

„Ich hasse Dich – verlass mich nicht“ Borderline-Persönlichkeitsstörung

Die beiden Artikel in diesem Pädagogischen Rundbrief sind einem der häufigeren Störungsbilder in der Erziehungshilfe – vor allem in stationären Einrichtungen – gewidmet. In manchen therapeutischen Einrichtungen sind bis zu 49 % der jungen Menschen betroffen. Beide Artikel sind von Praktikern in der Erziehungshilfe geschrieben, wofür Dr. Norbert Beck (ÜBBZ, Würzburg), Lisbeth Wolkersdorfer und Dr. Gerhard Nechwatal (Kinderdorf Marienstein, Eichstätt) sehr zu danken ist.

Der „Aufhänger“ des Vorworts ist ein drastischer Buchtitel – von Kreisman und Straus – aus diesem Bereich. Diese Zeile verleitet zum Hinschauen, zum Nachschauen und schon wird der Leser wie in den abgedruckten Artikeln in die Welt der „Borderliner“ hineingezogen und wir sind mitten im Gruppenalltag, im heilpädagogischen und therapeutischen Setting mit jungen Menschen mit der Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung. Der junge Mensch – häufiger junge Mädchen – hat Schwierigkeiten, Vertrauen zu gewinnen und aufrecht zu halten, was die Beziehung mit Gleichaltrigen ebenso betrifft wie die Beziehung zu Erzieher/-innen, Sozialpädagogen/-innen zu Heilpädagogen/-innen und zu Therapeuten/-innen. Die Probleme des Idealisieren und Diffamierens (siehe „Aufhänger“) betreffen alle Menschen. Supervision und kollegiale Beratung sind nötig, um den jungen Menschen, ihren Familien, sich selbst und den Kolleg/-innen gerecht zu werden. Nur so ist es möglich, dass andere Bindungserfahrungen gemacht werden können – wie Wolkersdorfer und Nechwatal vorschlagen – dass eine Therapie wie die dialektische Verhaltenstherapie von M. Linehan (siehe Artikel Beck) greift. Hier wird davon ausgegangen, dass die jungen Menschen lernen:

- ihre extreme Emotionalität zu modulieren und ihre Verhaltensweisen zu kontrollieren
- das Gefühl der Verzweiflung zu tolerieren und
- ihren eigenen Gedanken und Emotionen zu trauen.

Die Herausgeberin

Borderline-Persönlichkeitsstörung

Dr. Norbert Beck, Würzburg

S. 2

Bindungsgestörte Kinder und Jugendliche mit einer Borderline-Störung

Lisbeth Wolkersdorfer, Dr. Gerhard Nechwatal; Eichstätt

S. 11

Borderline-Persönlichkeitsstörung

Norber Beck, ÜBBZ Würzburg

Einführung

*In meinem Leben geht es runter, mal rauf
In meinem Leben geht es munter mal laut.
Mal denke ich in meinem Leben es geht nicht mehr,
Mal denke ich in meinem Leben es geht noch mehr.
Doch meistens ist das alles immer noch schwer.
Doch manchmal ist das alles auch halb so schwer.
Doch trotzdem mag ich euch, es ist nicht immer leicht,
doch trotzdem find ich euch, es ist meistens gleich.*
(Auszug aus einem Rapp einer Jugendlichen im Rahmen eines Theaterprojektes)

Die Ambivalenz in den Gefühlen, das Denken und Handeln in Extremen, das diese Jugendliche mit ihrem Text ausdrückt, begegnet uns in der stationären Jugendhilfe immer wieder. Diese Jugendlichen imponieren durch destruktive Beziehungsgestaltungen, selbstverletzende Verhaltensweisen, Ängste und Depressionen, aber auch durch ihre Impulsivität und ungesteuert-sprunghaftes Verhalten. Solche Verhaltensweisen können kennzeichnend sein für die Borderline-Persönlichkeitsstörung. Der pädagogische Umgang mit solchen KlientInnen stellt MitarbeiterInnen der Jugendhilfe vor besondere Herausforderungen und bringen sowohl pädagogische Gruppen als auch Bezugspersonen nicht selten an die Grenzen ihrer Handlungsfähigkeit und Belastbarkeit.

Das Verhalten dieser Jugendlichen ist oft nur schwer zu verstehen und gleichzeitig führt nur ein Störungsverständnis zu einem qualifizierten Umgang mit diesen Jugendlichen. Das Verhalten ist oft so schwer auszuhalten und gleichzeitig verlangen diese Jugendliche in der Beziehungsgestaltung ein Aus- und Standhalten. Diese Jugendlichen sind nicht nur „Grenzgänger“ in ihrer Symptomatik, sondern auch Grenzgänger zwischen den Hilfesystemen (Kinder- und Jugend-)Psychiatrie und Jugendhilfe. Sie fordern (und überfordern manchmal) beide Systeme und verlangen nach einer engen Kooperation.

Im folgenden Beitrag wird das Störungsbild der Borderline-Persönlichkeitsstörung vorgestellt und aus der Erfahrung einer stationären therapeutischen Jugendhilfeeinrichtungen die Rahmenbedingungen

im Umgang mit Jugendlichen dargestellt, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden. Begleitet und unterstützt werden die Darstellun-

gen durch die Schilderung einer Jugendlichen, die in einer therapeutischen Wohngruppe für jugendliche Mädchen lebt und betreut wird. Ihr gilt, nennen wir sie Julia, mein besonderer Dank für die Hilfe, für Ihre Offenheit und die „Innensicht“ einer Betroffenen.

1. Begrifflichkeit

Der Begriff der Borderline-Störung wurde Mitte der Dreißiger Jahre des vergangenen Jahrhundert geprägt und charakterisierte im Sinne eines psychoanalytischen Verständnisses „Grenzfälle“ (Borderline = Grenze) bzw. einen Überschneidungsbereich zwischen Psychosen und Neurosen. Unter Psychosen (besser: psychotische Störungen) wird eine Gruppe von schweren psychischen Störungsbildern gefasst wie z.B. die Schizophrenie. Unter Neurosen wurden Störungen des Erlebens und Verhaltens im Sinne einer Fehlanpassung und dysfunktionaler Lernprozesse verstanden. Der Neurosenbegriff ist in den neuen Klassifikationssystemen zu Gunsten einer symptomatischen Beschreibung von Störungsbildern wie z.B. der phobischen Störung, der Angststörung oder der Zwangsstörung zusammengefasst als Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen. Auch wenn sich die Trennung Psychose – Neurose in den Klassifikationssystemen nicht mehr findet, ist die historische Zuordnung der Borderline-Störung zum schizophrenen Formenkreis sicherlich nachvollziehbar. Nicht selten erlebt man Borderline-PatientInnen mit psychosenahen Verhaltensweisen wie Realitätsverlust, Identitätsstörung oder wahnhaft anmutenden Wahrnehmungs- und Gedankeninhalten.

Eine wesentliche Veränderung hat das Borderline-Konzept mit den Veröffentlichungen von O. Kernberg (1967, 1975) erfahren. Er führte den Begriff der „Borderline-Persönlichkeits-Organisation“ ein, was in der Folge zur Aufnahme dieses Störungsbildes als „Persönlichkeitsstörung“ in die Klassifikationssysteme führte.

2. Persönlichkeitsstörungen im Kindes- und Jugendalter

Als Persönlichkeitsstörungen werden „... tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starken Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen“ bezeichnet (ICD 10). Persönlichkeitsstörungen sind nicht direkt auf Hirnschädigungen oder -erkrankungen oder auf

eine andere psychische Störung zurückzuführen. Die (norm-)abweichenden Verhaltensmuster sind

- zeitlich stabil,
- situationsübergreifend,
- verursachen subjektives Leid und eine Beeinträchtigung sozialer Funktionen und
- betreffen vielfältige Bereiche von Verhalten und psychischen Funktionen wie
 - Affektivität
 - Antrieb
 - Impulskontrolle
 - Wahrnehmung
 - Denken
 - Soziale Beziehungen

Obwohl die meisten Persönlichkeitsstörungen ihren Ausgang im Kindes- und Jugendalter finden, wird im klinischen Bereich die Diagnose vor dem 16. – 17. Lebensjahr zurückhaltend gestellt. Unter dem Entwicklungsaspekt wird davon ausgegangen, dass sich die Persönlichkeit im Sinne zeit- und situationsübergreifender Verhaltensmuster mit dem Erwachsenenalter manifestiert. Weiter wird mit der Diagnose der Persönlichkeitsstörung im Erwachsenenalter eine hohe Stabilität der Verhaltensweisen und eine geringe therapeutische Beeinflussbarkeit verbunden. Von Spiel und Spiel (1987) wurde deshalb der Begriff der Persönlichkeitsentwicklungsstörung geprägt, der dem Aspekt der sich entwickelnden und verändernden Persönlichkeit und den pädagogisch-therapeutischen Möglichkeiten Rechnung trägt. In einer Weiterführung dieses Konzeptes haben Adam und Peters (2003) folgende Kriterien für eine Persönlichkeitsentwicklungsstörung definiert.

