

»Ich bin manchmal anders, und das ist okay«

Gesundung bei Borderline-Erkrankung: Chancen und Hindernisse VON ANDREAS KNUF

Im Jahr 2006 veröffentlichte eine Forschergruppe um die Psychiaterin Mary Zanarini aus Boston eine sehr umfangreiche Studie über den Langzeitverlauf der Borderline-Erkrankung. Die Forscher hatten Borderline-Patienten einer psychiatrischen Klinik über insgesamt zehn Jahre begleitet, um zu sehen, wie sich ihre Borderline-Erkrankung entwickelte.

Wie verläuft die Borderline-Erkrankung?

Bis dahin gab es nur wenige und unzureichende Studien, sodass kaum etwas über den Langzeitverlauf der Erkrankung bekannt war. Was diese Forschergruppe herausfand, ist eine gute und eine schlechte Nachricht zugleich: Es zeigte sich, dass der Langzeitverlauf deutlich besser ist als lange angenommen wurde. Bereits zwei Jahre nach der Klinikentlassung erfüllten etwa 34 Prozent der Betroffenen die Kriterien für die Borderline-Erkrankung nicht mehr, nach vier Jahren waren es etwa 50 Prozent und nach zehn Jahren fast 90 Prozent. Nachgelassen hatten vor allem Selbstverletzungen, Suizidversuche, aber auch psychotische Symptome oder Regression in der Therapie. Es gab aber auch andere Symptome, die bei der Mehrheit der Betroffenen noch vorhanden waren, dazu zählten beispielsweise chronische Gefühle von Ärger oder Leere, Schwierigkeiten, allein zu sein, oder die Angst, verlassen zu werden.

Der Großteil der Betroffenen erfüllte also offiziell nach zehn Jahren nicht mehr die Diagnosekriterien einer Borderline-Persönlichkeitsstörung – und doch blieb die eigentlich zugrunde liegende Dynamik weiter bestehen. In gewisser Weise war Borderline stiller und weniger sichtbar geworden. Obwohl also die Symptomatik nicht völlig verschwunden ist, sind die Ergebnisse von Mary Zanarini ermutigend. Sie zeigen eine deutliche Besserung in mehreren Verhaltensbereichen und machen deutlich, dass Borderline keine Erkrankung ist, unter der Betroffene zwangsläufig ihr ganzes Leben lang leiden müssen. Die Studie brachte noch ein weiteres interessantes Ergebnis: Wer einmal eine gewisse Stabilität erreicht hat, hat gute Chancen, diese auch zu erhalten. So waren nach sechs Jahren Beobachtungszeitraum nur sechs Prozent der Betroffenen, die vorher als genesen galten, im Sinne der Diagnosekriterien wieder erkrankt.

Was uns hier die Wissenschaft zeigt, deckt sich mit der Erfahrung vieler Fachleute und Betroffenen. Viele berichten beispielsweise, dass gerade die Selbstverletzungen mit dem

Alter werden deutlich nachgelassen hätten. »Mir ist dafür einfach die Puste ausgegangen«, erzählt eine Betroffene. Auch Fachleute beobachten schon länger, dass es vor allem jüngere Menschen sind, die die Diagnose »Borderline« bekommen. »Wo sind eigentlich die älteren Borderline-Betroffenen?«, wird dann gefragt. Studien zeigen, dass sich mit dem Alter werden oft die Symptomatik wandelt. Depressives Erleben, Sucht und verschiedenste körperliche Symptome nehmen zu, andere auffällige Verhaltensweisen wie Selbstverletzungen oder ein häufiger Wechsel von Sexualpartnern nimmt ab.

