen Symptomen aufzubauen (S. 196).

2.3.5 Kriterien 6 und 8

(6) Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung./ (8) Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren.

- Beziehungsproblematik

Fast alle diagnostischen Kriterien des DSM-IV gelten laut Bohus (2002, S. 6) als direkte Auswirkungen der Affektregulationsstörungen oder als Versuche, diese zu kompensieren. Borderline-Betroffene erleben heftige Emotionen, also hohe Erregungsniveaus, niedrige Reizschwellen für die Auslösung von Emotionen und eine verzögerte Rückbildung der Erregung auf den Ausgangszustand. Auf einem hohen Erregungsniveau gelingt es den Betroffenen nicht mehr, ihre Emotionen differenziert zu betrachten (ebd.). Der Borderline-Betroffene scheint durch seine Wutausbrüche unkontrolliert und impuls gesteuert zu handeln, was beim Partner zu grosser Angst führen kann (Mason & Kreger, 1998/2009, S. 254). Durch die fehlende Steuerung der Impulskontrolle kann diese Wut in aggressive

Durchbrüche münden, was im schlimmsten Fall zu häuslicher Gewalt führen kann (Niklewski & Riecke-Niklewski, 2006, S. 194). Da beim Borderline-Betroffenen die Angst vor dem Verlassenwerden elementar ist, versucht dieser seine Wut zu unterdrücken, was wiederum zu einem selbstzerstörerischen Verhalten führen kann (Kreisman & Straus, 2004/2005, S. 245).

Stimmungsschwankungen wirken sich für den Betroffenen selber und für die Menschen in seiner Umgebung beängstigend und frustrierend aus (S. 194). Für die Angehörigen ist es oftmals sehr erschöpfend, mit der Unberechenbarkeit der Stimmungswechsel umzugehen (Mason & Kreger, 1998/2009, S. 67). Auslöser für die affektive Instabilität sind meist reale oder angenommene Verlassenheit und Zurückweisung oder aber die Nähe und auch Intimität, die immer wieder als bedrohlich erlebt werden können. Ausserdem braucht es für die intensiven Gefühle der Borderline-Betroffenen als Auslöser meist nur schwache Reize (Schäfer et al., 2006, S. 24).

3 Co-Abhängigkeit

3.1 Das Konstrukt Co-Abhängigkeit

Anhand der Aussagen von Uhl und Puhm (2007, S. 14-16) besteht aktuell keine wissenschaftliche Definition eines Konstrukts der Co-Abhängigkeit. Da selbst von Experten und Wissenschaftlern oft unpräzise Aussagen zur Co-Abhängigkeit gemacht und meist empirische Aussagen mit Definitionen verwechselt werden, ziehen die Autoren es vor, mit einer Arbeitsdefinition weiterzufahren, die wie folgt lautet: „Co-abhängiges Verhalten umschreibt ‚suchtfördernde Verhaltensweisen‘, d.h. ‚Verhaltensweisen, die bei Bezugspersonen Suchtprobleme auslösen, verstärken oder aufrechterhalten.‘ (...)“ (S. 16).

Krestan und Bepko (1990; zit. nach Uhl & Puhm, 2007, S. 16) weisen ebenfalls darauf hin, dass die Definitionen der Co-Abhängigkeit meist unverantwortlich, vage und bedeutungslos sind.

Aufgrund dieser Sachlage wird in vorliegender Arbeit der Begriff „empirische Aussagen“ für die Erfassung des Konstruktes der Co-Abhängigkeit vorgezogen.

3.1.1 Empirische Aussagen zum Konstrukt Co-Abhängigkeit

Geprägt wurde der Begriff Co-Abhängigkeit im Bereich der Substanzabhängigkeiten, im Speziellen bei Angehörigen von Alkoholikern. Es wird davon ausgegangen, dass Angehörige von substanzabhängigen Menschen schwer unter deren Erkrankung leiden. Meist folgen auf anfänglich gute Ratschläge, mit dem Fortschreiten der Erkrankung, verzweifelte Versuche, zu helfen, begleitet von immer wiederkehrender Enttäuschung, Wut und Hilflosigkeit. Die Angehörigen geraten in ein typisches Rollenverhalten, welches sich dem Verhalten des Substanzabhängigen anpasst (Schaake, 2004, S. 1). Es wird Verantwortung für den Betroffenen übernommen, der Angehörige ist um das Wohlbefinden des Betroffenen bemüht.

Darüber vergisst der so genannte Co-Abhängige oft seine eigenen Bedürfnisse und verzichtet auf deren Erfüllung (Sendera & Sendera, 2010, S. 166).

Schaef weist auch auf einen Zusammenhang zwischen Co-Abhängigkeit und Beziehungssucht hin. In diesem Fall arrangieren Angehörige ihr Leben um den Partner, also quasi um das Suchtmittel, herum (1986/2008, S. 26). Klein weist auf Autoren hin, die eine Co-Abhängigkeit als Persönlichkeitsstörung sehen, die durch eine pathologische Abhängigkeit von einem anderen Menschen gekennzeichnet ist (McGovern & DuPont, 1992; zit. nach Klein, 2000, S. 142/143). Diese Vermutung wurde auch in einer Arbeit über die Partnerinnen von Alkoholikern, die 1990 verfasst wurde, diskutiert: Heftig umstritten ist die Frage, ob diese Frauen primär persönlichkeitsgestört sind und aus diesem Grunde den Alkoholismus ihres Partners unbewusst unterstützen, oder ob das co-abhängige Verhalten als Reaktion auf die Substanzabhängigkeit des Partners erfolgt. Zu einem einheitlichen Ergebnis kommen die Autoren aufgrund der Heterogenität von gezeigten Merkmalen nicht (Burnautzki, Linke & Schulz, 1990; zit. nach Assfalg, 2006, S. 13). Es gibt also weder den typischen Alkoholiker noch den typischen Partner eines Alkoholikers.

Nach den oben aufgeführten Definitionen scheint es wichtig zu erwähnen, dass der Co-Abhängige nicht nur die Rolle des Förderers der Substanzabhängigkeit einnimmt, sondern, dass er als Betroffener auch selbst unter deren Folgen leidet. Einerseits wird durch die Verhaltensweisen des Co-Abhängigen die Substanzabhängigkeit des Betroffenen gefördert und erhalten, andererseits nehmen die Angehörigen auch einiges an Belastungen für ihre physische und psychische Gesundheit in Kauf (Schaake, 2004, S. 7).

Schaef (1986/2008, S. 30/31) sieht die Co-Abhängigkeit als eine Erkrankung, die schon vor dem Auftreten des Alkoholismus latent vorhanden ist. Demnach geht sie davon aus, dass die Co-Abhängigkeit weit über den Alkoholismus hinausgeht und für betroffene Personen damit zu tun hat, dass diese sich schwer damit tun, ihre eigene Klarheit zu bewahren. Des Weiteren beschreibt Schaef (1986/2008, S. 31) einen Suchtprozess der Co-Abhängigkeit zugrunde liegend, der laut Definition „eine schwere, widernatürliche Krankheit“ ist (S. 32). „Die damit verbundenen Einstellungen, Überzeugungen, Verhaltensweisen sowie ihr [der Co-Abhängigen] Mangel an Spiritualität verneinen das Leben und führen unausweichlich zum Tod“ (ebd.). So wird der Suchtprozess als Ursache für viele psychische Leiden und Verhaltensstörungen verstanden, unter anderem für die Co-Abhängigkeit (S. 33). Assfalg (2006, S. 12/13) kritisiert die theoretische Position von Schaef (1986/2008), da sie den Suchtprozess als Primärerkrankung verantwortlich für die meisten Erkrankungen der Psychopathologie hält. Klein (2000, S. 141) weist auf empirische Untersuchungsergebnisse hin, die aufzeigen, dass Angehörige von Suchtabhängigen durchschnittlich öfter unter psychischen Problemen und Krankheiten leiden, als der Durchschnitt der Bevölkerung. Man kann jedoch nicht davon ausgehen, dass Bezugspersonen von Menschen mit einer Substanzabhängigkeit deshalb pauschal als persönlichkeitsgestört oder krank gelten müssen (ebd.).

Wie bereits erwähnt befindet sich der Ursprung des Begriffes Co-Abhängigkeit im Bereich der Substanzabhängigkeiten. In folgendem Abschnitt soll die Herkunft der Entstehung dieses Begriffes erläutert werden.

3.1.2 Entstehung des Begriffes Co-Abhängigkeit

Das Besondere des Begriffes Co-Abhängigkeit ist nach Schaeff (1986/2008, S. 13), dass er durch die Betroffenen selbst geprägt wurde. Auch Kolitzus (2000; zit. nach Bedleg, 2009, S. 84) geht davon aus, dass der Terminus Co-Abhängigkeit von Seiten der Angehörigen geprägt wurde. Laut Bedleg (2009, S. 71) ist der Begriff auf die Organisation der Anonymen Alkoholiker (AA) bzw. der Al-Anon zurückzuführen. Die Al-Anon wurden in den vierziger Jahren als erste Selbsthilfegruppe für Angehörige von Personen mit einer Substanzabhängigkeit gegründet. Die Ehefrauen von trockenen Alkoholikern merkten, dass auch sie Hilfe benötigen und schlossen sich so zu einer Gemeinschaft zusammen (Schaake, 2004, S. 4). Ende der 70-er Jahre tauchte erstmals der Begriff „co-dependency“ im Rahmen einer fachliterarischen Veröffentlichung auf (S. 5). Mitte der 80-er Jahre wurde in der USA die erste Zwölf-Schritte-Gruppe, anhand des Vorbilds der Anonymen Alkoholiker, für Co-Abhängige gegründet: Die „Co-Dependents Anonymous“, kurz CoDA. Ende der Achtziger folgte die erste CoDA im deutschsprachigen Raum (Bedleg, 2009, S. 74). CoDa Deutschland definiert sich auf ihrer Homepage⁵ wie folgt: „CoDa ist eine Gemeinschaft von Frauen und Männern, deren gemeinsames Problem die Unfähigkeit ist, gesunde Beziehungen einzugehen und aufrechtzuerhalten“ (zit. nach Bedleg, 2009, S. 74). In der Schweiz gibt es einzig in Basel eine Selbsthilfegruppe der CoDA. Deren Definition (Zentrum Selbsthilfe) beleuchtet erneut den Zusammenhang mit einer Beziehungssucht: „Co-Abhängigkeit ist eine Beziehungsstörung. (...) Von Beziehungssucht sprechen wir, wenn wir die Neigung haben, an Beziehungen festzuhalten, die uns schaden.“⁶

Das Konstrukt Co-Abhängigkeit wird primär wegen seiner Herkunft aus Angehörigenbereichen und daher aufgrund einer ungenügenden Wissenschaftlichkeit, kritisch diskutiert. Folgend sollen die verschiedenen Sichtweisen aufgeführt werden.

3.1.3 Kritische Betrachtung des Konstrukts der Co-Abhängigkeit

Das Konstrukt der Co-Abhängigkeit wird seit einiger Zeit in der Forschung sehr kritisch und kontrovers diskutiert. Miller (1994) betont (zit. nach Uhl & Puhm, 2007, S. 14) das Problem der Ausweitung des Konstrukts der Co-Abhängigkeit auf immer mehr Individuen. Diese Ausweitung bezieht sich mittlerweile, nachdem der Begriff erst nur auf Partner und Familienangehörige begrenzt war, nun auch auf beliebige Bezugspersonen und auf Gruppen und Institutionen (Harper & Capdevila, 1990; zit. nach Uhl & Puhm, 2007, S. 15). Uhl und Puhm (2007, S. 13) sehen das Problem primär in der Begriffsprägung durch Angehöri-

⁵ www.coda-deutschland.de/tool-oea-de.htm

⁶ www.zentrumselbsthilfe.ch/gruppe/beziehungsabhaengigkeit

engruppen, die mit der Co-Abhängigkeit als Krankheitskonstrukt ihrem Leiden und dem Bedarf nach Unterstützung Ausdruck verleihen wollten. Aus demselben Grund wurde auch wiederholt eine Aufnahme der Störung Co-Abhängigkeit in den Leistungskatalog der Krankenversicherungen gefordert (ebd.). Verständlich wird dies, wenn man beachtet, dass die Angehörigen bisher in der Behandlung von Substanzabhängigkeiten oft nur von Interesse waren, da die unbehandelte Familie des Abhängigen, durch ihre Unterstützung der Sucht, die Gefahr eines Rückfalls erhöhen (Bedleg, 2009, S. 9).

Die Prägung des Begriffs Co-Abhängigkeit hat wohl den Nerv der Zeit getroffen, basiert aber problematischerweise weitgehend auf nicht empirischen Erfahrungen, Behauptungen, Verallgemeinerungen und Anekdoten (Uhl & Puhm, 2007, S. 13). Daher wird die Wissenschaftlichkeit dieses Konstrukts bezweifelt, was ein Grund dafür sein kann, dass die Co-Abhängigkeit bisher nicht in den gängigen Diagnosesystemen (ICD-10 und DSM-IV) erwähnt wird (Bedleg, 2009, S. 9).

Des Weiteren impliziert der Begriff Co-Abhängigkeit die Mitschuld des Angehörigen an der Substanzabhängigkeit des Betroffenen (Uhl & Puhm, 2007, S. 15). Dies wird noch deutlicher bei der Bezeichnung des Angehörigen als „Enabler“ (S. 14). Ein „Enabler“ ist ein Förderer oder Helfer der Substanzabhängigkeit. Er ermöglicht das selbstschädigende Verhalten, in diesem Falle die Abhängigkeit eines anderen Menschen (Bedleg, 2009, S. 81). Uhl und Puhm (2007, S. 19) argumentieren dafür, den Begriff der Co-Abhängigkeit in begründeten Fällen durch die klare Bezeichnung „suchtförderndes Verhalten“ zu ersetzen, und sonst ganz wegzulassen, da dieser pauschalisierend und stark negativ konnotiert sei (S. 17). Ebenso weisen die Autoren auf eine Argumentation von Harper und Capdevila (1990, zit. nach Uhl & Puhm, 2007, S. 18) hin, die besagt, dass Personen mit einer Substanzabhängigkeit vom Co-Abhängigkeitskonstrukt profitieren, da ihnen dadurch ein Teil der Schuld und des moralischen Stigmas genommen wird. Uhl und Puhm (2007, S. 18) argumentieren aus einer systemischen Sichtweise und weisen darauf hin, dass die „Optimierung von Teilsystemen (Mikrooptimierung, z. B. Abstinenz) ohne gleichzeitig das Gesamtsystem (Makrooptimierung, z. B. gesamte Familie) zu berücksichtigen“, oft zu Problemen für das Gesamtsystem führt. Der Blick auf die Gesamtheit der sozialen Systeme und die Wichtigkeit deren Dynamik für das Verständnis der komplexen Situation der Angehörigen wird durch das Konstrukt Co-Abhängigkeit erschwert (ebd.).

Und doch hat sich der Begriff Co-Abhängigkeit gehalten. Er fand den Weg in den Fachjargon der Psychologie und hat sich mittlerweile so weit etabliert, dass er nicht mehr veränderbar erscheint (Feuerlein, Dittmar & Soyka, 1999; zit. nach Bedleg, 2009, S. 84).

Trotz der verbreiteten Verwendung dieses Terminus, gibt es verschiedene Gründe, weshalb dieser bisher noch nicht in den gängigen Klassifikationssystemen aufgeführt ist. Diese sollen anschliessend aufgeführt werden.

3.1.4 Diagnose Co-Abhängigkeit

Laut Schmidt (2007, S. 21/22) fehlen bis zum heutigen Zeitpunkt repräsentative Studien für die Operationalisierung der Co-Abhängigkeit. Zum einen liegt dies an den geringen Fallzahlen in den bisherigen Studien (S. 21), zum anderen weist Klein (2000, S. 144) auf die grosse Heterogenität in den Stichproben der Angehörigen hin, die bislang verhinderte, dass die Co-Abhängigkeit als eine wissenschaftlich sinnvolle Kategorie anzusehen ist.

Es wurde wiederholt versucht eine klinische Störung Co-Abhängigkeit zu operationalisieren (z. B. Cermak, 1991; zit. nach Klein, 2000, S. 144). Dies scheiterte jedoch bislang an Reliabilitäts- und Validitätsproblemen. Hier wird das Beispiel des von Potter-Efron und Potter-Efron (1989; zit. nach Klein, 2000, S. 144) entwickelten Co-Abhängigkeitsfragebogen CAQ (Codependency Assessment Questionnaire) erwähnt. Anhand dessen liessen sich allerdings nur Merkmale des Neurotizismus und des Stresserlebens messen, weshalb keine eigenständige Kategorie der Co-Abhängigkeit begründet werden konnte (Gotham & Sher, 1996; zit. nach Klein, 2000, S. 144).

Bedleg (2009, S. 84/85) weist darauf hin, dass die WHO (Klingemann, 2001) den Begriff „co-dependency“ bereits verwendet, jedoch sekundär wegen der Unterstützung der co-abhängigen Angehörigen, sondern vielmehr weil Co-Abhängige eine erhöhte Anfälligkeit haben, selbst an einem Abhängigkeitssyndrom zu erkranken. Des Weiteren deutet Bedleg darauf hin, dass die Co-Abhängigkeit als solche weder im ICD-10 noch im DSM-IV zu finden ist (2009, S. 86). Aufgrund ihrer unterschiedlichen Symptome sieht sie die Co-Abhängigkeit jedoch als Krankheitskonzept, welches sich, als mögliche Ursache, hinter verschiedenen Diagnosen des ICD-10 versteckt:

- *Affektive Störungen (F30-F39)*

F30 - F39: „Es wird angemerkt, dass ‚der Beginn der einzelnen Episoden (...) oft mit belastenden Ereignissen oder Situationen in Zusammenhang zu bringen‘ ist.“

- *Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)*

F41.1 generalisierte Angststörung: „Häufig wird die Befürchtung geäussert, der Patient selbst oder ein Angehöriger könnten demnächst erkranken oder einen Unfall haben.“

F41.2 Angst und depressive Störung, gemischt

F42.0 vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang

F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen: „Ursächliche Faktoren: ‚ein aussergewöhnlich belastendes Lebensereignis‘, (...) ‚eine besondere Veränderung im Leben, die zu einer anhaltend unangenehmen Situation geführt hat‘. (...) ‚Die Störungen dieses Abschnittes können insofern als Anpassungsstörungen bei schwerer oder kontinuierlicher Belastung angesehen werden, als sie erfolgreiche Bewältigungsstrategien behindern und aus diesem Grunde zu Problemen der sozialen Funktionsfähigkeit führen‘.“

F45 Somatoforme Störungen

F48 Andere neurotische Störungen

F48.0 Neurasthenie

- *Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59)*

F51 nichtorganische Insomnie (Schlafstörung)

F54 psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

F55 Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen

- *Probleme verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (Z73)*

Z73.0 Erschöpfungssyndrom (Burn-out-Syndrom)

(Dilling, Mombour & Schmidt, 1992/2008; zit. nach Bedleg, 2009, S. 86/87)

Aufgrund der Ähnlichkeit des DSM-IV mit dem ICD-10 findet man auch hier keine Diagnose der Co-Abhängigkeit. Bedleg (2009, S. 88) weist aber darauf hin, dass es immer noch einige Konstrukte, die bereits von Fachpersonen verwendet werden (z. B. das Burn-out-Syndrom), gibt, die im DSM-IV noch nicht erwähnt sind. Diesbezüglich weist sie auf eine Aussage der American Psychiatric Association hin: „Just because a category is not included in DSM-IV does not necessarily mean that it is not worthy of being a focus of research or treatment“ (2009; zit. nach Bedleg, 2009, S. 88).

Ein Grund, warum die Co-Abhängigkeit nicht in die gängigen Klassifikationssysteme aufgenommen wurde, wird folgend genannt: Da Krankenversicherungen eine DSM-IV-Diagnose (u. a. in Nordamerika) oder eine ICD-10-Diagnose (u. a. in Deutschland) verlangen, bevor sie eine Therapie bezahlen, stehen zu breit gefasste Kategorien in den genannten Klassifikationssystemen in Kritik. So besteht die Gefahr, dass nahezu jede Verhaltensweise in einen pathologischen Bereich gerückt wird (Myers, 2008; zit. nach Bedleg, 2009, S. 88/89). Ein weiterer Grund dafür könnte die Einbüßung an Popularität des Konstrukts der Co-Abhängigkeit sein. Ebenso wird hier noch einmal die fehlende Einheitlichkeit des Begriffes erwähnt, welche sich laut der Autorin durch zukünftiges Interesse am Thema herausbilden könnte (Bedleg, 2009, S. 120).

Es scheint klar, dass anhand oben aufgeführter Argumente dem Konstrukt Co-Abhängigkeit bislang die nötige Wissenschaftlichkeit für eine Aufnahme in die Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV fehlt. Das Konstrukt lässt sich nur schwer eingrenzen und die Symptome, die in Zusammenhang mit der Co-Abhängigkeit stehen, sind unklar und noch nicht genügend definiert. Die Popularität, die das Konstrukt Co-Abhängigkeit einst genossen hat, lässt jedoch darauf hinweisen, dass Angehörige sich in ihm wieder erkannt haben und daher sollte seine Wichtigkeit nicht unterschätzt werden. Vorerst wird der Begriff Co-Abhängigkeit beibehalten, weshalb er auch im Rahmen dieser Arbeit, die hauptsächlich auf die Sicht der Angehörigen fokussiert, weiterhin verwendet wird.

Es folgt eine Differenzierung und Erläuterung der Persönlichkeitsmerkmale der Co-Abhängigkeit.

3.2 Persönlichkeitsmerkmale von Menschen mit co-abhängigen Verhaltensweisen

Eine co-abhängige Verhaltensweise wird oft mit dem Vorhandensein eines „Helfersyndroms“ erklärt. So beschreibt Röhr (2003, S. 177) die Tendenz anderen helfen zu wollen als ein Mittel gegen die zunehmende Angst und Unsicherheit, die co-abhängige Personen oft erleben. Sie neigen dazu, immer mehr helfen zu wollen, um eine nicht vorhandene Sicherheit herzustellen und die Kontrolle über die Situation zu behalten. Röhr bezeichnet das Helfen als ein Suchtmittel, da er den „Zwang zum Helfen“ oder die Unfähigkeit, mit dem Helfen aufzuhören, als das zentrale Merkmal einer Co-Abhängigkeit sieht (2003, S. 177). Dem „Helfersyndrom“ zugrunde liegend sieht Schmidbauer (1984) ein geringes Selbstwertgefühl, welches sich unter anderem darin zeigt, sich bis zur Selbstaufgabe um (vermeintlich) Bedürftige zu kümmern (zit. nach Bedleg, 2009, S. 83). Dieses helfende Verhalten wird erneut als Sucht bezeichnet, begründet durch die fehlende Kontrolle, dieses selbstzerstörerische und krankmachende Verhalten, welches das Wohl der anderen zum Ziel hat, aufzugeben (Bedleg, 2009, S. 83). Auch Stumm & Pritz (2007, zit. nach Bedleg, 2009) sehen die Selbstwertprobleme des Helfers (Co-Abhängigen), als pathologische Merkmale für co-abhängige Verhaltensweisen. „Der Selbstwert wird eng und dauerhaft verknüpft mit Bemühungen, eigene Gefühle und Verhaltensweisen und die der anderen Person zu kontrollieren“ (S. 106). Des Weiteren wird dieses Verhalten mit Defiziten in der Entwicklung stabiler Ich-Grenzen gleichgesetzt und die Störungen in Zusammenhang mit Abgrenzungsproblemen gebracht. Die Autoren neigen wiederum dazu, dieses Beziehungsmuster als eine Persönlichkeitsstörung zu bezeichnen (ebd.).

Schaefs (1986/2008, S. 55-79) Theorien zur Co-Abhängigkeit, die in den Anfängen der Begriffsgründung entstanden sind und oft zitiert werden, differenzieren oben genannte Aussagen und unterteilen die Persönlichkeitsmerkmale der Co-Abhängigkeit wie folgt:

- Aussenorientierung

Die Aussenorientierung sieht Schaeff als das deutlichste Merkmal der Co-Abhängigkeit (1986/2008, S. 55). Diese drückt sich durch eine Beziehungssucht aus (S. 56), wobei der Co-Abhängige sich selber nicht mehr wichtig ist und immer nach der Bestätigung anderer sucht. So lebt der Co-Abhängige fremdbestimmt, macht alles, um seine Beziehung aufrecht zu erhalten, auch wenn sie noch so zerstörerisch sein mag, was zu einem Verlust des Selbstwertes führen kann. Des Weiteren ist ein co-abhängiger Mensch aussenorientiert, weil er sich nicht abgrenzen kann (S. 57). Durch die fehlenden Grenzen erlebt dieser Nähe als Verschmelzung oder Vereinnahmung, er verliert das Verständnis dafür, wo er selbst aufhört und wo der andere beginnt. Dies zeigt sich, indem der Co-Abhängige Gefühle und Gedanken des anderen übernimmt, obwohl er tief im Innern eigentlich ganz anders fühlt und denkt. Je mehr die Co-Abhängigkeit fortschreitet, desto mehr verwischen die Grenzen zwischen den Individuen (S. 59). Oft täuschen Co-Abhängige andere, da sie primär herauszufinden versuchen, was andere von ihnen erwarten, um es diesen recht zu machen.

zufinden versuchen, was andere von ihnen erwarten, um es diesen recht zu machen. Co-Abhängige sehen sie ihre Existenzberechtigung oftmals nur durch die Bestätigung anderer als berechtigt (S. 60).

- Übertriebene Fürsorge

Wie bereits beschrieben, neigen Co-Abhängige dazu, anderen helfen zu wollen (S. 65). Dies geschieht oft aus dem Motiv heraus, sich für andere unentbehrlich machen zu wollen. So übernehmen Co-Abhängige Verantwortung für Dinge, die ihr Gegenüber selbst tragen könnte. Ebenso nehmen sie sich heraus, besser für ihr Gegenüber sorgen zu können, als dieses es selbst kann. „Co-Abhängige brauchen es, gebraucht zu werden“ (S. 66). Gleichzeitig kostet es den Co-Abhängigen aber auch viel Energie und daher leidet dieser meist unter seinem Verhalten. Doch selbst dieses Leiden gesteht sich der Co-Abhängige nicht ein, was wiederum eine Form des Leidens ist. Gleichzeitig verlängert sich durch die Übernahme der Verantwortung die unerträgliche Situation, da so viel unnötige Zeit verstreicht, bis die betroffene Person sich Hilfe sucht (ebd.).

- Selbstbezogenheit

Co-Abhängige nehmen alles was passiert persönlich (S. 68). So denken diese, alles was mit einem für sie wichtigen Menschen passiert, habe mit ihnen zu tun. Da sie für die Gefühle und Gedanken anderer die Verantwortung übernehmen, werden sie selbst zum Mittelpunkt der Welt, interpretieren und definieren alles (S. 69). Oftmals sind Co-Abhängige auch stolz auf ihre Selbstlosigkeit (S. 67). Sie gehen davon aus, dass ihre Wahrnehmung der Dinge stimmt und dass die Wirklichkeit sich nach ihnen zu richten hätte (S. 68). Schaeef weist auch auf eine Egozentrik hin, da sie davon ausgeht, dass Co-Abhängige folgende Aussage des Gegenübers anstreben: „Ich konnte noch nie so wunderbar mit jemandem reden wie mit dir“ (1986/2008, S. 73).

- Das Thema der Kontrolle

Je chaotischer die Lage für einen co-abhängigen Menschen wird, desto verzweifelter versucht er, die Kontrolle zu behalten (S. 69). Dies kann so weit führen, dass Co-Abhängige glauben, die Wahrnehmung anderer beeinflussen zu können. Doch diese Versuche, das Unkontrollierbare zu kontrollieren, können schwere Folgen für die betroffenen Personen haben. Co-Abhängige können sich als Versager fühlen, wenn dieses zum Scheitern verurteilte Vorhaben nicht funktioniert. Dies hat zur Folge, dass sich sie immer mehr in einer Negativität verstricken, was schwere psychische Probleme verursachen kann (S. 70).