„Eine Persönlichkeitsentwicklungsstörung besteht dann,

- Wenn sich beim Kind oder Jugendlichen Merkmalskonstellationen finden lassen, die starke Ähnlichkeit zu Persönlichkeitsstörungen haben, wie sie in DSM-IV, ICD-10 oder im Mutliaxialen Klassifikationschema diagnostiziert werden
- Wenn sich Problemverhaltensweisen bereits über einen längeren Zeitraum (mindestens ein Jahr) verfestigt und eingeschliffen haben, diese nicht auf eine Entwicklungsphase begrenzt sind und sich eine Chronifizierung deutlich abzeichnet.
- Wenn diese Problemverhaltensweisen zu erheblichen Beeinträchtigungen in mehreren Lebensbereichen führen oder schon geführt haben

- Wenn diese nur sehr schwer therapeutisch wie pädagogisch beeinflussbar sind.
- Wenn beim Kind/Jugendlichen ein eher geringes Problembewusstsein und/oder Leidensgefühl zu erkennen ist, dafür aber das Umfeld gravierend unter den Fehlverhaltenweisen leidet.
- Wenn sich dysfunktionale Interaktionsstile ausgebildet und die Oberhand gewonnen haben und zu ständigen sozialen Kollisionen führen.
- Wenn durch die Problemverhaltensmuster die Entwicklung der Persönlichkeit des jungen Menschen in dem Sinne bedroht ist, dass ihm zunächst die sozialen Integration in Familie und Schule und dann voraussichtlich dann im Erwachsenenalter in Beruf und Gesellschaft misslingt und damit die Gefahr der seelischen Behinderung (..) offensichtlich wird.“ (S. 46)

Wenn in der Folge von Persönlichkeitsstörungen gesprochen wird, dann um der Nomenklatur der Diagnosesysteme zu entsprechen, zu Grunde gelegt wird das Konzept der Persönlichkeitsentwicklungsstörung.

3. Die Borderline-Störung

Meine Eltern haben sich immer entweder aufs übelste beschimpft und mit Scheidung gedroht oder sich eiskalt ignoriert. Das Verhalten uns Kindern gegenüber war nicht viel anders. Haben wir nur einmal ein Widerwörtchen gesagt oder wollten etwas nicht so hinnehmen, wurden wir entweder beschimpft oder geohrfeigt oder unserer Eltern haben die Tür zugeschlagen, nicht mehr mit uns geredet, bis wir uns genügend entschuldigt haben (wir mussten die ganze Schuld auf uns nehmen und versprechen nie wieder so etwas zu tun).

Mir ging es immer schlechter und ich verletzte mich immer häufiger, versucht mich umzubringen und zog mich vollständig zurück. Ich fand mein Leben sinnlos, fühlte mich leer, dachte über Suizid nach, verschloss mich gegenüber anderen und fiel in tiefe Löcher. Ich fragte mich, wer ich eigentlich war und fühlte mich irgendwie im Traum, nicht in der Realität. ...Ich habe mich anfangs nicht krank gefühlt sondern dachte, das wäre normal...

Ich begann wieder mich zu verletzen und arbeitete konkrete Selbstmordpläne aus, so telefonierte ich mit jemandem der mir Zyankali beschaffen sollte und mit jemandem der mich aufhängen wollte...

3.1 Diagnostische Kriterien und Erscheinungsbild

Unabhängig von den Klassifikationsschemata ist die Borderline-Störung durch ein Muster problematischer Verhaltensweisen in den Bereichen **Impulsivität, affektive Instabilität, Instabilität in der Beziehungsgestaltung und Identitätsstörung** gekennzeichnet (Herperts-Dahlmann und Herpertz, 2003). Nach der ICD 10 (Dilling et al. 2004) handelt es sich bei der Borderline-Störung um einen Subtyp der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung.

Charakteristisch für den ersten Subtyp *Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, impulsiver Typus* ist die emotionale Instabilität und die mangelnde Impulskontrolle sowie aggressive Reaktionen bei geringen Frustrationserlebnissen. Beim zweiten Subtyp, der *Emotional instabilen Persönlichkeitsstörung, Borderline Typus* stehen neben den in Subtyp I genannten Symptomen das gestörte Selbstbild und unklare Ziele und „innere Präferenzen“ sowie die auffälligen Beziehungsgestaltung, emotionale Krisen, Suiziddrohungen und selbstschädigendes Verhalten im Vordergrund.

Das Erscheinungsbild von Borderline-Patienten ist oft schillernd und ausgesprochen vielschichtig. Beeinträchtigt sind die Wahrnehmung und Interpretation der Umwelt, die Denkmuster, Handlungsstrategien und die emotionale Regulierung und Kontrolle. Folgende Problembereiche lassen sich im Alltag bei der Borderline-Störung häufig feststellen (vgl. auch Rahn, 2003, Adam et al., 2003)

- **Impulsives Handeln**

Es kommt zu impulsiven unkontrollierten Verhaltensweisen, bei denen die Konsequenzen des Verhaltens nicht berücksichtigt und Gefährdungen nicht adäquat abgeschätzt werden. Solche Verhaltensweisen können sich in unterschiedlichen selbstschädigenden Handlungen wie z.B. Substanzmittelkonsum, sexuelle Gewohnheiten, Kaufgewohnheiten mit exzessiven Geldausgaben oder auch in unkontrollierten Essgewohnheiten ausdrücken. Das Unterbinden oder Kritisieren impulsiver Handlungen kann zu massiven Konflikten führen.

Alles muss jetzt und sofort geschehen, warten müssen, eigene Bedürfnisse mal zurück zu stellen oder aufzuschieben kann zu massiven Auseinandersetzungen führen.

- **Emotionale Instabilität**

Die Stimmungen schwanken ohne erkennbaren Anlass, sind unbeständig und unberechenbar, es

kommt zu einer „Achterbahn der Gefühle“ oder zu heftigen Gefühlsausbrüchen mit Wut, Verzweiflung, Zorn oder auch aggressiven Verhaltensweisen, die gegen andere oder sich selbst gerichtet sind. Die Patienten wirken reizbar, dysphorisch, stimmungslabil.

- **Schwierigkeiten mit der Spannungsregulation und der Selbstkontrolle**

Es werden anhaltende Spannungszustände berichtet, die zu verschiedenen Symptomen (Schmerzen, psychosomatische Funktionsstörungen) führen können. Die mangelnde Fähigkeit zu Affektregulation kann zu inadäquaten und unkontrollierbaren Entlastungsversuchen (z.B. durch Wutausbrüche, Schneiden..) führen.

- **Geringe Frustrationstoleranz:**

Geringe Enttäuschungen, frustrierende Erlebnisse und Zurückweisungen führen zu intensiven Affekten und Reaktionen. Die Patienten kritisieren und entwerten andere intensiv, sind aber nicht in der Lage, Kritik oder Misserfolgserlebnisse auszuhalten. Handlungen, die nicht unmittelbar belohnt werden oder zum Erfolg führen, werden abgebrochen (mangelndes Durchhaltevermögen)

- **Schwarz-Weiß-Denken**

Die Denkmuster sind durch Extreme geprägt, es gibt nur gut oder böse, schwarz oder weiß. Borderline-Patienten werden geliebt oder gehasst, lieben oder hassen, es fehlen die Zwischentöne, sie finden keine Mittelwege. Man findet häufig depressive Denkmuster mit einer negativen Wahrnehmung der eigenen Person, der Umwelt und der Zukunft.

- **Negatives Selbstbild und innere Leere**

Das Selbstbild ist brüchig und instabil, sie quälen sich mit Selbstzweifel, stellen überhöhte Anforderungen an sich selbst und entwerten sich. Es kann zu Schwankungen zwischen Größenideen und Minderwertigkeitsgefühlen kommen. Sie empfinden sich oft als unzulänglich, sind mit ihrem äußeren Erscheinungsbild unzufrieden bis hin zum Selbsthass.

Borderline-Patienten berichten von einem Gefühl der Leere, der Gefühllosigkeit, von Langeweile trotz vielfältiger Beschäftigungsangebot.

- **Auffällige Beziehungsgestaltung und Angst vor Verlassenwerden/Alleinsein**

Borderline-Patienten haben häufig Angst vor dem Verlassen werden oder dem allein sein, sie sind

sich ihrer sozialen Beziehungen nicht sicher und binden in der Beziehungsgestaltung durch Dramatisierungen und extreme Verhaltensweisen, um auf sich aufmerksam zu machen. Beziehungen können extremen Wandeln unterzogen sein, sie idealisieren Mitmenschen, machen sich abhängig und können im nächsten Moment die gleich Person entwerten und zurückweisen. In Gruppen führt dies zu manipulativen Verhaltensweisen und Eifersuchsreaktionen. Dies kann zu einem „neurotischen Wettbewerb“ im Sinne eines sich gegenseitigen Aufschaukelns in der Demonstration von Krankheitssymptomen führen („Wer schneidet sich am tiefsten, wer ist am meisten krank“), Konstante, tragfähige und stabile Beziehungsgestaltungen fallen schwer.

- **Suizidale Impulse und selbstverletzende Verhaltensweisen**

Die häufigsten Krisensituationen mit der Notwendigkeit medizinischer Intervention entstehen durch Suiziddrohungen und selbstverletzende Verhaltensweisen. Emotionale Spannungszustände, vermeintlich frustrierende Situationen, Anforderungen können zu impulsiven selbstverletzenden Verhaltensweisen wie das Ritzen oder Schneiden der Arme bis zu Suiziddrohungen oder suizidalen Verhaltensweisen führen. Teilweise haben solche Verhaltensweisen eher demonstrativen Charakter, es kann aber auch zu schweren Verletzungen mit chirurgischem Versorgungsbedarf oder zu massiven suizidalen Impulsen mit der Notwendigkeit einer psychiatrischen Unterbringung kommen.