»Genesung« bei Borderline bedeutet nicht, dass ein Betroffener gar keine psychischen Schwierigkeiten mehr hat. Die Borderline-Erkrankung gehört zur Gruppe der Persönlichkeitsstörungen, bei denen psychische Schwierigkeiten nicht nur während bestimmter Krisenphasen auftreten, sondern als Eigenschaften der Person zu Schwierigkeiten führen, vor allem im zwischenmenschlichen Bereich. Diese Eigenschaften sind quasi Teil des Charakters. Der kann sich natürlich nicht einfach ändern, und das sollte er auch nicht. Charaktereigenschaften bleiben in gewisser Weise stabil, aber sie schwächen sich ab, werden »milder«. Gesundung bei Borderline bedeutet, dass schwerwiegendere Symptome oftmals ganz abklingen und die Betroffenen von sich sagen: »Alles in allem lebe ich ein zufriedenes Leben!« Mehrere längst genesene Borderline-Betroffene haben mir beispielsweise berichtet, dass sie keinerlei Symptome und Einschränkungen verspüren, solange sie wenig emotionalem Stress ausgesetzt sind. In Stresssituationen jedoch reagieren sie wieder mit alten Borderline-Verhaltensmustern. Aber auch das ist vollkommen normal, denn jeder Mensch reagiert in Krisensituationen mit seinen alten Bewältigungsprogrammen, ganz gleich ob diese sinnvoll sind oder nicht. Sie sind uns einfach vertraut, deshalb greift der Organismus in Krisensituationen auf sie zurück.

Welche Therapiemethoden sind hilfreich?

Bis weit in die achtziger Jahre hinein gab es keine Therapiemethoden, die speziell auf Borderline abgestimmt waren. Verfahren, die bei anderen Krankheitsbildern hilfreich waren, wurden auf die Borderline-Erkrankung übertragen, jedoch oft mit magerem Erfolg. So entwickelte sich die Vorstellung, die Borderline-Erkrankung sei nicht behandelbar. Mittlerweile gibt es eine ganze Reihe speziell auf Borderline abgestimmter Thera-

pieverfahren. Die bekanntesten heißen dialektisch-behaviorale Therapie (DBT), übertragungsfokussierte Therapie (TFP), Schematherapie sowie mentalisierungsbasierte Therapie (MBT). Nach den aktuellen Studien (Stand: Sommer 2007) können vor allem die DBT und die Schematherapie als besonders hilfreich gelten.

Die DBT war das erste Borderline-Therapieverfahren, das seine Wirksamkeit nachweisen konnte. In den ersten Studien zeigte sich, dass vor allem Selbstverletzungen und Suizidneigungen – für diese Probleme wurde die DBT ursprünglich entwickelt – durch die Behandlung abnahmen. Die aktuellen Studien zeigen, dass auch andere Verhaltensweisen, wie etwa zwischenmenschliche Probleme, durch die Behandlung nachlassen. Mittlerweile liegen auch sehr positive Studien aus Deutschland vor. In Freiburg und Mannheim, aber auch in Braunschweig, Lübeck und Bamberg bemühen sich Forscher darum, herauszufinden, wie wirkungsvoll die DBT ist und was sie genau bewirkt. Die Studien haben gezeigt, dass nach einer dreimonatigen stationären Behandlung etwa 50 Prozent der ehemaligen Patienten als genesen gelten können. Und ganz ähnlich wie in der Studie von Mary Zanarini zeigte sich, dass diese positive Veränderung anhält: Auch nach einer zweijährigen Beobachtungsphase lebten die meisten der als genesen eingestuften Betroffenen stabil. Die Besserung hält also an, auch weit über die stationäre Behandlung hinaus. Und wieder sind diese Studienergebnisse eine gute und eine schlechte Nachricht zugleich: Etwa der Hälfte der Betroffenen kann gut geholfen werden, der anderen Hälfte aber nicht – noch nicht, denn sie brauchen schlicht mehr Zeit.