- Gefühle

Menschen mit einem co-abhängigen Verhalten neigen dazu, den Kontakt zu ihren eigenen Gefühlen zu verlieren. Da sie ausschliesslich damit beschäftigt sind, die Erwartung anderer zu erfüllen, beginnen sie, ihre eigenen Bedürfnisse zu vernachlässigen oder sie können diese nicht einmal mehr erkennen (S. 70). Um ihr Selbstbild zu erhalten, gewöhnen sie sich an, nur für sie annehmbare Gefühle zu fühlen, und verbiegen so ihre wahren Gefühle. Dies

kann dazu führen, dass die unterdrückten Bedürfnisse Wut, Eifersucht und Depressionen auslösen, die irgendwann unkontrolliert ausbrechen (S. 71).

- Unehrllichkeit

Co-Abhängige sind unehrlich, da sie nicht in Kontakt mit ihren Gefühlen stehen, da sie ihrer eigenen Wahrnehmung nicht trauen und diese deswegen nicht mitteilen. Es kommt vor, dass sich Personen mit einer Co-Abhängigkeit in ein Lügennetz verstricken, da sie die Erwartungen anderer erfüllen möchten, und auch weil sie unter Verlassenheitsängsten leiden (S. 72). Dies nennt Schaeff den Verlust der inneren Moral, da Co-Abhängige sich dadurch oftmals auch selbst betrügen (1986/2008, S. 75).

Des Weiteren geht Schaeff davon aus, dass Co-Abhängige leichtgläubig sind, sie glauben also fast alles, so lange es zu ihrem Konzept passt (1986/2008, S. 74).

Durch die oben erwähnten Verhaltensmuster wird das Denken von Co-Abhängigen immer starrer. Ihre Angst macht sie unflexibel, alles wirkt auf sie erdrückend, verwirrend und sie sind voller Unheilsahnungen (S. 76).

Verschiedene Autoren weisen darauf hin, dass Co-Abhängigkeit psychische oder physische Erkrankungen zur Folge haben kann. Klein (2000, S. 143) sieht den Stressfaktor dieser Störung als ausschlaggebend für viele psychosomatische Erkrankungen. Melody (1989/1991, S. 10) sieht co-abhängige Verhaltensweisen in einem Zusammenhang mit Hoffnungslosigkeit, Herzproblemen, schweren Krankheiten, ausgelöst durch Selbstvernachlässigung, Stress und unterdrückte Wut. Ebenso weist sie darauf hin, dass diese Krankheit sehr schwer zu erkennen ist, da die Betroffenen eine Maske der Anpasstheit und des Erfolges tragen (ebd.). Schaeff weist darauf hin, dass aus einer Co-Abhängigkeit eine eigene Abhängigkeitserkrankung entstehen kann (1986/2008, S. 67). Wenn Co-Abhängigkeit bereits als Sucht verstanden wird, lässt sich dies wie folgt begründen: „Wer sich um einen Suchtkranken in co-abhängiger Weise kümmert, benutzt diesen wie ein Suchtmittel. Suchtmittel haben immer die Funktion, Gefühle zu verändern und zu überdecken“ (Assfalg, 2006, zit. nach Bedleg, 2009, S. 94). Co-Abhängige lenken also von sich ab, indem sie Verantwortung für den anderen übernehmen. So müssen sie sich nicht mehr ihren eigenen Problemen und Defiziten stellen (S. 93).

Das Konstrukt Co-Abhängigkeit wurde in diesem Kapitel primär in seinem Entstehungsbereich der Abhängigkeitserkrankungen beschrieben. Folgend soll das Vorhandensein von co-abhängigem Verhalten bei Angehörigen von Personen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erläutert werden.

4 Angehörige von Borderline-Betroffenen und Co-Abhängigkeit

4.1 Aspekte der Co-Abhängigkeit bei Angehörigen von Borderline-Betroffenen

„Was soll ich tun? Ich kann sie doch nicht verlassen, wenn sie krank ist und nichts dafür kann!“ (H., Angehöriger einer Borderline-Erkrankten; Sendera & Sendera, 2010, S. 172).

Dieses Aufgeben des geliebten Menschen, dieses Eingeständnis, die Liebe zu ihr sollte einer Vernunft des Weiter- und Überlebens weichen müssen, setzte rationale Handlungsmöglichkeiten ausser Kraft. Keine Erniedrigung war so gross, keine Verletzung so schwer, dass dieser ‚Kampf‘ zu Ende gehen durfte. Es drohte das riesige Loch der Sinnlosigkeit, die mit der Vertreibung aus dem ‚Paradies‘ einhergehen musste. Diese Angst zwang uns, sicher aus verschiedenen Gründen, aneinander festzuhalten. Dieses ‚Klammern‘ perpetuierte die Konflikte, die immer weniger ausgetragen, geschweige denn ausdiskutiert wurden (XY, Angehöriger einer Borderline-Erkrankten; Sendera & Sendera, 2010, S. 173).

Laut Niklewski und Riecke-Niklewski (2006, S. 201) wird heute nicht nur bei Partnern von Alkoholikern von Co-Abhängigkeit gesprochen, sondern auch bei Borderline-Partnern. Partner von substanzabhängigen Personen und von Borderline-Betroffenen ähneln sich in ihrer Persönlichkeitsstruktur: Sie leiden an einem geringen Selbstwertgefühl. Damit werden auch Borderline-Partner als „süchtig“ bezeichnet, als abhängig von deren Umwelt, da sie ihre eigene Bedeutung nur über die Reaktionen von aussen erfahren können. Ebenso zeigen sie Parallelen zwischen Alkoholiker-Beziehungen und Borderline-Beziehungen, da der Versuch, den Erkrankten zu retten, immer wieder scheitert, ja sogar zu einer Chronifizierung der Erkrankung beiträgt (ebd.).

Auch Schaake (2004, S. 26) geht in ihrer Studienarbeit über Co-Abhängigkeit davon aus, dass co-abhängiges Verhalten in anderen Kontexten, und nicht nur bei Angehörigen von Menschen mit einer Substanzabhängigkeit, auftauchen kann. Sie vertritt allerdings die Ansicht, dass die Bezeichnung Co-Abhängigkeit nur dann ihre wörtliche Bedeutung erfüllt, wenn damit das spezifische Verhalten gemeint ist, das sich in der Beziehung zu einem Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung entwickelt (S. 27/28). Deshalb geht sie davon aus, dass sich die Konzepte über co-abhängiges Verhalten in nicht suchtspezifischen Bereichen, nur teilweise mit der eigentlichen Bedeutung von Co-Abhängigkeit vereinbaren lassen (S. 28).

Sendera und Sendera (2010, S. 166) übernehmen den Begriff der Co-Abhängigkeit für Borderline-Beziehungen, sehen aber hier eine eigene Dynamik. Sie erwähnen, dass eine Abhängigkeit von Substanzen nicht lange verborgen werden kann, während bei traumatisierten oder Borderline-Betroffenen meist viel mehr Zeit verstreicht, bis die Zusammenhänge zwischen den Problembereichen und der Erkrankung offensichtlich werden (ebd.). Die Autorinnen beschreiben co-abhängige Borderline-Partner vor allem nach der Diagnosestellung als sehr motiviert zu helfen und den Betroffenen zu retten. Weiter haben Borderline-

Partner das Gefühl, durch die Aufgabe der eigenen Bedürfnisse, einer besonderer Nachgiebigkeit, Konfliktvermeidung und Anpassung, den Borderline-Partner heilen zu können (S. 167). Der Partner eines Borderline-Betroffenen versucht dessen Hin und Her mitzumachen, in der Annahme, man müsse sich alles gefallen lassen, wenn man wirklich liebt (Schäfer et al., 2006, S. 108). Diese Verhaltensweisen zeigen einen klaren co-abhängigen Charakter auf.

Da das Fehlverhalten der Borderline-Betroffenen immer verziehen wird und die Partner meinen, diese decken zu müssen, damit ihre Problematik dem Umfeld nicht bewusst wird, kommt es immer mehr zu einer Isolierung gegenüber der Aussenwelt (Sendera & Sendera, 2010, S. 167). Dieser Aspekt verhindert Hilfe für beide Seiten und kann so weit gehen, dass der „gesunde“ Partner unter der Verantwortung, die er trägt, zusammenbricht (ebd.). Als Folge davon kann es zu Stress-Symptomen, psychosomatischen Erkrankungen, Resignation oder Depressionen kommen.

Da der Angehörige aber gedanklich und emotional auf den Betroffenen fixiert ist, tendiert er dazu, sich oft lange Zeit nicht von ihm zu trennen (Sendera & Sendera, 2010, S. 169). Zudem besteht meist die Hoffnung, die Beziehung liesse sich noch retten, wenn man sich nur genügend anstrengt (S. 168). Nelsen (1995, S. 66) beschreibt in ihrem Artikel, in dem sie „the borderline-codependent couple“ thematisiert, die Situation des co-abhängigen Partners folgendermassen: „The codependent partner tends to feel unfairly accused, but at heart may wonder whether he or she should, in fact, have been trying harder.“

Dazu kommt das tröstliche Bewusstsein, die Verhaltensweisen nicht persönlich nehmen zu müssen, da die Krankheit dahinter steckt. So können Nähe und Verbundenheit zum Partner Gründe für den Angehörigen sein, um über seine Grenzen zu gehen. Er verharret in den schlechten Zeiten, da er darauf hofft, dass die guten wiederkehren (Sendera & Sendera, 2010, S. 168/169).

Es gibt jedoch Wege um ein allfällig co-abhängiges Verhalten von Angehörigen in Borderline-Beziehungen zu umgehen und trotz Schwierigkeiten eine konstruktive und erfüllende Partnerschaft zu führen. Diese sollen im nächsten Kapitel aufgeführt werden.

4.2 Bewältigungsstrategien in Borderline-Partnerschaften

Um nicht Gefahr zu laufen, co-abhängiges Verhalten anzunehmen, werden in den Büchern, die zur Unterstützung von Angehörigen geschrieben wurden, verschiedene Bewältigungsstrategien angegeben:

So empfehlen Sendera und Sendera (2010) eine therapeutische Behandlung, um die eigenen Anteile und Defizite zu klären. Dies folgt aus der Annahme, dass Borderline-Beziehungen weit besser funktionieren, wenn beide Partner eine Fähigkeit zur Selbstreflexion aufweisen und bereit zu einer Veränderung sind (S. 167). Auch Mason und Kreger (1998/2009, S. 155) weisen darauf hin, dass ein Angehöriger dem Borderline-Betroffenen am besten damit helfen kann, wenn er an sich selber arbeitet. Wichtig ist ausserdem der Bezug zur eigenen

Realität, wofür etwa der Austausch mit anderen Angehörigen empfohlen wird (S. 152). Partner von Borderline-Betroffenen brauchen ein intaktes Selbstwertgefühl, um sich von den Wertungen ihres Partners zu distanzieren (S. 145). Um dieses aufrechtzuerhalten scheint es von Bedeutung, eine liebevolle Distanz und eine genügende Objektivität zu den Verhaltensweisen des Borderline-Betroffenen zu bewahren (S. 157).

Weiter muss akzeptiert werden, dass sich Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nicht immer nachvollziehbar verhalten. Die Autoren weisen daher auf Adamec (1996; zit. nach Mason & Kreger, 1998/2009, S. 149) hin, der folgendes ausagt: „Hat man erst einmal akzeptiert, dass ein psychisch kranker Mensch sich irrational verhalten kann, baut sich ein Teil der eigenen inneren Anspannung ab.“ Humor scheint auch eine bewährte Bewältigungsstrategie zu sein sowie die Einsicht, dass man die Probleme des Partners nicht lösen und diesen nicht retten muss (Mason & Kreger, 1998/2009, S. 154/155).

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass das Setzen und Einhalten natürlicher Grenzen zum Gegenüber wichtig ist (Niklewski & Riecke-Niklewski, 2006, S. 215). Diese Grenzen sind notwendig, um trotz dem Hin und Her in der Beziehung, das eigene Selbst aufrechterhalten zu können (Schäfer et al., 2006, S. 109). Die Verantwortung für die Beziehung soll nicht vom Angehörigen alleine übernommen werden, besser ist es, wenn man die Eigenverantwortung des Betroffenen unterstützt und eine Achtsamkeit seinen eigenen Bedürfnisse gegenüber pflegt (Sendera & Sendera, 2010, S. 168). Nelsen (1995, S. 68) weist darauf hin, dass Borderline-Betroffene und ihre Partner in ein „parent-child-interaction“-Muster fallen können, was erneut auf ein Missverhältnis der übernommenen Verantwortung in der Beziehung hinweist. Kann dieses aufgelöst werden, entsteht die Möglichkeit die Beziehung ebenbürtiger zu gestalten (ebd.). Weiter hilft es auch, die Borderline-Persönlichkeitsstörung nicht zu leugnen und den Betroffenen nicht vor anderen zu decken (Sendera & Sendera, 2010, S. 168).

II Empirischer Teil

5 Forschungsgegenstand und Methodik

Für die Prüfung der in dieser Arbeit vorliegenden Fragestellungen folgt eine empirische Untersuchung der erläuterten Theorie. Der Fokus liegt auf der Paardynamik in Borderline-Beziehungen bzw. in Partnerschaften, bei denen von einer Borderline-Persönlichkeitsstörung bei einer Person ausgegangen wird. Nachfolgend werden die Fragestellungen erläutert und das methodische Vorgehen wird beschrieben.

5.1 Fragestellungen

1. Wie erleben Personen ihre Partnerschaft zu Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und mit welchen Anforderungen werden sie konfrontiert?

2. Zeigen sich bezüglich des Konstrukts der Co-Abhängigkeit bei Partnern von Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ähnliche Verhaltensmuster wie bei Partnern von Personen mit einer Substanzabhängigkeit?
3. Welche Bewältigungsstrategien müssten Angehörige entwickeln und welche Hilfe von aussen wäre nötig, um einer allfälligen Co-Abhängigkeit entgegenzuwirken?

5.2 Forschungsdesign

Für die vorliegende Arbeit wurde ein qualitatives Vorgehen gewählt, um den Einzelfällen mit der Erfassung der konkreten individuellen Probleme in ihrer Ganzheit gerecht zu werden (vgl. Mayring, 2002, S. 24). Durch eine Einzelfallanalyse lassen sich relevante Einflussfaktoren und die für den Forschungsgegenstand entscheidenden Zusammenhänge explorieren. So werden anhand eines idiografischen Forschungskonzepts differenzierte, individuelle Aussagen über die sechs Einzelfälle (Beschreibung der Stichprobe, Kapitel 5.2.2) möglich und ebenso können neue Hypothesen für weitere Forschungsarbeiten generiert werden. Es werden Voraussetzungen für sinnvolle Quantifizierungen, die zur Absicherung und Verallgemeinerbarkeit helfen sollen, geschaffen (vgl. Mayring, 2002, S. 38).

5.3 Datenerhebung

5.3.1 Erhebungstechnik

Die Daten wurden anhand eines problemzentrierten Interviewleitfadens erhoben. Diese Vorgehensweise erfüllt den Grundgedanken der Ansetzung an einer gesellschaftlichen Problemstellung, das Verfahren erfolgt gegenstands- und prozessorientiert (vgl. Mayring, 2002, S. 68). Interessierende Aspekte wurde analysiert und in einem halbstrukturierten Interviewleitfaden (siehe Anhang 5) zusammengestellt (vgl. Mayring, 2002, S. 67). Dieser Leitfaden wurde auf den Themenkomplexen der zugezogenen Literatur aufgebaut, so dass er den Fokus auf die interessierenden Aspekte richtet und somit die Themen der Fragestellungen umfasst. Das standardisierte Vorgehen mit einem Interviewleitfaden verhilft zu einer Vergleichbarkeit unter den Interviews, da alle auf dieselbe Art erhoben wurden (vgl. Marotzki, 2003, S. 114). Nach der Durchführung eines Pretests mit einer neutralen Person wurde der Leitfaden erneut überarbeitet und angepasst.

Die Interviews wurden auf Wunsch der ProbandInnen in häuslicher Umgebung oder an einem neutralen Ort durchgeführt. Die ProbandInnen wurden vor der Unterzeichnung der Einverständniserklärung (siehe Anhang 4) über die Anonymisierung der Daten bei der Transkription, über die Diskretion der Interviewerin sowie über die Vernichtung der Tonbandaufnahmen nach der Transkription informiert. Nach den Interviews erfolgte ein Briefing über co-abhängiges Verhalten, was den Befragten die Möglichkeit zu einer Reflexion gab und sie über den thematischen Hintergrund des Leitfadens informierte.

5.3.2 Stichprobe

Für die Datenerhebung wurden fünf Probandinnen und ein Proband ($n=6$) aus dem Grossraum Zürich befragt. Dabei handelt es sich um vier Partnerinnen, eine ehemalige Partnerin und einen Partner von Personen, bei denen eine Borderline-Persönlichkeitsstörung von fachlicher Seite diagnostiziert wurde oder von Seiten der Befragten angenommen wird.

Die ProbandInnen sind zwischen 40 und 68 Jahren alt, während die von einem Borderline-Verhalten betroffenen Personen zwischen 29 und 63 Jahren sind.

Primär wurden die ProbandInnen in Selbsthilfegruppen der Vereine VASK (Vereinigung der Angehörigen von Schizophrenie-/Psychisch-Kranken) und Trialog Winterthur rekrutiert, da sich die Suche nach PartnerInnen von Borderline-Betroffenen in Kliniken oder Privatpraxen als sehr schwierig gestaltete, nicht zuletzt aufgrund der Rarität der in einer Liebesbeziehung lebenden Borderline-Betroffenen (vgl. Kapitel 2.1.1).

Auffällig ist zudem die Geschlechterverteilung in den genannten Selbsthilfegruppen, die Nachfrage von Frauen dominiert eindeutig, was die Verteilung der Geschlechter bei den rekrutierten ProbandInnen ebenfalls beeinflusste. So konnte zwar eine Heterogenität bezüglich des Alters und der Länge der geführten Beziehungen gewährleistet werden, mit fünf befragten Frauen und einem Mann (der durch seine von Borderline betroffene und am Verein Trialog angeschlossene Partnerin vermittelt wurde), liess sich die gewünschte Geschlechterverteilung jedoch nicht gewährleisten.

Des Weiteren fällt die hohe Prozentzahl von PartnerInnen auf, welche an einem trialogischen Seminar oder der Angehörigen-Selbsthilfegruppe des VASK teilnehmen, ohne eine gesicherte Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung bei den Betroffenen. Möglicherweise hängt die fehlende Diagnose mit den Schwierigkeiten einer Diagnosestellung bei Persönlichkeitsstörungen, im Besonderen bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen, zusammen. Fremdanamnestische Angaben (in diesem Fall die Einschätzungen der PartnerInnen) können hilfreich für die Diagnosenfindung sein, da Persönlichkeitsstörungen oftmals mit einer Ich-Syntonie einhergehen (vgl. Kapitel 2.1.2). Da der Fokus auf der Perspektive der Angehörigen liegt, wurde beschlossen, dass Angehörige von Personen mit einer vermuteten Borderline-Persönlichkeitsstörung und konkreten Hinweisen auf die Erfüllung mindestens fünf der neun diagnoserelevanten DSM-IV-Kriterien, in die Untersuchung eingeschlossen wurden.

Nachfolgend die wichtigsten Eckdaten der sechs befragten Einzelfälle zur Verbesserung der Übersichtlichkeit:

	Pb	Alter	Betroffene	Alter	Diagnose	Situation	Dauer der Beziehung
1	♀ A1	40	♂ B1	30	Seit längerem gestellt	Zusammenlebend seit acht Monaten	Zwei Jahre

	Pb	Alter	Betroffene	Alter	Diagnose	Situation	Dauer der Beziehung
2	♀ A2	53	♂ B2	45	Keine, von A2 angenommen	Zusammenlebend, verheiratet seit zehn Jahren	13 - 14 Jahre
3	♀ A3	68	♂ B3	63	Seit drei Jahren, Komorbidität zu narz. Persönlichkeitsstörung?	Zusammenlebend, verheiratet seit 36 Jahren	36 Jahre
4	♀ A4	57	♂ B4	57	Keine, von A4 angenommen	Zusammenlebend, verheiratet seit 32 Jahren	34 Jahre
5	♂ A5	43	♀ B5	29	Seit ca. drei Jahren	Zusammenlebend seit zwei Jahren	9 Jahre (mit ca. 1 Jahr Unterbruch)
6	♀ A6	44	♀ B6	34	Seit kurzem, noch nicht gesichert	Ca. vier Jahre zusammenlebend, seit Sommer 09 getrennt	6 Jahre

Tabelle 1: Zusammenfassung der wichtigsten Merkmale der Stichprobe
Eine ausführlichere Übersicht über die Paare erfolgt im Anhang 2.

5.4 Datenauswertung

5.4.1 Datenaufbereitung

Als Basis für ausführliche Interpretationen wurden die durchgeführten Interviews wörtlich transkribiert. Dabei fand eine Übertragung in das gängige Schriftdeutsch statt. Da die inhaltlich-thematische Ebene im Vordergrund steht, wurde der Dialekt bereinigt, Satzbaufehler wurden weitgehend behoben, der Stil geglättet (vgl. Mayring, 2002, S. 91). Nonverbale Auffälligkeiten wurden weggelassen, da diese Informationen von der Autorin als nicht zufriedenstellend operationalisierbar betrachtet wurden. Während die Aufnahmen gelöscht wurden, können die Transkriptionen der Interviews bis 2020 bei der Autorin eingesehen werden.

5.4.2 Auswertung der Daten

Die Auswertung erfolgte anhand einer strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse, die theoriegeleitet vorgeht und auf der Basis eines Kategorienschemas erstellt wird, welches in einer explorativen Phase, in Bezug auf die erhobenen Daten, erstellt wird (vgl. Meuser, 2003, S. 90). Die Analyse macht einen Querschnitt durch das Material möglich, wodurch die interessierenden Aspekte herausgefiltert werden können. Das Kategoriensystem soll eine trennscharfe Zuordnung des erhobenen Textmaterials zu den einzelnen Kategorien ermöglichen (vgl. Mayring, 2002, S. 118-121).

In einem ersten Schritt wurden geeignete Kategorien definiert, in welche sich die interessierenden Textstellen eingliedern liessen. Darauf folgend wurden Ankerbeispiele formuliert, die in eine der gebildeten Kategorien fallen und wegleitend für diese sein sollten (S. 118). Nach einem mehrmaligen Durchlauf und einer Revision des Materials (Rückkoppelungsschleife), wurden diese extrahierten Textstellen in Form von Paraphrasen in Haupt- und Unterkategorien zusammengefasst (vgl. Mayring, 2007, S. 89).

Es folgen die Einteilungen in das Kategoriensystem und die Verweise auf die Kapitel, in welchen die Inhalte dargestellt werden:

Hauptkategorie	Unterkategorien	Kapitel
I Allgemeine Angaben	<ul style="list-style-type: none"> - Alter - Kinder - Berufssituation - Wohnsituation - Dauer der Partnerschaft - Unterbrüche (von wem initiiert?) - Psychologische/Psychiatrische Betreuung - Selbsthilfegruppen 	Anhang 2
II Persönlichkeitsmerkmale der ProbandInnen	<ul style="list-style-type: none"> - Selbstzugeschriebene Persönlichkeitsmerkmale 	Kapitel 6.1
III Beziehungsdynamik in den untersuchten Partnerschaften	<ul style="list-style-type: none"> - Derzeitige Situation - Zufriedenheit in der Beziehung - Auswirkungen der Beziehung auf die psychische oder physische Konstitution - Trennungswünsche - Übernahme der Verantwortung - Eigene Grenzen - Eigene Freiräume und Bedürfnisse - Sexualität/Intimität - Veränderung seit Diagnose/dem Wissen über das Borderline-Verhalten - Offenheitsgrad in der Beziehung - Zukunftsperspektiven 	Kapitel 6.2
IV Reaktionen auf die Ausprägungen der erfüllten DSM-IV-Kriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Reaktionen auf Kriterium 1 - Reaktionen auf Kriterium 2 - Reaktionen auf die Kriterien 3, 7 und 9 - Reaktionen auf die Kriterien 4 und 5 - Reaktionen auf die Kriterien 6 und 8 	Kapitel 6.3
V Auslöser für Veränderung in den Reaktionen	<ul style="list-style-type: none"> - Intrapsychische Veränderungen - Veränderung durch externe Faktoren 	Kapitel 6.4
VI Ressourcen von einzelnen ProbandInnen und Paaren	<ul style="list-style-type: none"> - Ressourcen von ProbandInnen - Ressourcen von Paaren 	Kapitel 6.5

Tabelle 2: Kategoriensystem

6 Darstellung der Ergebnisse

In diesem Kapitel folgt die Darstellung der Ergebnisse themenspezifisch gemäss dem Interviewleitfaden. Die Porträtierung der einzelnen Paare (Anhang 2) und die Zusammenfassungen der Einzelfälle in die Kategorien (Anhang 3) werden zur Kenntnisnahme empfohlen. Nur so bleibt die gewünschte Komplexität der Einzelfälle erhalten und der Kontext, in dem die folgenden Gegenüberstellungen stehen, kann nachvollzogen werden.

Für die Unterkategorien werden teils Ankerbeispiele aus den transkribierten Interviews exemplarisch für die Kategorie aufgeführt.

Es soll hier angemerkt werden, dass der Fokus auf den Angehörigen (A1-A6) liegt, folglich sind alle Aussagen über die Betroffenen aus ihrer Sicht zu verstehen.

Bei den meisten Ergebnissen wurde deutlich, dass sich die befragten Personen anhand ihrer Schilderungen in zwei Einheiten (E1: A3 und A5; E2: A1, A2, A4 und A6) einteilen lassen. Durch die Inhalte der Unterkapitel wird deutlich, anhand welcher Zuschreibungen sich die zwei Einheiten unterscheiden.

6.1 Selbstgeschriebene Persönlichkeitsmerkmale

Hier werden Persönlichkeitsmerkmale aufgeführt, die sich die Interviewten selber zuschreiben und grundlegend für die nachfolgenden Aufführungen sind.

Einige ProbandInnen⁷ beschreiben sich als starke Persönlichkeiten, die sich durch ein gutes Selbstwertgefühl, einen starken Willen und Humor auszeichnen. Ein Proband (E1) schildert seine Ausgeglichenheit, einen guten Realitätsbezug und die klaren Grenzen, die er zwischen Gefühlen und Verstand setzen kann.

Eine der Probandinnen (E2) bezeichnet sich als ein Typ Mensch, der bei einem Streit sofort wieder nach Harmonie sucht, keine Grenzen setzen kann und zugunsten des Partners auf eigene Bedürfnisse verzichtet. Ebenso schildert sie, es gewohnt zu sein, „fertig gemacht zu werden“ und auch immer viel Verantwortung für die Beziehung zu übernehmen. Eine andere Probandin (E2) gibt an, trotz ihrer unabhängigen Wesensart grosse Schwierigkeiten zu haben, den Blick auf sich selbst zu richten und ihre Verletzungen zu erkennen. Eine weitere Probandin (E2) bezeichnet sich in Beziehungen als eine Person, die für den anderen „ihr letztes Hemd“ gibt.

6.2 Beziehungsdynamik in den untersuchten Partnerschaften

In diesem Teil der Ergebnisse wird auf die Beziehungsdynamik der untersuchten Paare eingegangen. Diese Dynamik wird aus der Angehörigensicht beschrieben. Das Interesse liegt darauf, wie die ProbandInnen die Beziehung mitgestalten und wo Grenzen gesetzt werden zugunsten ihrer eigenen Bedürfnisse und Freiräume.

⁷ Der Begriff ProbandInnen/PartnerInnen wird gewählt, wenn Informationen über den Probanden/Partner sowie über mindestens eine Probandin/Partnerin vorliegen. Ansonsten werden die jeweiligen Geschlechter unterschieden.