- **Selbstschutz durch Anklage**

Borderline-Patienten haben wenig Problemeinsicht, sie verlagern die Problematik nach außen, finden immer einen Schuldigen oder erklären ihr problematisches Verhalten als gerechtfertigte Reaktion auf das Fehlverhalten der Umwelt. Sie verleugnen ihre eigenen Anteile an der Entstehung von Problemsituationen, Schuld sind die anderer. Sie unterliegen oft einer sozialen Wahrnehmungsverzerrung, interpretieren Handlungen und Verhaltensweisen anderer als feindselig gegen sich gerichtet.

Verbunden mit der Borderline-Störung sind häufig komorbide Störungen. Im Jugendalter handelt es sich insbesondere um Essstörungen, Substanzmissbrauch (Drogen- oder Alkoholmissbrauch), Posttraumatische Belastungsstörungen, depressive Störungen aber auch Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrome und Störungen des Sozialverhaltens. Die Abgrenzung einzelner Störungsbilder gestaltet sich oft schwierig, da es hinsichtlich der Symptome

Überschneidungsbereiche gibt, die eine differentialdiagnostische Zuordnung erschweren.

3.2 Häufigkeit und Verlauf

Wie bereits erwähnt ist die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung im Jugendalter zurückhaltend zu stellen, dementsprechend liegen auch wenig gesicherte Daten über die Häufigkeit solcher Störungsbilder in dieser Altersgruppe vor. Im Erwachsenenalter kann von einer Auftretenshäufigkeit einer Borderline-Störung von etwa 1 – 2 % der Gesamtbevölkerung ausgegangen werden, dabei sind wesentlich häufiger Frauen (70%) als Männer (30%) betroffen (Bohus, 2002; Fiedler, 2001). Nach Herpertz et al (2003) lassen sich in epidemiologische Studien zu Persönlichkeitsstörungen im Kindes- und Jugendalter insgesamt Häufigkeiten von 16-20% aller 11-17-jährigen ermitteln, wobei die Borderline-Störung insbesondere bei stationären Patienten am häufigsten gefunden wurde. Die Rate von Persönlichkeitsstörungen insgesamt und der Borderline-Störung insbesondere ist in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe sicherlich höher als in einer repräsentativen Gesamtpopulation. In einer entsprechenden Untersuchung (zit. nach Adam et al., 2003) erfüllten knapp 49% der Klientel einer Jugendhilfeeinrichtung die Kriterien einer Borderline-Störung. Zu berücksichtigen ist hier, dass es sich um eine therapeutische Einrichtung mit entsprechend „klinischem Klientel“ handelte.

Studien belegen weiterhin, dass es einen ersten Häufigkeitsgipfel für den Beginn einer Borderline-Störung im Alter zwischen dem 12. und 14. Lebensjahr gibt (Jerschke et al., 1998). Ohne Intervention ist bei der Borderline-Störung von einer eher ungünstigen Prognose sowohl hinsichtlich der psychosozialen Integration als auch bezüglich der Stabilität des Störungsbildes, der Entwicklung anderer psychischer Störungen (andere Persönlichkeitsstörungen) und eines vollendeten Suizids auszugehen (Bohus, 2002)

3.3 Erklärungsmodell

Wie bei den meisten psychischen Störungen ist auch bei der Borderline-Störung von einem multifaktoriellen Entstehungsmodell mit einem Zusammenspiel biologischer, psychosozialer und lerntheoretischer Faktoren auszugehen (Linehan et al, 1992; Herpertz-Dahlmann et al., 2003).

Kernpunkt einer solchen biosozialen Theorie der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist die sogenannte **emotionalen Dysregulation**, die Unfähigkeit, angemessen auf emotionale Reize und innere Zu-

stände zu reagieren und das Verhalten entsprechend zu regulieren und anzupassen.

Die Ausgangsbasis bildet die biologische Disposition. Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung habe nach diesem Modell – durch genetische und neurobiologische Faktoren bestimmte - Probleme, Emotionen zu steuern und zu regulieren. Sie sind empfindsamer gegenüber emotionalen Reizen, reagieren intensiver, kehren nur langsam in eine „normale emotionale Ausgangslage“ zurück, reagieren unangemessen und können aus negativen Erfahrungen nur schwer lernen. Zu dieser biologisch-genetischen Ausgangsbasis kommen psychosoziale Risikofaktoren in der Entwicklung. Hierzu zählen insbesondere schwere Vernachlässigungserfahrungen, sexuelle Missbrauchserfahrungen, elterliche Gewalterfahrungen, chaotische und feindselige Familienverhältnisse oder auch verletzende und entwürdigende Erziehungsstile. Linehan (1992) bezeichnet dies als invalidierendes Umfeld, ein Umfeld also, das chronisch entwertet, nicht ernst nimmt, den Gefühlen des Kindes keinen Respekt zollt, die Bedürfnisse und Wünsche des Kindes verletzt. Das Zusammenspiel der biologischen Vulnerabilität und Risikofaktoren in der Entwicklung können zur emotionalen Dysregulation führen. Die Symptomatik mit den typischen, oben geschilderten Problembereichen kann lerntheoretisch als unangemessene, dysfunktionale Strategie zur Emotionsregulation, zur Beziehungsgestaltung und zur Identitätsentwicklung definiert werden.

3.4 Behandlung

Die Behandlung von Jugendlichen mit einer Borderline-Problematik gestaltet sich als multimodaler Behandlungsansatz mit einem Zusammenwirken (stationärer) klinisch-psychiatrischer Intervention, psychopharmakologischer Behandlung, psychotherapeutischen Ansätzen und Jugendhilfemaßnahmen.

Eine (stationäre) kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung erfolgt nicht selten auf Grund massiv selbstverletzender Verhaltensweisen, nach Suizidrohungen oder Suizidversuchen oder im Anschluss an deeskalierende emotionale Ausnahmezuständen. Im klinischen Setting steht die diagnostische Abklärung, Aufklärung über das Störungsbild, psychotherapeutische und psychopharmakologische Behandlung sowie bei entsprechender Indikation die Vorbereitung und Einleitung längerfristiger Interventionen im Vordergrund. Bei der psychopharmakologischen Behandlung handelt es sich primär nicht um eine Behandlung der Persön-

lichkeitsstörung, sondern um assoziierte Symptomkomplexe wie Angstzustände, Agitiertheit, depressive Zustände. Zum Einsatz kommen niederpotente Neuroleptoika (z.B. Risperidon) mit eher sedierender Wirkung oder auch Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer bei affektiven Störungen (Angst, Depression) (Herpertz-Dahlmann, 2003)

Die Weiterbetreuung und Behandlung erfolgt in der Regel auf der Rechtsgrundlagen des §35a SGB VIII (Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche) in therapeutischen Jugendhilfeeinrichtungen. Die konzeptionelle Ausrichtung sollte für diese Jugendlichen ausgelegt sein und folgende pädagogisch-therapeutischen Rahmenbedingungen erfüllen

3.5 Pädagogische und therapeutische Anforderungen

Die Komplexität des Störungsbildes und die Individualität der Jugendlichen erfordert in der Betreuung und Behandlung von Jugendlichen mit einer Borderline-Problematik individuelle Umgehensweisen und Behandlungskonzepte bei gleichzeitig hoher gruppenpädagogischer Struktur und konzeptioneller Klarheit. In Rahmen dieser Veröffentlichung können nur Ansatzpunkt und Eckpfeiler eines Behandlungs- und Betreuungskonzeptes in der stationären Jugendhilfe dargestellt werden, eine differenzierte Darstellung findet sich bei Adam et al. (2003).

Die Hilfe für die beschriebene Klientel sollte folgende Behandlungselemente enthalten

- Besondere gruppenpädagogische Rahmenbedingungen mit Individuellen, in den Gruppenalltag integrierte therapeutische Veränderungsansätzen
- Ergänzende handlungs- und erlebnisorientierte Elemente
- (Kinder- und jugend-) Psychiatrische Behandlung mit Möglichkeit der Krisenintervention
- Beratung und Betreuung der weiteren Bezugspersonen (Erziehungsberechtigte, Lehrer..)
- Optional Einzelpsychotherapie zur Behandlung traumatisierender Erlebnisse

3.5.1 Besondere gruppenpädagogische Rahmenbedingungen

Das entscheidende therapeutisch-pädagogische Medium in der stationären Jugendhilfe ist die Gruppe. Da bei Jugendlichen mit einer Borderline-Problematik die Beziehungs- und Interaktionsgestaltung einen besonderen Problembereich darstellt,

gewinnt die Gruppe eine elementare Bedeutung. In der Zusammensetzung einer Gruppe ist darauf zu achten, dass nicht zu viele Jugendliche mit einer Borderline-Problematik gleichzeitig in einer Gruppe betreut werden. Dies führt häufig zu einem negativen Modelllernen und einem neurotischen Wettbewerb („ich kann mich tiefer schneiden“) und überfordert die Belastungsfähigkeit des Teams.

Stationäre Einrichtungen, die Jugendliche mit einer Borderline-Problematik aufnehmen, müssen sich über die eigenen Möglichkeiten und Grenzen im Klaren sein, da ein Scheitern der Hilfe zu weiteren invalidierenden Erfahrungen und zu einer Verfestigung destruktiver Interaktionsmuster führt.