Die umfangreichste und beeindruckendste Studie der letzten Jahre wurde in den Niederlanden durchgeführt und im Jahr 2006 veröffentlicht. Dort nahmen insgesamt 88 Borderline-Betroffene über drei Jahre mit je zwei Stunden pro Woche an einer Einzelpsychotherapie teil. Die Hälfte der Betroffenen wurde mit der TFP behandelt, eine Methode, die aus der Psychoanalyse hervorgegangen ist. Die andere Hälfte wurde mit der Schematherapie behandelt. Die Schematherapie ist eine integrative Methode, in der typische Borderline-Schemata (etwa »emotionale Entbehrung« oder »Misstrauen«) bewusst gemacht und verändert werden. Diese Studie zeigte ein beeindruckendes Ergebnis: Beide Therapiemethoden waren wirkungsvoll, die Schematherapie war aber in allen untersuchten Bereichen wirkungsvoller als die

TFP. Es zeigte sich auch, dass nicht nur Suizidimpulse oder selbstverletzendes Verhalten nachließen, sondern sich in Bereichen wie Impulsivität, Ärger, Gefühl von Leere, dissoziative Symptome oder emotionale Instabilität durchgängig sehr gute Veränderungen einstellten. Es wurde also belegt, dass unter einer sehr wirkungsvollen Methode wie der Schematherapie etwa 50 Prozent der Betroffenen so weit von der Behandlung profitieren, dass von Genesung gesprochen werden kann. Insgesamt waren es mehr als zwei Drittel, die von der Schematherapie deutlich profitierten.

Für viele Betroffene sind die meisten Borderline-spezifischen Methoden vor Ort nicht verfügbar, weil sie speziell ausgebildete Therapeuten voraussetzen. Im deutschsprachigen Raum hat sich seit etwa fünfzehn Jahren die DBT durchgesetzt. Dieses Verfahren bemüht sich vor allem darum, den Betroffenen neue Fertigkeiten zu vermitteln, um mit innerer Anspannung und anderen belastenden Gefühlszuständen anders umgehen zu können, als sich selber zu schädigen. Die meisten stationären Borderline-Programme arbeiten mit diesem Konzept und auch der Großteil der auf die Borderline-Behandlung spezialisierten niedergelassenen Psychotherapeuten dürfte die DBT-Methode anwenden. Diese ist heute, von einigen ländlichen Regionen abgesehen, für den Großteil der Betroffenen verfügbar, auch wenn lange Wartezeiten gerade für die ambulante Behandlung weiterhin in Kauf genommen werden müssen.

Was bewirken Medikamente?

Ein weiteres wichtiges Thema ist die Frage, inwieweit Medikamente Borderline-Betroffenen auf ihrem Gesundheitsweg helfen können. Fragt man genesene Betroffene nach ihren Erfahrungen mit Medikamenten, dann sind die Schilderungen sehr unterschiedlich. Manche berichten, dass sie weiterhin Medikamente nehmen und dadurch deutlich stabiler leben könnten. Andere schildern, dass gerade das Absetzen der Medikamente ihren Gesundheitsprozess beschleunigt habe. Die Forschung sagt uns, dass Medikamente mit großer Vorsicht und sehr bewusst eingesetzt werden sollten. Es gibt keine Medikamente gegen Borderline! Psychopharmaka können nur bestimmte Symptome reduzieren oder unangenehme innere Zustände abmildern. Noch zu oft bekommen Betroffene zu lange, zu viele und zu hoch dosierte Medikamente. Die Fachleute sprechen von Polypharmazie und meinen damit, dass Betroffene viele verschiedene Präparate bekommen, diese oft auch noch von unterschiedlichen Behandlern verordnet wurden. Das fördert ganz si-

cher nicht den Genesungsprozess. Erfahrene Therapeuten berichten immer wieder, dass Medikamente zu Beginn der Behandlung oft hilfreich, mit zunehmender Stabilisierung durch die Psychotherapie aber nicht mehr notwendig seien und dann in vielen Fällen abgesetzt werden könnten.