6.2.1 Derzeitige Situation

Drei Probandinnen der Einheit 2 geben aktuell einen Zustand von fehlendem Respekt und Vertrauen in der Beziehung an. Eine gemeinsame Basis in der Partnerschaft scheint wenig bis gar nicht vorhanden zu sein. Eine Probandin beschreibt das Leben mit ihrem Ehemann als Provisorium, sie gibt an, nichts mehr planen zu können und nicht zu wissen, wie die Beziehung in Zukunft weitergehen soll. Eine weitere befragte Person schildert, aktuell nach einem Weg zu suchen, wieder ihr eigenes Leben zu haben, sie warte auf den richtigen Zeitpunkt für eine Scheidung. Die Beziehungen scheinen grösstenteils von einer fehlenden Kommunikation geprägt. Eine Probandin der Einheit 2 lebt seit einigen Monaten von ihrer Partnerin getrennt. Aktuell halten sie Kontakt auf einer freundschaftlichen Basis.

Die zwei ProbandInnen der Einheit 1 stellen ihre Beziehungen als harmonisches Zusammenleben dar. In den Beziehungen herrsche gegenseitiges Vertrauen und eine ausgeprägte Akzeptanz.

Die ausführlichen Situationen und die Zuordnung zu den Einzelfällen sind im Anhang 2 zu finden und vervollständigen das Verständnis der Leserschaft.

6.2.2 Zufriedenheit in der Beziehung

Bezüglich der Zufriedenheit in den Beziehungen zeigt sich bei den befragten Personen wiederholt ein gemischtes Bild. Zwei ProbandInnen (E1) bezeichnen sich als sehr glücklich in ihrer Beziehung, obwohl sie sich der Schwierigkeiten, die mit den Beziehungen einhergehen, bewusst sind.

A3: „In der letzten Therapie musste ich auf einer Skala von 1-10 angeben, wie glücklich ich in dieser Beziehung bin. Ich wollte es erst nicht sagen, doch er wollte es unbedingt wissen. Da habe ich gesagt: ‚Ja, wenn Sie es unbedingt wissen möchten, 7!‘ Er ist fast vom Stuhl gefallen, konnte es nicht fassen.“

Die übrigen Probandinnen (E2) scheinen mit der Beziehung weniger zufrieden zu sein. Aus ihren Formulierungen werden teils grosse Belastungen in den geführten Beziehungen deutlich. So äussert eine weitere Probandin Hass und Abscheu gegenüber ihrem Partner und doch auch eine gewisse Verbundenheit und Liebe, wenn er zwischendurch „normal“ funktioniere. Eine weitere Probandin erwähnt retrospektiv schöne Zeiten und auch Momente, in denen sie sich selber hinterfragte, warum sie die Beziehung nicht schon lange beendet habe.

Ebenfalls sind zwei der Probandinnen in ihren Beziehungen gar nicht mehr glücklich, die eine sucht aktuell noch nach Lösungen, um die Beziehung zu retten, die andere hat die Beziehung bereits aufgegeben.

A1: „Im Moment bin ich gar nicht glücklich. Dies ist vor allem seit er diese extremen Wutanfälle hat.“

6.2.3 Auswirkungen der Beziehung auf die psychische oder physische Konstitution

Im Rahmen der Zufriedenheitsbefragung der ProbandInnen wurden auch allfällige Auswirkungen auf deren psychische oder physische Konstitution exploriert. Diejenigen, die eine hohe Zufriedenheit in ihren Partnerschaften aufzeigten (E1), gaben auch hier an, dass

hohe Zufriedenheit in ihren Partnerschaften aufzeigten (E1), gaben auch hier an, dass sich die Beziehung grösstenteils positiv auf ihre psychische und physische Konstitution auswirke. Eine Probandin hat jedoch angegeben, manchmal durch eine Überforderung negativ in ihrem Ess- und Schlafverhalten beeinflusst zu sein. Sie könne ihre Überlastung jedoch thematisieren, was für sie grösstenteils eine Entlastung zur Folge habe.

Diejenigen Probanden, die eine geringe Zufriedenheit in der Partnerschaft angaben (E2), sehen psychische und physische Belastungsfolgen eng in Verbindung mit den Problemen in ihren Beziehungen. Die folgenden Abschnitte über die Belastungsfolgen beziehen sich daher nur auf die Probandinnen der Einheit 2:

- **Physische Folgen der Belastungen**

Einige Probandinnen geben im Zusammenhang mit ihrer belastenden Beziehung Auswirkungen auf ihre physische Konstitution an. Eine Abnahme des Appetits einhergehend mit Gewichtsverlust wird angegeben. Eine Probandin fügt an, unter Übergewicht gelitten zu haben, da sie die Fülle ihres Körpers als Schutz gegen emotionale Verletzungen empfunden habe. Des Weiteren werden körperliche Erkrankungen wie eine chronische Bronchitis und eine starke Bindehautentzündung in Zusammenhang mit der Beziehung gesehen.

A4: „Ja, ich denke eine Bindehautentzündung bedeutet, nichts zu sehen. Und damals war ich in einer Situation, wo ich nicht hinsehen wollte.“

- **Psychische Belastungsfolgen**

Durch die psychischen Belastungen, die einige Probandinnen in ihren Beziehungen bekunden, lässt sich eine Tendenz in Richtung eines Burn-Out-Syndroms (Z73.0) erkennen. Diese wird vermutet durch die Beschreibung von depressiven Verstimmungen sowie übermässigen Erschöpfungszuständen.

A6: „Ich war müde, müde, müde, müde, müde. Das raubt enorm Energie, wenn du dauernd auf der Hut bist, um zu merken, was gerade abgeht. (...) Ich konnte einfach nicht mehr.“

6.2.4 Trennungswünsche

Nur die zwei ProbandInnen der Einheit 1 erwähnen, während der gegenwärtigen Beziehung noch nie an eine Trennung gedacht zu haben. Ein Grund dafür könnte die hohe Zufriedenheit sein, welche die beiden ProbandInnen in ihrer Beziehung erleben (vgl. Kapitel 6.2.2). Die eine Probandin gibt ausserdem an, keinen Vergleichswert zu kennen, da sie das erste Mal verheiratet sei. Daher konnte sie ihre Ehe von Beginn an so annehmen, wie sie war. Der andere Proband sagt folgendes aus:

A5: „Ich habe mir noch nie überlegt mich von ihr zu trennen. Sie gehört an meine Seite.“

Die Probandinnen der Einheit 2 haben sich schon oft mit einer möglichen Trennung auseinandergesetzt oder diese bereits vollzogen (A6). Gründe, die gegen eine Trennung sprachen, waren zumal das Wissen um die immer noch vorhandene Liebe einhergehend mit einer Hoffnung, dass sich die Beziehung wieder ins Positive verändern könnte, wenn damit begonnen würde, Grenzen zu setzen, oder wenn eine professionelle Unterstützung zuge-

zogen würde. Von zwei Probandinnen werden als weitere Hinderungsgründe für eine Trennung finanzielle Ängste angegeben. Eine der beiden äussert zusätzlich eine primäre Sorge um ihre Kinder, als Grund, weshalb sie lange Zeit gegen ihren Willen bei ihrem Ehemann geblieben sei. Des Weiteren werden Ängste vor einer Trennung geäussert, mit dem Wissen um die Wut, die diese bei den Betroffenen auslösen könnte. Die Probandin, die sich bereits von ihrer Partnerin getrennt hat, gibt als Auslöser dafür an, eine neue Frau kennen gelernt zu haben, die sie in der Trennung unterstützt habe. Der Grund, weshalb sie die Trennung nicht vorher vollzogen habe, sei ein moralisches Dilemma gewesen, da ihre ehemalige Partnerin bekundet hätte, ohne sie nicht mehr leben zu wollen.

A6: „Der Auslöser war ganz klar, dass ich mit jemand anderem zusammen gekommen bin. (...) Wenn ich den Absprung nicht geschafft hätte, würde diese Spirale wahrscheinlich immer noch drehen.“

6.2.5 Übernahme der Verantwortung

Alle weiblichen Interviewpartnerinnen (der Einheiten 1 und 2) schildern das hohe Mass an Verantwortung, welches sie in der Beziehung übernehmen und übernommen haben. Oftmals fühlen sich die Probandinnen für die Betroffenen verantwortlich. Sie übernehmen die zu fallenden Entscheidungen, verteidigen das Verhalten der Betroffenen vor Arbeitgebern, Freunden und der Familie und kümmern sich um die Suche nach einem Therapeuten für die Betroffenen. So wird für das Wohl der Betroffenen gekämpft, teilweise auf Kosten des eigenen Wohls. Auch eine Mitverantwortung für die Auswirkung des Betroffenen auf das Wohl der Kinder wird von einer der Probandinnen (E2) thematisiert.

Gründe für die Übernahme der Verantwortung sind die fehlende Zeit, etwa durch ein hohes Arbeitspensum, oder die fehlenden Ressourcen der Betroffenen. Als Grund wird auch angegeben, dass Verantwortung übernommen wird, da die Erledigungen ansonsten nicht gemacht würden.

A3: „Ich bin also nicht eine, die alles an sich reisst, aber wenn es sonst nicht gemacht wird, muss ich es halt machen.“

A1: „Am Anfang konnte ich mich noch anlehnen (...) Das Blatt hat sich jetzt aber gewendet, seit ich gemerkt habe, dass es ihn aus der Ruhe bringt, wenn ich schwache Gefühle zulasse.“

Einige Probandinnen arbeiten daran, einen Teil der Verantwortung wieder abzugeben, da sie für ihren Partner keine Mutter- oder Therapeutenrolle übernehmen wollen. Dies weil sie einen erwachsenen Menschen vor sich haben, von dem sie als Partnerin betrachtet werden möchten. Eine Partnerin (E2) schildert als Grund, sie übernehme jetzt nicht mehr diese Verantwortung, weil ihr Partner sie so schlecht behandle. Ein weiterer Grund ist die Unfähigkeit diese Verantwortung aufrechtzuerhalten, da keine Kraft mehr vorhanden gewesen sei.

A6: „Am Schluss konnte ich für niemanden mehr Verantwortung übernehmen, weder für sie, noch für mich.“

Und gleichzeitig scheint trotz der Übernahme von Verantwortung eine Möglichkeit zu bestehen, Grenzen zu setzen. Eine Probandin (E1) äussert, dass sie zwar die Verantwortung übernehme, sich aber nicht als Opfer fühle und ihrem Ehemann sage, wenn es ihr zu viel werde. Auffällig ist bei ihr, dass sie die Verantwortung für die emotionalen Bereiche des Partners nicht übernimmt. Einzig der männliche Interviewpartner (E1) empfindet die Verantwortung in der Partnerschaft als ausgeglichen und äussert, dass dies sich über die Zeit nicht verändert habe.

6.2.6 Eigene Grenzen

Im Rahmen der Interviews hat sich gezeigt, dass zwei der befragten Personen (E1) sehr bewusst Grenzen zwischen sich und ihren PartnerInnen setzen können.

Eine weitere Probandin (E2) sagt aus, dass die Abgrenzung zu Beginn noch leichter gewesen sei, als sie emotional noch nicht so tief in die Beziehung involviert gewesen sei. Bei den meisten Angehörigen (E2) zeigt sich jedoch eine Vereinnahmung der Gedanken durch die Partner. Diese erschwere teils die Konzentration auf die Arbeit oder auf das eigene Wohlbefinden. Es werde viel Zeit und Energie in das Wohl der Partner gesteckt, so dass sich die besagten Personen zeitweise selber vergessen hätten.

A6: „Ihre Laune war meine Laune.“

6.2.7 Eigene Freiräume und Bedürfnisse

Eng mit dem vorhergehenden Thema verknüpft ist die Fähigkeit, eigene Freiräume zu bewahren, sich also erstens seiner Bedürfnisse bewusst zu sein und zweitens auch deren Erfüllung einzufordern. Eine der befragten Personen (E2) gibt an, ihre eigenen Bedürfnisse nicht einmal mehr zu erkennen.

A2: „Was sind meine Bedürfnisse? Ich kann es jetzt nicht so konkret sagen, ich weiss es nicht. Ich scheine mich hier schon ziemlich verloren zu haben.“

Viele der Befragten verteidigen ihre eigenen Bedürfnisse und fordern Freiräume für sich ein. Häufig ist die Möglichkeit für deren Erfüllung weniger durch die Toleranz der Betroffenen, sondern durch unterschiedliche Arbeitszeiten oder eine Art Doppelleben der Personen mit Borderline-Verhalten gegeben. Trotzdem scheint es auffällig, wie viel Zeit die Befragten mit ihren Partnern verbringen bzw. wie wenig ihrer Freizeit sie sich für ihre Bedürfnisse herausnehmen.

Ein Grund dafür, warum wenig Freiräume vorhanden sind, kann erneut die fehlende Akzeptanz der Betroffenen für die Freiräume der Probanden sein. So erklären zwei der Probandinnen (E2) sich ihrer Bedürfnisse bewusst zu sein, allerdings damit auf wenig Verständnis bei ihren Partnern zu stossen.

A1: „Also, wenn er die Tür zumacht, dann muss ich es annehmen, sonst dreht er durch, dann flüpft er aus. Aber wenn ich die Tür zumache und ihm das Zeichen setze: ‚Gib mir Ruhe, gib mir Zeit.‘ Dann kann er das schlecht annehmen.“

Gegensätzlich gibt es auch ProbandInnen (E1), die ihre Bedürfnisse wahrnehmen und ihre Freiräume bewusst einfordern. Der eine Proband (E1) gibt an, dass es ihm einfacher falle auf seine Freiräumen zu bestehen, da seine Partnerin sich eine „normale“ Beziehung mit ihm wünsche. Er kenne seine Bedürfnisse und fordere deren Erfüllung so weit als nötig auch ein.

A5: „Im Moment haben wir einen grossen, gemeinsamen Bereich. Ich für mich alleine nehme mir die Freiräume, wenn ich sie brauche. Ich habe kein Problem damit, mir diese zu nehmen. Sie fragt manchmal, ob das sein muss, aber es braucht für mich schon Freiräume.“

Eine weitere Probandin (E1) fordert die Erfüllung ihrer Bedürfnisse auch ein. Es kommt durchaus vor, dass sie alleine an einem Ferienort bleibt, wenn sie ihren Freiraum braucht. Allerdings fordert ihr Partner seine Freiräume ebenfalls klar und deutlich ein.

6.2.8 Sexualität/Intimität

Eine Probandin (E1) verzichtet ganz auf eine sexuelle Beziehung mit ihrem Partner, weil dieser Angst vor zu grosser Nähe habe. Drei der befragten Personen (E1 und E2) schildern ihre Sexualität als problematisch, nicht mehr vorhanden oder weniger vorhanden als vor der Diagnosestellung. Eine Probandin (E2) beschreibt in ihrer Partnerschaft eine erhöhte sexuelle Aktivität. Sie fügt später hinzu, dass sie oftmals mit ihrem Partner intim werde, um zu vermeiden, dass er sich die Befriedigung an anderen Orten verschaffe. Eine Probandin (E2) gibt an, von Freunden eine weit intensivere Zärtlichkeit und Intimität als von ihrem Ehemann zu erhalten.

6.2.9 Veränderung seit der Diagnose/dem Wissen über Borderline-Verhalten

Durch das Wissen über das Borderline-Verhalten bzw. die Diagnose wird die Persönlichkeit der Betroffenen für alle ProbandInnen einschätzbarer. Dies wirkt sich meist positiv auf den Umgang mit den Betroffenen aus. Es kommt allerdings vor, dass die Angehörigen wohl wissen, wie sie in bestimmten Situationen reagieren sollten, ihnen aber die Umsetzung situativ schwer fällt.

A1: „Jetzt wo ich weiss, dass er Borderline hat, weiss ich, ich müsste mich von ihm distanzieren in solchen Momenten und ihm klar machen, dass er so nicht mit mir umgehen kann.“

Mehrfach hinterfragen die Partnerinnen nach dem Wissen über die Borderline-Persönlichkeitsstörung alles, was der Partner macht und erklären sich sein Handeln primär mit dem Borderline-Verhalten. Es wird mit den Betroffenen anders umgegangen als mit „gesunden“ Menschen oder die Befragten ärgern sich darüber, nicht früher darüber Bescheid gewusst zu haben, da sie sonst schneller auf eine therapeutische Unterstützung gedrängt hätten (betrifft vor allem E2). Zudem kann die Diagnose oftmals ein Gewinn für die Kommunikation sein und zu einem kulanteren Umgang mit den Betroffenen führen.

A5: „Ich denke, durch die Diagnose ist unsere Kommunikation fast noch besser geworden. Wenn ich merke, dass etwas mit ihr nicht stimmt, habe ich es eher mal komisch gefunden und gedacht, dass es wieder weg geht. Heute bin ich eher am Punkt zu fragen, was los ist. Es macht schon sehr sensibel.“

6.2.10 Offenheitsgrad in der Beziehung

Zwei der befragten Personen (E1) geben an, eine Beziehung zu führen, die von einem offenen und reflektierten Austausch geprägt ist. So äussert ein Proband seine Partnerin könne ihr Befinden differenziert mitteilen, was ihm den Umgang mit problematischen Themen um einiges erleichterte. Zusätzlich spreche auch er Dinge an, die ihm auffallen, was sich auf die Betroffene sehr unterstützend auswirke. Eine weitere Probandin (E1) wählt diesen Weg, merkt allerdings, ihrem Partner Zeit zur Beruhigung geben zu müssen, bevor es zu einem reflektierten Austausch über die Situation kommen könne.

A3: „Da habe ich mir gedacht, ab jetzt weise ich ihn jedes Mal, wenn wieder so eine Situation ist, darauf hin. Da hat das Bewusstsein dafür begonnen. (...) Er kann es meist viel später annehmen, erst muss er sich beruhigen.“

Auffällig zeigt sich bei den ProbandInnen der Einheit 1 auch, dass sie in ihrer Beziehung sehr offen über die Borderline-Diagnose sprechen. Dies den Probandinnen der Einheit 2, aus verschiedenen Gründen, nicht möglich.

Bei diesen zeigt sich eine Situation, in der kaum mehr kommuniziert wird, da das Vertrauen fehlt, sich die Befragten aus den Lebensbereichen ihrer PartnerInnen ausgeschlossen fühlen oder um mögliche Wutausbrüche zu vermeiden. Ebenso thematisieren zwei Probandinnen (E2) sehr vernünftige und klare Zeiten mit ihrem Partner zu kennen, in denen offen über hilfreiche Lösungen in schwierigen Situationen diskutiert werden könne.

6.2.11 Zukunftsperspektiven

Die meisten Interviewten sehen eine Zukunft für ihre Beziehung. Zwei Befragte (E1) sind in der Partnerschaft sehr zufrieden (vgl. Kapitel 6.2.2) und es bestand auch nie ein Trennungswunsch (vgl. Kapitel 6.2.4). So wird davon ausgegangen, dass sie weiterhin in diesen Beziehungen leben möchten.

Zwei weitere Probandinnen (E1) haben aktuell und in naher Zukunft Pläne, um ihre Beziehung wieder zu verbessern oder zu retten. So haben sie sich zum Ziel gesetzt, fortan damit zu beginnen, Grenzen zu setzen oder durch eine räumliche Trennung der Beziehung eine neue Chance zu geben.

A2: „Die Hoffnung stirbt zuletzt. (...) Ich weiss nicht, ob ich ihn noch liebe, aber ich wäre jederzeit wieder bereit es zu tun.“

6.3 Reaktionen auf die Ausprägungen der erfüllten DSM-IV-Kriterien

Für ein vollumfängliches Verständnis der Beziehungsdynamik in einer Borderline-Beziehung ist es unumgänglich, aufzuführen, welche der neun DSM-IV-Kriterien bei den Betroffenen vorhanden und wie stark diese ausgeprägt sind:

Vorhandensein der DSM-IV-Kriterien (Einschätzungen von A1-A6)						
K	♂ B1	♂ B2	♂ B3	♂ B4	♀ B5	♀ B6
1	VÄ+Anrufe		VÄ	VÄ+Anrufe	VÄ+Anrufe	VÄ+Anrufe
2	Proj+Spaltung	Proj+Spaltung	Proj+Spaltung	Proj+Spaltung	Projektion	Proj+Spaltung
3	Identitätsdiff.	Id.diff+Inkon	Inkonsistenz	Inkonsistenz		Identitätsdiff.
4	Sub./Sex./Ess	Sub./Sex./Ris./KV		Sub./Sex./KV		Ris./Ess./KV
5	SVV	SÄ		SÄ	SVV+SV	SVV+SÄ
6	SS	Dysphorisch	SS+dysphor.	SS	Medikamente	SS
7	SeV+Leere	Leere				Leere
8	Wut	Wut	Wut+phys.A	Wut+phys.A		Wut+phys.A
9		Dissoziation		Dissoziation	Medikamente	Dissoziation

<ul style="list-style-type: none"> • Dunkelblau = Kriterium erfüllt • Hellblau = Kriterium z. T. erfüllt • Weiss = Kriterium nicht erfüllt <p>VÄ: Verlassensängste, Proj: Projektionen, Id.diff: Identitätsdiffusion, Sub.: impulsiver Substanzmissbrauch, Sex.: impulsive Sexualität, Ris.: Risikoverhalten, KV: impulsives Kaufverhalten, Ess.: „Fressanfälle“</p>	<p>SVV: selbstverletzendes Verhalten, SÄ: Selbstmord-äusserungen, SV: Suizidversuch, SS: Stimmungsschwankungen, dysphor.: hochgradige episodische Dysphorie, SeV: vermindertes Selbstvertrauen, phys. A: physische Angriffe, Medikamente: Kriterium weniger vorhanden, mit Hinweis auf Medikamenteneinnahme</p>
---	---

Tabelle 3: Ausprägungen der DSM-IV-Kriterien

Es wird erneut darauf hingewiesen, dass die Kriterien nicht aus einer klinischen Sicht bewertet werden können, da deren Existenz nicht durch einen direkten Kontakt mit den Betroffenen beurteilt wurde. Das Vorhandensein der Kriterien wird als von den Angehörigen zugeschrieben verstanden. Anhand der Dauer der Beziehungen wird ein vertiefter Einblick in die Persönlichkeitsmerkmale der Betroffenen angenommen. Somit erfüllen die von den Angehörigen bestätigten Kriterien mit grosser Wahrscheinlichkeit zumindest eine Akzentuierung der Persönlichkeitsmerkmale.

Für die Exploration der Angehörigenperspektive werden in diesem Kapitel primär ihre Reaktionen auf die Ausprägungen der DSM-IV-Kriterien dargestellt. Dies soll einen weiteren Blick in die Beziehungsdynamik aus der Sicht der Angehörigen ermöglichen sowie ihre Ressourcen und Belastungen aufzeigen und differenzieren. Es werden jeweils die Reaktionen der Angehörigen dargestellt, wenn das Kriterium bei den Betroffenen als erfüllt oder als zum Teil erfüllt (siehe Tabelle 3) gilt.

6.3.1 Reaktionen auf Kriterium 1

(1) **Verzweifelt Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Alleinsein zu vermeiden.**

- **Verlassensängste**

Die befragten Personen reagieren auf die Verlassensängste der Betroffenen unterschiedlich. So zeigt sich, dass drei der Probandinnen (E1) aufgrund der Verlassensängste bei den betroffenen Personen bleiben, ihr Leben um sie herum gestalten, was in Einzelfällen zu einem Verlust des Freundeskreises geführt hat. Eine der drei Probandinnen habe sich anfangs noch gegen die Vereinnahmung durch ihre Partnerin gewehrt, habe mit der Zeit aber resigniert und sei auf ihren Wunsch zu Hause geblieben. Eine Probandin empfinde das Verhalten ihres Partners als manipulativ, habe sich dagegen aber nicht wehren können und bleibe nun situativ bei ihm, wenn er dies wünsche. Die dritte Probandin habe sich ihre Freiräume eingefordert, sei viel gereist und habe ihren Freundeskreis aufrechterhalten können. Dies sei aber primär möglich gewesen, da ihr Mann viel gearbeitet habe und deswegen oft nicht zu Hause gewesen sei. Da sie aber angibt, dass er nicht alleine sein könne, sei sie immer bei ihm geblieben, wenn er dies gewünscht habe. Sie sehe den Grund dafür unter anderem auch bei ihren Kindern.

Ein Proband (E1) gehe trotz den Verlassensängsten seiner Partnerin aus dem Haus, auch wenn er wisse, dass es ihr schwer falle. Ihm helfe in diesen Momenten ihre Äusserung, er soll sich ihr gegenüber so verhalten, wie wenn sie diese Krankheit nicht hätte.

- **Fehlende Objektrepräsentanzen**

Die vielen Anrufe, welche einige der Betroffenen täglich tätigen, deuten darauf hin, dass ihre Objektkonstanz (siehe Kapitel 2.3.1) nicht ausreichend entwickelt ist. Durch die vielen Anrufe fühlten sich die betroffenen Probandinnen (E2) zu Beginn der Beziehung meist aufgewertet, sie haben den ständigen Kontakt zu den Betroffenen genossen. Erst wenn diese Anrufe über längere Zeit regelmässig erfolgten, begann es sie zu stören und sie reagierten darauf. Ein Proband (E1) sage seiner Partnerin, wenn es ihm zu viel werde, er könne die Anrufe aber akzeptieren, wenn sie eine Krise habe. Ähnlich bei einer anderen Probandin (E2), die erst darauf reagierte, dann aber gemerkt habe, dass ihre Kritik nicht angekommen sei, worauf sie die Anrufe still akzeptiert habe.

6.3.2 Reaktionen auf Kriterium 2

(2) **Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.**

- **Spaltung und Projektionen**

Fünf der interviewten Personen geben an, den Abwehrmechanismus Spaltung von ihren Partnern zu kennen. Interessanterweise fühle sich keine der Probandinnen durch die von ihren PartnerInnen geäusserten Idealisierungen geschmeichelt. Dies begründet sich dadurch, dass sie angeben ihre eigenen Werte zu kennen, sich durch die Idealisierung erdrückt zu fühlen, diese nicht ernst zu nehmen oder es nicht zu mögen, auf einen „Sockel“ gestellt

zu werden. Bei der Entwertung zeigt sich ein gegensätzliches Bild. So äussern einige Probandinnen (E2) einen steilen Absturz durch die Entwertungen ihrer PartnerInnen. So komme es zu Einbrüchen in ihrem Selbstwert, tiefen Verletzungen und Verdrängungen der Äusserungen. Hinzu kommt die Tendenz den negativen Einschätzungen des Partners so weit Gewicht zu geben, dass das Gefühl aufgekommen sei, wirklich wertlos zu sein. Auf die Erklärung einer „projektiven Identifikation“ konnten sich die meisten Probandinnen (E2) in dieser wieder erkennen. Von einer Probandin wurde dieser Vorgang als einer der Hauptprobleme in ihrer Beziehung angegeben. Zwei Probandinnen geben an, mittlerweile die Projektionen ihrer Partner zu erkennen und sich davon abgrenzen zu können. Zwei weitere ProbandInnen (E1) äussern, in solchen Situationen die Grenzen abstecken zu können, da sie wissen, dass die Projektionen nichts mit ihnen zu tun haben.

6.3.3 Reaktionen auf die Kriterien 3, 7 und 9

(3) Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung./ (7) Chronische Gefühle der Leere./ (9) Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.

Die Reaktionen auf die Kriterien 3, 7 und 9 werden hier zusammen beschrieben, da diese meist ähnliche reaktive Verhaltensweisen zu Folge haben. Dies können Probleme fehlender Grenzen oder Hilflosigkeit sein und die Betroffenen werden dadurch für die Angehörigen schwer einschätzbar.