• **Struktur und Verlässlichkeit**

Tages- und Wochenstrukturen mit festgelegten Zeiten für die Mahlzeiten, die Hausaufgaben, Gruppenaktivitäten, Therapiestunden und Freizeit geben den Jugendlichen Halt und Orientierung. Diese Strukturen sind transparent zu gestalten (möglichst mit Wochenplänen) und verlässlich einzuhalten. Veränderungen dieser Strukturen sind möglichst früh anzukündigen, da spontane und unvorbereitete Abweichungen häufig zu ausgeprägten emotionalen Reaktionen und Eskalationen führen. Jugendlichen mit einer Borderline-Problematik sind oft schwer in der Lage, sich selbst zu strukturieren, sinnvolle Beschäftigungen für sich zu finden oder „Zeiten des Leerlaufes“ für sich zu gestalten. Insbesondere in der Anfangsphase einer Behandlung kann es deshalb notwendig sein, auch scheinbar selbstverständliche Aktivitäten (Duschen ...) in eine Tagesstruktur mit aufzunehmen oder für freie Zeiten sehr konkrete Aktivitäten zu planen. Zielsetzung im Verlaufe der Behandlung in einer Jugendhilfemaßnahme muss es allerdings sein, die Strukturierung des Alltages zunehmend in die Hände der Jugendlichen zu legen, Interessen und Möglichkeiten der Freizeitgestaltung zu entwickeln und die Selbstverantwortlichkeit zu fördern.

Neben der strukturellen Verlässlichkeit stellen die personelle Verlässlichkeit und ein konsistentes pädagogisches Handeln den Rahmen für eine zielführende Betreuung und Behandlung dar. Die zur Grundsymptomatik der Störung zählende Beziehungsgestaltung mit der Tendenz zur Spaltung („gute Mitarbeiter – schlechte Mitarbeiter“), der Entwertung, der Verletzung persönlicher Grenzen („du bist die einzige, die mich versteht, kann ich dich mal persönlich anrufen“), wiederholter Krisen mit der Tendenz, Ursachen zu externalisieren („ich

habe mich geschnitten, weil du mir nicht zugehört hast“) erfordert von einem pädagogischen Team eine hohe Belastungsfähigkeit und Erfahrung mit dieser Klientel. Einheitliche und gut eingeführte Vorgehensweisen z.B. bei Krisen (Krisenmanagement), regelmäßige Supervision und Entlastungsmöglichkeiten (z.B. durch Leitungspersonal) stellen unabdingbare konzeptionelle Rahmenbedingungen dar. Die Behandlung und Betreuung von Jugendlichen mit einer Borderline-Problematik führt häufig zu Rückschlägen und erfordert die Strategie der kleinen Schritte und des langen Atems

• **Individuelle, in den Gruppenalltag integrierte therapeutische Veränderungsansätzen**

Die Gruppe stellt nicht alleine einen strukturierten Lebensort für die Jugendlichen dar, sondern ist im Sinne des „Therapeutischen Milieus“ als Lernfeld zu gestalten, in dem gezielt und geplant Verhaltensveränderungen und Kompetenzentwicklungen durch die gruppenpädagogische Rahmenbedingungen ermöglicht werden (Kellerhaus, 2003). Therapeutische Zielsetzungen werden dabei nicht (alleine) in gesonderten Therapiestunden entwickelt und realisiert, sondern in den Gruppenalltag integriert. Zusammen mit den Jugendlichen sind für den Aufenthalt in einer Jugendhilfeeinrichtung klare therapeutische Zielsetzungen (konkret und auf der Verhaltensebene überprüfbar) zu formulieren und möglichst in einem Behandlungsvertrag festzuhalten. Die Jugendlichen neigen dabei häufig zu unrealistischen Zielsetzungen mit der Gefahr des Scheiterns bzw. des Katastrophisierens („entweder mir gelingt alles perfekt oder ich bin nichts wert“). Abhängig von der individuellen Problematik können folgende Zielbereiche formuliert werden, die auf der beobachtbaren und überprüfbaren Verhaltensebene operationalisiert werden:

- Verbesserung der Emotionsregulation und der Spannungstoleranz
- Entwicklung adäquater Problemlösestrategien
- alterstypische Alltagsbewältigung und Freizeitgestaltung
- Verbesserung sozialer Kompetenzen
- schulische oder berufliche Integration
- Bearbeitung traumatisierender Erlebnisse (in Einzeltherapie)

Für die psychotherapeutischen Behandlung der Borderline-Störung hat sich die dialektisch-behaviorale Therapie nach Linehan (2004) als effektiv erweisen. Durch Böhme et al. (2001) fand

eine Adaptation an die gruppentherapeutische Behandlung mit Jugendlichen statt. Das Therapemanual bietet eine Reihe von Anregungen und Materialien, die auch in der therapeutisch gestalteten Behandlung und Betreuung in stationären JH-Einrichtungen zu realisieren sind. Inhaltliche Schwerpunkte sind insbesondere Strategien zur Erhöhung der inneren Achtsamkeit und der Stresstoleranz sowie Module zur Emotionsregulation und zur Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen.

Leitgedanke bei der pädagogisch-therapeutischen Arbeit muss sein, mit dem Problemverhalten inkompatible, alternative, prosoziale Verhaltensweisen aufzubauen und zu stabilisieren. Die Jugendlichen selbst können zwar oft thematisieren, welche Verhaltensweisen sie in ihrer Entwicklung hemmen (selbstverletzendes Verhalten, Aggressivität, Suchtverhaltens...), habe allerdings keine alternativen Handlungsmuster im Verhaltenrepertoire. Der Aufbau von Handlungsalternativen und neuen veränderten Möglichkeiten der Emotionsregulation führt oft über besondere heilpädagogische Angebote.

3.5.2 Handlungs- und erlebnisorientierte heilpädagogische Angebot

Psychische Störungen sind Störungen des Erlebens und Verhaltens. Veränderungen werden erzielt durch neue Erlebens- und Verhaltenserfahrungen. Im Sinne einer multimodalen Behandlung impliziert dies für die stationäre JH-Maßnahme, den Jugendlichen geplant und strukturiert Möglichkeiten anzubieten, in denen sie, möglichst leistungsfrei, neue Erfahrungen machen können, sich ausprobieren können, ihre Fähigkeiten und Grenzen ausloten, Interessen entwickeln und sich in anderen als den bisher bedienten dysfunktionalen Handlungsmuster als erfolgreich erleben können. Erlebnispädagogische Gruppenaktivitäten (Klettern, Kanufahren, Wandern ...), künstlerisch-gestalterische Projektarbeiten (z.B. themenzentriertes Werken, Tanzen, Theater...) und auch gezielte sportliche Aktivitäten (z.B. Jogging-Gruppe...) bieten in der therapeutischen Heimerziehung vielfältige Möglichkeiten, die in ihrer Gestaltung auf die Besonderheiten von Jugendlichen mit einer Borderline-Problematik ausgerichtet sein müssen. Die Tendenz, Freizeitangebote schnell abzuwerten, zwischen Größenideen und Versagensängsten in der Inaktivität zu verharren, sich kurzfristig zu begeistern und bei geringen Frustrationen die gesamte Aktivität einschließlich aller Personen, die daran

teilnehmen, massiv zu entwerten erfordert eine intensive Vorbereitung und ein Krisenmanagement für solche Aktivitäten. MitarbeiterInnen müssen auf die Möglichkeit vorbereitet sein, einzelne Jugendlichen aus einer Gruppe zu nehmen und zu betreuen, ohne dass die gesamte Aktivität dadurch gefährdet ist. Umgekehrt muss vorbereitet sein, wann und wie die Jugendlichen wieder in die Aktivität einsteigen können. Dies setzt grundsätzlich voraus, dass erlebnispädagogische, gestalterische und sportliche Angebote als wertvolle konzeptionelle Bausteine mit einer Verbindlichkeit für die Jugendlichen in einem Gesamtbehandlungsplan verankert und nicht als willkürlich zu gestaltende Freizeitbeschäftigungen verstanden werden.

3.5.3 Kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung mit Möglichkeiten der Krisenintervention

Die Zusammenarbeit der Disziplinen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe in der Betreuung und Behandlung von Jugendlichen mit einer Borderline-Problematik ist aus unterschiedlichen Gründen ein essentieller Bausteine im Rahmen eines multimodalen Behandlungskonzeptes. Zum einen erhalten die Jugendlichen häufig eine psychopharmakologische Unterstützung, die einer kontinuierlichen fachärztlichen Begleitung bedarf. Weiter müssen die Jugendlichen oft wegen assoziierter Problembereiche wie z.B. Essstörungen, depressive Entwicklungen o.ä. regelmäßig fachärztlich vorgestellt werden. Es kann auch sehr hilfreich sein, bestimmte Interventionen wie z.B. die regelmäßige Gewichtskontrollen oder die Untersuchung nach Schnittverletzungen aus den pädagogischen Alltag auszugliedern und in Absprache mit dem Arzt in den medizinischen Bereich zu integrieren.