Wichtig scheint mir, dass mit Medikamenten sehr pragmatisch umgegangen werden sollte: Sinnvoll ist, was hilft und keine oder kaum unerwünschte Wirkungen verursacht. Moralische Botschaften wie »Wer gesund ist, braucht keine Medikamente mehr« helfen niemandem weiter. Was in Zukunft auf keinen Fall passieren darf, ist, dass psychotherapeutische Hilfe reduziert wird und den betroffenen Menschen stattdessen Medikamente angeboten werden. Vonseiten der Pharmaindustrie gibt es gegenwärtig massive Bemühungen, Fachleute von einer vermehrten Behandlung von Borderline-Patienten mit relativ teuren modernen Antidepressiva, aber auch mit Neuroleptika zu überzeugen. In Ländern wie den USA lässt sich dieser Trend bereits seit längerem beobachten, und nach allem, was wir heute wissen, fördert eine solche Behandlungsstrategie ganz sicher nicht den Gesundungsprozess der Betroffenen.

Keine der genesenen Betroffenen, mit denen ich gesprochen habe, hat mir berichtet, dass es vor allem die Medikamente gewesen seien, die ihr geholfen hätten.

Selbstverantwortung übernehmen

Immer wieder habe ich von Betroffenen gehört, wie wichtig Selbstverantwortung und Selbsthilfe für ihren Genesungsprozess gewesen seien. Mit Selbstverantwortung ist gemeint, dass Betroffene die Entscheidung treffen, genesen zu wollen, und ihre eigenen Handlungsmöglichkeiten dafür nutzen. Es ist leicht, über Selbstverantwortung und Selbsthilfe zu schreiben, aber im Leben eine wirkliche Entscheidung dafür zu treffen, ist vielleicht eine der größten Herausforderungen überhaupt. Wir tun uns alle schwer mit wahrhaftiger Selbstverantwortung. Es ist immer leichter, den bösen Chef, den Nachbarn, die ungünstigen Umstände usw. für die eigenen Probleme verantwortlich zu machen, als selbst etwas im eigenen Leben zu ändern und auch die Verantwortung für die eigenen Gefühle zu übernehmen.

Borderline-Betroffenen fällt die Übernahme von Selbstverantwortung oft besonders schwer. Das hat mehrere Ursachen. Eine davon können Traumaerfahrungen sein, die viele Borderline-Betroffene gemacht haben. Wer traumatisiert wurde, hat die anderen als übermächtig erfahren und sich selbst als vollkommen hilflos. Entsprechend groß

kann dann der Wunsch werden, den »Retter« zu finden, der alle Probleme löst. Genau das tun Borderline-Betroffene in akuten Krisensituationen oft: Anstatt selbst ihre Probleme anzugehen, suchen sie Menschen in ihrem Umfeld, die sich darum bemühen (sollen), stellvertretend für sie die Probleme zu lösen. Marsha Linehan, die Begründerin der DBT, nennt das »aktive Passivität«.



Viele Borderline-Betroffene haben außerdem einen großen Regressionswunsch: Endlich einmal wirklich Kind sein dürfen, all das nachholen, was in der Kindheit verwehrt wurde, sich fallen lassen können und aufgefangen werden. Durch diese Verhaltensmuster bleiben Betroffene von Fremdhilfe abhängig und entfalten ihre eigenen Handlungsmöglichkeiten nicht, unter anderem weil sie befürchten, dann die Fremdhilfe zu verlieren. Viele typische Borderline-Verhaltensweisen, vor allem Selbstverletzungen und Suizidimpulse, dienen auch dazu, vermeintliche Retter an sich zu binden. Doch letztlich ist diese Beziehungsgestaltung natürlich selbstschädigend. Oft kommt es dann zu einem Teufelskreis: Das Umfeld stumpft zunehmend ab, weshalb immer selbstschädigendere Verhaltensweisen notwendig sind, um die gewünschte Hilfe noch zu bekommen.

Selbstverantwortung bedeutet, sich von diesen Verhaltensweisen zu verabschieden. Dazu ist es erforderlich, zu durchschauen, wie selbstschädigend dieser Mechanismus ist, und anzuerkennen, dass jeder Mensch selbst seine Probleme angehen und Schwier-

rigkeiten überwinden muss – und kann. Das mag ungerecht klingen, immerhin haben Borderline-Betroffene ihre Erkrankung nicht selbst verursacht oder gewählt, dennoch müssen sie ihre Probleme selbst lösen, wenn auch mit Unterstützung.

Die Borderline-Identität überwinden

Borderline ist eine Identitätsstörung. Betroffene sind oft sehr tief in ihrer Identität verunsichert und haben kaum ein Gespür dafür, wer sie eigentlich sind. Viele haben mir berichtet, wie wichtig für sie in Krisenzeiten ihre Borderline-Diagnose war und welche Er-



leichterung sie verspürt haben, als sie die Diagnose erhielten. »Um nichts in der Welt hätte ich damals meine Diagnose hergegeben«, erzählt eine Betroffene, und eine andere berichtet: »Ich wollte auch etwas haben, in dem ich wirklich gut war, besser als alle anderen. Für mich war das lange Zeit Borderline.« Die Borderline-Identität kann so zu einem Ersatz für ein eigenes inneres Gefühl von »Ich-Identität« werden. Von Therapeuten wird diese Übernahme der Borderline-Identität meistens gefördert. Gerade am Anfang der Therapie ist es wichtig, zu verstehen, wo Borderline überall »wütet«. Daher werden Betroffene darin »trainiert«, eine Borderline-Brille aufzusetzen und ihr gesamtes Verhalten unter dem Blickwinkel von Borderline zu untersuchen. Das tun dann nicht nur die Betroffenen selbst, sondern das gesamte soziale Umfeld reiht sich ein in diese Perspektive.

Anfangs mag die Borderline-Identität hilfreich sein. Doch für den späteren Gesundungsprozess ist sie hinderlich, denn jedes Verhalten kann als Anzeichen für Borderline interpretiert werden, wenn es durch diese Brille betrachtet wird. Betroffene sind dann sehr verunsichert, welches Verhalten eigentlich »normal« ist, oder können Fortschritte nicht würdigen, weil sie – durch die Borderline-Brille betrachtet – kaum als solche zu erkennen sind. Daher geht es im Laufe des Ge-

sundungsprozesses bei vielen Betroffenen darum, sich wieder von der Borderline-Identität zu lösen. Auch wenn es absurd klingen mag, so ist diese Loslösung oft doch sehr schwierig, denn selbst eine negative Zuschreibung ist immer noch besser, als gar nicht zu wissen, wer ich eigentlich bin. »Wenn ich nicht mehr Borderline bin, was dann eigentlich? Biedermann?«

Während des Gesundungsprozesses geht es auch darum, eine neue, positive Identität zu entwickeln. Betroffene sagen beispielsweise, dass sie sich teilweise für die Borderline-Diagnose geschämt oder sich dann erst recht als Kranke benommen hätten. All das behindert Genesung. Es ist hilfreich, Borderline als einen Teil der Person zu verstehen, aber eben nur als einen Teil. Das meiste Erleben hat mit Borderline nichts zu tun, sondern schlicht damit, dass wir alle Menschen sind und als solche empfinden. Betroffene haben mir immer wieder berichtet, wie wichtig für sie eine Aussöhnung war, ein liebevoller Umgang mit sich selbst und den eigenen Macken. Aus »Ich bin krank« wird dann auf dem Genesungsweg: »Ich bin manchmal anders. Und das ist okay so.«

Gesundheit bedeutet, die »Borderline-Brille« abzulegen und zugleich eine neue, hilfreiche Identität für sich zu finden. Nana beschreibt, wie gut für sie das Erklärungsmodell »hochbegabt« war im Gegensatz zur vorherigen Borderline-Diagnose. Andere berichten, wie entlastet sie waren, als ihnen klar wurde, dass all ihre Symptome einen Sinn hatten und nicht »verrückt« waren. Es handelte sich um Reaktionen auf schwierige Erfahrungen aus der Kindheit und Jugend. Borderline-Betroffene sind keine »Aliens«, sondern Menschen, die schwere Belastungen zu bewältigen hatten und haben. Was von der klassischen Psychiatrie als »Symptome« bezeichnet wird, sind letztlich Bewältigungsstrategien, die das Überleben gesichert haben. Borderline ist also eigentlich eine »Überlebensstrategie«. Es muss darum gehen, diese auch zu würdigen, ohne sich in Überheblichkeit zu flüchten. Wer eine Borderline-Erkrankung hat, der hat einiges erlebt und durchlebt. Das kann sogar eine besondere Stärke bewirken, die im weiteren Leben hilfreich ist, um zukünftigen Belastungen begegnen zu können.

Die Betroffenen müssen sich auf ihrem Gesundungsweg aber nicht nur von der Borderline-Identität lösen, sondern auch von

vielem anderen, was vertraut geworden ist. So fällt es vielen nicht leicht, sich von der professionellen Hilfe zu lösen. Wenn ich Jahre oder Jahrzehnte eine professionelle Begleitung hatte, wie fühlt sich dann ein Leben ohne diese Hilfe an? Traue ich mir diesen Loslösungsschritt zu oder bleibe ich doch besser krank, um die Hilfe weiterhin in Anspruch nehmen zu dürfen? Im Laufe einer Borderline-Therapie werden Therapeuten für die Betroffenen oft so wichtig wie Mutter und Vater für ein Kind. Man löst sich also nicht nur von einem Therapeuten, sondern auch von einer fürsorglichen »Mutter« oder einem beschützenden »Vater«.

Mit Gesundheit ist oft auch die Loslösung von Freunden und Bekannten verbunden. Viele Borderline-Betroffene kennen während ihrer Krisenjahre fast ausschließlich ebenfalls Betroffene. Das ist zeitweise sehr hilfreich. So ist das gegenseitige Verstehen viel leichter, also das Gefühl, verstanden zu werden. Diese Kontakte können aber zu einem Hindernis auf dem Genesungsweg werden. »Irgendwann musste ich die Kontakte abbrechen, es wurde fast nur über Klinik und Krise gesprochen. Das hat mich jedes Mal wieder runtergezogen«, erzählte eine Betroffene. Aber wie schwer ist es, sich ein neues soziales Umfeld aufzubauen, in dem nicht mehr Borderline das Verbindende ist, sondern ganz normale Dinge wie Sport, Hobbys, Arbeit oder was auch immer.

Ich kenne Betroffene, die darüber hinaus geradezu Angst vor ihrem eigenen Gesundungsprozess hatten, weil sie befürchteten, ihre materielle Absicherung zu verlieren. »Habe ich noch Anspruch auf Rente, wenn es mir wieder besser geht?« Personen beispielsweise, die in therapeutischen Wohngemeinschaften leben, befürchteten, dort ausziehen zu müssen, wenn sie gesunden.

Gegen den Ruf der Unheilbarkeit – die Recovery-Bewegung

Zum Abschluss möchte ich noch über die so genannte Recovery-Bewegung berichten, die in Ländern wie den USA, Neuseeland oder Australien sehr aktiv ist und seit kurzem im deutschsprachigen Raum ein großes Interesse findet. Bereits vor etwa zwanzig Jahren haben sich psychisch kranke Menschen zusammengesetzt, die irgendwann in ihrem Leben von ihren Behandlern die Prognose »unheilbar krank« erhalten hatten, später aber wider Erwarten doch gesunden. Sie schlossen sich zusammen, um sich gegen den Ruf der Unheilbarkeit zur Wehr zu setzen und um davon zu berichten, wie sehr ihnen die negative Prognose geschadet hatte. Viele der Vertreterinnen und Vertreter dieser Bewegung sind Menschen mit der Diagnose Schi-

zophrenie, aber auch Borderline-Betroffene und Menschen mit anderen psychischen Beeinträchtigungen sind darunter.

Ein Teil der Arbeit dieser Bewegung besteht in Forschungsaktivitäten zu der Frage, wie langzeitkranke Menschen eigentlich wieder gesund werden. Dazu wurden vor allem genesene Betroffene befragt. Das Besondere an dieser Forschung ist nicht zuletzt, dass viele der Wissenschaftler selbst psychisch erkrankt sind und die Forschungsthemen von Betroffenen und Wissenschaftlern gemeinsam erarbeitet werden. Die Befragungen machen deutlich, wie wichtig Hoffnung und Zuversicht für die Betroffenen waren. Wenn Betroffene und ihr Umfeld die Hoffnung aufgegeben haben, dann ist vielleicht alle Hoffnung verloren. Genesung ist nur möglich, solange es Hoffnung gibt, andernfalls gibt sich der Betroffene auf. Deshalb wirken sich Prognosen wie »unheilbar« oder »austherapiert« auch so negativ auf die Betroffenen aus. In Zeiten, in denen sie die Hoffnung selbst nicht mehr aufrechterhalten können, ist stellvertretende Hoffnung notwendig, durch Angehörige oder Fachpersonen (die so genannten »holder of hope«).

Ich habe immer wieder erfahren, dass Borderline-Betroffene aufgegeben wurden. Das Tragische ist: Gerade jene Menschen, die die beste zur Verfügung stehende Hilfe am nötigsten hätten, nämlich all jene, die relativ schwer erkrankt sind, erhalten oft nur eine Minimalversorgung oder werden vor allem medikamentös behandelt. Das lässt sich etwa in Wohnheimen beobachten. Neben Hoffnung sind das Vertrauen des Umfeldes, das Selbstvertrauen der Betroffenen und Gelassenheit wichtig. Gesundungsprozesse dauern meistens viele Jahre. Wer das nicht annehmen kann, sondern die Gesundung erzwingen möchte, gerät in einen Kampf gegen seine Krankheit, den niemand gewinnen kann.

Ein weiteres interessantes Ergebnis der Betroffenenbefragungen beschäftigt sich mit den verschiedenen Stationen auf dem Gesundungsweg. So steht am Anfang eines solchen Prozesses oft eine Phase, die »Erwachen« genannt wird. Der Betroffene entwickelt nach langen Krankheitsjahren die Idee, dass es nicht so weitergehen muss, dass es einen Ausweg aus der ewigen Wiederholung von selbstschädigenden Verhaltensweisen, Klinikeinweisungen usw. geben kann. Ohne dieses Erwachen sind die weiteren Gesundungsschritte nicht möglich.

Es zeigt sich, dass viele Gesundungsprozesse zunächst unsichtbar ablaufen und am Anfang selten schon ein verändertes Verhalten steht. Sich anders zu verhalten gelingt erst, wenn es schon innerliche Veränderungen gegeben hat. Das zu wissen ist für Be-

troffene, Angehörige und Fachleute besonders wichtig, da auf fehlende Fortschritte oft mit Resignation reagiert wird. Gesundungsprozesse verlaufen zudem nicht linear, sondern gleichen eher einer Berg-und-Tal-Fahrt. Auf der Talfahrt nicht den Mut zu verlieren ist wichtig. Und: Gesundungswege sind individuell. Verschiedene Menschen brauchen unterschiedlich viel Zeit für ihre Gesundungsschritte.

Kennen Sie den chinesischen Bambus? Diese Pflanze wächst mehrere Jahre nur unter der Erde und schießt dann viele Meter in

die Höhe. Ähnlich verhält es sich manchmal mit Gesundungsprozessen. Daher ist es so wichtig, die Geduld nicht zu verlieren und die Zuversicht auf eine positive Veränderung beizubehalten. Nach allem, was wir heute wissen, gibt es bei Borderline allen Grund für diese Zuversicht. ■

Andreas Knuf, Diplom-Psychologe und Psychologischer Psychotherapeut, ist Mitarbeiter von »pro mente sana« in Zürich und in Fortbildung und Beratung tätig. Er ist Buchautor zu den Themenkreisen Borderline und Empowerment (Psychiatrie-Verlag).

Öffentlichkeitsarbeit gescheitert?

Psychiatrische Hilfsangebote in der Bevölkerung wenig bekannt

Eine studentische Forschungsgruppe angehender Sozialpädagoginnen und -pädagogen hat eine Straßenbefragung in Hannover durchgeführt, bei der die Haltung zu psychiatrischen Hilfeeinrichtungen im Mittelpunkt stand.

VON MICHAEL EINK

Psychiatrische Einrichtungen waren in Deutschland bis zur Psychiatriereform Mitte der 1970er-Jahre fast gleichbedeutend mit großen Anstalten, in denen bekanntlich seelisch kranke Bürger weggesperrt wurden. Im Durchschnitt 88 Kilometer vom Wohnort entfernt, blieb jeder zweite Patient dort länger als fünf Jahre, ein Drittel mehr als zehn Jahre.

In den letzten dreißig Jahren sind aus den Anstalten Fachkliniken und Abteilungen mit einem therapeutischen Anspruch geworden. Zum »eigentlichen Zentrum« psychiatrischer Hilfen entwickelte sich daneben eine bunte Infrastruktur gemeindepsychiatrischer Angebote aus vielfältigen Hilfeformen: Tagesstätten, betreutes Wohnen, Heime, Kontaktstellen, Werkstätten, Selbsthilfegruppen ...

So verbreitet die offenen Formen psychiatrischer Hilfeangebote inzwischen auch sind, konnten aufwändige Formen von Öffentlichkeitsarbeit jedoch bisher nicht als selbstverständlicher Bestandteil unserer Arbeit etabliert werden. In vielen Einrichtungen gibt es allenfalls die jährliche Pflichtveranstaltung »Tag der offenen Tür«, zu der oft nur wenige Bürger kommen.

Ein wesentlicher Grund der nachbarschaftlichen Distanz dürften weiterhin Unsicherheiten und Ressentiments gegenüber psychisch erkrankten Menschen sein. Auch

dreißig Jahre nach der Reform werden Betroffene weiterhin massiv ausgegrenzt und stigmatisiert (vgl. etwa Finzen 2001, Gaebel u.a. 2004, Baer 2004). Das Spektrum der Stereotype von »psychisch Kranken« haben Angermeyer und Kollegen in den 1990er-Jahren mit einer Repräsentativstudie zeigen können (vgl. Angermeyer u.a. 1992).

Demnach sieht mehr als die Hälfte der Bundesbürger psychisch erkrankte Menschen als unselbstständig an, etwa jeder zweite als »unberechenbar«. 20 bis 30 Prozent der vermeintlich »aufgeklärten« Bundesbürger stellen psychisch erkrankte Menschen gar unter Generalverdacht, »gefährlich« zu sein.

Wie schwierig die Überwindung von Vorurteilen (auch) im psychiatrischen Feld ist, zeigen die Befunde von Finzen u.a. (1996). In einem Workshop mit Journalisten haben sie deren Haltungen zu Schizophreniekranken erhoben und dabei lernen müssen, dass Multiplikatoren wie Journalisten auch Bürger mit Vorbehalten und Vorurteilen sind. Bei aller gebotenen Vorsicht – wegen der kleinen Gruppe der Befragten (n=20) – zeigen sich inhaltlich durchaus interessante Tendenzen, etwa dass Vorbehalte bei geringerer sozialer Distanz anwachsen. Als Nachbarn würden 70 Prozent der befragten Journalisten einen Schizophrenen (nach eigener Aussage!) immerhin akzeptieren, allerdings nur 35 Pro-