So besteht die Tendenz der Probandinnen (E2), die mit einer Identitätsdiffusion oder einer inneren Leere der Betroffenen konfrontiert werden, dieser entgegenzuwirken. Sie versuchen dem Gegenüber Halt zu geben, es in seinem Selbstwert zu unterstützen oder seine Leere zu füllen. Bei dissoziativen Zuständen probieren die Probandinnen (E2) oftmals ihre Partner zurückzuholen oder es zeigt sich ein Entsetzen, mit einem „so gestörten Menschen“ in einer Beziehung zu sein.

Neben einer verspürten Hilflosigkeit und Abgrenzungsschwierigkeiten kann das Vorhandensein dieser drei Kriterien auch zu einer Resignation führen. Bei einer vorhandenen Inkohärenz der Identität und einer inneren Leere des Betroffenen reagierten einige Angehörige (E1 und E2) gegensteuernd. So übernehmen sie die Verantwortung für ihre Partner in Form von übernommenen Entscheidungen und dem Versuch, ihr schwach ausgeprägtes Selbstbewusstsein zu kompensieren oder ihre Leere zu füllen. Einige ProbandInnen (E1 und E2) geben wiederum an, sich in genannten Situationen abgrenzen zu können, mit dem Bewusstsein nicht zuständig für das Wohl des Gegenübers zu sein, da sie die Betroffenen als erwachsene, eigenständige Persönlichkeiten sehen würden.

Bei vorhandenen dissoziativen Zuständen kommt die Komponente der fehlenden gemeinsamen Basis ins Spiel, die vielen Befragten Mühe bereite. So fühlten sie sich von ihrem Partner mitten in Gesprächen alleine gelassen, was dazu führen könne, ihre Anliegen nicht mehr auszuformulieren.

Im Zusammenhang mit dem Vorhandensein des Kriteriums 3 kann es vorkommen, dass die betroffenen Personen verschiedene Gesichter zeigten. Drei der Angehörigen (E1 und E2) bezeichnen ihre Partner als gute Schauspieler, die verschiedene Rollen spielen würden und dadurch allen etwas vormachten. Dies wird als belastend empfunden, da das Verhalten für die Befragten uneinschätzbar sei und die Einschätzungen des Umfelds oftmals nicht mit denen der Probandinnen übereinstimmen würden. Als Folge davon fühlten sich diese mit ihren schlechten Gefühlen oft alleine gelassen, ihr Umfeld unterschätze vielmals die allfälligen Belastungen. Und trotzdem gibt eine Probandin (E1) an, den vielen Gesichter, die ihr Partner zeige, mit Humor und Flexibilität begegnen zu können.

6.3.4 Reaktionen auf die Kriterien 4 und 5

(4) Impulsivität bei mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen./ (5) Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.

Weiter werden die Reaktionen auf impulsives selbstschädigendes Verhalten, Selbstverletzungen und suizidales Verhalten bzw. Äusserungen dargestellt. Diese werden in einem gemeinsamen Kapitel behandelt, da hier vergleichbare Reaktionen erwartet werden. Zugunsten der Übersichtlichkeit wird aber eine Differenzierung der einzelnen Ausprägungen vorgenommen.

- Substanzen

Nur eine Probandin (E2) zeigt ein leicht kontrollierendes Verhalten, was ein Konsum von schädlichen Substanzen der Betroffenen angeht. So bestand der Impuls, ihm gefährliche Substanzen (in diesem Fall Extasy-Tabletten, die in Kombination mit seinem Medikament tödlich wirken könnten) wegnehmen zu wollen, letztlich habe sie sich aber dagegen entschieden. Die anderen zwei Probandinnen (E2), deren Partner viel Alkohol konsumierten, liessen dies geschehen, obwohl dies mit einer Steigerung der Aggressivität des Betroffenen einhergehe.

- Geld ausgeben

Drei Probandinnen (E2) seien mit einem impulsiven Kaufverhalten ihrer Partner konfrontiert, wobei zwei der betroffenen Paare ihr Geld gemeinsam verwalten würden und die dritte Probandin ihre Partnerin finanziell unterstützt habe. Hier zeigen sich konfrontativere Reaktionen, was unter anderem auch mit einem kontrollierenden Verhalten in Verbindung zu bringen ist.

- Sexualität

Impulsives Verhalten im Bereich Sexualität zeigt sich bei den Betroffenen durch ein übermässiges Interesse an Pornografie, allfälligen Besuchen bei Prostituierten, Seitensprüngen, vermutete Kontakte mit Sodomasochisten und Anrufe bei Sextelefonen. Die davon betroffenen Personen würden eine Spannungsabfuhr durch sexuelle Befriedigung äussern. Die Angehörigen (E2), die mit diesem Verhalten in Kontakt kommen, reagierten grösstenteils mit Unverständnis und heftigen Emotionen darauf. Es wird von einem Verlust des Ver-

trauens berichtet, worauf ein kontrollierendes Verhalten folge (Pornografiesammlung wird verboten, Kontoauszüge überprüft). Eine Probandin gibt an, öfter als nach eigenem Wunsch mit ihrem Partner intim zu werden, da sie damit verhindern wolle, dass er zu Prostituierten gehe (vgl. Kapitel 6.2.8). Ausserdem scheint sich eine impulsive Sexualität bei den Betroffenen und deren Konsequenzen fördernd auf die Trennungswünschen der Probandinnen auszuwirken.

Auf Essattacken und gesteigertes Risikoverhalten wird nicht weiter eingegangen, da sich die Reaktionen zu den Bereichen Substanzen, Geld ausgeben und Sexualität nicht ausprägend unterscheiden.

- **Selbstverletzungen, suizidale Äusserungen und Suizidversuche**

Zwei der ProbandInnen (E1 und E2) schildern Verzweiflung, seelischen Schmerz oder Trauer, die durch die Selbstverletzung ihrer PartnerInnen ausgelöst werden. Der eine Proband (E1) hat sich auf Eigeninitiative beim Psychologen seiner Partnerin Hilfe gesucht, was ihm dabei geholfen habe, selbstverletzendes Verhalten als ihre Notlösung zu akzeptieren. Eine weitere Probandin (E2) habe versucht, die Selbstverletzungen zu unterbinden, indem sie Gegenstände weggenommen habe, mit der ihre Partnerin sich verletzte oder Dinge nicht mehr gesagt habe, die diese aufgeregt hätten. Allgemein wird aber eingesehen, selbstverletzendes Verhalten nicht kontrollieren zu können.

Bei suizidalen Äusserungen und Suizidversuchen zeigt sich bei den Probanden auf der einen Seite eine grosse Angst um ihre Partner und gleichzeitig die Einsicht, dies nicht beeinflussen zu können. Einzig eine Probandin (E2) sei lange Zeit bei ihrer Partnerin geblieben, damit sich diese nichts antue und sei erst zum Schluss zu der Einsicht gekommen: „Dann ist es halt so.“

6.3.5 Reaktionen auf die Kriterien 6 und 8

(6) Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung./ (8) Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren.

- **Stimmungsschwankungen**

Alle ProbandInnen geben an von ihren PartnerInnen schnelle Stimmungswechsel zu kennen, welche teils völlig unvorhersehbar eintreffen würden. Manche (E2) berichten davon, sich von den Wechseln mitziehen zu lassen. Eine Probandin (E2) gibt dies als Grund für ihre depressive Verstimmung an. Grösstenteils versuchten sich die ProbandInnen jedoch von dem Auf und Ab ihrer PartnerInnen abzugrenzen, dies als ein Wesensmerkmal der Betroffenen anzusehen oder ihnen durch eine gleich bleibende Stimmung Kontinuität zu geben. So berichtet eine Probandin (E2), das Hin und Her zwischen extremer Liebe und extremen Streit nicht mehr ausgehalten zu haben. Sie verzichte daher auf Höhenflüge, damit die Abstürze nicht mehr denselben Einfluss auf sie hätten.

- **Extreme Wutausbrüche**

Beinahe alle Probandinnen (E1 und E2) geben an von ihren PartnerInnen unangemessene Wutausbrüche zu kennen. Ebenfalls hätten die Betroffenen Schwierigkeiten diese Wut zu kontrollieren. Hier zeigt sich ein breites Spektrum an Reaktionen: der Versuch, den anderen zu Vernunft zu bringen, eigene Aggressivität, die bis zu körperlicher Gewalt führen kann, Wut und Verzweiflung, Beschwichtigungen, Angst, Vermeidung, schonendes Verhalten und Unehrllichkeit, um die Wutausbrüche zu umgehen. Eine Probandin (E1) fügt an, ihren Partner jeweils auf die Situationen hinzuweisen, was nach einer Beruhigung der Situation zu einem reflektierenden Austausch führe.

- **Physische Angriffe**

Mit einer grossen Wut geht bei einigen Betroffenen eine Gewaltbereitschaft einher, die in extremen Fällen in physische Übergriffe münden könne. Die Probandinnen (E1 und E2), die angeben dies zu erleben, weisen ihre Partner zurecht, so dass es meist nicht über Drohungen und verbale Aggressivität hinausgehe. Ein Betroffener gehe auf seine Kinder los, worauf die Angehörige (E2) ihre Stimme erhebe und ihn darauf hinweise, dass solche Dinge in ihrer Familie nicht toleriert würden. Als Folge von seinem Verhalten schäme sie sich und fühle sich mitverantwortlich dafür, dass ihre Kinder einen solchen Mann als Vater haben.

6.4 Auslöser für Veränderungen in den Reaktionen

Betrachtet man die Reaktionen der ProbandInnen, lässt sich eine Veränderung im Laufe der Beziehungen feststellen. Dasselbe konnte bezüglich der Einstellungen zu ihren Partnern sowie allgemein zu der Beziehung festgestellt werden. Bei den meisten ProbandInnen zeigt sich aktuell ein grösseres Bewusstsein für die Schwierigkeiten in der Beziehung und ebenso für deren Ursachen.

Diese Einsicht sowie die Veränderung intrapsychischer Einstellungen zu den Beziehungen scheinen sich meist entlastend auf die ProbandInnen auszuwirken.

Folgend sollen die Gründe für die beschriebenen Veränderungen differenziert werden:

6.4.1 Intrapsychische Veränderungen

Durchgehend scheinen Erkenntnisfaktoren für eine Veränderung des Verhaltens gegenüber den Betroffenen bedeutend zu sein.

Mehrfach wurde genannt, dass die Einsichten, sich selbst aufzugeben, sich untreu zu werden oder durch die Beziehung eine zu grosse Belastung zu erfahren, dazu geführt hätten, sich in der Beziehung anders zu verhalten. Ebenso wird die Problematik eines Rollenkonfliktes thematisiert. Einige der Probandinnen (E2) betonen die Rolle der Therapeutin oder Mutter für ihre PartnerInnen abgelegt oder abgelehnt zu haben, was für sie zu Veränderungen in den Beziehungen und in ihren Einstellungen zu den Betroffenen geführt habe.

Ein Faktor, der auch häufig eine Veränderung im Verhalten der Probandinnen (E2) auslöse, sei eine Resignation, die eingetroffen sei, als diese merkten, dass die Unterstützung und Konfrontation bei ihren PartnerInnen nichts bewirkte. Gehäuft sei diese Resignation begleitet durch ausgeprägte Gefühle der Hilflosigkeit und Verzweiflung aufgetreten.

6.4.2 Veränderungen durch externe Faktoren

Als externe Veränderungsfaktoren wurden häufig die Teilnahmen an Angehörigengruppen bzw. an trialogischen Seminaren genannt. Der Austausch mit anderen Angehörigen helfe den Probandinnen (E1 und E2), da sie dadurch spürten, mit ihren Sorgen nicht alleine zu sein und auf ein grosses Verständnis stossen würden, welches sie von ihrem Umfeld so nicht kennen würden. Besonders der Austausch in den trialogischen Seminaren werde als hilfreich empfunden, da durch die Äusserungen der Betroffenen und der Fachpersonen für die Angehörigen weitere Perspektiven ausgeleuchtet würden, welche das Verständnis für die Borderline-Persönlichkeitsstörung und auch für das Verhalten ihres Partners stärkten. Eine Probandin (E2) sei von einer Freundin unterstützt worden, die eine ähnliche Beziehung hinter sich gehabt habe, und sie zu einer Veränderung angeregt hätte, was sie als sehr gewinnbringend empfunden habe.

Durch eine professionelle Unterstützung seien viele Einsichten getätigt worden, teils in einzelnen Sitzungen, teils in Paargesprächen. Die Fachpersonen hätten die Angehörigen (E1 und E2) darin unterstützt, ein grösseres Verständnis für die Betroffenen aufzubauen, welches sie als sehr entlastend beschreiben. Doch der Einfluss von Fachpersonen wurde teils auch als Grund für eine verschlechternde Tendenz in der Beziehung genannt. So wurden Paartherapiesitzungen kritisiert und als kontraproduktiv für die Beziehungen empfunden. Hauptsächlich wurde ein fehlendes Verständnis für die jahrelangen Problematiken als Grund dafür genannt.

6.5 Ressourcen von einzelnen ProbandInnen und Paaren

Hier sollen die Ressourcen in den Partnerschaften aufgeführt werden, die meist aus stabilen Beziehungen (E1) exploriert wurden. Bei diesen ProbandInnen wurde festgestellt, dass sich ihr Verhalten im Laufe der Beziehung relativ stabil gehalten habe und so interessieren die Ressourcen dieser Probanden bzw. die Ressourcen in diesen Partnerschaften. Aufgeführt werden auch Ressourcen von Probandinnen (E2), welche ihnen für eine positive Veränderung und Einsicht zugute gekommen seien.

6.5.1 Ressourcen der ProbandInnen

Ein Proband (E1) gibt an, die Ereignisse so zu nehmen, wie sie sich ihm präsentieren. So ist bei ihm eine ausgeprägte Fähigkeit zu einer radikalen Akzeptanz festzumachen. Er sei bereit, Kompromisse einzugehen und bringe viel Geduld und Verständnis für seine Partnerin auf. Er gibt an, er würde sich, wenn nötig, eigeninitiativ Informationen über die Border-

line-Persönlichkeitsstörung einholen. Ebenso helfe ihm seine Ausgeglichenheit, um mit Problemen konstruktiv umzugehen. Er gibt weiter an, er könne zwischen Emotionen und Verstand gut unterscheiden.

Eine weitere Probandin (E1) schildert ein hohes Mass an Flexibilität und Humor zu besitzen, was sich für sie auf ihren Umgang mit schwierigen Situationen in der Partnerschaft protektiv auswirke. Eine Probandin (E2) könne durch die Hilfe ihres buddhistischen Glaubens und durch Meditation einen guten Bezug zur Realität aufrechterhalten, der sich für den Umgang mit ihrer Beziehung als nützlich erweise.

Allgemein werden ein starkes Selbstbewusstsein und die Fähigkeit zur Selbstreflexion als wichtige Ressourcen in der Beziehung genannt.

6.5.2 Ressourcen der Paare

Als fördernd für eine stabile und starke Partnerschaft werden Offenheit bezüglich der Störung, eine gegenseitige Akzeptanz sowie klare Aussagen der Betroffenen genannt. Diese helfen beiden Seiten klare Grenzen zu ziehen und diese auch einzuhalten. Die Partnerschaften werden auch unterstützt, wenn beide Beteiligte bereit zu einer Eigenverantwortung sind, die Verantwortung für die Beziehung also von beiden Seiten getragen wird. Sind die ProbandInnen (E1) mit den Betroffenen über die vorhandene Störung im Austausch, so scheinen sie ein grösseres Verständnis für die Verhaltensweisen der Betroffenen aufzuweisen. Weiter sei es auch wichtig, sich der Krankheit zwar bewusst zu sein (E1 und E2), sie aber dennoch nicht in den Mittelpunkt der Beziehung zu stellen. Das Vorhaben, die Beziehung so „normal“ wie möglich zu führen, kombiniert mit einem guten Verständnis für die Störung von beiden Seiten, scheint für Angehörige und Betroffene hilfreich zu sein.

Weiter werden eine tiefe Verbundenheit und ein ausgeprägtes Vertrauen in der Partnerschaft als protektive Faktoren genannt.

7 Diskussion

Die dargestellten Ergebnisse werden in diesem Kapitel mit der theoretischen Grundlage unter Berücksichtigung des aktuellen Forschungsstands, verknüpft und interpretiert. Zunächst erfolgt eine Zusammenfassung der Theorie, die der Leserschaft zu einer Übersicht verhelfen soll. Darauf folgt eine Zusammenfassung und Interpretation der empirischen Erhebungen, aus denen zentrale Aspekte für die Beantwortungen der Fragestellungen exploriert werden. Aus den gewonnenen Erkenntnissen werden Implikationen für die Praxis vorgeschlagen, worauf eine kritische Betrachtung der Methode folgt. Ein Fazit und weiterführende Ansätze für die Forschung im untersuchten Bereich runden dieses Kapitel ab.

7.1 Zusammenfassung der Theorie

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist die häufigste der diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen. Mit der Diagnosenstellung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung gehen einige Schwierigkeiten einher. Deshalb kann es dazu kommen, dass Kliniker die Diagnose vermeiden oder sie voreilig stellen (vgl. Kapitel 2.1).

Die Beziehungen der Borderline-Betroffenen gehen meist mit erheblichen Herausforderungen einher: Sie gelten als konfliktbeladen und sind aufgrund von Verlassensängsten und einer ungenügend ausgeprägten Identität der Borderline-Betroffenen in einem ständigen Wechselspiel zwischen Nähe und Distanz. Manche Borderline-Betroffene bedienen sich unbewusst destruktiven Abwehrmechanismen wie Spaltung und Projektion. Diese haben zur Folge, dass zwischen Borderline-Betroffenen und ihren Bezugspersonen oft die klaren Grenzen fehlen und es für die Angehörigen schwierig sein kann, ein stimmiges und ausgeglichenes Selbstbild zu bewahren. Durch die Affektregulationsstörungen, die mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung einhergehen können, reagieren Borderline-Betroffene meist schon auf schwache Reize mit Stimmungsschwankungen oder Wutausbrüchen. Bei den Angehörigen kann dies eine starke Angst auslösen, da diese Ausbrüche meist einen unkontrollierbaren und impulsiven Charakter haben. Da bei Borderline-Betroffenen Verlassensängste im Vordergrund stehen, richten diese ihre intensiven Gefühle manchmal gegen sich selbst, was zu selbstverletzenden Verhaltensweisen führen kann. Diese und auch suizidale Impulse wirken sich wiederum belastend auf die Beziehungsdynamik aus (vgl. Kapitel 2.2 und 2.3.4).

Partner von Borderline-Betroffenen möchten diese meist schützen, retten oder sogar heilen. Über diese Intention vergessen sie manchmal ihre eigenen Bedürfnisse. So orientieren sie ihr Leben um die Betroffenen herum, vermeiden Konfrontationen, üben sich in Nachsichtigkeit und Anpassung. Da die Borderline-Betroffenen deshalb nicht mit Konsequenzen konfrontiert werden, suchen diese oftmals erst viel später oder gar nicht nach professioneller Hilfe. Durch die ständige Anspannung, die mit dem kontrollierenden Verhalten und der grossen Verantwortung, die Angehörige übernehmen, einhergeht, leiden diese nach längerer Zeit meist unter psychischen und physischen Belastungsfolgen (vgl. Kapitel 3.2 oder 4.1). Die Persönlichkeitszüge dieser Partner erinnern an co-abhängige Wesensmerkmale, wie sie Ende der 70-er Jahre bei Angehörigen von Menschen mit Substanzabhängigkeiten entdeckt und beschrieben wurden. Der Begriff Co-Abhängigkeit hat vor allem in den USA eine grosse Popularität genossen, welche jedoch heute abgenommen hat. Einige Kritiker hinterfragen das Konstrukt der Co-Abhängigkeit aufgrund dessen fehlenden Wissenschaftlichkeit, da der Begriff primär auf Erfahrungen, Vermutungen und Anekdoten von Angehörigen basiert. Bisher konnte die Co-Abhängigkeit nicht operationalisiert werden und eine Eingliederung in die gängigen Klassifikationssysteme wurde nicht als

sinnvoll betrachtet. Und doch wird der Begriff von der WHO und im Fachjargon der Psychologie verbreitet verwendet (vgl. Kapitel 3.1.4).

Um einer allfälligen Co-Abhängigkeit entgegenzuwirken, werden verschiedene Bewältigungsstrategien der Angehörigen sowie der Paare genannt. So tragen eine Fähigkeit zur Selbstreflexion und eine Veränderungsbereitschaft beider Beteiligten zu einer konstruktiven Beziehung bei. Die Partner der Borderline-Betroffenen arbeiten mit Vorteil an ihrem Realitätsbezug, betrachten das Borderline-Verhalten genügend objektiv und mit einer gesunden Distanz. Dies hilft ihnen dazu ein intaktes Selbstwertgefühl zu bewahren. Wichtig ist das Einhalten klarer Grenzen, die Verantwortung für die Beziehung soll von beiden Partnern übernommen werden. Eine Metakommunikation über die Störung sowie eine gegenseitige Offenheit helfen, die Beziehung ebenbürtiger zu gestalten (vgl. Kapitel 4.2).

7.2 Ausgangslage

Das Ziel dieser empirischen Arbeit besteht darin, Borderline-Beziehungen aus der Sicht der Angehörigen zu untersuchen. Der Fokus dabei liegt auf der Beziehungsdynamik, auf Anforderungen, mit denen Partner konfrontiert werden und auf deren Bewältigungsstrategien. Es wird überprüft, ob sich im Rahmen der untersuchten Partnerschaften bei den Angehörigen ein co-abhängiges Verhalten zeigt. Weiter interessieren Bewältigungsstrategien, die einer Co-Abhängigkeit gegensteuern bzw. den Angehörigen helfen, ein allfälliges co-abhängiges Verhalten zu erkennen und gegen ein solches vorzugehen.

Die interessierenden Forschungsinhalte wurden anhand sechs qualitativer Einzelanalysen erhoben. Mit Hilfe eines halbstrukturierten, problemzentrierten Interviewleitfadens wurden fünf Partnerinnen und ein Partner von Personen mit Borderline-Verhalten befragt. Die ProbandInnen sind zwischen 40 und 68 Jahren alt und leben im Grossraum Zürich. Drei der Befragten sind mit den Betroffenen verheiratet, zwei leben in einer festen Partnerschaft und eine hat sich bereits von ihrer Partnerin getrennt.

7.3 Beantwortung der Fragestellungen und Interpretation der Ergebnisse

7.3.1 Zur Beziehungsdynamik der untersuchten Paare

Der Übersichtlichkeit halber werden interessierende Themenbereiche getrennt dargelegt.

Fragestellung 1:

Wie erleben PartnerInnen ihre Beziehung zu Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und mit welchen Anforderungen werden sie konfrontiert?

- Konstruktive Partnerschaften

Die ProbandInnen der Einheit 1 (A3 und A5), äussern eine hohe Zufriedenheit in ihren Beziehungen. Sie schildern ein harmonisches Zusammenleben mit den Borderline-Betroffenen, welches durch ein tiefes Vertrauen, eine gegenseitige Akzeptanz und eine of-

fene Kommunikation geprägt sei. Es scheint für die zufriedenen PartnerInnen wichtig zu sein, das Wissen über die Borderline-Persönlichkeitsstörung in ihren Alltag einzubauen, aber doch den Menschen, den sie vor sich haben, nicht hauptsächlich im Zusammenhang mit der Krankheit zu sehen. Die Metakommunikation über die Diagnose ver helfe beiden Seiten, mit den Schwierigkeiten, die durch die Störung entstehen, umzugehen. Der bewusste Umgang mit der Krankheit, kombiniert mit dem reflektierten Umgang mit der Diagnose von Seiten der Betroffenen und der befragten Partnern, gebe die Möglichkeit, eine konstruktive Beziehung zu führen. In diesen Beziehungen scheinen die Grenzen zwischen den Betroffenen und den Angehörigen vorhanden zu sein, eigene Bedürfnisse und Freiräume werden aufrechterhalten, die Verantwortung, die beide Seiten für die Beziehung übernehmen, scheint ausgeglichen zu sein. Einige Grenzüberschreitungen werden thematisiert, sie scheinen sich jedoch nicht sehr belastend auf die psychische und physische Konstitution der Probanden auszuwirken.

Auffällig bei den zwei genannten Beziehungen ist, dass die Betroffenen laut den Aussagen der PartnerInnen weniger DSM-IV-Kriterien erfüllen, als die Betroffenen in den anderen vier Beziehungen (vgl. Tabelle 3). Die vorhandenen Ausprägungen der Störung werden von diesen PartnerInnen als weniger belastend erlebt oder sie scheinen damit umgehen zu können. Man könnte insofern annehmen, dass die Borderline-Betroffenen aus diesen beiden Beziehungen weniger Kriterien der Störung erfüllen oder Wege gefunden haben die Störung zu kompensieren. Weiter scheint die Überlegung sinnvoll, dass die Krankheitseinsicht der Borderline-Betroffenen ausschlaggebend für die scheinbar gut funktionierende Metakommunikation in den genannten Partnerschaften sein könnte.

- Belastende Partnerschaften mit destruktiven Tendenzen

Die anderen vier Probandinnen (A1, A2, A4 und A6)⁸ wurden als Einheit 2 zusammengefasst. Sie schildern ihre Partnerschaften als meist konfliktbeladen, geprägt durch fehlenden Respekt und ungenügendes Vertrauen. Eine offene Kommunikation sei nur selten möglich, eine gemeinsame Basis in den Partnerschaften scheint zu fehlen. So überrascht es nicht, dass sich die Gedanken dieser Probandinnen wiederholt um eine mögliche Beendigung der Beziehung drehen. Die erwähnten Probandinnen geben an, grösstenteils unter den Auswirkungen der Störungen ihrer PartnerInnen zu leiden. Durch die fehlende Kommunikation über die Krankheit scheint es für sie schwierig zu sein, mit dieser umzugehen. Seit dem Wissen über die (allfällige) Borderline-Persönlichkeitsstörung sei das Verhalten der Betroffenen für die Angehörigen zwar einschätzbarer geworden, doch die Umsetzung der guten Vorsätze, die aus Selbsthilfebüchern und -gruppen gewonnen wurden, zeigt sich als sehr schwierig.

⁸ Die Probandin A6, die sich bereits von ihrer Partnerin getrennt hat, wird für die folgenden Aussagen als in ihre Beziehung zurückversetzt verstanden. Da sich ihre Beziehungsdynamik nicht ausprägend von den anderen drei unterscheidet, wird es als nicht sinnvoll betrachtet, diese separat aufzuführen.

Zu tief scheinen die destruktiven Beziehungsmuster sich bereits eigendynamisch zu entwickeln.

Oftmals werden die Betroffenen durch die Angehörigen geschont, die Annahme oder das Wissen über die Borderline-Diagnose wird nicht angesprochen. Dies weil die Borderline-Betroffenen keine Krankheitseinsicht zeigten oder das Gespräch über die Krankheit verweigerten.

Diese vier belasteten Partnerschaften, sind geprägt durch fehlende persönliche Grenzen, was sich im Verhalten der Angehörigen widerspiegelt. Sie übernehmen viel Verantwortung für die Betroffenen, aufgrund der fehlenden Zeit oder Ressourcen, die diese mitbringen. Es liesse sich aber auch über unterschiedliche Prioritätensetzung in diesen Beziehungen diskutieren. So zeigt sich, neben der instabilen Basis der Partnerschaft, bei den Betroffenen ein grosser Bereich, an dem sie ihre Partnerinnen nicht teilhaben lassen. Diese eigene Welt geht nach Meinung der Partnerinnen über natürliche Freiräume in der Beziehung hinaus. Sie geben an die Geheimnisse und mögliche Doppelleben der Betroffenen als bedrohlich und destruktiv für das Zusammenleben zu empfinden.

Die Verzweiflung dieser Probandinnen ist deutlich zu spüren. Diese hätten über die Jahre hinweg grösstenteils auf ihre eigenen Freiräume verzichtet und setzten viel Zeit und Energie für das Wohl ihrer PartnerInnen ein. Als Konsequenz lassen sich bei diesen vier Probandinnen Auswirkungen auf ihre physische und psychische Konstitution feststellen, welche mit den Belastungen der Beziehungen in Zusammenhang gesehen werden.