Eine weitere Facette der Zusammenarbeit ist die Möglichkeit der kinder- und jugendpsychiatrischen Krisenintervention bei akuter Suizidalität, massiven selbstverletzenden Verhaltensweisen, bei akuter Fremdgefährdung oder emotionalen Ausnahmezuständen. Erst die Möglichkeit einer klinischen Krisenintervention macht es möglich, manche Jugendliche mit einer Borderline-Problematik in einer Jugendhilfeeinrichtung zu führen, da die Intensität spezifischer Problembereiche (suizidale Drohungen, selbstverletzendes Verhaltens..) ohne die Möglichkeit einer zeitnahen klinischen Krisenintervention zu einer Überforderung des pädagogischen Teams führen würde.

Die Aufnahme in eine kinder- und jugendpsychiatrische Klinik im Sinne einer Krisenintervention ist

möglichst kurz zu gestalten und darf für die Jugendlichen nicht zum Handlungsmuster zur Vermeidung von Anforderungen in der Jugendhilfeeinrichtung oder zur habituierten Problembewältigungsstrategie werde. Die Kooperation gelingt dort, wo sich die unterschiedlichen Versorgungssysteme nicht als Ausfallbürge des jeweilig anderen Systems sehen sondern im Sinne einer integrierten Behandlung die jeweiligen Möglichkeiten in einen Gesamtbehandlungsplan einmünden lassen.

Über die direkte Intervention bieten die Kooperation mit einer Klinik die Chance einer fachlichen Qualifizierung der pädagogischen MitarbeiterInnen durch gemeinsame Fortbildungsangebote und Fallkonferenzen.

3.5.4 Beratung und Betreuung der weiteren Bezugspersonen (Erziehungsberechtigte, Lehrer..)

Selbst wenn die Rückführung in die Familien nicht primäre Zielsetzung der Maßnahme ist sondern altersbedingt eine Verselbständigung angestrebt wird, nimmt die Arbeit mit den Bezugspersonen eine bedeutende Rolle ein. Die Erziehungsberechtigten stellen die Frage nach dem „wie und warum“, wollen ein Erklärungsmodell und Handlungsstrategien im Umgang mit den Jugendlichen. Selbstverletzende Verhaltensweisen, aggressive Handlungen oder auch Suiziddrohungen haben häufig zu einem Interaktionsmuster geführt, das durch „Erpresserspiele“ zur Hilflosigkeit seitens der Erziehungsberechtigten geführt hat.

Diese Thematiken können in psychoedukativen Beratungsangeboten sowohl im Einzelkontakten oder auch in Gruppen in den Mittelpunkt gestellt werden. Manchmal können dabei auch Literaturempfehlungen (z.B. Rahn, 2003) unterstützend sein.

Besondere Ängste können Jugendliche mit einer Borderline-Problematik in der Schule auslösen. Die problematischen Verhaltensweisen sind nur schwer nachvollziehbar und können im schulischen Rahmen zur Destabilisierung eines Klassenverbandes oder auch zu nachahmenden Verhaltensweisen (z.B. bei Selbstverletzungen) führen. Die Beratung und Begleitung der Lehrer der Schulen und ein klares Krisenmanagement (wer ist zu informieren, wenn sie die Schülerin ritzt, wer holt sie aus der Schule ab, wie wird der Wiedereinstieg in die Klasse gestaltet), aber auch Absprachen über die flexible Gestaltung von Leistungsanforderungen sind Voraussetzung für die Integration in die Schule.

3.5.5 Optional: Einzels psychotherapie zur Behandlung traumatisierender Erlebnisse

In Einzelfällen kann über eine therapeutisch gestaltet Jugendhilfemaßnahme hinaus eine psychotherapeutische Einzelbehandlung außerhalb der Einrichtung bei Jugendlichen mit einer Borderline-Problematik sinnvoll sein. Es ist allerdings darauf zu achten, dass das Helfersystem nicht zu komplex und unüberschaubar wird, dass zwischen den Helfersystemen ein guter Informationsaustausch sicher gestellt wird, dass eine Einzeltherapie konzeptionell der Jugendhilfeeinrichtung nicht entgegenläuft und für die Jugendlichen Therapie nicht zu ihrem Hauptbeschäftigungsfeld wird. Insbesondere für schwer traumatisierte Jugendliche z.B. mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung kann eine solche Einzeltherapie indiziert sein. In der Einrichtung können die Mitarbeiter eine solche Therapie begleiten, indem sie sie nicht als „Konkurrenzveranstaltung“ bewerten und die Jugendlichen unterstützen, bestimmte Themen und Inhalte aus dem Gruppenalltag heraus zu nehmen und in der Therapie zu bearbeiten (z.B. sexuelle Missbrauchserfahrungen...)

Natürlich kamen Rückschläge und ich muss immer noch viel angehen, aber ich denke ich bin auf einem guten Weg dank des Vertrauens, das in mich gesetzt wurde und der vielfältigen Hilfen, die ich bekomme und bekam. Viel geholfen haben mir Menschen, die mich aufgebaut haben, die mir beistanden sowie der Abstand von meinen Eltern und die immer noch andauernde Therapie. Nicht geholfen haben mir Drohungen oder Misstrauen von Menschen sowie Bestrafungen oder Ignoranz.

Autor:

Dr. Norbert Beck,
Bereichsleiter, ÜBBZ – Überregionales Beratungs- und Behandlungszentrum St. Josef
Wilhelm-Dahl-Straße 19
97082 Würzburg
Tel.: 0931/41904-0/-30 / Fax: 0931/416435
e-mail: beck.norbert@skf.wuc.de

Literatur:

Adam, A., Peters, M. (2003). Störung der Persönlichkeitsentwicklung bei Kinder und Jugendlichen. Ein integrativer Ansatz für die Psychotherapeutische und sozialpädagogische Praxis. Stuttgart: Kohlhammer

Böhme R., Fleischhaker Ch.m Bruns F.M., Schulz. E. (2001): Arbeitsbuch Dialektisch-behaviorale Therapie für Jugendlichen (DBT-A). Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und jugendlaters des Klinikums der Universität Freiburg.

Bohus, M. (2002). Borderline-Störung. Göttingen: Hogrefe

Dilling, H., Mombour. W., Schmidt M.H. (2004). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern, Göttingen, Toronto: Huber

Fiedler, P. (2001). Persönlichkeitsstörungen. Weinheim: PVU

Herperstz-Dahlmann, B., Herpertz, S.C. (2003): Persönlichkeitsstörungen. In Herperstz-Dahlmann B., Rech F., Schulte-Markwort A, Warnke A. Entwicklungspsychiatrie. Biologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen. Stuttgart: Schattauer.

Jerschke, S., Meixner, K., Richter, H., Bohus, M. (1998). Zur Behandlungsgeschichte und Versorgungssituation von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen in der Bundesrepublik Deutschland. Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie 66 (12), 545 – 552

Kellerhaus. Th J. (2004). Veränderungen in der Gestaltung Mädchenspezifischer erzieherischer Hilfen. In Flossdorf, P. & Patzelt, H. (Hrsg.) Therapeutische Heimerziehung. Entwicklungen, Konzepte, Methoden und ihre Evaluation. Europäische Studien zur Jugendhilfe (Schriftenreihe des Institutes für Kinder- und Jugendhilfe) -Bd. 8, 15-41.

Kernberg O.F.: (1967). Borderline personality organisation. Journal of the American Psychoanalytic Association, 15, 641 – 685.

Kernberg O.F.: (1975). Borderline conditions and pathological narcissism. New York: Aronson

Linehan, M.M., Koerner, K. (1992). Behavioral theory of borderline personality disorder. In J. Paris (ed.) Handbook of borderline personality disorder. Washington, DC: American psychiatric Press

Linehan M. (2004) Trainingsmanual zur Dialektisch-behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München, CIP-Medien

Rahn, E. (2003). Basiswissen: Umgang mit Borderline-Patienten. Bonn: Psychiatrie-Verlag

Spiel, W. Spiel. G. (1987). Kompendium der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie. München, Basel: Ernst Reinhardt.

Bindungsgestörte Kinder und Jugendliche mit einer Borderline-Störung

Lisbeth Wolkersdorfer/ Gerhard Nechwatal

Die folgenden Ausführungen geben den zweiten Teil eines Vortrages wieder, welcher im Rahmen der Bausteine-Fortbildungsreihe des Kinder- und Jugendhilfezentrums Caritas-Kinderdorf Marienstein in Eichstätt gehalten wurde. Im ersten Teil des Vortrages wurde ausführlich auf die Aussagen der Bindungstheorie, u.a. unter Bezugnahme auf Forschungsergebnisse von BOWLBY, AINSWORTH, GROSSMANN/GROSSMANN, BRISCH und SCHLEIFFER, eingegangen.

Ziel der Veranstaltung war es, den MitarbeiterInnen einer Jugendhilfeeinrichtung eine *Arbeitshilfe* zu geben, damit diese bestimmte Symptome des Verhaltens und Erlebens von Kindern und Jugendlichen bzw. auch von deren Eltern und Angehörigen - welche zunächst nicht selten unerklärlich erscheinen - besser *verstehen* lernen und angemessen heilpädagogisch und therapeutisch *handeln* können. Grundlegend für den Inhalt des folgenden Textes war die Veröffentlichung von HOFMANN (2002).

1 Einleitung

Das Krankheitsbild „Borderline-Störung“ fällt in die Kategorie *Persönlichkeitsstörung*. Im Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen der American Psychiatric Association DSM-IV-TR ist es unter der Nr. 301.83 mit der Bezeichnung „Borderline Persönlichkeitsstörung“ (2003, 255f) zu finden.

Im Multiaxialen Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation ist es unter F 60.31 „Emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus“ geführt (2004, 230).

Die Diskussion, ob die Diagnose auf Kinder und Jugendliche anzuwenden ist, wird kontrovers diskutiert. *Auf keinen Fall sollte ihnen dieser Stempel vorschnell aufgedrückt werden. Andererseits zeigt die Bindungsforschung, dass die Herausbildung der Borderline-Persönlichkeitsorganisation ab dem 5. - 6. Lebensjahr beginnt und ab dem 8. - 9. Lebensjahr eindeutig festgestellt werden kann.*

Die frühe Erkennung der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist für die weitere prognostische Entwicklung wie auch für die therapeutischen und pädagogischen Interventionen entscheidend. Ohne

entsprechende Schutzfaktoren besteht die Gefahr, dass es durch ständige Bindungsabbrüche zu einer Chronifizierung und Verstärkung der Störung kommen kann.

2 Definition

Der Begriff „Borderline“ bedeutet Grenze. Die Störung ist im Grenzbereich zwischen Neurose und Psychose angesiedelt und nicht eindeutig zuzuordnen. Neurosen sind Krankheiten mit bestimmten seelischen Symptomen, z.B. Hemmung, Angst, Zwang und auch körperliche Störungen ohne organische Ursache. Mehr oder weniger ist jeder von uns im Laufe seines Lebens mit neurotischen Symptomen konfrontiert. Bei den Psychosen treten Wahnphänomene und Halluzinationen auf, welche die Fähigkeit zur Bewältigung der gewöhnlichen Lebensaufgaben beeinträchtigen (z.B. Schizophrenie).

3 Kurzer Überblick

Das Verstehen des Borderline-Störungsbildes in seiner Komplexität im Kindes- und Jugendalter ist, wie bei kaum einem anderen Störungsbild, die Voraussetzung für ein wirkungsvolles therapeutisches und pädagogisches Arbeiten mit den Betroffenen.

Das entscheidende Kriterium für die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist die *Angst, verlassen zu werden* und das *verzweifelte Bemühen, dieses tatsächliche oder vermutete Verlassenwerden zu vermeiden*.

Das wesentliche Störungsmuster ist die gestörte Bindungsentwicklung, die bereits ab dem Zeitpunkt der Geburt mit der Störung der mütterlichen Bindungsprägung, auch *bonding* genannt, beginnt.

Im Verhaltensbereich ist eine aggressiv fremd- und selbstgefährdende, selbstdestruktive oder manipulativ anmutende Kommunikation zu beobachten. Diese kommt durch Trennungs-, Verlust- und Bedrohungsängste zustande.

Ein bindungsorientiertes Verständnis kann für die Zukunft von borderline-gestörten Kindern und Jugendlichen von großer Bedeutung sein.

4 Ursachen der Borderline-Störung

Im Folgenden wird auf die Borderline-Angst und ihre Folgen für die Beziehungsgestaltung eingegangen.

Jede Einrichtung der Jugendhilfe kennt Kinder mit unerklärlichem Verhalten. Sie zeigen sich aggressiv, fügen sich selbst Verletzungen zu, begehen Diebstähle, sind erpresserisch oder manipulativ. Diese

problematischen Verhaltensweisen brauchen meist ein Publikum. Man bezeichnet sie als „extrovertierte Verhaltensstrategien“, sie inszenieren innere Konflikte nach außen auf ihre Beziehungswelt. Mit der inszenierten Beachtung durch andere wird die eigene Angst vor Einsamkeit, Verlassenheitsgefühlen und Isolation reduziert. Die Kinder definieren sich dabei über ihre Wirkung auf andere: „Ich bin, weil andere nach meiner Pfeife tanzen, Angst vor mir haben, mich verachten.“ Gleichzeitig verhindern sie aber durch ihr Verhalten, dass sie bekommen, was sie eigentlich bräuchten: Vertraute Nähe, Stabilität und Geborgenheit bei anderen Menschen. Das zentrale Thema der borderline-typischen Beziehungsstörung ist eine Angst, die lebensgeschichtlich bedingt ist. Sie basiert auf weit zurückliegenden negativen Bindungserfahrungen. Die Qualität der ersten Bindungsbeziehung überträgt sich im Entwicklungsverlauf als zwischenmenschliche Lernerfahrung auf die Beziehungsgestaltung zu allen späteren sozialen Bezugspersonen. Situationen wie Beziehungsaufnahme, Schutz- und Hilfesuche, Aufrechterhaltung von Beziehung und Trennung sind immer mit intensiven, auf die frühen Erfahrungen zurückgehenden Gefühlen verbunden. Nicht immer ist ein reales Trauma in der frühen Kindheit gegeben. Auch ständige emotionale Vernachlässigung, Nichtverfügbarkeit von Bezugspersonen, Androhung von Weggabe, körperliche Gewalt und Tabuisierung in der Familie wirken traumatisierend und können die Borderline-Angst hervorrufen.

Diese Angst zeigt sich in der instabilen zwischenmenschlichen Beziehungsgestaltung. Einerseits wird ängstlich nach Nähe, Schutz und Halt gesucht, andererseits besteht eine massive Angst vor Nähe, Enttäuschung, vor dem Gefühl, abgelehnt und verlassen zu werden. Auch eine soziale Integration ist dadurch erschwert.

In Lebensläufen findet man deswegen häufig die Bezeichnung „Gruppenunfähigkeit“. Im fortschreitenden Jugendalter wird deutlich, daß auch die Bindung an die Gesellschaft, an ihre Normen und Werte nicht ausgeprägt ist.

5 Symptome

Generell ist zu bedenken, dass Borderline als eine *emotionale instabile Persönlichkeitsstörung* definiert wird. Das heißt, die Störung betrifft den Kern der Persönlichkeit, die Ebene der Ich-Struktur. Es besteht eine Störung der inneren Erlebenswelt, der Bindungsregulation und der Regulation der Selbst-

empfindung. Auf dieser strukturellen Ebene sind die typischen Symptome zu verstehen.

Die Reaktionen der Kinder auf Verlassenheits- und Bedrohungsängste, die durch ganz alltägliche Situationen ausgelöst werden können, variieren auf einer Bandbreite zwischen zwei Polen.

Der eine Pol ist gekennzeichnet durch aggressive, impulsive Qualitäten mit unkontrollierten selbst- und fremdgefährdenden Verhaltensweisen, oft der Situation unangemessen. Der andere Pol zeigt Verhaltensweisen, in denen scheinbar geplant andere Personen zum eigenen Vorteil manipuliert werden oder in bestehenden Beziehungen intrigiert wird. Im Kindes- und Jugendalter überwiegt meist noch keine Verhaltensstrategie, auch ist oft ein schneller Wechsel zwischen unterschiedlichen Entwicklungsniveaus zu beobachten, mal altersentsprechend, mal kleinkindhaft, dann wieder frühreif. In den folgenden Ausführungen wird auf einige typische Symptome eingegangen.

- Die Unfähigkeit, Wut zu kontrollieren

Extremer Zorn und unangemessene Reaktionen sind oft die Antwort auf Begrenzungen und Konsequenzen.

- Impulsives Verhalten

Das impulsive Verhalten steht u.a. im Zusammenhang mit der eben erwähnten Unfähigkeit, Wut zu kontrollieren.

Bei autoaggressiver und selbstdestruktiver Impulsivität kann ein Zusammenhang bestehen zu frühen traumatischen Erlebnissen. In selbstschädigendem Verhalten kommt auch die Überzeugung zum Ausdruck, „böse und nichts wert zu sein“.

Selbstmordankündigungen sind immer ernst zu nehmen, besonders wenn Verhaltensänderungen zu beobachten sind.

Das sogenannte „Schnippeln“ oder „Ritzen“ tritt im späten Kindesalter und besonders im Jugendalter auf. Im Gegensatz zu den bei Jugendlichen üblichen Kratzern am Handgelenk sind die Verletzungen tiefer und über beide Arme oder andere Körperteile verteilt. Meist sind auch Narben zu finden. Die selbstverletzenden Handlungen dienen dem sofortigen emotionalen Spannungsabbau. Auch Selbstbestrafung kann eine Rolle spielen.

- Weglaufen oder Ausreißen

Dieses Verhalten kann eine direkte Beziehungsbotschaft für die Bezugspersonen sein.

- Störungen der Sexualität

Störungen der Sexualität zeigen sich in Form eines häufigen und schnell wechselnden, unkritischen sexuellen Sich-Einlassens mit gleichaltrigen oder

älteren Jugendlichen. Die Bindungsstörung ist hier offensichtlich. Aber auch eine Hemmung der Sexualität aus Angst vor Nähe ist häufig.

- Substanzenmissbrauch

Der Alkoholkonsum beginnt oft schon im späten Kindesalter und dient dem Spannungsabbau, der Abwehr von unangenehmen Gefühlen und der Selbstwertstabilisierung. Bei Drogenkonsumenten wird die Borderline-Störung als häufigste Zusatzdiagnose gestellt.

- Delinquente Verhaltensweisen

Die moralische Entwicklung der individuellen Akzeptanz sozialer Normen schließt sowohl die interpersonelle Beziehungsgestaltung als auch die Beziehung zu den gegenständlichen Symbolen bzw. Wertsymbolen der Gesellschaft und Umwelt ein. So gesehen ist die Borderline-Störung nicht nur eine soziale Störung schlechthin, sondern eine Störung in der moralischen Bindung an die Gesellschaft.

Dabei sind zwei Formen zu unterscheiden. Bei der *durch bestimmte Ereignisse oder Situationen hervorgerufenen Straffälligkeit* spielen reale oder phantasierte Ängste eine Rolle. Bei den *habituell-delinquenten Verhaltensweisen* kann eine verborgene, zur „Gewohnheit“ gewordene anti-soziale Grundhaltung angenommen werden.

Die frühe Störung des bindungsbezogenen Urvertrauens, des Urgrunds jeder Moral, ist eine Störung, die zeitlich schon vor der Moralentwicklung anzusiedeln ist.

- Aggressive Fremdverletzung

Die betroffenen Kinder und Jugendlichen sind nur schwer in der Lage, ihre Gefühle zu reflektieren, zu äußern und zu steuern. Eine Vorphase der aggressiven Aus- und Durchbrüche – eine sogenannte Aura – ist oft nicht festzustellen. Die engen Bezugspersonen spüren meist, dass etwas in der Luft liegt. Das Ansprechen des Betroffenen ist im Einzelfall abzuwägen.

- Emotionale Instabilität

Es werden *Stimmungsschwankungen* beobachtet, die nicht selten plötzlich und innerhalb weniger Minuten oder Sekunden wechseln können.

Reizbarkeit zeigt sich oft in Spannung, motorischer Unruhe und verbaler distanzloser Abreaktion.

Die *Depression* kann unterschiedlich intensiv sein. Sie ist gekennzeichnet durch eine innere depressive Leere, die oftmals mit der typischen Selbstwertstörung „Ich bin böse, ich taue nichts“ in Verbindung steht.

Bei *Angstzuständen* reicht das Spektrum von sozialer Ängstlichkeit bis hin zu Phobien, Angst vor Naturereignissen, Dunkelheit usw.

Zustände von *Euphorie* beschreiben lustig überschwängliche Stimmungslagen, die in ihrer Plötzlichkeit der Situation nicht angemessen sind und überaktives umtriebige Verhalten.

Zustände von *Gefühllosigkeit* beschreiben eine situativ auftretende scheinbare Empfindungslosigkeit, Abgestumpftheit und Teilnahmslosigkeit.

6 Abwehrmechanismen

Abwehrmechanismen sind Bewältigungsversuche, um die Angst abzuwehren. Auch psychisch gesunde Menschen entwickeln Abwehrmechanismen. Bei der Borderline-Störung sind dies besondere Mechanismen, die wieder zu neuen Problemen führen.

Typische Abwehrmechanismen sind interpersonelle Realitätsverzerrungen und Täuschungen bezogen auf andere Personen, Selbsttäuschungen und Beeinträchtigungen der Realitätsorientierung

6.1 Interpersonelle Realitätsverzerrungen

Drei interpersonelle Realitätsverzerrungen werden in den folgenden Ausführungen vorgestellt.

- Spaltung

„Ich hasse dich – verlass mich nicht!“ Die Spaltung als übergreifender Prozess liegt den anderen Abwehrmechanismen zugrunde (vgl. KREISMAN/STRAUS, 2004). Sie führt zum Erleben extremer Gefühlszustände von „Gut“ und „Böse“. Diese können sich in Formen extremer Selbstverachtung und Selbstbestrafung oder Selbstverherrlichung und Selbstbewunderung äußern. Die Bezugspersonen sind entweder Träger von „guten“ oder „bösen“ Inhalten. Meist sind es die verantwortlichen Betreuer (anfangs die Eltern), die als bedrohlich und feindlich erlebt werden. Demgegenüber gibt es auch die Helden, die geliebt und verehrt werden und deren Nähe gesucht wird. Die Spaltung ist schwarz und weiß, es gibt keine Grauzonen. Aber auch die Helden können schnell gestürzt werden. *Ein Indikator für die Spaltung des Kindes ist die Spaltung des Betreuungsteams.* Die „Bösen“ sind die Gegner des Kindes, die „Guten“ die Verteidiger der/des Betroffenen.

- Primitive Idealisierung

Die Bezugspersonen existieren als subjektiv real erlebte Wunsch- und Phantasiebilder. Eine Botschaft an eine Person kann beispielsweise lauten: „Nur du kannst mir helfen“. Hier spielt die Hyper-

sensibilität der betroffenen Kinder eine große Rolle. Sie spüren instinktiv die „Schlagseiten“ der Bezugspersonen. Dem Eitlen wird geschmeichelt, dem Helfer wird vermittelt, wie wichtig er ist. So wird innere Verbundenheit erzeugt, die erst für Entspannung sorgt, dann aber durch die große Nähe wieder Angst vor Enttäuschung und Verlustangst gefördert.

- Entwertung

Auf die Idealisierung folgt nicht selten die Entwertung, die meist mit dem eigenen Omnipotenz erleben des Kindes einhergeht. Die Entwertung kann verbal aggressiv oder körperlich aggressiv erfolgen, aber auch in Form von Intrigen (Anschwärzen etc.) stattfinden. Die Entwertung ist subjektiv und gezielt. Die ängstliche Bezugsperson wird bedroht, der ehrgeizigen Person werden Fehler unterstellt etc. Durch die Hilflosigkeit der Bezugspersonen kann ein erneuter Beziehungsabbruch die Folge sein.

6.2 Selbsttäuschungen

Im Folgenden seien zwei zentrale Selbsttäuschungen erwähnt.

- Omnipotenz

Die Omnipotenz ist ein innerer und schützender Rückzug in die Welt von Größen- und Allmachtsphantasien, die sich bereits im Kindesalter ausbildet. Sie schützt vor den eigenen, aggressiven Regungen, vor den inneren Ungeheuern. Darin kommt auch das Bemühen zum Ausdruck, sich unabhängig von bedrohlich erlebten Menschen zu erleben.

- Projektive Identifizierung

Bei der projektiven Identifizierung werden innerseelische Anteile gewissermaßen aus der eigenen Psyche ausgelagert und auf andere „übertragen“, besonders auf Bezugspersonen. Sie bringen diese dazu, „unbewusst“ tatsächlich aggressiv und wütend zu werden, was wieder Ablehnung und Bindungsabbruch zur Folge haben kann. Es kann zu aggressiven Gegenübertragungen seitens der Bezugspersonen kommen, wenn dieser Mechanismus nicht verstanden wird.

6.3 Beeinträchtigung der Realitätsorientierung

Bei psychotischen Erkrankungen (Schizophrenie etc.) kommt es zu Realitätsverlust. Die Borderline-Störung nähert sich den Psychosen insofern „grenzwertig“ an, als der Realitätsverlust nur kurzfristig ist oder ein Minimum an Realitätsprüfung

erhalten bleibt. Man spricht dann von „präpsycho-tischen Episoden“. Bei der beeinträchtigten Realitätsorientierung handelt es sich um ein defensiv-vermeidendes Ausweichen vor der Realität und kommt durch die verzerrte Wahrnehmung von sich selbst und den anderen zustande. Sie ist eine Folge der genannten Abwehrmechanismen wie Spaltung und Identifizierung. Dabei kann es je nach Bedrohungsintensität Unterschiede in den verschiedenen Lebensbereichen geben (z.B. Schule, Familie).

Beispiele sind die bereits genannten Größen- und Machtphantasien und die wunschgetönten Beziehungsphantasien. Im Folgenden weitere Symptom-Beispiele.

- Münchhausensyndrom

Dabei steht die Selbstmanipulation von Krankheitssymptomen im Vordergrund. Oft werden auch körperliche und psychische Krankheitssymptome vorgetäuscht, um Aufnahme in Krankenhäusern und Behandlung zu erreichen.

- Pseudologia phantastica

Pseudologia phantastica tritt bei der Borderline-Störung überzufällig häufig auf. Es besteht ein starker Drang zur Selbstdarstellung. Bedeutsam ist, dass die Betroffenen an die vorgebrachten Phantasereien letztlich selbst glauben – es handelt sich also nicht um Lügen.

Für viele Symptome gilt, dass sie nur in einem Bereich auftreten. Für die meisten Gebiete der Lebensbewältigung existiert die Fähigkeit der angemessenen Realitätsorientierung und Realitätsprüfung. Sie wirken alle subjektiv selbstwertstabilisierend, sie erzeugen Beachtung als minimale Bindungsqualität. An dieser Stelle soll aber nochmals kurz auf das zu Beginn dieses Abschnitts erwähnte Störungsbild der präpsycho-tischen Episoden eingegangen werden.

- Präpsycho-tische Episoden

Hierbei handelt es sich um eine schwere Störungsform der Realitätsprüfung, welche eher selten vorkommt. Die präpsycho-tischen Episoden lassen sich psychiatrisch der schizotypen Störung (ICD 10, F 21) zuordnen. Man nennt sie auch schizotype Persönlichkeitsstörung, präpsycho-tische Schizophrenie oder Borderline-Schizophrenie. Es besteht keine Schizophrenie als nachweisbares Krankheitsbild, aber es werden typische Symptome wie Halluzinationen, Zwangsgedanken, Zwangshandlungen, wahn-ähnliche Gedanken, emotionale Stumpfheit beobachtet.

7 Borderline-Störung und die Beziehung zu Bezugspersonen

Nicht nur bei der Borderline-Störung im Kindes- und Jugendalter, aber hier psychodynamisch besonders bedeutsam, werden Bindungserfahrungen auf spätere in Verantwortung stehende Bezugspersonen übertragen. Es handelt sich um negative traumatische Erlebensweisen von Bindungserfahrungen. Die Übertragung basiert nicht auf der Wahrnehmung der Gesamtpersönlichkeit der Bezugsperson, so dass ein bewusstes Bild wie „Du erinnerst mich an meine Mutter, für die ich böse war“ nicht zustande kommt. Es sind wahrscheinlich unbewusste situative Teilwahrnehmungen. Besonders intensiv ist aber das Gespür, mit dem die Kinder die tatsächlichen emotionalen situativen Befindlichkeiten und die realen „Schwächen“ von bindungs-anbietenden Bezugspersonen in enorm kurzer Zeit (Minuten oder Sekunden) instinktiv fühlen. *Es scheint eine ständige Prüfung abzulaufen im Sinne von „Kannst Du mich halten?“ „Warum könntest Du mich nicht halten?“ oder „Du kannst mich sowieso nicht halten!“* Dann folgt die eigentliche Prüfung der „Haltefähigkeit“, die Bezugsperson wird „getestet“. Diese Prüfungen verlaufen für die betroffenen Bezugspersonen sehr persönlich, gezielt und mit einer hundertprozentigen Trefferrate bezogen auf eigene Defizite, Kränkungen und Befindlichkeiten. Der ängstlichen Bezugsperson wird Angst gemacht, übergenau korrekte Bezugspersonen werden in ihrem Ordnungsstreben gekränkt, leicht erregbare sensible Typen werden z.B. gereizt. In letzter Konsequenz erfahren die Kinder dadurch wieder einen Beziehungsabbruch.

8 Die Behandlung der Borderline-Störung

Trotz ungünstiger Bindungserfahrungen mit den primären Bindungspersonen kann sich ein sicheres Bindungsmodell entwickeln. Durch *stabilisierende Schutzfaktoren* ist eine günstige Beeinflussung möglich, um die individuelle *Resilienz* (Widerstandsfähigkeit, Robustheit) zu stärken (vgl. NUBER, 2005, 20ff)

Einige grundlegende Faktoren für die Gestaltung von *korrigierenden Bindungserfahrungen* (vgl. SCHLEIFFER, 2001, 273 u. SCHLEIFFER/MÜLLER, 2002, 24ff) bei der heilpädagogischen und therapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen in einer Jugendhilfeeinrichtung werden im Folgenden vorgestellt.

- „Halten“ als sichere Basis

Das „Halten“ ist der wesentlichste Teil der therapeutischen und pädagogischen Beziehung und damit der personalen Grundhaltung zu borderline-gestörten Kindern und Jugendlichen. Gerade die verantwortlichen Bezugspersonen - z.B. in den Wohngruppen einer Jugendhilfeeinrichtung - haben dabei eine große Bedeutung, weil sie am engsten in Kontakt mit den Betroffenen sind. An dieser Stelle sei auch auf das Konzept des „therapeutischen Milieus“ verwiesen (vgl. BETTELHEIM, 1989, 225ff). Die Therapie umfasst nicht nur eine Therapiestunde in der Woche, sondern das alltägliche Umfeld.

Die Grundhaltung des „Haltens“ bedeutet in der praktischen Arbeit für die Kinder einzutreten, das Gefühl des Schutzes zu vermitteln, Liebe trotz eigener Wut und Hilflosigkeit anzubieten. Dadurch wird ein Nachholen der bisher nicht oder zuwenig erlebten Bindungsstabilität möglich.

Die Betreuungs- und Therapiepersonen sollte unbedingt die Fähigkeit zur Reflexion der eigenen Befindlichkeit haben, wie auch kompetent sein hinsichtlich des Erkennens der Befindlichkeit einer anderen Person.

Die Fähigkeit der eigenen Regulation von Nähe und Distanz wird als „professionelle Neutralität“ bezeichnet und ist wichtig für die Wahrung der eigenen Integrität und des Selbstschutzes.

- Übertragungen und Gegenübertragungen erkennen

Eine weitere Voraussetzung ist die Fähigkeit, zwischen selbst produzierten Gefühlen und solchen, die durch die Kinder und Jugendlichen produziert werden, zu unterscheiden. Es kommt oft vor, dass Therapeuten und Betreuer gefühlsmäßige Reaktionen (Gegenübertragungen) auf die ihnen von den Kindern entgegengebrachten Gefühle (Übertragungen) haben. Diese zu erkennen, kann sehr hilfreich sein. Der Zustand eines Betroffenen offenbart sich oftmals nicht in dem Verhalten des Betroffenen selbst, sondern in der Befindlichkeit des Teams der Bezugspersonen.

- Emotionales Einlassen

Offene Teamgespräche und Supervision helfen, mit Kränkungen und aggressiven Bedrohungen und anderen hilflos machenden Mechanismen umzugehen. Das setzt die innere Bereitschaft voraus, sich emotional einzulassen.

- Grenzsetzung

Halten und Aushalten bedeutet nicht Inkonsequenz und Nachgeben. Eine klare Strukturierung ist für das Kind und den Jugendlichen wichtig, d.h. die

Strukturierung des Alltags, der individuellen Ziele und auch der Beziehung. Direkte Konfrontation ist ein Teil der erzieherischen Arbeit. Diese gilt es aber wegen der Defizite im Selbstwert und der Frustrationstoleranz vorsichtig anzuwenden.

- Flexibles Reagieren

„Aushandeln“ und „situatives Nachgeben“ ist dem pädagogischen Autoritätskampf vorzuziehen, weil durch diesen die Angst ansteigt und damit die Aggression.

- Realitätsbezug

Ein wichtiges Ziel ist die Herstellung und Bestärkung des Realitätsbezuges im pädagogischen Alltag, im therapeutischen Milieu und im heilpädagogischen bzw. therapeutischen Einzel- oder Gruppen-setting.

- Auflösung des Spaltungserlebens

Die Kinder sollen lernen, dass aktuelle Bezugspersonen Stärken und Schwächen haben, die nichts mit dem Erlebten in der Vergangenheit zu tun haben. Idealisierung und Verteufelung sollen möglichst aufgelöst werden.

- Vertrauen erlebbar machen

Die Aussage „Was ich verspreche, muss ich halten“ hat hier besondere Bedeutung. In diesem Zusammenhang gilt aber auch, dass sich die Bezugspersonen nicht dazu verführen lassen, die allmächtigen Helfer zu spielen, sondern die eigenen Grenzen erkennen und vermitteln. Sonst wäre eine erneute Enttäuschung die Folge.

Abschließend sei noch auf folgenden Umstand verwiesen: In keiner Phase des Betreuungs- und Therapieprozesses kann eine für alle Zeit dauerhafte Besserung erwartet werden. Personelle und or-

ganisatorische Strukturveränderungen im Betreuungsrahmen können jederzeit wieder zu einer Verschlechterung des Verhaltens und Erlebens von Kindern und Jugendlichen führen.

Literatur:

BETTELHEIM, B.: Der Weg aus dem Labyrinth. Leben lernen als Therapie, München 1989.

DSM-IV-TR, Göttingen/ Bern/ Toronto/ Seattle 2003.

HOFMANN, R.: Bindungsgestörte Kinder mit einer Borderline-Störung, Stuttgart 2002.

ICD-10, Bern 2004.

KREISMAN, J.J./ STRAUS, H.: Ich hasse dich – verlass mich nicht. Die schwarzweiße Welt der Borderline-Persönlichkeit, 15. Auflage, München 2004.

NUBER, U.: Resilienz: Immun gegen das Schicksal?, in: Psychologie Heute 9/ 2005, 20-27.

SCHLEIFFER, R.: Der heimliche Wunsch nach Nähe. Bindungstheorie und Heimerziehung, Weinheim/ Basel/ Berlin, 2001.

SCHLEIFFER, R./ MÜLLER, S.: Heimkinder haben Schwierigkeiten, sich zu binden, in: neue caritas 20/ 2002, 24- 31.

Anschrift der Autoren:

Lisbeth Wolkersdorfer (Dipl.-Pädagogin) - Therapie- und Beratungsbereich

Dr. Gerhard Nechwatal (Dipl.-Psychologe/ Dipl.-Pädagoge) - Erziehungsleitung

Caritas-Kinderdorf Marienstein

85072 Eichstätt

Kinderdorfstraße 6, Tel.: 08421/ 600024

E-mail: kinderdorf.marienstein@caritas-eichstaett.de

80336 München, Lessingstr. 1, Telefon 089/54497-149, Fax.: 089/54497-187, e-mail: lvke.m.heckel@caritas-bayern.de

Erscheinungsweise: vierteljährlich / Verantwortlich: Dr. M. Deuerlein

Geschäftsstelle des Landesverbands katholischer Einrichtungen und Dienste der Erziehungshilfen in Bayern e.V. (LVkE)

Preis: jährl. 12,- Euro, Einzelheft 3,- Euro, zzgl. Porto-/Versandkosten, Konto: LIGA München 216 52 44, BLZ 750 903 00

Druck: Jugendwerk Birkeneck, Hallbergmoos