Generell wurde in den retrospektiven Erzählungen eine Tendenz der Partnerinnen beobachtet, in Rollenkonflikte zu geraten. Eine Probandin habe sich aufgrund ihres psychologischen Fachwissens bewusst gegen die Übernahme einer Therapeutinnenrolle abgrenzen müssen. Zwei Probandinnen geben an, in der Beziehung eine Mutterrolle übernommen zu haben (vgl. Kapitel 4.2), die sie aktuell ablegen möchten zugunsten ihrer Rolle als Partnerin.

- Beobachtung bezüglich der Übernahme von Verantwortung

Auffällig scheint, dass drei der Probandinnen im Durchschnitt gut sieben Jahre älter sind als ihre Partner, was in Partnerschaften, trotz Zunahme dieser Beziehungskonstellation, immer noch eher untypisch ist (einzig eine Probandin ist gleich alt wie ihr Partner). Dies hinterlässt einen möglichen Hinweis auf die Partnerwahl der Borderline-Betroffenen, da darüber spekuliert werden kann, dass mehr Lebenserfahrung mit einem grösseren Verantwortungsbewusstsein korrelieren dürfte. Oder es könnte angenommen werden, dass die befragten Partnerinnen sich eine Beziehung gesucht haben, in welcher sie eine Mutterrolle und somit die Verantwortung übernehmen können.

7.3.2 Untersuchung der Verhaltensweisen auf Anzeichen einer Co-Abhängigkeit

Fragestellung 2:

Wie erleben PartnerInnen ihre Beziehung zu Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und mit welchen Anforderungen werden sie konfrontiert?

Die Verhaltensweisen der ProbandInnen werden mit den bei einer Co-Abhängigkeit beobachteten Persönlichkeitsmerkmalen verglichen (vgl. Kapitel 3.2 und 4.1). Da die co-abhängigen Verhaltensweisen im Zusammenhang mit Borderline-Beziehungen untersucht werden, scheinen primär die Reaktionen der ProbandInnen auf die Ausprägungen der einzelnen DSM-IV-Kriterien (Anhang 1) bei den Betroffenen von Bedeutung zu sein. Der Fokus liegt (mit einer Ausnahme bei physischen und psychischen Belastungsfolgen) hier auf den Probandinnen der Einheit 2, bei denen Aspekte einer Co-Abhängigkeit vermutet werden.

Zusammenfassend sollen folgende Wesensmerkmale, die auf ein co-abhängiges Verhalten hinweisen, untersucht werden:

Co-abhängige Wesensmerkmale	Ausprägungen
Aussenorientierung	fremdbestimmtes Leben, fehlende Ich-Grenzen, Verzicht auf eigene Bedürfnisse und Freiräume (als Folge z. B. soziale Isolation), Nachgiebigkeit, Anpassung, Bestätigung von aussen
Übertriebene Fürsorge	Verantwortung für den anderen übernehmen, Sorgen um sein Wohl, „Helfersyndrom“, ungünstiges Verhalten gegenüber Umfeld decken
Selbstbezogenheit	alles persönlich nehmen, Egozentrik
Kontrolle (wenn Kontrolle nicht funktioniert)	kontrollierendes Verhalten, Beeinflussung anderer, Versuch Beziehung zu retten Hilflosigkeit, Resignation
Gefühle	nicht im Kontakt mit eigenen Gefühlen stehen, fehlendes Bewusstsein für eigene Bedürfnisse, eigene Verletzungen unterdrücken, Unverständnis und als Folge Frustration
Unehrllichkeit	Gefühle nicht mitteilen, Lügen, Konfliktvermeidung, schonendes Verhalten
Angst	Anspannung, Verwirrung, Unheilsahnungen, Verzweiflung
Physische Belastungsfolgen oder psychische Belastungsfolgen	z. B. körperliche Erkrankungen durch Stress, somatoforme Störungen, Hoffnungslosigkeit, Erschöpfung

Tabelle 4: Co-abhängige Wesensmerkmale

Da die Kriterien einer Co-Abhängigkeit nicht operationalisiert sind, können co-abhängige Verhaltensweise der Probandinnen nur angenommen werden. Die Hinweise auf ein co-abhängiges Verhalten, werden anhand der empirischen Untersuchungen festgehalten, und mit den in der Literatur aufgezeigten Wesensmerkmalen (vgl. Kapitel 3.2) verknüpft.

- Aussenorientierung

Bei den vier Probandinnen der Einheit 2 zeigt sich eine Tendenz zu einer ausgeprägten Aussenorientierung. Diese drückt sich primär durch fehlende Ich-Grenzen und Verzicht auf eigene Bedürfnisse zugunsten des Wohls der Betroffenen aus. In den untersuchten Beziehungen sind die Grenzen oftmals ungenügend ausgeprägt oder nicht vorhanden. Diese Partnerinnen verzichten auf das Setzen von Grenzen, da sie etwa nach einer ausgeprägten Harmonie in der Beziehung streben. Fehlende Ich-Grenzen zeigen sich in den Reaktionen der Partnerinnen auf Projektionen der Betroffenen. Anhand der projektiven Identifikationen (der Übernahme abgespaltener Gefühle der Betroffenen) wird eine fehlende Abgrenzung offensichtlich. Interessanterweise identifizieren sich die Partnerinnen nur mit den negativen Einschätzungen der Betroffenen. Gegenüber den Idealisierungen der Betroffenen scheinen sich die Probandinnen abgrenzen zu können. In Momenten einer Entwertung scheint es für die Partnerinnen schwierig zu sein, ihr eigenes Selbstbild zu bewahren, sie orientieren sich nach den Bewertungen der Betroffenen. Ebenso wirken sich Identitätsdiffusionen und Gefühle innerer Leere der Betroffenen negativ auf die interpersonellen Grenzen aus. Erneut fühlen sich die Partnerinnen dafür verantwortlich, die Identität der Betroffenen zu stärken und ihre Leere zu füllen. So verwischen die Identitäts- und Energiegrenzen zwischen den Individuen.

Weiter wird festgestellt, dass viele Probandinnen zugunsten des Wohls der Betroffenen auf die Erfüllung ihrer eigenen Bedürfnisse verzichten. Es wird viel Zeit und Energie in das Befinden der Borderline-Betroffenen gesteckt, was unter anderem den Verlust des Freundeskreises der Partnerinnen zufolge haben kann. Drei Probandinnen bleiben auf Wunsch ihrer Partner zu Hause. Eine Probandin berichtet, mit ihrem Partner gegen ihren eigenen Wunsch intim zu werden, damit dieser seine körperliche Befriedigung nicht an anderen Orten suche.

Ebenso berichtet eine Probandin von der Vereinnahmung ihrer Gedanken durch ihren Partner, sie könne sich daher situativ nur schwer auf ihre Arbeit oder auf ihr eigenes Wohl konzentrieren.

⇒ Das Fehlen der Grenzen, der Verzicht auf eigene Bedürfnisse und die Vereinnahmung durch Gedanken ans Gegenüber sind klare Hinweise auf ein co-abhängiges Verhalten. Die besagten Probandinnen können sich nicht genügend von den Betroffenen abgrenzen, ihr Selbstwert schwankt durch Äusserungen des Gegenübers, ihr Leben ist grösstenteils fremdbestimmt.

- Übertriebene Fürsorge

Eine ausgeprägte Fürsorge den Betroffenen gegenüber zeigt sich bei einigen Probandinnen durch das Mass an Verantwortung, welches sie übernehmen. So fällen sie Entscheidungen für die Betroffenen, verteidigen diese gegenüber Arbeitgebern, Freunden und Familienmit-

gliedern und übernehmen für sie die Suche nach therapeutischer Unterstützung. Die Partnerinnen machen sich Sorgen um die Betroffenen und sind bereit, ihr Leben um diese zu orientieren. Sie unterstützen die Betroffenen in ihrem Selbstwert und versuchen deren innere Leere zu füllen. Ebenso umgehen sie Konfrontationen, um die Betroffenen zu schonen.

⇒ Die Übernahme der Verantwortung in der Beziehung, der Wunsch, dem Gegenüber zu helfen, es gegenüber dem Umfeld zu verteidigen und durch ein vermeidendes Verhalten zu schonen, sind weitere Anhaltspunkte für co-abhängige Verhaltensweisen der Probandinnen.

- Selbstbezogenheit

Die Probandinnen neigen dazu, die Entwertungen von Seiten der Betroffenen persönlich zu nehmen. Dies weist jedoch vor allem auf fehlende Grenzen in der Beziehung hin und wurde beim Punkt „Aussenorientierung“ ausführlich besprochen.

- Kontrolle

Kontrollierende Verhaltensweisen wurden vor allem bei den Reaktionen auf selbstschädigende Impulse der Betroffenen gezeigt. Es wird angenommen, dass die Tendenz, die Betroffenen zu kontrollieren, mit einer fehlenden Vertrauensbasis in Zusammenhang steht. Diejenigen Probandinnen, die einst zu einem kontrollierenden Verhalten tendiert haben, geben jedoch an, dieses grösstenteils abgelegt zu haben, da sie eingesehen hätten, die Betroffenen nicht beeinflussen zu können. Dies könnte als eine positive Entwicklung betrachtet werden, es zeigt sich jedoch als Folge davon meist eine Resignation, welche wiederum die Beziehungen und das Wohl der Angehörigen negativ beeinflussen kann. Die geäußerte Hilflosigkeit der Probandinnen wird als eine Ursache für Belastungsfolgen auf psychischer und physischer Ebene angenommen.

⇒ Es gibt einige Hinweise auf kontrollierendes Verhalten der Probandinnen in der Vergangenheit. Diese reichen jedoch nicht aus, um ein allfälliges co-abhängiges Verhalten zu bestätigen. Die Resignation und Hilflosigkeit, die besagte Probandinnen empfinden, könnten jedoch erneut auf eine ungenügende Abgrenzung gegenüber den Betroffenen hinweisen.

- Gefühle

Einigen Probandinnen fehlt der emotionale Zugang zu ihren Gefühlen. Dadurch scheint für sie schwierig zu wissen, was ihnen gut tut. Eine Probandin gibt an, ihre Bedürfnisse nicht mehr zu erkennen, da sie sich in der Beziehung verloren habe. Zwei Probandinnen versuchen ihre Beziehungen zu retten, obwohl sie diese als sehr belastend bezeichnen. Dies könnte ein weiteres Anzeichen dafür sein, dass der Kontakt zu ihren Gefühlen und Bedürfnissen durch die Beziehung erstickt worden ist. Eine weitere Probandin spricht über

eine jahrelange Verdrängung von Verletzungen, die sie in der Beziehung erlebt habe. Auch sie scheint den Zugang zu ihren Gefühlen teilweise verloren zu haben.

⇒ Nicht im Kontakt zu den eigenen Gefühlen zu stehen weist erneut auf eine Aussenorientierung hin. Eigene Bedürfnisse werden nicht mehr wahrgenommen, Verletzungen verdrängt. Diese Verhaltensweisen haben eindeutig einen co-abhängigen Charakter.

- Unehrllichkeit

Ein unehrliches oder vermeidendes Verhalten geht bei den Probandinnen meist mit der Angst vor impulsiven, unkontrollierbaren Wutausbrüchen der Betroffenen einher. Daher verzichten die Befragten darauf, für sie wichtige Themen anzusprechen, da sie die heftigen Reaktionen der Betroffenen fürchten. Unter anderem handelt es sich dabei um eine Vermeidung der Konfrontation der Betroffenen mit dem Wissen über die Borderline-Persönlichkeitsstörung. Da die Krankheitseinsicht bei diesen oftmals nicht ausgeprägt vorhanden zu sein scheint, weigern diese sich, darüber zu sprechen. Die Angehörigen scheinen sich über das Vorhandensein der Diagnose so sicher zu sein, dass sie sich bereits Selbsthilfegruppen für Angehörige von Borderline-Betroffenen angeschlossen haben oder sie beschäftigen sich mit der Fachliteratur über die Borderline-Persönlichkeitsstörung. Trotzdem konfrontieren sie die Betroffenen nicht mit ihrem Wissen, was weiter als Unehrllichkeit und als schonendes Verhalten bezeichnet werden kann.

⇒ Auch vermeidendes Verhalten, Beschwichtigungen und Unehrllichkeit können wegweisend für ein vorhandenes co-abhängiges Verhalten sein. Die Ursache dafür könnte man beim fehlenden Vertrauen und einem nicht vorhandenem Respekt in den Beziehungen suchen.

- Angst

Einige Probandinnen berichten von einer ständigen Anspannung durch ihre Beziehung. Diese entstehe dadurch, dass sie das Verhalten der Betroffenen nicht einschätzen könnten, durch eine fehlende Offenheit in der Beziehung und durch Bereiche im Leben der Betroffenen, zu denen die Angehörigen keinen Zugang fänden. So lebten die Probandinnen teils mit Unheilsahnungen, welche mit Angst und Verzweiflung einhergehen können. Es wird angenommen, dass die Probandinnen durch die Angst und Anspannung in der Beziehung Belastungsfolgen entwickelten. Diese werden nachfolgend aufgeführt.

⇒ Die ständige Angst und Anspannung der Probandinnen sind weitere Anhaltspunkte für ein co-abhängiges Verhalten. Weiter werden diese destruktiven Gefühle mit fehlendem Vertrauen in der Beziehung erklärt. Aufgrund der Affektregulationsstörungen einiger Betroffener wüssten die Probandinnen nicht, womit sie zu rechnen hätten. So befürchteten sie mit jeder Aussage oder Konfrontation, Wutausbrüche bei den Betroffenen auszulösen. Hiermit liesse sich auch ihr vermeidendes Verhalten erklären.

- Physische oder psychische Belastungsfolgen

Es werden einige Belastungsfolgen angegeben, die durch die Anforderungen in den Beziehungen zu entstehen scheinen. Dies sind Einwirkungen auf das Schlaf- und Essverhalten (Probandin aus E1), damit verbundene Gewichtsab- oder zunahmen sowie einige körperliche Erkrankungen, die mit der Beziehung in Verbindung gesehen werden. Weiter sei es durch die fehlende Abgrenzung einer Probandin gegenüber den Stimmungsschwankungen ihres Partners zu depressiven Verstimmungen gekommen. Die ständige Übernahme der Verantwortung und die übertriebene Fürsorge für ihre Partnerin lassen sich mit der übermässigen Erschöpfung einer weiteren Probandin in Verbindung bringen.

⇒ Co-Abhängigkeit wird in der Literatur oft in Verbindung mit physischen und psychischen Belastungsfolgen beschrieben. So lässt sich auch hier annehmen, dass die Auswirkungen auf die physischen und psychischen Konstitutionen der Probandinnen co-abhängige Züge aufweisen.

7.3.3 Bewältigungsstrategien der ProbandInnen und der Paare

Fragestellung 3:

Welche Bewältigungsstrategien müssten Angehörige entwickeln und welche Hilfe von aussen wäre nötig, um einer allfälligen Co-Abhängigkeit entgegenzuwirken?

Es fällt auf, dass sich bei den ProbandInnen der Einheit 1, gemessen an den angegebenen Wesensmerkmalen, keine oder nicht ausgeprägte co-abhängigen Züge zeigen. Ihre Bewältigungsstrategien sowie die Ressourcen in den Beziehungen, die als Wirkfaktoren gegen eine Co-Abhängigkeit vermutet werden, sollen hier zusammenfassend aufgeführt werden. Diese werden grösstenteils der Beantwortung der Fragestellung 1 entnommen („konstruktive Partnerschaften“).

Weiter ist das Bewusstsein über Verhaltensweisen mit einem co-abhängigen Charakter bei den Probandinnen (Einheit 2), bei denen eine Co-Abhängigkeit angenommen wird, gross. Durchgehend werden aktiv Veränderungen vorgenommen, um einem allfällig co-abhängigen Verhalten entgegenzuwirken. Nun interessieren die Bewältigungsstrategien, die diesen Probandinnen zu einem reflektierteren Umgang mit co-abhängigen Verhaltensweisen verholfen hat.

- Bewältigungsstrategien der ProbandInnen

Eine ausgeprägte Selbstreflexion scheint den ProbandInnen zu helfen, bei sich zu bleiben und im Umgang mit ihren PartnerInnen bewusst Grenzen zu setzen. Diese Selbstreflexion wird durch ein stabiles Selbstbild und ein gutes Selbstwertgefühl unterstützt (vgl. Kapitel 4.2).

Die ProbandInnen, denen es gelingt, sich von ihrem Gegenüber abzugrenzen, üben sich meist in Ausgeglichenheit, radikaler Akzeptanz, Rationalität und sie bewahren so einen guten Realitätsbezug.

Eine Einsicht des co-abhängigen Verhaltens scheint sich auf die davon betroffenen Personen förderlich auszuwirken. Diese Probandinnen (E2) haben bemerkt, dass sich ihre Verhaltensweisen negativ auf ihr Wohl und auf die Beziehungsdynamik auswirkten. Gefördert wurde diese Einsicht durch Hilfe von aussen, in Form von Selbsthilfegruppen und professioneller Unterstützung sowie durch ihre reflektierten Überlegungen, die ihnen einen Weg aus dem Teufelskreis der Co-Abhängigkeit heraus aufzeigten. Eine Probandin hat durch ihre Einsicht gemerkt, dass sie die Beziehung um ihr eigenes Wohles willen abbrechen muss. Eine weitere Probandin sieht ihr co-abhängiges Verhalten und die fehlende Basis in ihrer Beziehung als Gründe dafür, sich von ihrem Ehemann zu trennen und ihr eigenes Leben wieder in die Hand zu nehmen.

Es wird angenommen, dass sich die ProbandInnen durch ein klares Verständnis über die Borderline-Persönlichkeitsstörung und deren Ausprägungen besser von ihrem Gegenüber abgrenzen können. Dieses hilft ihnen, gegenüber problematischer Verhaltensweisen der Betroffenen weniger vulnerabel zu sein.

⇒ Es zeigt sich, dass der Austausch in Selbsthilfegruppen sowie die Konsultationen von Fachpersonen für die Selbstreflexion der ProbandInnen förderlich ist. So wird den ProbandInnen empfohlen, sich eigeninitiativ Unterstützung zu suchen, wenn sie diese als notwendig erachten.

- Bewältigungsstrategien der Paare

Bei der Erhebung und Analyse der empirischen Untersuchungen wurde deutlich, dass einige interpersonelle Bewältigungsstrategien angegeben wurden. Die Angehörigen äussern hilfreiche Strategien, die in der Dynamik der Partnerschaft zu finden sind. Da diese sich als sehr wichtig herausstellten, sollen sie hier ebenfalls beleuchtet werden.

Eine mögliche Ursache für Konstruktivität in Borderline-Beziehungen zeigt sich durch ein beidseitig klares Bewusstsein über die Diagnose, welches Verständnis und Geduld bei den Angehörigen fördert. Es wird angenommen, dass eine offene Kommunikation in der Beziehung und bezüglich der Problembereiche der Borderline-Persönlichkeitsstörung den Paaren hilft, mit der Diagnose der Betroffenen umzugehen. Dafür ist auch eine reflektierte Kommunikation der Borderline-Betroffenen nötig, was wiederum zu einem grösseren Verständnis der Angehörigen führt und eine gegenseitige Akzeptanz fördert. Der offene Umgang wird auch in Zusammenhang mit dem beidseitigen Vertrauen in der Beziehung gesehen. Wichtig scheint auch eine unverhüllte Kommunikation über allfällige Konflikte. Konfrontationen sollten nicht umgangen werden, da ein reflektierter Austausch helfen kann, mit Schwierigkeiten umzugehen.

Es wird also vermutet, dass das Bewusstsein über die Borderline-Persönlichkeitsstörung für Angehörige und Betroffene hilfreich ist. Die Störung sollte dennoch nicht im Vordergrund der Beziehung stehen. Die Paare, die einen konstruktiven Umgang mit der Diagnose ge-

funden haben, scheinen am besten zu harmonisieren. So ist es für sie wichtig, ihre Beziehung so „normal“ wie möglich zu gestalten, also die Krankheit nicht im Mittelpunkt der Partnerschaft zu sehen. Dieser Balanceakt erfordert viel Geduld und Arbeit, scheint jedoch der Schlüssel zu einer konstruktiven Borderline-Beziehung zu sein.

⇒ Hier scheint der Hauptwirkungsfaktor für eine konstruktive Beziehung das Wissen über die Borderline-Persönlichkeitsstörung zu sein. Als wichtige Komponente wird daher die Diagnosestellung gesehen, welche Wege zu Fachliteratur und professioneller Unterstützung für die Angehörigen ebnet.

7.4 Zusammenfassende Erkenntnisse zu den Fragestellungen

Bei den befragten Personen zeigt sich ein zweiseitiges Bild bezüglich der geschilderten Beziehungsdynamik. Die zwei Einheiten unterscheiden sich dadurch, dass bei den ProbandInnen aus der Einheit 1 keine oder nicht ausgeprägte co-abhängige Verhaltensweisen beobachtet werden können. Hier wird ein Zusammenhang mit der Fähigkeit zur klaren Grenzziehung der PartnerInnen vermutet. Diese wird durch die stabilen Selbstbilder der besagten Personen und durch einen bewussten Umgang mit der Diagnose sowie mit allfälligen Komplikationen möglich. Somit können die Bewältigungsstrategien, die in der Literatur beschrieben werden, mit der hier vorgenommenen empirischen Untersuchung von Borderline-Beziehungen unterstrichen werden.

Allerdings konnte durch die Analyse der empirischen Erhebungen ebenfalls festgestellt werden, wie wichtig es für die Beziehungsdynamik scheint, die Diagnose nicht in den Mittelpunkt der Beziehung zu stellen und trotz dem Wissen über die Diagnose die Partnerschaft so nah am Alltag zu leben wie möglich. Dies beinhaltet eine ausgeprägte gegenseitige Akzeptanz, ein Verständnis und ein Vertrauen, welche durch eine offene Kommunikation in der Beziehung gefördert werden. Ebenfalls fällt bei den ProbandInnen der Einheit 1 auf, dass deren PartnerInnen weniger DSM-IV-Kriterien erfüllen, als die Betroffenen der Probandinnen aus der Einheit 2. Es könnte angenommen werden, dass dies ein Faktor ist, der den Paaren der Einheit 1 zu einer Kommunikation auf einer Metaebene verhilft. Eine Ich-Syntonie scheint bei diesen Betroffenen nicht oder nur wenig vorhanden zu sein.

Bei den Probandinnen der Einheit 2 konnten, verglichen mit der Literatur (vgl. Kapitel 3.2), co-abhängige Verhaltensweisen festgestellt werden. Diese Aussage wird unterstützt durch die Untersuchung der Verhaltensweisen der Probandinnen, anhand der co-abhängigen Wesensmerkmale, die in der Literatur zu finden sind (vgl. Tabelle 4). Die Analyse ergab, dass die Probandinnen zu Verhaltensweisen neigen, die einen deutlich co-abhängigen Charakter aufweisen. Durch eine gesteigerte Selbstreflexion, unterstützt durch den Besuch von Selbsthilfegruppen und Konsultationen von Fachpersonen, sind diese Probandinnen aktuell in einem Prozess, gegen die vermuteten co-abhängigen Verhaltensweisen vorzugehen. Die finale Konsequenz, die mit dieser Einsicht einhergeht, scheint die Tren-

nung von den Borderline-Betroffenen zu sein, während andere Konsequenzen die Einforderung der eigenen Freiräume und Bedürfnisse beinhalten.

Anhand dieser Erkenntnisse könnte davon ausgegangen werden, dass co-abhängige Verhaltensweisen in Borderline-Beziehungen durch die fehlende Fähigkeit der Paare, auf einer Metaebene zu kommunizieren, gefördert werden. Es scheint Betroffene zu geben, die durch eine fehlende Krankheitseinsicht oder durch die Ich-Syntonie, die mit einer Persönlichkeitsstörung einhergehen kann, nicht zu einem reflektierten Austausch über die Störung fähig sind. Ebenso scheinen einige Angehörige durch vermeidendes und schonendes Verhalten eine Metakommunikation in der Beziehung zu erschweren.

7.5 Implikationen für die Praxis

Aus den Erkenntnissen, die aus der vorliegenden Arbeit hervorgehen, wird deutlich, wie wichtig die Unterstützung der Angehörigen zur Förderung ihrer Selbstkompetenz ist. Angehörigenberatung ist für deren reflektierte Auseinandersetzung mit eigenen Anteilen und Defiziten wichtig. Dadurch entwickelt sich bei ihnen die Kompetenz, in der Beziehung bewusster Grenzen zu setzen und ihr eigenes Selbstbild zu bewahren. Ein allfällig co-abhängiges Verhalten kann somit erkannt oder verhindert werden. Im besten Fall kann präventiv dafür gesorgt werden, dass die Angehörigen sich vor co-abhängigen Verhaltensweisen schützen.

Weiter zeigen die Ergebnisse, wie wichtig Angehörigengruppen als Austauschmöglichkeiten, zu einer verbesserten Selbstreflexion und zu einem geförderten Verständnis für die Betroffenen ist. Laut den befragten Personen ist zudem ein trialogischer Ansatz von Vorteil, da hier Äusserungen der Betroffenen zu einem Verständnis verhelfen, der Austausch mit den anderen Angehörigen die Selbstreflexion fördert und die fachliche Sicht wichtige Informationen beiträgt, die beides unterstützt. Hiermit soll zu einer Förderung von trialogischen Selbsthilfegruppen empfohlen werden.

Wenn jedoch der Borderline-Betroffene über die Teilnahme an einer Angehörigengruppe nicht in Kenntnis gesetzt wird, besteht ein grosses Risiko für die gemeinsame Basis der Partnerschaft. So können sich die PartnerInnen zwar von der Störung ihres Gegenübers distanzieren, die Befürchtungen, die Borderline-Betroffene hegen, werden sich jedoch über kurz oder lang bestätigen; sie werden übergangen und disqualifiziert. Für die Verbesserung der Paardynamik wird deshalb ein systemischer Ansatz empfohlen. Eine Paartherapie könnte dem System helfen, eine gemeinsame Basis zu entwickeln. Dafür ist die Erkenntnis, dass beide Seiten zirkulär zu einer destruktiven Beziehungsdynamik beitragen, notwendig. Die interpersonelle Verantwortlichkeit für die Beziehung und deren Gelingen wird dadurch betont. Daher sollte dieser Prozess gemeinsam angegangen werden, die Beteiligten sollten bereit sein, auf einer Metaebene zu kommunizieren, welche von einer Fachperson als Hilfskonstrukt gefördert wird. Diese Metakommunikation ist die Schlüsselkompetenz für

das Paar. Sie hilft das gegenseitige Verständnis zu fördern und beleuchtet somit die Beziehungsproblematik des Systems von beiden Seiten. Dieser Prozess ist wohl ein anspruchsvoller und steiniger Weg, die Transparenz, die ihn begleitet, könnte jedoch zu gemeinsamen Lösungen für das System führen.

7.6 Kritische Auseinandersetzung mit dem Studiendesign und der Methodik

Kritisch betrachtet wird die mit nur sechs befragten ProbandInnen sehr kleine Stichprobe, welche keine Rückschlüsse auf eine Merkmalverteilung in der Population zulässt. Die qualitative Herangehensweise ermöglichte jedoch einen vertieften Einblick in die Einzelfälle, durch den wertvolle und differenzierte Informationen erhoben werden konnten.

Die Kriterien für die ausgesuchte Stichprobe mussten während der Rekrutierung von Probanden erweitert werden, da sich diese als sehr schwierig gestaltete. Zudem ist zu berücksichtigen, dass die meisten Probandinnen bereits einer Selbsthilfegruppe angeschlossen sind oder zumindest den Schritt zu ersten Besuchen dieser gemacht haben. Daher kann davon ausgegangen werden, dass ein gewisser Grad an Selbstreflexion bereits stattgefunden hat, während Angehörige, die den Schritt zu einer Selbsthilfegruppe noch nicht bedacht haben, vielleicht ein ausgeprägteres Bild an Co-Abhängigkeit gezeigt hätten. Für die Erhebung der Bewältigungsstrategien war dieser Aspekt jedoch von Vorteil.

Weiter liegt der Fokus der Aussagen auf den PartnerInnen von Borderline-Betroffenen, die Beziehungen liessen sich also nur sehr einseitig betrachten. Die Perspektiven der Betroffenen hätten zu einem tieferen Einblick in die Dynamik der Beziehungen verholfen. Allerdings liess der Umfang dieser Arbeit nicht die Beachtung von beiden Seiten zu.

Bei der ersten Fragestellung zeigte sich, dass diese wohl zu offen und einseitig formuliert war. So bereitete einerseits deren Abgrenzung von den anderen Fragestellungen Schwierigkeiten, andererseits zeigte sich, dass die Borderline-Persönlichkeitsstörung wohl so wenig von einer Beziehungsdynamik zu trennen ist wie von den Persönlichkeiten der Betroffenen.

Da die Befragung problemzentriert erfolgte und der Fokus somit auf den Schwierigkeiten in Zusammenhang mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung lag, blieb zudem nicht viel Raum für die positiven Erfahrungen der Angehörigen in ihren Beziehungen zu Borderline-Betroffenen. Trotzdem schien der Rahmen, der das Interview umgab, die Möglichkeit zu bieten, positive Aussagen auszudrücken, welche von zwei ProbandInnen grösstenteils genutzt wurde.

Bei den Interviews wurde nicht hypothesengeleitet vorgegangen, jedoch mit einer Vorannahme (dem allfälligen Vorhandensein von Co-Abhängigkeit), was die Befragten möglicherweise in der Offenheit ihrer Aussagen beeinflusst hat.

Für die Auswertung der empirischen Erhebungen zeigte sich die strukturierende qualitative Inhaltsanalyse als geeignetes Instrument. Die Strukturierung der Beziehungen und des

Konstrukt Co-Abhängigkeit stellen sich jedoch, aufgrund ihrer fehlenden Struktur, als grosse Herausforderung heraus. So gestaltete sich die Bildung von trennscharfen Kategorien als sehr schwierig, weshalb wenige Überschneidungen in Kauf genommen wurden. Weiter ist darauf hinzuweisen, dass ein Mangel an theoretischen Grundlagen in der Literatur über Angehörige von Borderline-Betroffenen festgestellt wurde. Meist fokussiert die Literatur bezüglich der zwischenmenschlichen Schwierigkeiten in Borderline-Beziehungen nur die Seiten der Betroffenen. Dies und die fehlende Struktur des Konstrukts Co-Abhängigkeit haben dazu geführt, dass der theoretische Teil dieser Arbeit umfänglich dargelegt werden musste.

7.7 Weiterführende Ansätze

Da die Co-Abhängigkeit bisher nicht operationalisiert werden konnte und nicht auf empirischen Absicherungen beruht, werden folgende Überlegungen für weitere Untersuchungen in diesem Themenfeld angebracht:

- Die Operationalisierung des Konstrukts Co-Abhängigkeit wäre aufgrund vieler Faktoren interessant und wertvoll für die klinische Fachwelt.

Da die Co-Abhängigkeit (im Angehörigenbereich von Abhängigkeitserkrankungen oder von psychischen Erkrankungen) als ein ursächlicher Faktor für verschiedene physische und psychische Krankheiten (etwa somatoforme Störungen oder Burn-out-Syndrome) vermutet wird, wäre es wichtig, diese frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Aufgrund der fehlenden Wissenschaftlichkeit des Konstrukts sowie der bisher ungenügenden Beachtung der Angehörigenseite kann diese Erkennung bisher nicht gewährleistet werden. Es kann jedoch angenommen werden, dass die frühzeitige Erfassung der Co-Abhängigkeit zur Prävention von verschiedenen physischen und psychischen Erkrankungen verhelfen könnte, was weniger Kosten für das Gesundheitswesen verursachen würde. Dies, weil angenommen werden kann, dass die Prävention gegen Chronifizierungen der Verläufe einiger Erkrankungen helfen könnte.

Weiter könnte man durch die frühzeitige Behandlung der Co-Abhängigkeit (in Zusammenhang mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung betrachtet) annehmen, dass die Gesundheitszustände der Borderline-Betroffenen sich eher stabilisieren würden, da die Angehörige eigene krankheitsfördernde Verhaltensmuster besser erkennen und vermeiden könnten.

- Weiter würde interessieren, was die Entwicklung einer Co-Abhängigkeit begünstigt. Gibt es Menschen, die aufgrund ihrer Persönlichkeitsmerkmale gefährdeter sind, sich eine co-abhängige Verhaltensweise anzueignen? Was wären das für Persönlichkeitsmerkmale? Anhand des grossen Anteils weiblicher Teilnehmer an Selbsthilfegruppen, welcher sich auch in der Stichprobe der vorliegenden Arbeit widerspiegelt, könnte angenommen werden, dass Frauen eher Hilfe in ihren Beziehungen zu Borderline-

Betroffenen benötigen oder in Anspruch nehmen. Daher wäre es interessant zu untersuchen, ob Frauen auch eher co-abhängige Verhaltensweisen aufzeigen als Männer.

- Bei der empirischen Untersuchung der Partnerschaften wurde offensichtlich, dass Borderline-Betroffene sich möglicherweise ältere Partner suchen, da diese in der Beziehung mehr Verantwortung übernehmen. Eine Untersuchung zu dieser Mutmassung wäre von Interesse, da dies das Bild der zwischenmenschlichen Beziehungen von Borderline-Betroffenen um einen Aspekt der Erkenntnis über deren Partnerwahl bereichern würde. Ebenso könnte man die andere Seite betrachten und sich überlegen, ob Menschen, die zu einem co-abhängigen Verhalten tendieren, eher Beziehungen suchen, in denen sie die Verantwortung übernehmen können.
- Die Beschreibung der Wesensmerkmale, die eine Co-Abhängigkeit begünstigen, erinnert in verschiedenen Aspekten an Eigenschaften von Borderline-Betroffenen (etwa anhand der fehlenden Ich-Grenzen oder geringen Selbstwerten). Dadurch liegt die Idee nahe, diese könnten ebenfalls eine Vulnerabilität für co-abhängiges Verhalten aufweisen. Würde der Fokus auf die Borderline-Betroffenen gerichtet, so könnte untersucht werden, ob diese Beziehungen zu substanzabhängigen oder psychisch kranken Personen suchen, in denen sie ein Verhalten mit co-abhängigem Charakter zeigen.
- Um die Beziehungsproblematiken in Borderline-Partnerschaften genauer zu explorieren, könnte im Rahmen einer repräsentativeren Untersuchung zum vorliegenden Forschungsgegenstand eine Kontrollgruppe mit Paaren ohne Borderline-Problematik zugezogen werden.

8 Abstract

Diese empirische Arbeit untersucht die Beziehungsdynamik von Borderline-Beziehungen aus der Angehörigenperspektive. Der Umgang von PartnerInnen mit der Beziehung wird auf co-abhängige Verhaltensweisen geprüft, welche, laut der Literatur, nicht nur im Abhängigkeitsbereich, sondern auch bei Angehörigen von psychisch erkrankten Menschen vermutet wird. Bewältigungsstrategien der allfällig Co-Abhängigen und der Paare werden untersucht.

Mittels problemzentrierter Interviews wurden fünf Partnerinnen und ein Partner von Menschen mit einem Borderline-Verhalten befragt. Die Auswertung der Daten erfolgte anhand einer strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse.

Die Ergebnisse zeigen, dass die untersuchten Personen unterschiedlich mit den Anforderungen der Borderline-Beziehung umgehen und dass diejenigen, deren Beziehungsdynamik destruktiv verläuft, eher co-abhängiges Verhalten zeigen, als Personen in konstruktiven Beziehungen. Als Strategien gegen die Entwicklung einer Co-Abhängigkeit zeigten sich bei den PartnerInnen Selbstreflexion und intrapsychische Ressourcen. Auch eine funktionierende Metakommunikation wirkt der Entwicklung von co-abhängigen Verhaltensweisen der PartnerInnen entgegen.

Der Bedarf der empirischen Untersuchung des Konstrukts Co-Abhängigkeit zeigt sich in dieser Arbeit deutlich.

9 Literaturverzeichnis

- Adamec, C. (1996). *How to live with a mentally ill person*. New York: Wiley.
- American Psychiatric Association. (2005). *Leitlinien zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. Bern: Huber. (Original erschienen 2001: American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder)
- Assfalg, R. (2006). *Die heimliche Unterstützung der Sucht: Co-Abhängigkeit* (5. Aufl.). Geesthacht: Neuland.
- Bedleg, J. (2009). *Interkulturelle Gesprächsanalytische Untersuchungen zur Kommunikation und Terminologie der Co-Abhängigkeit (Deutsch – Englisch)*. Unveröff. Diplomarbeit, Universität Wien, Zentrum für Translationswissenschaft.
- Bischof, N. (1985). *Das Rätsel Ödipus*. München: Piper.
- Bohus, M. (2002). *Borderline-Störung. Fortschritte der Psychotherapie*. Bern: Hogrefe.
- Bohus, M., Limberger, M., Sender, I., Grathwohl, T. & Stieglitz, R. D. (2001). Entwicklung der Borderline-Symptom-Liste. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 51, 1-11.
- Bohus, M. & Unckel, C. (2000). Selbstschädigung. Krisenintervention bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. In T. Bronisch, M. Bohus, M. Dose, L. Reddemann & C. Unckel (Hrsg.), *Krisenintervention bei Persönlichkeitsstörungen. Therapeutische Hilfe bei Suizidalität, Selbstschädigung, Impulsivität, Angst und Dissoziation* (S. 68-116). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bronisch, T. (2000). Suizidalität. In T. Bronisch, M. Bohus, M. Dose, L. Reddemann & C. Unckel (Hrsg.), *Krisenintervention bei Persönlichkeitsstörungen. Therapeutische Hilfe bei Suizidalität, Selbstschädigung, Impulsivität, Angst und Dissoziation* (S. 37-67). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Burnautzki, S., Linke, A. & Schulz, W. (1990). Der Trinker und seine Frau. *Suchtreport*, 1, 41-46.
- Cermak, T. (1991). Co-addiction as a disease. *Psychiatry Annals*, 21, 266-272.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (2008). *WHO: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien* (6. Aufl.). Bern: Huber. (Original erschienen 1992: World Health Organization: The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines)
- Feuerlein, W., Dittmar, F. & Soyka, M. (1999). *Wenn Alkohol zum Problem wird: Hilfreiche Informationen für Angehörige und Betroffene* (4. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Fiedler, P. (2007). *Persönlichkeitsstörungen* (6. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Gotham, H. J. & Sher, K. J. (1996). Do codependent traits involve more than basic dimensions of personality and psychopathology? *Journal of Studies on Alcohol*, 57, 34-39.
- Green, A. (2000). *Gebeime Verrücktheit. Grenzfälle der psychoanalytischen Praxis*. Giessen: Psychozial-Verlag.

- Green, A. (2008). Eine neue Evaluierung von Borderline-Strukturen. In K. Leithner-Dziubas, P. Schuster & M. Springer-Kremser (Hrsg.), *Borderline-Störungen* (S. 16-35). Wien: Facultas.
- Gunderson, J. G. (2005). *Borderline. Diagnostik, Therapie, Forschung*. Bern: Huber. (Original erschienen 2001: Borderline personality disorder)
- Harper, J. & Capdevila, C. (1990). Codependency: A critique. *Journal of Psychoactive Drugs*, 22 (3), 285-292.
- Jones, E. E., Farina, A., Hastorf, A. H., Markus, H., Miller, D. T. & Scott, R. A. (1984). *Social stigma. The psychology of marked relationships*. New York: Freeman.
- Kernberg, O. F. (1998). *Borderlinestörung und pathologischer Narzissmus* (10. Aufl.). Frankfurt: Suhrkamp.
- Klein, M. (2000). Alkohol und Familie: Forschung und Forschungslücken. In G. Kruse, J. Körkel & U. Schmalz (Hrsg.), *Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln* (S. 139-158). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Kolitzus, H. (2000). *Ich befreie mich von deiner Sucht*. München: Kösel.
- Kottje-Birnbacher, L. (2000). Paarbeziehungen und Paartherapie bei Borderline-Persönlichkeiten. In O. F. Kernberg, B. Dulz & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (S. 793-803). Stuttgart: Schattauer.
- Kreisman, J. J., Straus, H. (2005). *Zerrissen zwischen Extremen. Leben mit einer Borderline-Störung. Hilfen für Betroffene und Angehörige*. München: Kösel. (Original erschienen 2004: Sometimes I act crazy. Living with borderline personality disorder)
- Krestan, J. & Bepko, C. (1990). Codependency: The social reconstruction of female experience. In C. Bepko (Ed.), *Feminism and addiction* (pp. 49-66). New York: Hawthorn Press.
- Lemaire, J. G. (1980). *Leben als Paar. Strukturen, Krisen, therapeutische Hilfen*. Olten: Walter.
- Lieb, H. (1998). *Persönlichkeitsstörung. Zur Kritik eines widersinnigen Konzeptes*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Marotzki, W. (2003). Leitfadeninterview. In R. Bohnsack, W. Marotzki & M. Meuser (Hrsg.), *Hauptbegriffe Qualitative Sozialforschung. Ein Wörterbuch* (S. 114). Opladen: Leske + Budrich.
- Mason, P. T. & Kreger, R. (2009). *Schluss mit dem Eiertanz – Für Angehörige von Menschen mit Borderline* (4. Aufl.). Bonn: Balance. (Original erschienen 1998: Stop walking on eggshells)
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung* (5. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2007). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (10. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- McGovern, J. P. & DuPont, R. L. (1992). Co-dependence: The other half of addiction. *Houston Medicine*, 8, 5-11.
- Mellody, P. (1991). *Verstrickt in die Probleme anderer. Über Entstehung und Auswirkung von Co-Abhängigkeit*. München: Kösel. (Original erschienen 1989: Facing codependence)
- Meuser, M. (2003). Inhaltsanalyse. In R. Bohnsack, W. Marotzki & M. Meuser (Hrsg.), *Hauptbegriffe Qualitative Sozialforschung. Ein Wörterbuch* (S. 89-91). Opladen: Leske + Budrich.

- Miller, K. J. (1994). The co-dependency concept: Does it offer a solution for the spouses of alcoholics? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11 (4), 339-345.
- Myers, D. G. (2008). *Psychologie*. Heidelberg: Springer.
- Nelsen, J. (1995). Varieties of narcissistically vulnerable couples: dynamics and practice implications. *Clinical Social Work Journal*, 23 (1), 59-70.
- Niklewski, G. & Riecke-Niklewski, R. (2006). *Leben mit einer Borderline-Störung: Ein Ratgeber für Betroffene, ihre Partner und Familien* (2. Aufl.). Stuttgart: TRIAS.
- Potter-Efron, R. T. & Potter-Efron, P. S. (1989). Assessment of codependency with individuals from alcoholic and chemically dependent families. Special issue: Codependency: Issues in treatment and recovery. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 6, 37-57.
- Röhr, H.-P. (2003). *Wege aus der Abhängigkeit. Destruktive Beziehungen überwinden*. Düsseldorf: Walter.
- Rom, J. (2007). *Identitätsgrenzen des Ich. Einblicke in innere Welten schizophrene- und borderlinenkranker Menschen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Sachse, R. (2006). *Persönlichkeitsstörungen verstehen. Zum Umgang mit schwierigen Klienten*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Sass, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003). *Diagnostische Kriterien DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe. (Original erschienen 2000: Diagnostic criteria from DSM-IV-TR)
- Schaake, J. (2004). *Co-Abhängigkeit – „Die heimliche Sucht“*. München: GRIN.
- Schaeff, A. W. (2008). *Co-Abhängigkeit. Die Sucht hinter der Sucht* (17. Aufl.). München: Heyne. (Original erschienen 1986: Co-dependence, misunderstood – mistreadet)
- Schäfer, U., Rütger, E. & Sachsse, U. (2006). *Borderline-Störungen. Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmidbauer, W. (1984). *Die hilflosen Helfer*. Hamburg: Rowohlt.
- Schmidt, E. (2007). Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Angehörigen von Alkohol-, Drogen-, Spiel- und Internetsüchtigen. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 30 (2/3), 21-27.
- Sendera, A. & Sendera, M. (2010). *Borderline – Die andere Art zu fühlen. Beziehungen verstehen und leben*. Wien: Springer.
- Stumm, G. & Pritz, A. (2007). *Wörterbuch der Psychotherapie*. Wien: Springer.
- Torgersen, S., Kringlen, E. G. & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry*, 58, 590-596.
- Uhl, A. & Puhm, A. (2007). Co-Abhängigkeit – ein hilfreiches Konzept? *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 30 (2/3), 13-20.
- Zimmerman, M. & Mattia, J. I. (1999). Differences between clinical and research practices in diagnosing borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 156, 1570-1574.

Internetquellen:

American Psychiatric Association. (2009). *What does it mean if a diagnosis is not included in the DSM?* [On-line]. Available:

<http://www.psych.org/MainMenu/Research/DSMIV/FAQs/WhatdoesitmeanifadiagnosisnotincludedintheDSM.aspx> (25.02.2010)

CoDA Deutschland. *Information zur Selbsthilfegruppe für gesunde Beziehungen.* [On-line]. Available: www.coda-deutschland.de/tool-oea-de.htm (15.03.2010)

Klingemann, H. (2001). *Alcohol and its social consequences – the forgotten dimension.* World Health Organization. Regional Office for Europe [On-line]. Available:

<http://www.euro.who.int/document/E76235.pdf> (17.03.2010)

Zentrum Selbsthilfe. *Selbsthilfegruppe Co-Abhängige (CoDA).* [On-line]. Available: www.zentrumselbsthilfe.ch/gruppe/beziehungsabhaengigkeit (15.03.2010)

10 Anhang

Anhang 1: Diagnostische Kriterien DSM-IV-TR

301.83 (F60.31) Borderline-Persönlichkeitsstörung

Allgemeine Erklärung:

Ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität. Die Störung beginnt im frühen Erwachsenenalter und tritt in den verschiedensten Situationen auf.

Mindestens fünf der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

1. Verzweifeltes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Alleinsein zu vermeiden.
Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.
2. Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.
3. Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.
4. Impulsivität bei mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen (z.B. Geldausgeben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Fressanfälle“).
Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.
5. Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder –drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.
6. Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z.B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern.)
7. Chronische Gefühle der Leere.
8. Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen)
9. Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.

(Sass et al., 2000/2003, S. 259-260)

Anhang 2: Porträtierungen der befragten Angehörigen und Betroffenen

Allgemeine Angaben (Paar 1)

	♀ A1	♂ B1
Alter	40 Jahre alt	30 Jahre alt
Kinder	2 Kinder, lebhaft im Ausland	keine
Berufssituation	berufstätig	berufstätig (100%) seit fünf Jahren
Wohnsituation	leben seit 8 Monaten in gemeinsamer Wohnung	
Dauer der Partnerschaft	Zwei Jahre	
Unterbrüche (von wem?)	Keine	
Derzeitige Situation	B1 hat keinen Respekt mehr vor A1, macht was er will. Es artet total aus, seit sie zu ihm gezogen ist. Sie verbringt ihre ganze Freizeit nur noch mit ihm	
Psychologische/psychiatrische Betreuung	Therapie nach Suizidversuch in vorheriger Beziehung nach dreitägigem Klinikaufenthalt, aktuell wieder in Behandlung (bisher zweimalige Konsultation)	Lange Jahre in Behandlung vor der Beziehung, aktuell zweimalige Konsultationen; keine Klinikaufenthalte
Selbsthilfegruppen	Einmaliges Teilnehmen an VASK-Selbsthilfetreffpunkt, motiviert zu weiterer Teilnahme	Keine

Allgemeine Angaben (Paar 2)

	♀ A2	♂ B2
Alter	53 Jahre alt	45 Jahre alt
Kinder	1 Tochter (ausgezogen, eigene Familie)	Zwei (16 J./14J.) keinen Kontakt
Berufssituation	Arbeitet selbstständig	Berufstätig
Wohnsituation	Zusammenlebend	
Dauer der Partnerschaft	13-14 Jahre, verheiratet seit zehn Jahren	
Unterbrüche (von wem?)	Keine	
Derzeitige Situation	Situation wird immer belastender, Leben auf einem Provisorium, A2 spricht so wenig wie möglich mit B2, auf der Suche nach einer eigenen Wohnung zwecks räumlicher Trennung	
Psychologische/psychiatrische Betreuung	Gemeinsame Konsultationen, zwei Versuche, beide gescheitert	
Selbsthilfegruppen	Einmaliges Teilnehmen an VASK-Selbsthilfetreffpunkt motiviert zu weiterer Teilnahme	Keine

Allgemeine Angaben (Paar 3)

	♀ A3	♂ B3
Alter	68 Jahre alt	63 Jahre alt
Kinder	Keine	Keine
Berufssituation	Pensioniert	Arbeitsstelle verloren, lebt wie frühpensioniert
Wohnsituation	Zusammenlebend	
Dauer der Partnerschaft	Seit 36 Jahren verheiratet	
Unterbrüche (von wem?)	Keine	
Derzeitige Situation	Beide nicht mehr arbeitstätig, B3 geht einmal pro Monat für eine Woche ins Ausland (Psychologe und Freiwilligenarbeit), ansonsten ein ziemlich harmonisches Zusammenleben, kennen sich sehr gut und akzeptieren einander, so wie sie sind.	

	♀ A3	♂ B3
Psychologische/psychiatrische Betreuung	Einzelne Konsultationen beim Psychologen ihres Mannes	Seit drei Jahren in Betreuung durch Psychologen, durch Initiative von A3; keine Klinikaufenthalte
Selbsthilfegruppen	Seit 3-4 Jahren beim VASK- Selbsthilfetreffpunkt dabei	Keine

Allgemeine Angaben (Paar 4)

	♀ A4	♂ B4
Alter	57 Jahre alt	57 Jahre alt
Kinder	Zwei Kinder (♀ 21 J./♂ 17 J.)	
Berufssituation	Selbstständig, seit 17 oder 18 Jahren	Job wurde ihm vor zwei Jahren gekündigt, Aufbau Selbstständigkeit
Wohnsituation	Zusammenlebend, 17- jähriger Sohn noch zu Hause wohnhaft	
Dauer der Partnerschaft	34 Jahren, seit 32 Jahren verheiratet	
Unterbrüche (von wem?)	Keine	
Derzeitige Situation	B4 hat seit zwei Jahren die Arbeit verloren, Beginn von extremen Komplikationen, A4 hat durch Paartherapiesitzungen gemerkt, dass B4 sie aus seinem Leben ausgegrenzt hat, keine gemeinsame Basis mehr, A4 will in die Wege leiten, wieder ihr eigenes Leben zu haben, hat Papiere schon bei Rechtsanwältin und wartet auf den richtigen Moment zur Scheidung	
Psychologische/psychiatrische Betreuung	5-6 Konsultationen bei einem Psychiater vor 17 Jahren nach starker Bindehautentzündung	Seit 26 Jahren bei einem Psychiater, wobei zehn Jahre auf freundschaftlicher Ebene, seit zwei Jahren neuer Psychiater nach Pensionierung des ersten; ein Klinikaufenthalt vor 20 Jahren
	Familienberatung vor anderthalb Jahren, gescheitert und von A4 abgebrochen	
Selbsthilfegruppen	Seit einigen Wochen an Seminaren des Vereins Trialog teilnehmend	Keine

Allgemeine Angaben (Paar 5)

	♂ A5	♀ B5
Alter	43 Jahre alt	29 Jahre alt
Kinder	Keine	Keine
Berufssituation	Berufstätig	Berufstätig (zu 20% seit neun Monaten)
Wohnsituation	Seit zwei Jahren zusammenlebend	
Dauer der Partnerschaft	9 Jahre	
Unterbrüche (von wem?)		Ca. einjähriger Unterbruch vor drei Jahren, kurz vor erstem Klinikaufenthalt
Derzeitige Situation	Eine sehr vertrauensvolle Beziehung mit einem offenen Austausch, nach Unterbruch und Stellung der Diagnose grösseres Bewusstsein in der Beziehung	
Psychologische/psychiatrische Betreuung	Vereinzelt Paargespräche bei Psychologen von B5	Seit drei Jahren in Betreuung durch Psychologen; zu Beginn ein halbes bis dreiviertel Jahre in stationärer Behandlung, seither mehrfache Klinikaufenthalte sowie eine stationäre DBT-Therapie
Selbsthilfegruppen	Keine	Teilnahme an den Seminaren des Verein Trialog seit zwei Jahren

Allgemeine Angaben (Paar 6)

	♀ A6	♀ B6
Alter	44 Jahre alt	34 Jahre alt
Kinder	Keine	Keine
Berufssituation	Berufstätig (Teilzeit), Studium	Keine Angaben
Wohnsituation	Alleine wohnend seit Trennung	Bei Freunden wohnhaft nach der Trennung
Dauer der Partnerschaft	März 2003 bis Sommer 09	
Unterbrüche (von wem?)	Keine	
Derzeitige Situation	Getrennt, immer noch im Kontakt, A6 unterstützt B6 nicht mehr, sieht sich nicht mehr für sie verantwortlich. B6 bettelt und weint um A6 zurück zu bekommen, sie sei ihre grosse Liebe und wolle mit ihr zusammen sein bis zum Tod, doch A6 kann nicht mehr und bleibt hart	
Psychologische/psychiatrische Betreuung	Aktuell in psychologischer Behandlung	Aktuell in psychologischer Behandlung, vorher als therapieresistent bezeichnet; keinen Klinikaufenthalt
Selbsthilfegruppen	Keine	Keine

Anhang 3: Zusammenfassung in die Kategorien

II Persönlichkeitsmerkmale der ProbandInnen

Selbstbeschriebene Persönlichkeitsmerkmale	
A1	Typ Mensch, der sofort alles wieder gut machen will, konnte noch nie Grenzen setzen, gibt sich für andere Menschen auf. „Ich bin es gewohnt fertig gemacht zu werden.“ „Ich war immer die, die viel Verantwortung übernehmen musste für die Beziehung.“
A2	Bezeichnet sich als starker, lebensfroher, reflektierter Mensch, kennt ihre Werte
A3	Starker Wille, starkes Bewusstsein, Humor, gutes Selbstwertgefühl, konnte sich schon immer gut wehren, Flexibilität Schwache Lebenskräfte (aufgrund eigener Vergangenheit), gute Schauspielerin
A4	unabhängiger Typ Mensch, der sein eigenes Leben lebt, Gelassenheit, die aber hohe Konzentration erfordert, sucht bei schwierigen Situationen nach Lösungen, hat Schwierigkeiten den Blick auf sich selber zu richten, Unfähigkeit eigene Verletzungen zu sehen
A5	Ausgeglichenheit, kann klare Grenzen setzen zwischen Gefühlen und Verstand, Fähigkeit zur radikalen Akzeptanz, „ruhender Pol“, Gelassenheit, Flexibilität, guter Bezug zur Realität
A6	Ist in einer Beziehung bereit „ihr letztes Hemd“ zu geben

III Beziehungsdynamik in den untersuchten Partnerschaften

Derzeitige Situation	
A1	„Er hat keinen Respekt mehr vor mir, er macht was er will. Es artet total aus. Nachdem ich zu ihm gezogen bin, hat es angefangen.“ Verbringt die ganze Freizeit nur noch mit ihm.
A2	Situation wird immer belastender, Leben auf einem Provisorium, spricht so wenig, wie möglich mit B2, bereut es, wenn sie etwas erzählt
A3	Beide nicht mehr arbeitstätig, B3 geht einmal pro Monat für eine Woche ins Ausland, ansonsten ein ziemlich harmonisches Zusammenleben, kennen sich sehr gut und akzeptieren einander, so wie sie sind.
A4	B4 hat seit zwei Jahren die Arbeit verloren, Beginn von extremen Komplikationen, A4 hat durch Paartherapiesitzungen gemerkt, dass B4 sie aus seinem Leben ausgegrenzt hat, keine gemeinsame Basis mehr, A4 will in die Wege leiten, wieder ihr eigenes Leben zu haben
A5	Eine sehr vertrauensvolle Beziehung mit einem offenen Austausch, nach Unterbruch und Stellung der Diagnose grösseres Bewusstsein in der Beziehung
A6	Getrennt, immer noch im Kontakt, A6 unterstützt B6 nicht mehr, sieht sich nicht mehr für sie verantwortlich. B6 bettelt und weint um A6 zurück zu bekommen, doch A6 kann nicht mehr.

Zufriedenheit in der Beziehung	
A1	„Nein, im Moment gar nicht.“ (seitdem extreme Wutanfälle angefangen haben)
A2	Merkt, dass sie ihn noch liebt, wenn er zwischendurch wieder mal „normal“ funktioniert. Ansonsten spürt sie Hass und Abscheu ihm gegenüber.
A3	Auf einer Skala von 1-10 (wie glücklich sie in dieser Beziehung sei), gibt sie eine 7 an.
A4	Ist schon lange nicht mehr glücklich
A5	Bezeichnet sich als sehr glücklich in dieser Beziehung
A6	Hatten schöne Zeiten und Momente, wo A6 gedacht hat: „Was machst du da eigentlich?“

Auswirkungen der Beziehung auf die psychische/physische Konstitution	
A1	Konnte eine Weile nichts mehr essen, da es ihr „auf den Magen geschlagen“ hat
A2	Depressive Verstimmungen, das Gefühl hässlich zu sein/Bringt chronische Bronchitis, Tennisarm und Gewichtsabnahme mit den Belastungen der Beziehung in Verbindung
A3	Manchmal überfordert, kann nicht essen und schlafen, aber äussert diese Überlastung schnell
A4	War „absolut am Limit“/Bindehautentzündung vor 17 Jahren (wollte nicht sehen, in was für einer Ehe sie war), Schutz durch Übergewicht vor 4-5 Jahren (ist ohne den körperlichen Schutz viel empfindlicher)
A5	-
A6	Erschöpfungsdepression, „Ich war müde, müde, müde, müde. Das raubt enorm Energie, wenn du dauernd auf der Hut bist, um zu merken, was gerade abgeht.“, keine Kraft mehr: „Ich konnte einfach nicht mehr!“

Trennungswünsche	
A1	Hat schon an Trennung gedacht, nie vollzogen, da sie weiss, dass B1 sie liebt. Möchte jetzt damit beginnen Grenzen zu setzen und konsequent sein, um Beziehung zu retten
A2	Trennungswunsch da gewesen, sucht aktuell nach einer eigenen Wohnung zwecks räumlicher Trennung, will B2 nicht verlassen. Psychologe als letzte Chance für die Beziehung, Finanzielles ist Hinderungsgrund für Trennung und dass sie jederzeit wieder bereit wäre ihn zu lieben.
A3	Kein Trennungswunsch
A4	Mehrfacher Trennungswunsch, wegen den Kindern und Finanzen nicht durchgezogen, Papiere schon bei Rechtsanwältin, hat aber Angst vor einer Scheidung, da B4 zu ihrem Feind werden könnte, emotional gesehen, wäre sie schon lange weg
A5	Hatte noch nie einen Trennungswunsch, B5 gehört an seine Seite
A6	Hatte oft Trennungswünsche, aber konnte diese erst vollenden, als sie jemand anderes kennen gelernt hat. Hatte Angst, dass B6 ohne sie nicht mehr leben will, moralisches Dilemma, hat es nie geschafft und denkt, sie hätte es jetzt noch nicht geschafft, wenn sie nicht neue Partnerin kennen gelernt hätte.

Übernahme der Verantwortung	
A1	Übernimmt viel Verantwortung für die Beziehung, konnte am Anfang noch anlehnen
A2	Zu Beginn der Beziehung 100% der Verantwortung übernommen, „habe alles für ihn gemacht, habe für ihn gekämpft, wenn etwas war“ Einsicht, sie will einen Ehemann und keinen Sohn, da hat sie aufgehört für ihn zu leben. Macht alle Rechnungen. Sucht einen Therapeuten für B2
A3	Übernimmt viel Verantwortung, jedoch nicht für emotionale Themen oder Entscheidungen von B3, sagt, wenn es ihr zuviel ist, aber eher spät, fühlt sich nicht als Opfer
A4	Übernimmt die ganze Verantwortung, B4 habe keine Zeit dafür, fühlt sich mitverantwortlich für Auswirkungen auf Kinder, aktuell Verantwortung für neue therapeutische Unterstützung
A5	A5 bezeichnet die Verantwortung, die beide übernehmen, als sehr ausgeglichen
A6	Hat meist die ganze Verantwortung übernommen, Verantwortung für Entscheidungen, Verantwortung für Verhalten von B6 vor Freunden, Arbeitgeber, Finanzielles, am Schluss konnte sie weder für B6, noch für sich selber Verantwortung übernehmen, keine Kraft mehr

Eigene Grenzen	
A1	„Er vereinnahmt sehr viel von meinen Gedanken.“ „Meine Arbeit hat auch darunter gelitten, ich hab nur an ihn gedacht und er hat eigentlich meine Gedanken vereinnahmt.“
A2	Gedanken an B2 nehmen weit mehr Zeit in Anspruch, als die an sich selber
A3	Setzt bewusst Grenzen: „Ich habe ihm klar gemacht, in einer Beziehung, wo beide in derselben Wohnung wohnen, sollte man das [bezüglich Tagestruktur] wissen.“
A4	Investiert viel Zeit und Energie in das Wohlbefinden ihres Partners, probiert es aktuell zu ändern, sieht ihr Leben als fremdbestimmt
A5	A5 kann sich gut abgrenzen
A6	Hat sich total vergessen, nur an B6 gedacht, am Anfang konnte sie sich noch besser rausnehmen, weil sie noch nicht so tief drin gesteckt hat. „Ihre Laune war meine Laune.“

Eigene Freiräume und Bedürfnisse	
A1	Macht die Tür zu, wenn sie Zeit für sich braucht, B1 akzeptiert es aber nicht immer. Fitness, sonst keine Hobbys ohne B1, verbringt jedes Wochenende mit B1 und seiner Mutter, fordert selten das Wochenende alleine zu verbringen, wird nicht akzeptiert
A2	A2 weiss nicht mehr, was ihre eigenen Bedürfnisse sind
A3	Ein wenig schwieriger seit beide nicht mehr arbeiten, doch Zeit für eigenes, da er ein Parallellieben hat, bestimmt Ferenziele, bleibt auch, wenn sie noch länger bleiben will
A4	Hatte immer viele Freiräume, da B4 viel gearbeitet hat, hat ihre Freunde jedoch immer ausser Haus gesehen, diese nie zu sich eingeladen, auch die Familie aus dem Ausland nicht
A5	Fordert eigene Freiräume wenn nötig ein (fällt ihm ein wenig leichter, da B5 eine „normale“ Beziehung wünscht), kennt seine Bedürfnisse
A6	Konnte sich zu Beginn noch für eigene Bedürfnisse einsetzen, da sie es aber auch noch schön fand, dass B6 so viel mit ihr zusammen sein wollte, hat sie irgendwann begonnen, diese zu vernachlässigen, irgendwann hat es begonnen sie zu nerven und am Schluss hatte sie ihr Bedürfnisse ganz vergessen, das ganze Leben nur noch nach B6 gerichtet

Sexualität/ Intimität	
A1	Erhöhte sexuelle Aktivität, teils um ihn von Befriedigung anderorts abzuhalten
A2	Getrennte Zimmer, sieht Grund für das Scheitern der Beziehung darin, dass B2 sie als „Sexobjekt“ gesehen hat
A3	Keine sexuelle Beziehung
A4	Mehr Zärtlichkeit und Nähe von Freunden, als in der Ehe
A5	Sexualität seit Diagnose weniger
A6	Sexualität schwierig, da B6 sich nicht mehr attraktiv genug gefühlt hat bei Abweisung

Veränderung seit der Diagnose/dem Wissen über Borderline-Verhalten	
A1	Hat vorher bei Wutausbrüchen geweint und „bitte-bitte“ gemacht, er soll doch wieder normal sein, weiss jetzt, woran es liegt hat damit begonnen, alles zu hinterfragen, was B1 tut und mit Borderline-Verhalten zu erklären, arbeitet aktuell wieder daran, ihn als den Menschen zu sehen, den sie zu Beginn gesehen hat
A2	wird seit sie über Störung Bescheid weiss, nicht mehr so wütend, wie vorher, spricht mit ihm anders als mit einem „Gesunden“
A3	Weiss womit sie zu tun hat, es ändert aber nichts Grundlegendes in ihrem Umgang mit B3
A4	Hat sehr viel verändert, A4 findet es schlimm, dass sie nicht früher Bescheid gewusst hat, hätte mehr Druck zu einer Therapie gemacht, versucht nicht zu stark mit B4 ins Gericht zu gehen.
A5	Kann sich gewisse Situationen besser erklären, Kommunikation hat sich noch verbessert, fördert eine Sensibilität im Umgang mit B5
A6	Sieht jetzt die Fortschritte die B6 macht, nach der Diagnose und in Therapie, es ändert aber nichts zwischen ihnen

Offenheitsgrad in der Partnerschaft	
A1	Vernünftige, klare Zeiten, in der offen darüber gesprochen wird und Lösungen für schwierige Situationen diskutiert werden. „Gebrauchsanweisungen“ von Partner helfen A1
A2	Sprechen kaum mehr miteinander, Offenheit wird aber versucht durch A2, indem sie B2 Zettel schreibt, mit Dingen, die ihr auffallen, keine Reaktion von B2
A3	Sehr offener Umgang, keine Geheimnisse, reflektieren Verhalten gemeinsam
A4	Hat bemerkt, dass B4 nicht ehrlich zu ihr ist und sie aus vielen Bereichen seines Lebens ausschliesst Vertraut B4 nicht mehr, da er über lange Jahre nicht offen zu ihr war Übt sich jetzt in Verslossenheit B4 gegenüber
A5	Eine sehr offene Kommunikation, sprechen über alles B5 sagt, was in ihr vorgeht und A5 kann sie dadurch sehr gut einschätzen, A5 spricht auch Dinge von sich aus an, die ihm auffallen Abmachung, dass B5 sich an A5 wendet, wenn sie Hilfe braucht
A6	Hat irgendwann nichts mehr gesagt, weil sie Angst vor Ausbrüchen hatte und wusste, dass es sowieso nichts bringt. Hat begonnen Dinge zu verschweigen, die ihr eigentlich wichtig gewesen wären Zu Beginn der Beziehung hat A6 offen ihre Meinung gesagt, manchmal gab es auch gute Momente, wo sie offen miteinander reden konnten, aber gegen Schluss immer weniger

Zukunftsperspektiven	
A1	Beginnt auf Anraten der Mitglieder in der Selbsthilfegruppe damit, Grenzen zu setzen, möchte der Beziehung noch eine Chance geben
A2	Sucht eigene Wohnung, sieht räumliche Trennung als Chance für die Beziehung: „Die Hoffnung stirbt zuletzt.“ „Ich weiss nicht, ob ich ihn noch liebe, aber ich wäre jederzeit wieder bereit es wieder zu tun.“
A3	Keine Angaben, aus den Schilderungen ist aber zu entnehmen, dass sie so zufrieden ist (siehe auch „Zufriedenheit in der Beziehung“)
A4	Hat ihre Papiere schon bei einem Anwalt und wartet auf den richtigen Moment
A5	Keine Angaben, aus den Schilderungen ist aber zu entnehmen, dass er so zufrieden ist (siehe auch „Zufriedenheit in der Beziehung“)
A6	Vermutlich auf freundschaftlicher Basis

IV Vorhandensein der DSM-IV-Kriterien (Einschätzungen von A1-A6)/ Reaktionen auf die Ausprägungen der erfüllten DSM-IV-Kriterien

Kriterium 1		Reaktionen	
B1	<ul style="list-style-type: none"> a) Verlassenheitsängste, wenn A1 nach Streit das Haus verlässt; Manipulation: „Mit wem bist du lieber zusammen, mit mir oder deinen Kollegen?“ b) zu Beginn der Beziehung bis zu 20 Anrufe/Tag, ohne Grund 	A1	<ul style="list-style-type: none"> a) (nach Abmachung) Sagt zuerst Bescheid, dass sie kurz rausgeht, wo sie hinget und dass sie wiederkomme; verbringt ihre Freizeit nur noch mit B1, Freundeskreis verloren b) fordert Freiräume ein, kommen bei B1 nicht an
B2	-	A2	-
B3	<ul style="list-style-type: none"> a) „wenn er nicht wüsste, dass ich da bin, wäre er verzweifelt“, fühlt sich getragen, auch wenn A3 nicht physisch anwesend ist, braucht seine Freiräume 	A3	<ul style="list-style-type: none"> a) kann Freiräume akzeptieren, reagiert allerdings, wenn es ihr zuviel wird
B4	<ul style="list-style-type: none"> a) kann nicht alleine sein b) ruft A4 nonstop an: „Wo bist du? Was machst du?“ 	A4	<ul style="list-style-type: none"> a) ist bei ihm geblieben, was aber auch an den Kindern gelegen hat b) fühlte sich anfangs aufgewertet, merkt aber jetzt intuitiv, dass es gar nicht um sie geht
B5	<ul style="list-style-type: none"> a) Starke Verlassenheitsängste b) Zwei bis drei Anrufe pro Tag, wenn A5 an einem anderen Ort arbeiten muss 	A5	<ul style="list-style-type: none"> a) Geht doch weg, obwohl er weiss, dass es ihr schwer fällt b) Hat ihr gesagt, dass es ihm zu viel ist, kann es aber akzeptieren, wenn es ihr schlecht geht
B6	<ul style="list-style-type: none"> a) Ausgeprägt, vor allem auf A6 bezogen, hat immer gesagt, sie soll nicht gehen b) Viele Telefone und SMS 	A6	<ul style="list-style-type: none"> a) Hat sich anfangs noch gewehrt, gegen Schluss resigniert b) Fand es am Anfang noch schön, dann hat es sie genervt, hat das auch gesagt, bis sie gemerkt hat, dass es gar nicht ankommt

Kriterium 2		Reaktionen	
B1	<ul style="list-style-type: none"> a) Projiziert Gefühle, wie Wut oder Verzweiflung b) „Ich liebe dich, ich beschütze dich, ich hasse dich.“, macht er nur bei A1, sagt sie soll es nicht persönlich nehmen c) entweder- oder/extreme Ausprägungen 	A1	<ul style="list-style-type: none"> a) Projektive Identifikation passiert ständig b) hat sich ein erdrückt gefühlt durch Idealisierung, steiler Absturz durch Entwertung, nimmt es doch persönlich, weil sie ihn liebt c) schafft es manchmal Grenzen zu setzen, führt zu Einsicht von B1
B2	<ul style="list-style-type: none"> a) Projektion, unter anderem Aggressivität, die er nicht regeln kann b) Idealisierung c) Entwertung vorhanden 	A2	<ul style="list-style-type: none"> a) früher ist eine projektive Identifikation passiert, jetzt hat sie gelernt, sich abzugrenzen b) Kennt ihre Werte, reagiert nicht auf Idealisierung c) merkt über die lange Zeit die Folgen der Entwertung
B3	<ul style="list-style-type: none"> a) Projektion b) Idealisierung: „Es ist das grösste Glück, dass ich dich habe.“ c) Entwertung: „Der grösste Fehler in meinem Leben war, dass ich dich geheiratet habe.“ (eine halbe Stunde später) 	A3	<ul style="list-style-type: none"> a) geht in ein anderes Zimmer und lässt B3 in Ruhe, konnte die Grenzen immer gut abstecken, da sie weiss, dass es nichts mit ihr zu tun hat Nimmt b) und c) nicht sehr ernst, da man so gar nicht diskutieren könne b) fand sie früher unerhört: „Wenn du das so findest, dann hau doch einfach ab!“

Kriterium 2		Reaktionen	
B4	<ul style="list-style-type: none"> a) Projektion b) Idealisierung (v.a. zu Beginn der Beziehung) c) Entwertung 	A4	<ul style="list-style-type: none"> a) Fehlende Grenzen, projektive Identifikation, erkennt Projektionen jetzt und sagt es B4 auch b) Mag es nicht idealisiert zu werden, hat ihr keinen Halt gegeben c) Ist vor den Kopf gestossen von Entwertungen, fühlte sich ausgesaugt, hat sie aber auch lange Zeit verdrängt, weil es zu hart war
B5	<ul style="list-style-type: none"> a) A5 kennt nur Projektion, wenn B5 einen sehr schlechten Tag hat 	A5	<ul style="list-style-type: none"> a) Probiert Ruhe hinein zu bringen, schafft einen Abstand und sie sprechen dann danach darüber, keine projektive Identifikation
B6	<ul style="list-style-type: none"> a) Projektion b) Idealisierung c) Entwertung 	A6	<ul style="list-style-type: none"> a) Projektive Identifikation, erst im Nachhinein gemerkt b) Hatte es nicht gern, in den Himmel gehoben zu werden und hat ihr gesagt, sie soll nicht übertreiben c) Hat sie sehr persönlich genommen, hat sie verletzt, hat nicht geglaubt, dass sie schlecht ist

Kriterium 3		Reaktionen	
B1	<ul style="list-style-type: none"> a) Braucht viel Struktur in seinem Leben, sagt A1, dass er sie nicht mehr auf dieselbe Art lieben kann, wenn ihr die Struktur fehlt, dies bringt ihn durcheinander b) sieht die Grenzen nicht 	A1	<ul style="list-style-type: none"> a) findet es erschreckend, würde eigentlich bei Problemen Halt von ihrem Partner erwarten, probiert stark zu sein b) kann sich davon distanzieren
B2	<ul style="list-style-type: none"> a) Er verliert sich immer mehr, kein Selbstbewusstsein b) Macht allen etwas vor 	A2	<ul style="list-style-type: none"> a) Hat das Gefühl, er habe ihr einen Teil ihrer Identität genommen, hat für ihn Entscheidungen getroffen und Verantwortung übernommen, hat probiert ihm Selbstbewusstsein zu geben b) Andere Menschen sind völlig erstaunt, wenn sie mal etwas erzählt
B3	<ul style="list-style-type: none"> a) Entweder Minderwertigkeitsgefühle oder er überschätzt sich, Selbstbild ist schwankend, aber vorhanden b) Ist ein guter Schauspieler, täuscht alle Menschen, hat viele Gesichter 	A3	<ul style="list-style-type: none"> a) „Das ist seine Sache. Ich habe mein Selbstbild, er hat seines.“ Wenn er sich entwertet, korrigiert sie ein wenig. b) Empfindet dies als Belastung, da Umfeld sie als Bilderbuchpaar beschreibt und sie mit den schlechten Gefühlen alleine da steht, sieht die vielen Gesichter mit Humor und Flexibilität
B4	<ul style="list-style-type: none"> a) spielt Rollen, kann spielerische Art von A4 nicht aufnehmen, da es ihn gefährdet 	A4	<ul style="list-style-type: none"> a) deckt die Rollen auf, für eigenes Verständnis
B5	-	A5	
B6	<ul style="list-style-type: none"> a) Grenzen waren nicht mehr vorhanden b) Konnte keine eigenen Entscheidungen treffen c) Hat sich selber schlecht gemacht 	A6	<ul style="list-style-type: none"> a) Wusste nicht mehr, was ihr eigenes war und was das von B6 b) Hat Entscheidungen übernommen, obwohl diese nachher regelmässig kritisiert wurden c) Hat ihr gesagt, dass sie „ihr Licht nicht unter den Scheffel stellen soll“

Kriterium 4		Reaktionen	
B1	<ul style="list-style-type: none"> a) Alkoholabstürze mit aggressiven Ausbrüchen b) Sexualität (Pornografiesammlung, evtl. Besuche bei Prostituierten, braucht Sexualität zur Spannungsabfuhr) c) Essattacken, bis der ganze Kühlschrank leer ist 	A1	<ul style="list-style-type: none"> a) sagt B1 Alkohol würde seiner Persönlichkeit nicht gut tun b) Pornosammlung verboten, überprüft Kontoauszüge wegen Prostituierten (würde sich trennen bei Bestätigung, es sei denn er würde eine Therapie machen), hat manchmal sexuellen Kontakt mit B1, ohne es zu wollen, damit er sich Befriedigung nicht anderswo sucht c) isst bei der Arbeit, sagt B1 wie viel er noch essen darf und was sie für sich möchte
B2	<ul style="list-style-type: none"> a) Sexualität ist für ihn wichtig, Sextelefone, teure Rechnungen von gemeinsamen Geld bezahlt b) Alkohol, war zehn Mal aggressiver und ist auch tötlich geworden c) Sucht das Risiko 	A2	<ul style="list-style-type: none"> a) Hat ihn damit konfrontiert b) Lässt ihn trinken
B3	-	A3	
B4	<ul style="list-style-type: none"> a) trinkt viel Alkohol b) Extasy-Tabletten in Schublade, nimmt Medikament ein, Kombination wäre tödlich c) Impulsives Kaufverhalten, sieht verdientes Geld als sein eigenes d) Sexualität, Seitensprung, A4 nimmt Kontakt mit Sadomasochisten an <p>Allgemein: Risikoverhalten, Allmachtsgefühle, sieht die Gefahr nicht</p>	A4	<ul style="list-style-type: none"> a) kauft nur halbe Flaschen, da sie weiss, dass B4 sie ganz trinkt b) hat Tabletten genommen, ist damit in die Stadt, wollte sie entsorgen, hat sich dagegen entschieden, obwohl er daran sterben könnte: „Wenn es sein Wille ist.“ c) hat sich dafür eingesetzt, dass das Geld für die Familie ist d) hat kein Vertrauen mehr in B4, erlebt keinen Respekt mehr, Grund für Trennungswunsch
B5	-	A5	
B6	<ul style="list-style-type: none"> a) Auto fahren, wenn sie wütend war, hat alles um sich herum vergessen b) Essattacken (adipös), manchmal auch mit Erbrechen c) Geld ausgeben, war immer knapp bei Kasse, Vergnügungsausgleich/-zwang 	A6	<ul style="list-style-type: none"> a) Konnte nichts machen, da es gar nichts bringt, körperlich zurückgehalten b) Hat offen mit ihr darüber gesprochen und ihr gesagt, dass sie vor ihr nichts verheimlichen muss, sie soll aber nachher nicht erbrechen c) Musste B6 finanziell unterstützen und selber auf Dinge (z. B. Ferien) verzichten, ging mit ihr zusammen einkaufen um ihr Kaufverhalten zu kontrollieren

Kriterium 5		Reaktionen	
B1	SVV (an nicht sichtbaren Stellen) bei Wut, manchmal auch nach Streit mit A1	A1	Unternimmt nichts dagegen, weil sie weiss, dass es nichts bringt, es macht sie aber traurig, verzweifelt, fühlt sich nicht schuldig
B2	Hat schon Suizidäusserungen gemacht	A2	Hat am Anfang noch Angst gehabt, arbeitet daran, dass sie sich keine Schuld geben würde, wenn er sich suizidieren würde
B3	Kriterium nicht erfüllt	A3	
B4	Hat vor 20 Jahren Suizidäusserungen gemacht	A4	Keine Angaben

Kriterium 5		Reaktionen	
B5	<ul style="list-style-type: none"> a) SVV hat es gegeben, schon länger nicht mehr b) Ein Suizidversuch, während Klinikaufenthalt (in dissoziativem Zustand) 	A5	<ul style="list-style-type: none"> a) Hat ihm zu Beginn richtig weh getan, hat das Gespräch mit ihrem Psychologen gesucht und irgendwann eingesehen, dass es für sie eine Befreiung ist, seither kann er es als ihre Notlösung akzeptieren b) Hat es erst später erfahren, hat Verstand eingeschaltet, wollte die Gründe wissen und unter welchen Umständen es im privaten Rahmen passieren könnte, Einsicht, sie nicht davon abhalten zu können
B6	<ul style="list-style-type: none"> a) Ins Auto sitzen und losfahren: „Ich fahre in den nächsten Baum.“ b) „Dann lohnt sich das Leben gar nicht mehr für mich.“ (bei Äusserungen in Richtung Trennung) c) SVV (Ritzen) 	A6	<ul style="list-style-type: none"> a) Konnte nichts machen, weil sie gewusst hat, es bringt nichts, oder hat probiert, sie körperlich zurück zu halten b) Ist geblieben, bis sie jemand anderes kennen gelernt hat und gedacht hat: „Dann ist es halt so.“ c) Hat es zu Beginn noch angesprochen, nachher konnte sie nicht mehr, hat Gegenstände weggenommen, mit denen sie sich verletzen konnte, hat Dinge nicht mehr gesagt, die B6 aufregen könnten, damit sie sich nicht verletzt

Kriterium 6		Reaktionen	
B1	extreme Stimmungsschwankungen	A1	versucht sich abzugrenzen, verzichtet so auf extreme Liebe, um extremen Streit zu umgehen, gibt ihm Kontinuität durch gleich bleibende Stimmung
B2	<ul style="list-style-type: none"> a) Stimmungsschwankungen eher in Vergangenheit b) Meist schlecht gelaunt, 	A2	<ul style="list-style-type: none"> a) Ist mit seinen Stimmungen mitgegangen und dann „depressiv geworden“
B3	<ul style="list-style-type: none"> a) Stimmungsschwankung b) Dysphorie (kann sich gut selber helfen, komponiert, tanzt, liest etwas) 	A3	<ul style="list-style-type: none"> a) Hat sich anfangs mitziehen lassen b) Schaut, dass sie nicht zuviel mit ihm zu tun hat, lässt ihn selber machen: „Ich habe gar keinen Anteil daran.“
B4	<ul style="list-style-type: none"> a) Schneller Stimmungswechsel, ist sehr aufbrausend und kann dann plötzlich umschwanken und Friedensangebot machen 	A4	<ul style="list-style-type: none"> a) Dachte zu Beginn, er könne Gespräche so schnell verarbeiten
B5	<ul style="list-style-type: none"> a) Zu Beginn der Beziehung sehr ausgeprägt, mittlerweile besser wegen Medikamenten, kann sich innerhalb von Stunden ändern, ohne Auslöser 	A5	<ul style="list-style-type: none"> a) Hatte am Anfang Mühe damit, dann konnte er es als Wesenszug von ihr akzeptieren, macht sie auch darauf aufmerksam, nimmt es so, wie es kommt
B6	<ul style="list-style-type: none"> a) Starke Stimmungsschwankungen 	A6	<ul style="list-style-type: none"> a) Konnte sich je nach eigener Verfassung unterschiedlich gut davon abgrenzen

Kriterium 7		Reaktionen	
B1	kein Selbstvertrauen, kein Selbstwertgefühl, äussert, er wäre ein Nichts und einsam ohne A1 sieht A1 als Person, die seine Leere füllt	A1	probiert ihm positiv zuzureden und seine Ressourcen aufzuzeigen, fühlt sich nicht mehr verantwortlich seine Leere zu füllen, da beide erwachsen seien
B2	A2 hat seit Beginn der Beziehung ein tiefes Loch bei ihm gespürt, ein tiefer Abgrund, kann sich nicht freuen, fühlt sich wie ein Nichts	A2	Sagte ihm früher, dass es nicht wahr ist, dass er ein Nichts sei, heute hat sie damit aufgehört
B3	Keine Angaben	A3	

Kriterium 7		Reaktionen	
B4	Keine Angaben	A4	
B5	A5 sieht diesen Punkt als nicht ausgeprägt	A5	
B6	Leere vorhanden	A6	Hat versucht ihre Leere zu füllen und sie positiv zu bestärken

Kriterium 8		Reaktionen	
B1	a) extremen Wutanfälle, verbal aggressiv b) muss sich zusammenreißen um nicht gewalttätig zu werden, verlässt das Zimmer, weiss dass Distanz das Beste ist, muss sich zuerst beruhigen, bevor er darüber sprechen kann	A1	a) Kann ihn nicht gehen lassen, will Problem lösen, rennt hinterher, versucht ruhig und vernünftig und ihn wieder zu Vernunft bringen, zwei-, dreimal die Nerven verloren und ihn geschlagen, unglaubliche Wut und Verzweiflung, b) kein schonendes Verhalten, da sie sonst sich selber schädigen würde
B2	a) Hat Wutausbrüche, diese zeigen sich vor allem in Form von Anschuldigungen	A2	a) Sagt heute nichts mehr, wird beim Streiten auch wütend, wehrt sich nicht mehr so wie früher
B3	a) Extreme Wutanfälle, hat auch schon seine Arbeit verloren wegen Wut b) physische Angriffe gegen A3	A3	Weist B3 darauf hin, dass dies wieder eine dieser Situationen ist, er kann es nach Beruhigung annehmen und reflektieren, kein schonendes Verhalten
B4	a) Extreme Wutausbrüche b) Geht auf gemeinsame Kinder los	A4	a) Hat Angst davor und vermeidet Themen, die diese auslösen b) Erhebt die Stimme: „In dieser Familie machen wir das nicht so!“, hat sich geschämt und mitverantwortlich gefühlt
B5	Nicht vorhanden	A5	
B6	a) Dinge durch die Gegend geschmissen, ausgerastet b) Physische Angriffe, provoziert zurück zu geben	A6	a) Irgendwann gedacht: „Ich glaube, ich muss sie einfach loslassen.“ b) Hat es passieren lassen, aber nicht zurück gegeben, da es bei ihr keine häusliche Gewalt gibt Allgemein: hat aufgehört Dinge zu sagen, die ihr wichtig waren, Vermeidung und schonendes Verhalten, Unehrlichkeit, Angst vor einem Ausbruch

Kriterium 9		Reaktionen	
B1	Nicht vorhanden	A1	
B2	Extreme Abwesenheiten, A2 bezeichnet ihn als „Zombie“	A2	Hat ihn am Anfang darauf angesprochen, hat sie unheimlich gestört, da sie sich nicht eingestehen konnte, dass sie mit so einem „gestörten Menschen“ in einer Beziehung ist, hat sie wütend gemacht, Ohnmacht, Verzweiflung, „Nicht-begreifen-können“
B3	Nicht vorhanden	A3	
B4	a) Nach Wutanfällen, plötzlich abwesend, passiert auch bei schwierigen Themen, wenn er z. B. kritisiert wird b) „lügt“	A4	a) Hat es bemerkt, hört mitten im Satz auf zu sprechen, am Anfang hatte sie Panik, hat aber mittlerweile akzeptiert, dass sie nichts machen kann b) Angst, es könnte alles passieren, sie könnte alles erfahren
B5	Hatte sie früher, haben durch Medikamente gebessert	A5	Kennt die Situationen mit ihr nicht
B6	Mitten im Gespräch war eine Art unsichtbare Wand um sie herum, an der A6 abgeprallt ist	A6	Hat zu Beginn noch probiert sie zu erreichen, aber dann hat sie gemerkt, dass es nicht funktioniert und hat begonnen sie in Ruhe zu lassen und nichts mehr zu sagen

V Auslöser für Veränderungen in den Reaktionen

Intrapsychische Veränderungen	
A1	hat gemerkt, dass es sie wieder krank macht, dass sie wieder beginnt sich aufzugeben, Krankheitseinsicht wegen bereits durchlebter Co-Abhängigkeit („krankhafte Liebe, Abhängigkeit, Hörigkeit“) in ehemaliger Beziehung
A2	Hat gemerkt, was mit ihr passiert („Das bin doch nicht ich.“) und dass sie einen Ehemann und keinen Sohn haben möchte, hat gemerkt, dass ihr Verhalten ihm nichts nützt
A3	Bewusstsein für Borderline-Persönlichkeitsstörung
A4	Veränderung durch Wissen über Borderline-Verhalten, Einsicht, hat sich ausgesaugt gefühlt, Kämpft nicht mehr um Beziehung, weiss, dass nichts mehr zu retten ist, „Es ist, wie es ist. Ich kann die Vergangenheit nicht mehr ändern.“
A5	Bewusstsein über Borderline-Persönlichkeitsstörung
A6	Hat gemerkt, dass sie sich völlig aufgegeben hat, hat nur noch funktioniert, „dem Frieden zuliebe“ gehandelt, psychische und physische Erschöpfung

Veränderungen durch externe Faktoren	
A1	Lernt in der Therapie, ihre Bedürfnisse wieder klar auszudrücken, Angehörigengruppe (VASK), hat ihr geholfen zu sehen, dass es auch anderen so geht wie ihr und zu lernen, dass Konsequenz sie weiter bringt
A2	Schlechter Eindruck von bisherigen Psychologen
A3	Viel Einsicht über Borderline-Verhalten durch Selbsthilfegruppe, geht zu Paartherapiesitzungen mit beim Psychologen des Mannes.
A4	Unterstützung des Seminars Trialog, hatte sich in der Paartherapie von den Behandlern nicht ernst genommen gefühlt, abgebrochen
A5	Macht die Dinge meist mit sich selber aus, ansonsten helfen Paargespräche bei Psychologe von B5 für Verständnis
A6	Gute Freundin, die eine ähnliche Beziehung hatte und beide Seiten gut verstehen konnte

VI Ressourcen von einzelnen ProbandInnen und Paaren

Ressourcen der ProbandInnen	
A1	kann sich gut reflektieren
A2	Starkes Selbstbewusstsein
A3	Humor, Vertrauen, Flexibilität, Gelassenheit: „Seien wir ehrlich, das Leben ist lebensgefährlich. Es ist einfach so, es ist ein Risiko, niemand weiss, was passieren wird, wenn er eine Ehe eingeht.“
A4	Meditation, Buddhismus, behält so den Bezug zur Realität
A5	Ausgeglichenheit, kann klare Grenzen setzen zwischen Gefühlen und Verstand, Fähigkeit zur radikalen Akzeptanz, „ruhender Pol“, bereit Kompromisse einzugehen, viel Verständnis für B5
A6	kann sich gut reflektieren und sieht die Dinge differenziert

Ressourcen der Paare	
A1	Wissen, wie man miteinander umgeht, B1 hilft ihr dabei mit klaren Aussagen, wie sie mit ihm umgehen soll und dass sie zu sich selber schauen soll
A2	
A3	Tiefe Verbindung, die in den entscheidenden Momenten trägt, Behandelt ihn wie jeden Menschen, ganz normal: „Weil Rücksicht nehmen, entschuldigen, erklären, das macht diese Sache nicht besser.“
A4	
A5	Offenheit, gegenseitige Akzeptanz, B5 lässt ihn viel teilhaben, wird einschätzbarer für ihn, Krankheitsverständnis von beiden Seiten, der Wunsch eine „normale“ Beziehung zu führen, klare Grenzen sind vorhanden, ausgeglichene Verantwortung
A6	

Anhang 4: Einverständniserklärung

Frau Mara Klauser hat mich im Rahmen ihrer Bachelorarbeit an der Zürcher Fachhochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), Departement Angewandte Psychologie, angefragt, ob ich für die Teilnahme an einer qualitativen Studie zum Thema „Beziehungsdynamik und Co-Abhängigkeit in Partnerschaften zu Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung“ bereit bin.

Verwendung der Daten:

Ich bestätige hiermit, dass ich mit der Verwendung des mit mir durchgeführten Interviews für die oben genannte Arbeit einverstanden bin. Die Daten werden ausschliesslich im Rahmen dieser Arbeit verwendet. Ich bin einverstanden, dass einzelne Sätze, die aus dem Zusammenhang genommen werden und so nicht mit meiner Person in Verbindung gebracht werden können, im Rahmen der Arbeit wiedergegeben werden.

Datenschutz und Schweigepflicht:

Ich wurde darüber informiert, dass alle Daten anonymisiert und vertraulich behandelt werden. Angaben zur Person, wie Namen, Wohnort etc. werden in der Arbeit weggelassen oder verändert, so dass keine Rückschlüsse auf die beteiligte Person möglich werden. Die Verfasserin der Bachelorarbeit steht unter Schweigepflicht.

Aufzeichnung der Daten:

Das Interview wird zur Verarbeitung auf Band aufgezeichnet und wird nach der Transkription vollständig gelöscht.

Ich bestätige, die oben genannten Punkte gelesen zu haben und bin mit dem beschriebenen Vorgehen einverstanden:

Name:

Ort und Datum:

Unterschrift:

Anhang 5: Interviewleitfaden

Angaben zum Interview	
Interviewnummer	Datum des Interviews
TeilnehmerIn (Code)	Ort der Durchführung

Angaben zum Interviewpartner/zur Interviewpartnerin	
Alter und Geschlecht	
Wohnort und Wohnsituation	
Beruf (Ausbildung und aktuelle Stelle)	
Kinder (Anzahl und Alter)	
Dauer der Partnerschaft zur Person mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung	
Nutzung von Angeboten für Angehörige von Personen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörungen (Wann das erste Mal, wie oft, wie lange?)	

Angaben zur betroffenen Person mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung	
Alter und Geschlecht	
Wohnort und Wohnsituation	
Beruf (Ausbildung und aktuelle Stelle)	
Kinder (Anzahl und Alter)	
Zeitpunkt der Diagnosestellung	
Klinikaufenthalte	
Aktuelle psychologische/psychiatrische Einbettung	
Nutzung von Selbsthilfegruppen	

Begrüßung und Einführung in das Interview
<ul style="list-style-type: none"> • Bedanken für die Teilnahmereitschaft, Vertrauen, Offenheit • Vorstellung der eigenen Person (Name, Wohnort, Ausbildungsstand) • Einverständniserklärung (Erläutern, unterzeichnen, Zusicherung der Anonymisierung und der Diskretion) • Ablauf des Interviews: <ul style="list-style-type: none"> ○ Dauer: ca. 60-90 Minuten ○ Form des Interviews: Offene Erzählform, Entscheidungsfreiheit der befragten Person über die Beantwortung aller Fragen und über die Tiefe und Breite der Antworten ○ Das Interview wird auf ein Tonband aufgenommen, welches nach der Transkription vollständig gelöscht wird. • Auswertung und Resultate der Studie: Angenommene Bachelorarbeit wird nach Verlangen ab Sommer 2010 per Mail zugesendet. • Fragen und Unklarheiten klären

Einstieg

Ich interessiere mich für Menschen, die in einer frei gewählten Beziehung zu einem Partner/einer Partnerin mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leben. Es ist mir ein Anliegen, die Dynamik in einer solchen Beziehung zu verstehen und zu erfahren, mit welchen Themen Sie konfrontiert werden und wie sich diese auf Ihr eigenes Wohl auswirken.

Mögen Sie mir als Einstieg ein wenig darüber erzählen, wie Ihre Beziehung aussieht?

Wie lange dauert Ihre Beziehung schon an?	- Kennenlernen - Unterbrüche? Aus welchen Gründen? - Vorherige Beziehungen
Sind Sie glücklich in Ihrer derzeitigen Beziehung?	- Was könnte besser laufen/was schlechter? - Überlegungen zur Trennung? - Hat sich Ihr körperlicher/psychischer Zustand markant verändert, seit Sie in dieser Beziehung sind und bringen Sie dies mit der Beziehung in Verbindung?
Haben Sie viele gemeinsame Freunde?	- Wissen diese Bescheid über die Diagnose?
Übernehmen Sie viel Verantwortung für die Beziehung?	
Wie viel Prozent Ihrer Zeit nehmen Sie sich für eigene Anliegen und wie viele für die Ihres Partners/Ihrer Partnerin?	- Haben Sie genug Zeit/Raum für Ihre eigenen Bedürfnisse?
Wie reagieren Sie darauf, wenn es Ihrem Partner/Ihrer Partnerin schlecht geht?	- Anders als in bisherigen Beziehungen?
Wie viele Stunden pro Tag denken Sie an Ihren Partner/Ihre Partnerin?	
Hat sich seit dem Stellen der Diagnose etwas an Ihren Gefühlen Ihrem Partner/Ihrer Partnerin gegenüber geändert?	

Bemerkung: Alle Fragen werden gegenwärtig formuliert, jedoch wird auch das Verhalten in der Retrospektive erfragt. Allfällige Unterschiede und Gründe dafür werden exploriert.

(A) = Verhalten des Angehörigen; (B) = Ausprägung des Kriteriums beim Betroffenen

Kriterium 1: Verzweifelt Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Alleinsein zu vermeiden	
Exploration des Kriteriums: - Merken Sie, dass Ihr/e Partner/in in Panik gerät, wenn Sie sich physisch von ihr entfernen? - Würden Sie allgemein sagen, dass Ihr/e Partner/in Mühe hat alleine zu sein? Woran merken Sie das? (Wut, Angst, zum Bleiben bitten) -	
Thematik	Mögliche Fragen (unter Berücksichtigung co-abhängigen Verhaltensweisen)
Fehlende Objektrepräsentanzen (B)	- Merken Sie, dass sich Ihr Partner/Ihre Partnerin alleine gelassen fühlt, nachdem Sie physisch nicht anwesend waren? - Wie reagieren Sie darauf, wenn Sie es merken?
Eigene Bedürfnisse beachten (A)	- Vernachlässigen der eigenen Interessen - Schlechtes Gewissen, wenn Partner/in alleine ist? - Ständige mentale Anwesenheit - Kommt es vor, dass Sie gegen Ihren eigenen Willen beim Partner/bei der Partnerin bleiben?
Trennungswunsch (A)	- Hatten Sie schon einmal den Wunsch sich von Ihrem Partner/Ihrer Partnerin zu trennen? - Wenn ja: Warum haben Sie die Trennung nicht vollzogen?
Vergangene vorübergehende Trennungen	- Aus welchem Grund sind Sie zu ihm/ihr zurückgekehrt?

Kriterium 2: Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.	
Exploration des Kriteriums	
<ul style="list-style-type: none"> - Spüren Sie, dass Ihr/e Partner/in dazu tendiert, die Menschen in ihrem Umfeld entweder zu idealisieren oder zu entwerten? Neigt er/sie dazu, schnell neue intensive Freundschaften zu knüpfen? Kommt es vor, dass er/sie den Kontakt zu nahe stehenden Personen unmittelbar beendet? - Kommt es vor, dass Ihre/e Partner/in dies mit Ihnen macht? 	
Thematik	Mögliche Fragen (unter Berücksichtigung co-abhängigen Verhaltensweisen)
Spaltung (B)	<ul style="list-style-type: none"> - Wie reagieren Sie darauf, wenn Sie merken, dass Ihr/e Partner/in Sie idealisiert oder entwertet? Wie geht es Ihnen dabei? - z. B. Gemeinsame Freunde, mit denen Ihr/e Partner/in nach einem vermeintlichen Fehlverhalten den Kontakt abgebrochen hat. Erhalten Sie den Kontakt trotzdem noch aufrecht?
Entwertung (B)	<ul style="list-style-type: none"> - Kommt es vor, dass Sie versuchen alle Bedürfnisse und Erwartungen Ihres Partners/Ihrer Partnerin zu erfüllen, wenn Sie sich vor seiner/ihrer Entwertung fürchten?
Projektive Identifizierung (A, als Reaktion auf Projektionen von B)	<ul style="list-style-type: none"> - Ist es schon vorgekommen, dass bei Ihnen unbekannte Gefühle hochgekommen sind, die Sie im Nachhinein eher Ihrem Partner/Ihrer Partnerin zuschreiben würden?
Bezug zur eigenen Realität (A)	<ul style="list-style-type: none"> - Bleibt Ihnen in solchen Momenten Ihre eigene Wahrheit?

Kriterium 3: Identitätsstörung; ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung	
Exploration des Kriteriums	
<ul style="list-style-type: none"> - Berichtet Ihr/e Partner/in davon, nicht zu wissen, wer er/sie ist? - Gibt es Anzeichen dafür, dass Ihr/e Partner/in sich Ihnen von ganz unterschiedlichen Seiten präsentiert, so dass Sie ihn/sie manchmal nicht wieder erkennen? 	
Thematik	Mögliche Fragen (unter Berücksichtigung co-abhängigen Verhaltensweisen)
Abhängigkeit/Verantwortung (A)	<ul style="list-style-type: none"> - Neigen Sie dazu ihm/ihr dabei zu helfen, wie er/sie sich verhalten könnte oder wie er/sie sein könnte? - Übernehmen Sie die Verantwortung für Ihre/n Partner/in, wenn diese/r nicht zu wissen scheint, wie er/sie sich verhalten könnte? <i>Dem Partner/der Partnerin Entscheidungen abnehmen, Verantwortung für die gemeinsame Beziehung übernehmen, übertriebene Fürsorge</i>
Abgrenzung (A gegenüber B)	<ul style="list-style-type: none"> - Gelingt es Ihnen, Ihre Identität als konstant wahrzunehmen, während Ihr/e Partner/in sich Ihnen nicht konstant zeigt? - Grenzen zwischen der Identität des Angehörigen und des Betroffenen? Verschmelzung, Verinnahmung, übernehmen von Gefühlen

Kriterium 4: Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen (z.B. Geldausgeben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Fressanfälle“)	
Exploration des Kriteriums	
<ul style="list-style-type: none"> - Kommt es vor, dass Ihr/e Partner/in sich impulsiv selbstschädigend verhält? 	
Thematik	Mögliche Fragen (unter Berücksichtigung co-abhängigen Verhaltensweisen)
Sorgen bzgl. selbstschädigendem, impulsivem Verhalten (B)	<ul style="list-style-type: none"> - Wie reagieren Sie auf impulsives Verhalten Ihrer Partners/Ihrer Partnerin? <i>(Akzeptanz, Wegschauen, Verleugnen, Konfrontieren)</i>

Thematik	Mögliche Fragen (unter Berücksichtigung co-abhängigen Verhaltensweisen)
Massloses Kaufverhalten (B)	- Gemeinsames Geld? - Verzicht wegen fehlendem Geld?
Impulsive Sexualität (B)	- Fehlende Grenzen - Offene Beziehung?
Substanzmissbrauch/-abhängigkeit (B)	- Verbot - Toleranz - Zum Entzug drängen - Mitkonsumieren? (Partner/ in decken, entschuldigen, Substanz entfernen etc.)
Rücksichtsloses Fahren (B)	- Streit oder stille Akzeptanz?

Kriterium 5: Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder –drohungen oder Selbstverletzungsverhalten	
Exploration des Kriteriums	
<ul style="list-style-type: none"> - Äusserte Ihr/e Partner/in den Wunsch nicht mehr leben zu wollen? - Kam es in der Vergangenheit bereits zu einem suizidalen oder selbstverletzenden Verhalten Ihres Partners/Ihrer Partnerin? - Gibt es Situationen in denen Sie sich Sorgen machen, Ihr/e Partner/in könnte sich etwas antun? 	
Thematik	Mögliche Fragen (unter Berücksichtigung co-abhängigen Verhaltensweisen)
Schuld (A)	- Fühlen Sie sich schuldig, wenn Ihr/e Partner/in sich selbst verletzt und Sie <ul style="list-style-type: none"> • nicht anwesend waren? • vorher einen Streit hatten? • nicht genug Zeit für ihn/sie hatten?
Auswirkung des Kriterium 5 auf Trennungswunsch (A)	- Kam es schon vor, dass Sie Ihre Beziehung beenden wollten, es aber nicht gemacht haben, weil Sie Angst um Ihre/n Partner/in hatten?
Vermeidendes Verhalten (A)	- Kommt es vor, dass Sie Ihre Meinung nicht äussern/auf Ihre Bedürfnisse verzichten, weil Sie Angst haben, dies könnte dazu führen, dass sich Ihr/e Partner/in schlecht fühlt? - Verhalten Sie sich anders nach einer Drohung/einer Selbstverletzung?
Bedürfnis nach Kontrolle (A)	- Probieren Sie selbstverletzendes Verhalten zu verhindern? - Probieren Sie jegliche Gefahren vom Betroffenen abzuwenden, damit nichts passiert?

Kriterium 6: Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z.B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern.)	
Exploration des Kriteriums	
<ul style="list-style-type: none"> - Erleben Sie Ihr/e Partner/in häufiger als andere Menschen schlecht gelaunt, reizbar oder besonders ängstlich? - Haben Sie manchmal das Gefühl, Ihr/e Partner/in kann sein/ihr Wohlbefinden nicht von sich aus wieder steigern? - Halten Sie die Stimmung Ihres Partners/Ihrer Partnerin für unberechenbar? 	
Thematik	Mögliche Fragen (unter Berücksichtigung co-abhängigen Verhaltensweisen)
Stimmungsschwankungen (B)	<ul style="list-style-type: none"> - Können Sie sich abgrenzen von den Stimmungsschwankungen Ihres Partners/Ihrer Partnerin? - Lassen Sie sich durch die Stimmung Ihres Partners/Ihrer Partnerin mitziehen? - Wissen Sie in solchen Momenten noch, was Sie selbst fühlen?
Dysphorie, Reizbarkeit (B)	<ul style="list-style-type: none"> - Versuchen Sie Ihrem Partner/Ihrer Partnerin alles recht zu machen, damit sich seine/ihre Stimmung wieder bessert? - Verzichten Sie in solchen Momenten auf Ihre eigenen Bedürfnisse? - Kommt es vor, dass Sie sich bei anderen Menschen für die Launen Ihres Partners/Ihrer Partnerin entschuldigen?

Kriterium 7: Chronische Gefühle der Leere	
Exploration des Kriteriums	
<ul style="list-style-type: none"> - Berichtet Ihr/e Partner/in von einer inneren Leere/vom Gefühl ein „Nichts“ zu sein? 	
Thematik	Mögliche Fragen (unter Berücksichtigung co-abhängigen Verhaltensweisen)
Umgang mit innerer Leere des Betroffenen (A)	<ul style="list-style-type: none"> - Was für Gefühle verspüren Sie, wenn Sie merken, dass sich Ihr/e Partner/in innerlich leer fühlt? (<i>Hilflosigkeit, Kontrollverlust</i>) - Wie reagieren Sie auf die innere Leere Ihres Partners/Ihrer Partnerin?
Verantwortung (A)	<ul style="list-style-type: none"> - Fühlen Sie sich dafür verantwortlich, die innere Leere Ihres Partners/Ihrer Partnerin zu füllen? (<i>übertriebene Fürsorge, sich unentbehrlich machen, Egozentrie</i>)

Kriterium 8: Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen)	
Exploration des Kriteriums	
<ul style="list-style-type: none"> - Äussert sich die Wut Ihres Partners/Ihrer Partnerin stärker, als Sie das von anderen Menschen kennen? Kommt es vor, dass Sie die Intensität, die Unberechenbarkeit Ihres Partners/Ihrer Partnerin nicht verstehen können? - Ist es schon einmal zu körperlichen Auseinandersetzungen gekommen? 	
Thematik	Mögliche Fragen (unter Berücksichtigung co-abhängigen Verhaltensweisen)
Kontrolle (A)	<ul style="list-style-type: none"> - Versuch durch logisches Argumentieren den Partner/die Partnerin zu besänftigen? - Wie gehen Sie damit um, dass Sie Ihr/e Partner/in nicht verstehen können?
Schonendes Verhalten (A)	<ul style="list-style-type: none"> - Ertragen/dulden Sie die Wutausbrüche Ihres Partners/Ihrer Partnerin dem Frieden zuliebe? - Geben Sie klein bei? - Lassen Sie sich in die Täterrolle drücken?

Thematik	Mögliche Fragen <i>(unter Berücksichtigung co-abhängigen Verhaltensweisen)</i>
Unehrlichkeit (A)	<ul style="list-style-type: none"> - Haben Sie es schon erlebt, dass Sie Dinge vermeiden/verschweigen um, Ihre/n Partner/in nicht wütend zu machen?
Kriterium 9: Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome	
Exploration des Kriteriums <ul style="list-style-type: none"> - Ist es schon einmal vorgekommen, dass sich Ihr/e Partner/in plötzlich abwesend wirkte/sich nicht mehr an eine Situation, die kurz zuvor geschehen ist erinnern kann? (meist nach emotional schwierigen Situationen oder Erinnerungen an traumatische Erlebnisse) 	
Thematik	Mögliche Fragen <i>(unter Berücksichtigung co-abhängigen Verhaltensweisen)</i>
Dissoziation, um schmerzhaften Gefühlen oder Situationen auszuweichen (B)	<ul style="list-style-type: none"> - Fühlen Sie sich schuldig, wenn Sie eine für Ihr/e Partner/in schwierig erlebte Situation, in der er/sie dissoziiert, nicht abwenden konnten?
Hilflosigkeit (A)	<ul style="list-style-type: none"> - Wie wirken sich paranoide/dissoziative Verhaltensweisen Ihres Partners/Ihrer Partnerin auf Sie aus? <i>(Realitätsverlust)</i> - Haben Sie in solchen Situationen das Gefühl, die Verbindung zu Ihrem Partner/Ihrer Partnerin zu verlieren? <ul style="list-style-type: none"> • Gehen Sie dagegen vor? Wie?

Anhang 6: Informationsblatt für ProbandInnen (Briefing)

Informationen über co-abhängiges Verhalten (nach dem Interview)

- Ursprünglich wurde der Begriff „Co-Abhängigkeit“ für Partner von Alkoholikern verwendet. Neue Untersuchungen zeigen auf, dass dieses Verhalten oft auch bei Angehörigen von Personen, die unter einem psychischen Problem leiden, entdeckt wurde.
- Co-Abhängigkeit zeichnet sich durch folgende Verhaltensweisen aus:
 - Der Wunsch, den anderen zu „retten“, ihn durch Liebe zu heilen, ihn auf Kosten des eigenen Wohlergehens glücklich zu machen
 - Die Bereitschaft, sich selbst für den anderen aufzugeben (fremdbestimmt leben)
 - Übertriebene Nachgiebigkeit, Vermeidung von Konflikten
 - Schwierigkeiten damit, den Blick auf sich selbst zu richten (mehr aussenorientiert) und eigene Bedürfnisse zu erkennen
 - Das Fehlen von klaren Grenzen gegenüber dem anderen und dessen Bedürfnissen
 - Die Gefahr, sich nur noch mit dem Partner und dessen Bedürfnissen zu befassen, Verantwortung für den anderen übernehmen, seine Probleme lösen wollen
 - Die Unfähigkeit, eigene verletzte Gefühle zu erkennen
 - Die Entschlossenheit sich weiter zu bemühen, koste es was es wolle

⇒ Dies kann die problematischen Verhaltensweisen des Betroffenen fördern und verstärken. Dadurch können sich die Chancen auf eine adäquate Unterstützung und Heilung vermindern.

Quellenangabe:

- Kreisman, J. J., Straus, H. (2005). Zerrissen zwischen Extremen. Leben mit einer Borderline-Störung. Hilfen für Betroffene und Angehörige. München: Kösel-Verlag. (Original erschienen 2004: Sometimes I act crazy. Living with borderline personality disorder) (S. 96-98)
- Mason, P. T. & Kreger, R. (2009). Schluss mit dem Eiertanz – Für Angehörige von Menschen mit Borderline (4. Aufl.). Bonn: Balance. (Original erschienen 1998: Stop walking on eggshells) (S. 130-131)
- Niklewski, G. & Riecke-Niklewski, R. (2006). Leben mit einer Borderline-Störung: Ein Ratgeber für Betroffene, ihre Partner und Familien (2. Aufl.). Stuttgart: TRIAS. (S. 200-202)
- Schaeff, A. W. (2008). Co-Abhängigkeit. Die Sucht hinter der Sucht (17. Aufl.). München: Heyne. (Original erschienen 1986: Co-dependence, misunderstood – mistreadet) (S. 55-79)
- Sendera, A. & Sendera, M. (2010). Borderline – Die andere Art zu fühlen. Beziehungen verstehen und leben. Wien: Springer. (S. 165-168)

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe.

Unterschrift: