

Borderline nahe an der Grenz- linie

Umgang mit Patienten mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung, nach selbstverlet- zendem Verhalten

Aline Riesen

NDS HF Notfallpflege

Kurs H20

Kindernotfall Luzerner Kantonsspital

Datum: 11.04.2022

Zusammenfassung

Die vorliegende Diplomarbeit ist Bestandteil des Nachdiplomstudiums Notfallpflege HF, welches im Herbst 2020 gestartet und voraussichtlich im November 2022 abgeschlossen wird. In meinem Arbeitsalltag bin ich wiederholt mit Patienten nach einer Selbstverletzung konfrontiert. Im Umgang mit diesen Patienten merke ich, dass ich unsicher bin und aus meiner Sicht zu wenig über das Krankheitsbild der Borderline Persönlichkeitsstörung weiss, um diese Patientengruppe kompetent betreuen zu können.

Diese Arbeit definiert die Erkrankung und vermittelt einen Überblick über die Ätiologie, diagnostische Kriterien, Problembereiche der Betroffenen sowie auch über das selbstverletzende Verhalten. Es werden förderliche sowie hinderliche Umgangsweisen für die Arbeit mit Betroffenen beschrieben. Ebenfalls werden die positiven Seiten der Borderline Persönlichkeitsstörung dargestellt, um den bestehenden negativen Vorurteilen entgegen zu wirken. Für die Verbesserte Kommunikation wird die SET Kommunikation vorgestellt sowie zu vermeidende Ansätze beschrieben. Des Weiteren zeigt die Arbeit Lösungsansätze, um mit steigenden Spannungszuständen von Betroffenen während dem Aufenthalt auf der Notfallstation umzugehen. Anhand eines durchgeführten Gesprächs mit einer Fachperson aus der Kinder-Akutpsychiatrie (AKIS) im Luzerner Kantonsspital werden Handlungsempfehlungen betreffend der Zimmerzuteilung und der Wundversorgung unter Betäubung abgegeben.

Zum Abschluss der Arbeit erläutere ich meine kritischen Gedanken zu den erarbeiteten Fachinhalten und beschreibe in den Konsequenzen für die Praxis mein zukünftiges Vorgehen.

Danksagung

Ich bedanke mich herzlich bei meiner Mentorin Rahel Kugler sowie meiner Studiengangsbegleitung Petra Emmerich für die guten Ratschläge sowie die fachliche Expertise während der Verfassung der vorliegenden Arbeit. Des Weiteren bedanke ich mich beim Team der Kindernotfallstation am Kantonsspital Luzern sowie bei Familie und Freunden für die Unterstützung und die ermutigenden Worte während des Verfassens. Zuletzt möchte ich Ramona Zwyer und Regula Baggenstos für ihre Geduld und die Hilfe beim Lektorieren der Diplomarbeit danken.

Inhaltsverzeichnis

1	Einführung.....	1
1.1	Ausgangslage	1
1.1.1	Fallbeispiel	1
1.2	Fragestellung	2
1.3	Abgrenzung	2
2	Hauptteil: Bearbeitung der Fragestellung.....	3
2.1	Definition Borderline Persönlichkeitsstörung	3
2.1.1	Entstehung der Borderline Persönlichkeitsstörung.....	3
2.1.2	Diagnostisch Kriterien der BPS nach DSM-5	4
2.1.3	Diagnose im Jugendalter	4
2.1.4	Problembereiche der Borderline-Persönlichkeitsstörung	5
2.2	Selbstverletzendes Verhalten	6
2.2.1	Definition selbstverletzendes Verhalten	6
2.2.2	Selbstverletzung als dysfunktionale Bewältigungsstrategie der BPS	6
2.2.3	Funktion von selbstverletzendem Verhalten	7
2.3	Umgang mit Patienten mit einer BPS	7
2.3.1	Empfehlungen zum Umgang mit Betroffenen	7
2.3.2	SET Kommunikation	8
2.3.3	Kommunikation im Umgang mit Patienten mit einer BPS	8
2.4	Umgang mit Patienten nach Selbstverletzendem Verhalten	9
2.4.1	Hinweise zum Umgang mit Jugendlichen die SVV zeigen	9
2.4.2	Zu vermeidende Aspekte im Umgang mit SVV.....	9
2.4.3	Skills zur Krisenbewältigung	9
2.5	Ergebnisse aus dem persönlichen Gespräch mit Simon Ruckli	10
3	Schlussteil: Konsequenzen für die Praxis	11
3.1	Kritische Gedanken.....	11
3.2	Konsequenzen für die Praxis	13
3.3	Eigenreflexion	16
3.4	Schlusswort	16

Literaturverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

Anhang

Selbständigkeitserklärung

Veröffentlichung und Verfügungsrecht

1 Einführung

1.1 Ausgangslage

Die Betreuung von Patienten mit psychischen Erkrankungen ist für mich eine grosse Herausforderung. Ich wage zu behaupten, dass ich oft negative Verhaltensweisen mit psychischen Erkrankungen assoziiere, welche mich in der Zusammenarbeit mit den Patienten hemmen. Ich möchte meine persönliche Hemmschwelle im Umgang mit dieser Patientengruppe überwinden. In Zukunft will ich professionell auftreten und dabei kompetent handeln. Es ist mir ein Anliegen, Jugendliche mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung (BPS), während ihres Aufenthaltes auf der Notfallstation, auf der psychosozialen Ebene bestmöglich begleiten und unterstützen zu können.

Bisher habe ich beschränkte Kenntnisse über das Krankheitsbild BPS. Ich weiss, dass Betroffene zum Teil ein Kindheitstrauma erlitten haben und daher ein problematisches Bindungsverhalten aufweisen. Sie gelten als misstrauisch und sollen zu manipulativem oder selbstverletzendem Verhalten (SV) neigen. Wenngleich es wichtig ist, sich zumindest diesen Punkten bewusst zu sein, so reichen diese Kenntnisse meiner Meinung nach nicht aus, um Patienten umfassend betreuen zu können.

Aufgrund der Angst durch Aussagen oder Fragen unsensibel zu wirken, halte ich mich bisher in der Kommunikation mit dieser Patientengruppe stark zurück. Oft verspüre ich den Eindruck, dass die Jugendlichen meine Unsicherheit spüren. Wie kann ich also den Aufenthalt für BPS Betroffene auf der Notfallstation angenehmer gestalten und mich dabei selbstsicherer fühlen? Ist es besser, sie in einem Einzelzimmer unterzubringen, mit der Gefahr, dass sie sich erneut verletzen könnten oder ist dem die Behandlung im 5-Bett-Zimmer vorzuziehen, wo noch andere Eltern anwesend sind, durch welche sie beobachten werden können? Soll ich genau nachfragen, warum die Selbstverletzung durchgeführt wurde? Wie kommuniziere ich mit ihnen? Auf diese Fragen möchte ich, nach der vertieften Auseinandersetzung mit diesem Thema, Antworten finden.

1.1.1 Fallbeispiel

Exemplarisch möchte ich anhand eines Fallbeispiels mein bisheriges, unsicheres Verhalten im Umgang mit Patienten mit einer BPS verdeutlichen:

Während eines Tagdienstes wurde ein, bei uns bereits bekannter, jugendlicher Patient mit BPS zur Wundversorgung angemeldet. Der Patient kam ohne Begleitung.

Ich entschied mich, ihn in einer Koje im Mehrbettzimmer unterzubringen. Es war mir zu riskant, ihn allein im Einzelzimmer warten zu lassen, aus Angst, er könnte sich erneut selbst verletzen. In der Wartehalle rief ich seinen Namen, woraufhin der Patient wortlos auf mich zu kam und mir folgte. «Hallo, ich bin Aline, wir kennen uns ja bereits. Wie geht es dir?» Dumme Frage, dachte ich, nachdem ich die Äusserung gemacht hatte. Wie soll es ihm schon gehen? Wahrscheinlich nicht so gut.

Der Patient wirkte abwesend auf mich. Er erwiderte meine Begrüssung nicht. Gesprächig ist er nie besonders, beantwortet aber jeweils meine Fragen oder erwidert meine Begrüssung. Hier fing mein Unbehagen an. Ich wusste nicht, was ich fragen oder sagen sollte, um die zumindest für mich unangenehme Stille zu durchbrechen. In diesem Moment war ich fest davon überzeugt, dass der Patient meine Unsicherheit im Umgang mit ihm spüren konnte und schämte mich für meinen unbeholfenen Auftritt. Daher suchte ich rasch das Material für die Wundversorgung zusammen, zeigte ihm die Patientenklingsel und wies ihn an, sich zu melden, sollte er etwas brauchen. Ich verliess das Zimmer, um nach meinen anderen Patienten zu schauen. Und auch, um der Situation zu entfliehen in der ich mich hilflos fühlte.

1.2 Fragestellung

Nach der ausführlichen Analyse der Ausgangslage und des Fallbeispiels, konnten folgende zwei Fragen zur Problemlösung eruiert werden:

«Was ist die Borderline Persönlichkeitsstörung? »

«Mit welchen pflegerischen Massnahmen kann ich Jugendliche mit Borderline- Persönlichkeitsstörung nach selbstverletzendem Verhalten auf der Notfallstation positiv unterstützen? »

1.3 Abgrenzung

Aufgrund des begrenzten Seitenumfangs der vorliegenden Arbeit grenze ich mich wie folgt ab:

Ich beschränke mich auf die Triage-Kategorien 4 und 5 während des ambulanten Notfallsettings, da tiefere Stufen eine dringlichere Behandlung erfordern würden. Die primäre Ersteinschätzung nach dem Primary Survey wird vorausgesetzt und daher nicht erwähnt.

Ich gehe nicht auf soziale, kulturelle, sozioökonomische oder religiöse Aspekte der Jugendlichen ein und setze voraus, dass die deutsche Sprache gesprochen und verstanden wird. Es wird aufgrund der Lesbarkeit die männliche Form verwendet, die Jugendlichen können jedem Geschlecht angehören.

In der Arbeit geht es um Patienten, welche eine beginnende BPS diagnostiziert haben. Sie befinden sich bereits in einem therapeutischen Setting. Sie kommen selbständig ohne Bezugs- / Begleitperson auf die Notfallstation. Daher distanzieren mich von der familienzentrierten Pflege sowie verschiedenen Therapiemodellen. Ich begrenze mich auf Interventionen beziehungsweise Massnahmen, welche auf dem Kindernotfall in Luzern angewendet werden können.

Ich gehe auf die aus meiner Sicht wichtigsten Punkte des Krankheitsbildes und des Umgangs damit ein, welche dazu dienen, die Fragestellungen zu beantworten. Ich gehe nicht näher auf die erlittenen Kindheitstraumata, die medikamentösen Behandlungen, die häufige Komorbidität und Suizidalität oder verschiedenen Kommunikationsmodelle ein. Diese werden nur global erwähnt.

In der vorliegenden Arbeit handelt es sich ausschliesslich um nichtsuizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV) in Form von Hautschnitten. Dies, obgleich es im Text, gemäss Literatur als Selbstverletzendes Verhalten beschrieben wird.

Ich setze die personenzentrierte Gesprächsführung nach Carl Rogers, sowie das Konzept der Übertragung und Gegenübertragung, als verstandene Grundlage voraus.

2 Hauptteil: Bearbeitung der Fragestellung

Um mit Patienten mit einer BPS arbeiten zu können, ist es unerlässlich, die Grundstrukturen sowie die vielseitigen Symptome dieses Krankheitsbildes zu kennen (Schädle-Deininger, 2010, S. 303).

2.1 Definition Borderline Persönlichkeitsstörung

Der Begriff „Borderline“ stammt aus den Dreissigerjahren und bedeutet auf Deutsch „Grenzlinie“. Er wurde verwendet, um ein Krankheitsbild zu benennen, welches weder Neurosen noch Psychosen zugeordnet werden konnte (Sendera & Sendera, 2010, S. 9). Bohus wie auch Rahn, beschreiben die BPS heute als ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten, welches geprägt wird von deutlicher Impulsivität. Der Beginn dieser Störung liegt gemäss Literatur im frühen Erwachsenenalter und zeigt sich in unterschiedlichen Lebensbereichen (Bohus, 2019, S. 5; Rahn, 2019, S. 72).

2.1.1 Entstehung der Borderline Persönlichkeitsstörung

Margareiter (2020) hält in einem Artikel für die Zeitschrift Psychotherapie Forum fest, dass die Ursachen von einer BPS bis heute nicht eindeutig geklärt und äusserst komplex sind. Sie listet sechs Kriterien, welche empirisch gesicherte Risikofaktoren darstellen auf. Diese sind folgende (S.116):

- Frühe (sexuelle) Gewalterfahrungen (v.a. durch enge Bezugspersonen)
- Weibliche Sozialisierung
- Körperliche Gewalt
- Vernachlässigung
- Fehlende Sicherheit
- Invalidierende Bindungserfahrungen

Nebst den gesicherten Risikofaktoren gibt es zudem einige Kernfaktoren, welche für die Entstehung einer BPS essenziell sind. Diese sind unter anderem biologische Anfälligkeiten und Einflüsse aus der persönlichen Umwelt, welche zu einer Störung der Gefühlsregulation und des Selbstbildes führen. Somit kann es zu einem schädlichen Verhaltensmuster kommen, welches abermals die Störung der Gefühlsregulation und des Selbstbildes aufrecht-erhalten kann.

Abbildung 1 zeigt das Biopsychosoziales Modell von Margareiter (2020).

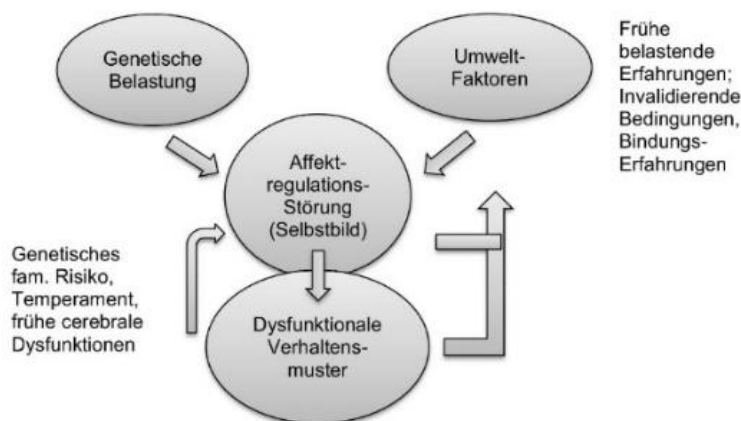


Abbildung 1: Kernfaktoren der Borderline Störung. Margreiter, 2020.

2.1.2 Diagnostisch Kriterien der BPS nach DSM-5

Bohus (2019) und Rahn (2019) setzen mindestens fünf der folgenden neun Kriterien als erfüllt voraus, damit eine Diagnosestellung erfolgt (Bohus, S.5; Rahn, S.72).

1	Verzweifelt Bemühen, reales oder imaginäres Alleinsein und Verlassen werden zu verhindern
2	Ein Muster von instabilen und intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen charakterisiert durch einen Wechsel zwischen den Extremen Idealisierung und Abwertung
3	Identitätsstörungen: ausgeprägte Instabilität des Selbstbildes oder des Gefühls für sich selbst
4	Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstbeschädigenden Bereichen (z.B. Geldausgaben, Sex, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, Essanfälle)
5	Wiederkehrende Suiziddrohungen, -andeutungen oder -versuche oder selbstschädigendes Verhalten
6	Affektive Instabilität, die durch eine ausgeprägte Orientierung an der aktuellen Stimmung gekennzeichnet ist (z.B. starke episodische Niedergeschlagenheit, Reizbarkeit oder Angst, die normalerweise wenige Stunden anhält und nur selten länger als ein paar Tage)
7	Chronisches Gefühl der Leere
8	Unangemessen starke Wut oder Schwierigkeiten, Wut oder Ärger zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernder Ärger, wiederholte physische Auseinandersetzungen)
9	Vorübergehende, stressabhängige paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome

Abbildung 2: Diagnosekriterien Borderline Persönlichkeitsstörungen. in Anlehnung an American Psychiatric Association, (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5 (5.Aufl.). S.663. Eigene Darstellung, 2022.

2.1.3 Diagnose im Jugendalter

Wewetzer und Bohus (2016) raten von einer Diagnose im Kindesalter ab. Sie sind der Meinung, dass eine Diagnose erst ab dem 16. Lebensjahr zuverlässig gestellt werden kann (S. 39).

Cavelti & Kaess (2020) erwähnen Studien die belegen, dass sich die BPS in der Jugend kaum von der im Erwachsenenalter unterscheidet und eine frühzeitige Diagnosestellung unabdingbar ist, um mit einer Frühbehandlung beginnen zu können. Dies, da sich zu diesem Zeitpunkt keine bis nur wenig psychosoziale Folgeerscheinungen manifestieren konnten.

Persönlichkeitseigenschaften gelten in früheren Lebensphasen als flexibler und können somit leichter verändert werden als in späteren Lebensphasen. Eine frühe Diagnose kann gemäss ihnen aus diesen Gründen den Verlauf der Krankheit positiv beeinflussen (S. 2). Auch Rahn (2019) setzt sich für eine frühe Diagnose ein. Er hält jedoch fest, dass eine Diagnose vor der Adoleszenz zu einem falschen Positiv führen kann. Grund dafür nennt Rahn (2019) die von Margreiter (2020) in Abbildung 1 erwähnten Umweltfaktoren. So seien ein Grossteil der Betroffenen in ihrer Kindheit verschiedenen Traumata ausgesetzt worden (S.70). Rahn (2019) hält fest, dass auch wenn jemand den genannten Umweltfaktoren ausgesetzt worden ist, das eigene Bewältigungsverhalten, die soziale Unterstützung sowie die eigenen sozialen Kompetenzen eine grosse Rolle in der Entwicklung einer BPS haben (S. 71). Es ist daraus zu schliessen, dass Personen, welche negativen Umwelteinflüssen ausgesetzt waren, nicht zwingend eine BPS entwickeln.

2.1.4 Problembereiche der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Bohus (2019), gliedert die vielseitige Symptomatik der BPS in folgende, sich gegenseitig beeinflussende, drei Dimensionen: Emotionsregulation, Identitätsstörung und soziale Interaktion (S. 5).

Emotionsregulation:

Bohus (2019) beschreibt Betroffene als Hypersensitiv. Dies, da sie sowohl aversive wie auch appetente Emotionen nicht nur intensiver, sondern auch länger anhaltend wahrnehmen als Gesunde. Nebst ihren Emotionen können Menschen mit BPS auch die Natur, zwischenmenschliche Schwingungen, Körperlichkeit sowie Sexualität intensiver spüren. Unter starkem Stress können sie starken Emotionen vielfach nicht differenzieren. Dies führt zum Erleben von «überflutenden Emotionen» oder zeitgleichem Wahrnehmen von unterschiedlichen, widersprüchlichen Gefühlen. Bei fast allen kommt es mehrmals täglich zu starken negativen Spannungszuständen. Sie werden als schnell einsetzend, sich aufschaukelnd und über Stunden anhaltend erlebt. Das Denken ist während solchen Phasen stark eingeschränkt und meist darauf fixiert, diese Zustände rasch zu beenden.

Als am schlimmsten auszuhalten, werden die ausgeprägten Affektschwankungen von Betroffenen wahrgenommen. Patienten mit BPS erleben sich als impulsiv und unberechenbar. Das aggressive Verhalten wird als Sekundäremotion zur Bewältigung von Beschämung, Schuld oder der Angst vor dem Verlassenwerden erklärt.

Folgen der Störungen in der Emotionsregulation sind Probleme auf Verhaltensebene, welche mit dysfunktionalen Bewältigungsstrategien gelöst werden. Solche Lösungsansätze können zum Beispiel SV zur Spannungsregulation oder Hochrisikoverhalten und Dissoziation als Bewältigungsstrategie sein. Es wird darauf aufmerksam gemacht, dass 25% der Betroffenen unter Pseudohalluzinationen leiden, welche zum Teil über Tage andauern. Darunter ist zu verstehen, dass die Illusionen von den Patienten bewusst als Halluzination wahrgenommen werden (S. 5-10).

Identitätsstörung

Bohus (2019) ordnet die Gefühle der inneren Leere, der Fragmentierung sowie die eigene ständige Anpassung in Abhängigkeit der Meinung anderer, der Störung der Identität zu. Der Selbstwert Betroffener, schwankt unter Alltagsbedingungen erheblich. Zudem leiden sie unter Störungen des Körperbildes und der Wahrnehmung ihres Körpers.

An das Gefühl der inneren Leere und nicht mit sich selbst verbunden zu sein, knüpft sich tiefgreifende Einsamkeit. Patienten nehmen sich grundsätzlich als «anders als andere» und dabei isoliert von der Wirklichkeit wahr. Ihrer Meinung nach existieren sie einsam, verlassen und unsichtbar zwischen allen anderen (S.10).

Soziale Interaktion

Bohus (2019) klärt darüber auf, dass auch Probleme im zwischenmenschlichen Bereich vielschichtig sind. Aufgrund panischer Angst verlassen oder von anderen als unzureichend und nicht liebenswert eingestuft zu werden, unterwerfen sich Betroffene den Machtbedürfnissen anderer.

Menschen mit BPS haben Schwierigkeiten positive soziale Signale zu erfassen und entsprechend zu verarbeiten. Sie leiden unter ausgeprägter Angst zurückgewiesen zu werden und nehmen an, von anderen abgewertet zu werden. Dies führt dazu, dass Betroffene sich unkooperativ und misstrauisch zeigen. Sie verfügen über eine ausgeprägte Mentalisierungsfähigkeit was zur intensiven, übertriebenen Wahrnehmung von emotionalen Reaktionen ihres Gegenübers führt.

Patienten mit BPS können nur erschwert Vertrauen, was sich in ihren unkooperativen Verhaltensweisen widerspiegelt. Vertrauensbrüche können kaum toleriert oder repariert werden und führen zu Enttäuschung und Schuldzuweisung. Des Weiteren können Betroffene

sich nur erschwert vorstellen, wie andere das eigene Verhalten wahrnehmen und bewerten. Sie haben Mühe mit der Regulation von Nähe und Distanz, da sie aus Angst verlassen zu werden, Abwesenheit mit manifester Verlassenheit verwechseln. Sie versuchen somit Bezugspersonen an sich zu binden, wobei die Wahrnehmung von Nähe und Geborgenheit wiederum Gefühle der Angst, Scham oder Schuld auslösen kann. Dies wiederum führt zu langwierigen on-off Beziehungen. Betroffene haben zudem Schwierigkeiten im Umgang mit Vorgesetzten, mit Freunden, Nachbarn oder Behörden. Dies rührt daher, dass sie teilweise keine richtigen Verhaltensmuster gelernt haben und unterschiedliche soziale Rollen schlecht verstehen können (S.11).

2.2 Selbstverletzendes Verhalten

«Menschen, die sich selbst verletzen, zählen in der Pflege zu den so genannten schwierigen Patienten. Ihr Verhalten kann bei Pflegenden Reaktionen wie Angst, Schuld aber auch Ärger bis hin zu dem Wunsch, sich rächen zu wollen, auslösen» (Schoppmann, 2008, S. 16). Ich setze somit das Verständnis für dieses Verhaltensmuster als unerlässlich voraus, um besser damit umgehen zu können.

2.2.1 Definition selbstverletzendes Verhalten

In-Albon, Plener, Kaess und Brunner (2015) definieren nichtsuizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV) als eine mutwillige, direkte Destruktion oder Veränderung von Körpergewebe ohne suizidalen Hintergrund, welches von der Gesellschaft nicht akzeptiert ist. Piercings oder Tattoos gelten daher nicht als NSSV, da diese als sozial akzeptiert beurteilt werden. Im Rahmen dieser Diplomarbeit liegt der Fokus ausschliesslich auf Verletzungen der Haut durch Schnitte. Als die am häufigsten praktizierte Selbstverletzung wird das „Ritzen“ genannt. Es handelt sich dabei um hauptsächlich oberflächliche Schnittverletzungen, welche sich Betroffene mit einer Rasierklinge oder anderen spitzen oder scharfen Gegenständen selbst zufügen (S. 11).

2.2.2 Selbstverletzung als dysfunktionale Bewältigungsstrategie der BPS

Bohus (2019) erläutert, dass rund 70-80% aller betroffenen Patienten mit einer BPS, SV aufweisen. Dabei seien vor allem die Schnittmuster am bedeutungsvollsten. Die Selbstverletzung wird in 80% der Fälle in einem analgetischen Zustand vollzogen. Das hat zur Bedeutung, dass Patienten vor sowie während der Verletzung keine Schmerzen empfinden. Generell wird mitgeteilt, dass sich nach wenigen Minuten, ein tiefgreifendes Gefühl der Entlastung, Entspannung sowie Ruhe und Geborgenheit einstellt. Das eigene Körpergefühl und somit auch das Schmerzempfinden setzen nach zirka 20 Minuten wieder ein (S. 8). Rahn (2015) ergänzt, dass die Regulation der Gefühle dadurch erzeugt wird, dass während selbstverletzendem Verhalten (SVV) Neurotransmitter aktiviert werden, welche zur Folge haben, dass Endorphine ausgeschüttet werden, welche die Emotion und die Stimmung beeinflussen (S. 76). Bohus (2019), macht darauf aufmerksam, dass zirka 20% der Patienten selbstschädigendes Verhalten einsetzen um ihre Konzentration, Stimmung und Kreativität zu verbessern. Dies kann sich bis zu Lustvollem Erleben steigern. Dieses Muster, der häufig täglich durchgeführten Selbstverletzungen, wird durch positive Konsequenzen aufrechterhalten und kann zu einer Suchtstörung führen (S. 9). Rahn (2019) erklärt, dass das SVV als Verhaltensmuster gilt, welches nach längerer Zeit durch Betroffene aufgegeben werden kann (S. 89).

2.2.3 Funktion von selbstverletzendem Verhalten

Obwohl die Funktionen von SVV im klinischen Alltag nicht immer genau differenziert werden können, teilen Claes & Vandereycken (2012), sowie Schoppmann, Herrmann und Tilly (2019) diese in folgende Untergruppen ein, eine Erläuterung der Begriffe findet sich im Anhang 1:

- Spannungsabbau
- Selbstbestrafung
- Suizidprophylaxe
- Beenden dissoziativer Zustände, Stimulation
- Kontaktaufnahme/ Bestätigung
- Selbstzerstörung

2.3 Umgang mit Patienten mit einer BPS

2.3.1 Empfehlungen zum Umgang mit Betroffenen

Kreisman und Straus (2013) setzen für den Umgang mit Betroffenen voraus, dass verstanden wird, dass die BPS eine Krankheit ist und kein bewusster Versuch, Aufmerksamkeit zu erhaschen. Dies impliziert gemäss den Autoren jedoch nicht, dass sie hilflos sind und für ihr Verhalten nicht zur Verantwortung gezogen werden sollen (S.157).

Die helfende Haltung und die Gefühle der Pflegenden

«Menschen mit einer Borderlinestörung erzeugen bei Helfern ungewöhnlich starke Emotionen, die stets reflektiert werden sollten» (Rahn, 2019, S. 46).

Kreisman und Straus (2013) beschreiben Betroffene emotional gesehen als Kinder, welche menschliche Widersprüche und Mehrdeutigkeiten nicht tolerieren. Gute und schlechte Eigenschaften können nicht in Zusammenhang gebracht werden, was dazu führt, dass sie Menschen entweder als «gut» oder «schlecht» wahrnehmen (S. 29). Rahn (2015), erläutert, dass die Haltung gegenüber Menschen mit einer BPS Empathie, Unterstützung und Validation widerspiegeln soll (S. 88).

Gerade in kritischen Situationen appelliert Kreisman (2020) an Pflegende, ihre eigenen Gefühle wahrzunehmen und diese zu akzeptieren. Die eigenen Impulse sollen gezügelt werden. Er empfiehlt Pflegenden, sich bewusst versuchen zu entspannen, ihre Atmung wahrzunehmen und diese versuchen zu verlangsamen oder sich, wenn es sein muss, aus der Situation zu entfernen (S. 71).

Helfende bieten Betroffenen Sicherheit über einen bestimmten Zeitraum (Schoppmann et al., 2019, S.85). Die Helfer-Patient-Beziehung ist kein Ersatz für Freundschaften und daher zeitlich zu begrenzen (Rahn, 2015, S. 104). Kreisman (2020) macht darauf aufmerksam, dass es wichtig ist, Positives zu würdigen. Dies erreicht man, indem die Aufmerksamkeit der Betroffenen darauf gelenkt wird, welche Fortschritte sie trotz ihrer Erkrankung bereits gemacht haben. Er verdeutlicht die Relevanz, konsequent im Umgang mit dem Patienten zu sein. Versprechen, welche nicht gehalten werden und Auflagen, welche nicht durchgesetzt werden können, sollen vermieden werden (S. 183, 201).

Positive Seiten der Borderline Persönlichkeitsstörung

Kreisman (2020) klärt darüber auf, dass das Bild, welches wir durch die Gesellschaft und Medien vermittelt bekommen, Menschen mit BPS als negativ darstellt (S. 21). Rahn (2019) ergänzt, dass viele Patienten mit Borderline durch ihr Aussehen oder ihr Benehmen einen befremdlichen oder beunruhigenden Eindruck hinterlassen. Es kann vorkommen, dass sie im Kontakt eher missvergnügt, humorlos oder gar herausfordernd wirken (S.25-26).

Dass eine BPS nicht nur negative Seiten hat, beschreiben Sendera und Sendera (2010). So zeigen sich Betroffene oftmals nicht nur sehr sensibel und besonders emotional, sondern können auch sehr einfühlsam sein. Schafft man es einmal, ihr Vertrauen zu gewinnen, erfährt man die absolute Loyalität. Menschen mit Borderline sind kreativ und sprachgewandt und verfügen über ein abwechslungsreiches Persönlichkeitsbild. Sie gelten als hilfsbereit, fantasievoll und überdurchschnittlich intelligent. Sie besitzen die Gabe, Situationen intuitiv zu erfassen und verfügen nebst einem hohen Gerechtigkeitsinn zudem über viel Durchhaltevermögen und Charme (S. 26).

2.3.2 SET Kommunikation

SET ist ein Kommunikationsmodell, welches hilft, sich mit destruktivem Verhalten von Patienten mit Borderline auseinanderzusetzen. Es kann angewendet werden, wenn wichtige Entscheidungen anfallen oder sich Betroffene in einer Krisensituation befinden (Drewes, o. D.).

Kreismann (2020) erläutert das Akronym wie folgt, eine ausführlichere Beschreibung des Modells findet sich in Anhang 2:

Support (Unterstützung) beinhaltet eine Ich-Botschaft, welche aus Sorge formuliert wird und das Engagement für das Gegenüber aufzeigt.

Empathy (Mitgefühl) kommuniziert Mitgefühl und wird in Form einer Du-Botschaft formuliert.

Truth (Wahrheit) steht für eine realistische Einschätzung der Situation und beinhaltet die primäre Eigenverantwortung des Betroffenen seine Probleme anzugehen, wobei er auf die Unterstützung anderer zählen kann (Kreismann, 2020, S. 38-40,45).

2.3.3 Kommunikation im Umgang mit Patienten mit einer BPS

Die Analyse des Fallbeispiels und der Ausgangslage hat eruiert, dass ich in meinem Praxisalltag immer wieder mit der Angst konfrontiert bin, etwas Falsches zu sagen oder unsensibel zu sein. Daher werde ich hier einige Kommunikationskiller erläutern.

Kreismann (2020) zählt folgende zu Vermeidende Aspekte auf (S. 64-65, S.68-69):

- Nicht immer die gleiche Erklärung wiederholen, dies führt nur zur eigenen Frustration, da Betroffene auf ihrem Standpunkt weiter beharren - ähnlich wie ein quengelndes Kind.
- Worte sollen mit Bedacht gewählt werden. Kommentare wie: «Das ist doch bescheuert» können als persönliche Abwertung wahrgenommen werden. Zudem ist Vorsicht mit Humor geboten, dieser könnte von Betroffenen als demütigendes «sich-lustig-machen» gewertet werden.
- Standpunkte der Betroffenen sollen nie direkt in Frage gestellt werden, da sich daraus meist nur weitere Konflikte entwickeln.
- Reaktionen der Patienten sollen nicht als übertrieben abgewertet werden, dies wird antipathisch wahrgenommen. Fühlt sich ein Betroffener durch eine Aussage gekränkt, darf man sich nicht seiner Verantwortung entziehen und entschuldigt sich am besten dafür.
- Lügen müssen unbedingt vermieden werden, diese untergraben die Glaubwürdigkeit und führen zu einem Vertrauensbruch.
- Es darf keinesfalls signalisiert werden, dass man selbst das Problem ganz locker lösen kann. Ein offensichtlicher Lösungsvorschlag führt eher zur Zurückweisung und zur Frustration des Betroffenen. Erfahrungen dürfen nicht verglichen werden mit denen des Gegenübers, da dies bei Betroffenen als abtun ihres Erlebten ankommen wird

2.4 Umgang mit Patienten nach Selbstverletzendem Verhalten

Im professionellen Umgang mit Betroffenen welche SV praktizieren ist es wichtig, dass man diese als Handlungsstrategie zur Verbesserung der situativen Befindlichkeit anerkennt und nicht grundsätzlich ablehnt. Da es um situative Befindlichkeit geht, gibt es keine allgemeine Empfehlung für den Umgang mit solchen Patienten. Global kann gesagt werden, dass sobald eine Selbstverletzung durchgeführt wurde, die Krise vorbei ist, da der Druck entweichen konnte (Schoppmann et al., 2019, S. 69).

2.4.1 Hinweise zum Umgang mit Jugendlichen die SVV zeigen

Gemäss In-Albon et al. (2015) haben sich folgende Strategien zum Umgang mit Jugendlichen die SVV zeigen, bewährt:

- Pflegende sollen sich Zeit nehmen, Ruhe bewahren und unaufgeregt bleiben. SV soll nicht ignoriert, sondern als ernstzunehmender Hinweis und Zeichen innerer Qual wahrgenommen werden. Betroffene sollen direkt auf das SVV angesprochen werden.
- Pflegende sollen eine respektvolle Neugierde zeigen, indem sie sich danach erkundigen, warum die SVV stattgefunden hat und was die Auslöser dafür waren.
- Pflegende sollen dafür Verständnis zeigen, dass Betroffene SVV einsetzen, um mit nichtauszuhaltenden Gefühlen umzugehen. Die Gefühle von Betroffenen sollen ernst genommen werden. Dies bedeutet nicht, dass die Selbstverletzung akzeptiert wird.
- SV ist häufig ein Hinweis darauf, dass Betroffene Schwierigkeiten damit haben ihre Emotionen auszudrücken. Daher sollte keinesfalls Druck auf die Person ausgeübt werden darüber zu sprechen (S.27-29).

2.4.2 Zu vermeidende Aspekte im Umgang mit SVV

Claes & Vandereycken (2012) erläutern folgende zu vermeidende Aspekte im Umgang mit Betroffenen:

- Pflegende sollen keine Schuldgefühle oder Beschämung auslösen. Diese führen nur dazu, dass Betroffene auf Distanz gehen und versuchen mit ihrer Anspannung selbst fertig zu werden was wiederum das Risiko für ein SVV erhöht.
- Pflegende sollen SVV weder bestrafen noch befürworten. Es soll versucht werden die Betroffenen zu verstehen. Dies schliesst jedoch ein Beschönigen des Verhaltens aus. Die SV an sich gilt bereits als Bestrafung und ist ein unerwünschter Lösungsversuch. Emotionale Erpressung der Betroffenen kann dazu führen, dass das Verhalten im Versteckten durchgeführt wird.
- Pflegende sollen nicht versuchen, Betroffene nach SVV genau im Auge zu behalten, damit dies nicht wieder geschieht. Dies sei sinnlos. Versucht man durch Überwachung die Kontrolle über das Verhalten zu übernehmen verringert dies die Chance, dass Patienten offen über ihre Probleme sprechen und schafft eine zwischenmenschliche Distanz (S. 122,123).

2.4.3 Skills zur Krisenbewältigung

Sollte die Behandlung auf dem Notfall eine erneute Stresssituation für Betroffene auslösen, möchte ich darauf reagieren können. Laut Wewetzer und Bohus (2016), können folgende Skills bei Stress angewendet werden:

Die Sinne ansprechen

Betroffene können, um ihre Aufmerksamkeit umzulenken oder erneute dissoziative Zustände vorzubeugen, ihre Sinne mit dem Kauen eines Eiswürfels oder dem Riechen an Ammoniak ablenken. Auch das Hören lauter, aufmunternder Musik oder das Trinken von Zitronensaft werden aufgezählt (S.86).

Die Gedanken ansprechen

Die Gedanken können verändert werden, indem sich Patienten etwas Angenehmes vorstellen und sich an schöne Erlebnisse erinnern. Zudem können Achtsamkeitsübungen eingesetzt werden (S.86).

Körper und Atem

Um den Körper besser wahrnehmen zu können wird empfohlen, Atemübungen durchzuführen, wobei man sich ausgiebig auf den Atem konzentriert und so die Spannung abbauen kann (S. 68).

2.5 Ergebnisse aus dem persönlichen Gespräch mit Simon Ruckli

Mit Simon Ruckli, Pädagogisch-pflegerischer Leiter der Kinder-Akutpsychiatrie (AKIS) im Luzerner Kantonsspital, durfte ich im Rahmen der vorliegenden Arbeit ein Fachgespräch führen, um auf Fragen aus dem Alltag eine Antwort zu finden, welche nicht in der Literatur gefunden werden konnten. Das Fachgespräch ist in Anhang 3 abgebildet.

Zimmerzuteilung

In der AKIS arbeitet man klar unter dem Therapieansatz der Eigenverantwortung. Die Jugendlichen sollen in ihrer Autonomie gewahrt werden und können zu ihrer Absprachefähigkeit befragt werden. Somit kann eruiert werden ob es ihr momentaner Zustand erlaubt, allein in einem Zimmer zu sein, ohne sich erneut selbst zu verletzen und sich zu melden, wenn die Anspannung steigt oder sie etwas benötigen. Es macht dabei durchaus Sinn, möglichst regelmässig kurz vorbeizuschauen.

Wundversorgung unter Betäubung

Da Schmerzen subjektiv wahrgenommen werden, können die Jugendlichen nach ihren Wünschen bezüglich Wundbetäubung gefragt werden. Grundsätzlich ist das Schmerzempfinden zum Zeitpunkt der Wundversorgung wieder normal, es kommt aber auch hier auf den Anspannungszustand zu diesem Zeitpunkt an. Es ist auf jeden Fall sinnvoll, LET Gel als Wundbetäubung anzuwenden.

Notfallkoffer mit Skills zur Krisenbewältigung

Es kann Sinn machen, einen Standard Notfallkoffer mit Skills zu haben. Welche Jugendliche benützen können, wenn ihre Anspannung wieder steigt und sie ihre Skills nicht dabei haben. Grundsätzlich kann bei den Betroffenen nachgefragt werden ob sie mit Skills arbeiten und was ihnen im Moment nützen würde. Vielleicht wäre dann was vorhanden. Jugendliche welche in der Skillsarbeit eingeführt sind, haben eine Skillskette. Sprich verschiedene Skills für unterschiedliche Spannungszustände. Hierbei soll unbedingt auch die Reservemedikation in Betracht gezogen werden. Die Patienten sollen dabei zuerst gefragt werden, was sie kennen was ihnen hilft, danach kann kurz mit der AKIS Kontakt aufgenommen werden diesbezüglich.

(S.Ruckli, persönliche Kommunikation, 30. März 2022)

3 Schlussteil: Konsequenzen für die Praxis

3.1 Kritische Gedanken

In Kapitel 2.1.1 erläutere ich, dass Risikofaktoren, Umweltfaktoren sowie eine genetische Belastung verantwortlich sind für die Entstehung einer BPS. Ich bin der Meinung, dass diese multifaktoriellen Eigenschaften der Grund sind, warum dieses Krankheitsbild sich so facettenreich und individuell in der Klinik zeigt.

Es ist mir bewusst geworden, dass es nicht den einen Patienten mit Borderline gibt, es aber verschiedene Verhaltensmuster gibt, welche sich gehäuft, in Kombination bei Patienten zeigen können. Somit ist es auch nicht möglich eine generelle Handlungsanweisung für den Umgang mit betroffenen zu erstellen.

Die grösste Diskrepanz von Aussagen in der Literatur hat sich für mich, bei der Diagnosestellung der Erkrankung im Jugendalter gezeigt. Auffällig dabei ist, dass gerade in etwas älterer Literatur ganz klar von einer Diagnosestellung abgeraten wird. Es wird beschrieben, dass eine Diagnosestellung dazu führen kann, dass Betroffene etikettiert und dadurch im Alltag Stigmatisierungen durch die Gesellschaft ausgesetzt werden. Gerade diese Stigmatisierungen können grossen Einfluss auf das weitere Leben haben, so soll es für Jugendliche zum Beispiel schwierig sein einen Ausbildungsplatz zu finden.

Dem entgegen hält die Meinung, dass eine Diagnosestellung im Jugendalter unerlässlich ist, um psychosoziale Folgeschäden zu vermindern und somit den Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen. Ich merke rückblickend, dass auch ich Betroffene, durch ihre negativen Verhaltensweisen, stigmatisiert habe. Daher kann ich es nachvollziehen, dass dies in unserer Gesellschaft passieren kann. Es ist für mich jedoch auch naheliegend, dass wie durch Cavelti & Kaess erwähnt, Persönlichkeitseigenschaften im früheren Leben flexibler verändert werden können.

Im Kantonsspital Luzern, wird eine BPS im Jugendalter als beginnende BPS diagnostiziert. Dies, wenn sich fünf der in Kapitel 2.1.2 aufgeführten Diagnosekriterien bereits manifestiert haben. Ich unterstütze dieses Vorgehen. Das Wort «beginnend» implementiert für mich die Möglichkeit, die Diagnosestellung als noch nicht manifest anzuerkennen und gegebenenfalls zu widerrufen. Durch die Diagnosestellung kann mit einer geeigneten Therapie begonnen werden, was den in der Literatur beschriebenen positiven Effekt auf den Verlauf der Krankheit hat.

Spannend finde ich zudem die Aussage von Rahn in Kapitel 2.1.3, dass das eigene Bewältigungsverhalten, die persönlichen sozialen Kompetenzen und die soziale Unterstützung das Individuum vor einer Erkrankung schützen können. Genau diese Faktoren, welche vor einer Erkrankung schützen können, zeigen sich für mich in Kapitel 2.1.4 als vielseitige Symptome welche in die drei Dimensionen: Emotionsregulation, Identitätsstörung und soziale Interaktion eingeordnet werden und als Problembereiche der BPS gelten.

Durch die Bearbeitung des Kapitels 2.3.1 hat sich herausgestellt, dass Emotionen und Reaktionen von Helfenden durch betroffene nicht nur wahrgenommen, sondern auch interpretiert und beurteilt werden. Dies kann zur Idealisierung oder Abwertung der Helfenden führen. Es ist also unerlässlich, dass ich meine eigenen Gefühle und Verhaltensweisen reflektiere, um sowohl mich wie auch den Patienten vor einer Übertragung und Gegenübertragung von Emotionen zu schützen. Den nur, wenn ich meine eigenen Grenzen kenne, diese wahrnehme und akzeptiere, kann ich authentisch auftreten.

Nebst der Auseinandersetzung mit dem Krankheitsbild und dem SVV stellt für mich die Reflexion der eigenen Gefühle und Verhaltensweisen somit klar eine Schlüsselfunktion für den Umgang mit Betroffenen dar. Nichts desto trotz sehe ich genau in diesem Punkt die grösste Herausforderung auf der Notfallstation.

Der Alltag auf dem Kindernotfall ist oft hektisch. Die Zeit, aufgrund der momentan zu verzeichnenden hohen Patientenzahl, begrenzt. Daraus resultiert, dass wir Pflegenden überarbeitet und gestresst sind. Diese Faktoren machen es meiner Meinung nach schwierig, sich

vor dem Patientenkontakt zu reflektieren beziehungsweise seiner Gefühle bewusst zu werden.

Häufig wird in der Literatur die SET Kommunikation als hilfreiches Modell beschrieben um mit Betroffenen in Krisensituationen zu kommunizieren oder sich mit ihrem destruktiven Verhalten auseinanderzusetzen. Das Modell, wie in Anhang 2 näher beschrieben, stellt sich meiner Meinung nach als zu komplex in der Anwendung auf dem Notfall dar. Ich glaube, dass es viel Übung für die korrekte Anwendung braucht. Dies, da es viele Stolpersteine beinhaltet, welche, wenn falsch angewendet, eher zu einer Verschlechterung der Situation führen. Somit kann es dazu kommen, dass sich Patienten nicht ernst genommen, bemitleidet oder gar hilflos fühlen.

Für mich sind daher die in Kapitel 2.3.3 erwähnten Ansätze der Kommunikation viel hilfreicher und in meinem Alltag umsetzbar. Leider konnte kaum Literatur dazu gefunden werden, wie mit Betroffenen nach Selbstverletzendem Verhalten umgegangen werden soll, insbesondere wenn die Spannung nachgelassen hat.

In Ratgebern für Eltern und Betroffene konnten hilfreiche und zu vermeidende Aspekte nach SVV gefunden werden. Es handelt sich dabei grösstenteils um Tipps, welche direkt nach SVV angewendet werden können. Wenn sich Jugendliche zur Wundversorgung auf der Notfallstation einfinden, ist die SV meist schon einen Moment her. Die Jugendlichen befinden sich in einem therapeutischen Setting wo das Behandlungsteam die SVV anspricht und den Jugendlichen hilft, die Wunden bis zur definitiven Versorgung abzudecken. Spreche ich die SV nun erneut an und befrage betroffene abermals nach dem Grund dafür, kann dies meiner Meinung nach Schuldgefühle und Beschämung auslösen. Genau dies sollte laut Literatur keinesfalls passieren. Ich erachte es jedoch als wichtig, die Jugendlichen zu fragen, mit was die Selbstverletzung durchgeführt wurde, da dies im Gegensatz zum Grund, einen Einfluss auf die Behandlung hat. Ich habe verstanden, dass SV Betroffene als dysfunktionale Bewältigungsstrategie hilft, welche die meisten davon mit der Zeit ablegen können.

Es ist mir bewusst geworden, dass ich keinen Einfluss auf das SVV nehmen kann/muss und den Patienten die Eigenverantwortung darüber überlassen kann. Auch wenn es für die Patientengruppe um welche es in der Arbeit geht nicht primär zu verwenden ist, sehe ich das erarbeitete Wissen keinesfalls als verloren. Viele Kinder führen auch ohne unter einer BPS zu leiden SVV durch. Das neu erlernte kann ich nun an Eltern weitergeben, welche sich unsicher im Umgang fühlen.

In Kapitel 2.4.3 habe ich mögliche Skills aufgeführt, welche Jugendliche anwenden können, sollte der Aufenthalt auf der Notfallstation zu erneuten Krisen führen. Solche Krisen können meiner Meinung nach bei langen Wartezeiten, oder die bestehende und grösser werdende Anspannung von Betroffenen, erneut auftreten. Rückblickend denke ich nicht, dass es betroffenen möglich ist in einer Stresssituation neue Skills zu erlernen. Es ist also sinnvoller ihre bereits vorhandenen, bekannten Skills abzurufen und sie dabei zu unterstützen diese anzuwenden. Sollten sie diese nicht dabei haben würde ich im Notfallkoffer nachsehen ob wir etwas zur Verfügung haben. Durch das Fachgespräch weiss ich, dass in solche Situationen unbedingt die Reservemedikation in Betracht gezogen werden soll.

In der Literatur werden vor allem die negativen Verhaltensmuster und die damit verbundenen Herausforderungen in der Betreuung thematisiert. Ich bin mir bewusst geworden, dass genau solche negativen Suggestionen welche ich zuvor im Alltag erfahren habe, dazu geführt haben, dass ich praktisch ausschliesslich negative Assoziationen mit dem Krankheitsbild gemacht habe, welche mich im Umgang gehemmt haben.

Ich wage mittlerweile zu behaupten, dass ich aufgrund der vielen negativen Beeinflussungen, Angst vor dieser Patientengruppe hatte. In der von mir verwendeten Literatur, be-

schreiben allein die Autoren Sendera und Sendera die schönen Eigenschaften von Betroffenen. Mir diese bewusst zu werden, hat mir geholfen die positiven Seiten der Betroffenen zu sehen und somit meine Angst im Umgang zu lindern.

Ich sehe die Betreuung auch nach der Bearbeitung als Herausforderung. Im Gegensatz zu vorher, kann ich aufgrund der erarbeiteten Hinweise, nun deutlich sicherer auftreten und fühle mich durch den Wissenszuwachs nicht mehr hilflos. Durch die Bearbeitung, konnte ich meinen Rucksack mit Grundlagen für das Abenteuer ausstatten, zu welchen sich hoffentlich bald positive Erfahrungen gesellen. Durch die vertiefte Auseinandersetzung mit dem Krankheitsbild und dem SVV, habe ich mich dafür sensibilisiert und kann nun bewusst Vorurteilen welche leider nach wie vor im Behandlungsteam auf dem Notfall bestehen, entgegenwirken.

Solch unprofessionelle Aussagen sind beispielsweise, dass die Jugendliche durch die SV, Aufmerksamkeit erlangen und schmerzen spüren wollen und es daher wichtig ist eine Wundbetäubung durchzuführen damit sie durch die Versorgung keinen zusätzlichen kick erhalten. Durch die Bearbeitung weiss ich, dass die SV meist unter analgetischem Zustand durchgeführt wird und es somit nicht primär um das Erleben von Schmerzen geht. Des Weiteren lässt der analgetische Zustand nach zirka zwanzig Minuten wieder nach. Somit ist es für mich unerlässlich eine Wundbetäubung durchzuführen, da Betroffene Schmerzen erneut wahrnehmen und meiner Meinung nach jeder Patient das Recht auf eine angemessene Schmerztherapie hat.

Ich bin mir bewusst, dass die Aussagen von Pflegenden meist durch Unwissen verursacht werden und nicht grundsätzlich böse gemeint sind. Da Betroffene sehr sensibel sind in ihrer Wahrnehmung denke ich, dass sie solche Aneignungen spüren können. Dies hat somit negative Auswirkungen auf ihren emotionalen Zustand und kann zu Misstrauen und unkooperativem Verhalten führen. Daher ist es mir wichtig, solche Missverständnisse zukünftig direkt anzusprechen und zu korrigieren.

3.2 Konsequenzen für die Praxis

In meiner Ausgangslage habe ich beschrieben, dass ich oft negative Verhaltensweisen mit psychischen Erkrankungen assoziiere. Nach dem ich nun unzählige Literatur zum Thema BPS gelesen habe, ist mir bewusst geworden warum. Wie in den kritischen Gedanken beschrieben, ist das Bild, welches ich bisher durch Medien oder auch im Alltag durch andere Pflegende oder Partner von Betroffenen vermittelt bekommen habe sehr negativ behaftet gewesen. Ich habe mir somit in meinem Kopf ein Bild von Patienten ausgemalt, dass von Negativität gezeichnet war.

Dieses Bild wurde durch meine bisherigen Interaktionen mit Betroffenen fälschlicherweise bestätigt, wenn nicht sogar verstärkt. Die Patienten haben auf mich meist missvergnügt und teilnahmslos gewirkt. Oft hatte ich den Gedanken, dass dies wohl an der erhaltenen Medikation oder an meiner Person liegt. Meine positive fröhliche Art, wurde im Gegensatz zu anderen Patienten kaum wahrgenommen, dies hat mich verunsichert. Nun weiss ich, dass Betroffene positive Signale nur schwer wahrnehmen können.

Durch ihre ausgeprägte Mentalisierungsfähigkeit haben sie meine Unsicherheit viel stärker wahrgenommen und womöglich als Abneigung meinerseits gewertet. Ich kann mir nun vorstellen, dass mein unsicheres Auftreten dazu geführt hat, dass ich von den Patienten abgewertet wurde. Ich weiss nun, dass Vorsicht mit Humor geboten ist, da dies dazu führen kann, dass es durch Betroffene als sich über sie Lustig machen gewertet wird. Betroffene haben grosse Mühe zu Vertrauen und wirken dadurch unkooperativ. Ich denke, dass durch die jeweils eher kurze Zeit der Behandlung kaum Vertrauen aufgebaut werden konnte und mein Verhalten und die oben beschriebene Abwertung zu einem noch grösseren Misstrauen geführt haben.

Durch die Bearbeitung habe ich mich auch mit den schönen Seiten von betroffenen beschäftigt, ich sehe Betroffene nun in einem deutlich positiveren Bild. Ich nehme sie als sehr sensibel und emotional war. Ihre vielseitige Persönlichkeit sehe ich wie die eines Chamäleons, dass sich zum eigenen Schutz sehr anpassungsfähig zeigt. Fühlt er sich bedroht, oder ist er beispielsweise mit eigenen negativen Gedanken nach einer SV beschäftigt, zeigt er eher die misstrauische in sich gekehrte Seite. In einer normalen Alltagssituation ist der Betroffene vielleicht sehr witzig und hilfsbereit. Ich kann mir nun vorstellen, dass durch meine Äusserung «wir kennen uns ja schon» dem Betroffenen bewusst geworden ist, dass er erneut zu seinem dysfunktionalen Verhaltensmuster gegriffen hat und uns unsere Wege aufgrund dessen wieder gekreuzt haben. Ich denke, dass ich ihn dadurch beschämt habe. Durch die Bearbeitung bin ich mir bewusst geworden, dass ich mir meine Emotionen bewusst werden, diese akzeptieren und reflektieren muss. Beziehe ich das Verhalten auf mich, obwohl es primär gar nichts mit mir zu tun hat, verschlechtere ich durch meine Reaktion die Interaktion mit dem Patienten. Ich kann nun die Funktion des SVV Verhaltens besser nachvollziehen und sehe es nun als Möglichkeit mit ihren grossen inneren Qualen zurecht zu kommen und nicht mehr nur als destruktives Verhalten.

Ich habe mich bisher in der Kommunikation stark zurückgehalten, weil ich nicht unsensibel wirken wollte. Nun weiss ich, dass Worte mit Bedacht gewählt werden sollen. Daraus ziehe ich für mich die Konsequenz, dass es nicht falsch ist, lieber zurückhaltend zu sein als das falsche zu sagen, solange man dabei authentisch ist. Ich achte mich in der Kommunikation darauf ehrlich zu sein, keine falschen Versprechen zu machen, die Reaktionen von Patienten nicht, als übertrieben abzuwerten und stelle ihren Standpunkt nicht in Frage. Zudem akzeptiere ich die zum Teil knappen Antworten, beharre nicht auf meinem Standpunkt und beziehe dies nicht auf meine Person.

Gerade in Bezug auf die Selbstverletzung bin ich zurückhaltend, da die Analyse des Verhaltens schon durch die Betreuungspersonen auf der Therapiestation stattgefunden hat und mein erneutes Ansprechen meiner Meinung nach eher zu Schuldgefühlen und Beschämung führt. Wenn ich auf dem Trackboard sehe, dass ein Jugendlicher mit einer BPS zur Wundversorgung angemeldet ist, werde ich mich kurz fragen ob es mein eigener momentaner Gefühlszustand zulässt die Betreuung zu übernehmen. Wenn nicht, kann ich versuchen mich bewusst durch eine kurze Atemübung zu entspannen. Sollte dies keinen Erfolg haben, werde ich jemand anderes aus dem Team bitten die Betreuung zu übernehmen. So schütze ich den Betroffenen davor, meine Gefühle und Reaktionen falsch zu interpretieren und wo möglich auf sich zu beziehen. Ich stelle ich mich kurz vor und erkläre dem Patienten, dass ich für die Zeit, welche er sich auf dem Notfall befindet für ihn zuständig bin. Damit beschränke ich die Zeit unserer Interaktion und setze eine Grenze, dass dies keine Freundschaftliche Beziehung ist. Um die Privatsphäre des Patienten zu wahren und ihn vor neugierigen Blicken anderer Patienten und deren Angehörigen zu schützen, werde ich den Patienten bitten mir kurz in den Triageraum zu folgen. Ich spreche in einem freundlichen ruhigen Ton und frage nach, ob ein sauberer oder verschmutzter Gegenstand benutzt wurde. Ich erläutere, dass ich dies wissen muss für die weitere Behandlung. Wurde ein schmutziger Gegenstand benutzt, muss die Wunde zusätzlich gespült werden, um eine Infektion der Wunde vorzubeugen. Gegebenenfalls muss die Tetanusimpfung aufgefrischt werden. Ich frage die Betroffenen, ob sie eine Hautbetäubung möchten, dadurch wahre ich ihre Autonomie. Ich achte dabei darauf, dass der Patient, wenn möglich den Verband selbstständig entfernt und biete ihm Unterstützung dabei, falls es nicht geht. Ich beziehe den Patienten so in die Behandlung mit ein und beachte erneut seine Eigenverantwortung. Ich betrachte die Wunden mit einer neutralen Haltung und bewerte die Schnittverletzungen nicht durch Äusserungen wie beispielsweise; «Ah, das ist ja gar nicht so tief»! Dies könnte als nicht ernst nehmen der Situation gewertet werden. Ich frage die Patienten, ob sie es sich zutrauen, allein in einem Einzelzimmer zu warten ohne eine erneute SV und ob sie sich melden können, wenn sie etwas brauchen oder ihre Anspannung steigt. Somit beachte ich ihre primäre Eigenverantwortung mit ihren Problemen und den daraus resultierenden Konsequenzen umzugehen. Trauen sie es sich momentan nicht zu, oder sind meine

Ressourcen regelmässig nachzusehen nicht gegeben, werde ich sie im Mehrbettzimmer unterbringen.

Durch die Bearbeitung weiss ich, dass ich nicht die Verantwortung für eine erneute Selbstverletzung trage, auch wenn sie während des Aufenthaltes auf der Notfallstation geschieht. Ich bin mir bewusst, dass es nichts bringt Betroffene genau im Auge zu behalten und so die Kontrolle zu übernehmen. Durch das regelmässige Nachschauen und nach seiner Befindlichkeit fragen gebe ich jedoch den Patienten das Gefühl, nicht alleine mit ihren Problemen zu sein und sie, wenn nötig zu unterstützen. Sollte sich ein Patient während der Wartezeit melden, dass die Anspannung steigt, frage ich ihn konkret, ob er mit Skills arbeitet, diese dabei hat und welche Reservemedikation er normalerweise anwendet. Sollte er seine Skills in der Therapiestation vergessen haben, biete ich ihm an in der von mir angelegten Notfallkiste nachzuschauen, ob etwas Passendes dabei ist, was ihm hilft. Ich spreche mich kurz mit der AKIS ab bezüglich Reservemedikation und setze diese wenn nötig ein. Wenn die Patienten ohne Betreuungsperson auf den Notfall kommen, dürfen sie auch alleine zurückgehen, ausser es wurde vorgängig anders abgesprochen. Da die Reservemedikation eine dämpfende Wirkung hat, schaue ich nach der Wundversorgung, ob der Patient allein zurückgehen kann oder Begleitung erhalten soll. Falls ich keine Zeit habe ihn selber zurückzubegleiten, kann ich entweder mit der AKIS Rücksprache halten, ob es möglich ist ihn abzuholen oder unsere Pflegeassistentin den Zivi oder eine Lernende der Station als Begleitung mitgehen lassen.

Anschliessend an die Behandlung, werde ich in Zukunft mein Verhalten und die Reaktionen des Patienten reflektieren. So erkenne ich welche Verhaltensweisen förderlich im Umgang sind. Hinderliche Verhaltensweisen können so analysiert und angepasst werden. Ich bin mir bewusst, dass der Umgang mit einem so vielfältigen und komplexen Krankheitsbild nicht über Nacht gelernt werden kann, da es sehr individuell ist und es immer wieder Anpassungen bedarf. Die von mir angelegte Notfallkiste in der sich momentan ein Kopfhörer, Gummibänder zum spicken lassen, Chillipulver, Zitronensaft und ein Buch befindet, kann stets erweitert werden. Die Gegenstände für die Kiste, habe ich anhand der von mir bearbeiteten Literatur ausgesucht. Ich werde darin zusätzlich ein Notizbuch legen, worin wir Pflegenden Notizen machen können, welche Skills die Patienten von sich persönlich anwenden. Dadurch können wir häufig benutzte im Verlauf anschaffen.



Abbildung 3: Aktuell verwendete Notfallkiste auf dem Kindernotfall Luzern. Eigene Aufnahme Aline Riesen, 2022.

Im Team habe ich während dem Schreiben der Diplomarbeit ein grosses Interesse bezüglich dem Thema erfahren. Die Betreuung von Patienten mit einer BPS hat also nicht nur für mich eine Herausforderung dargestellt. Deshalb ist es mir wichtig, mein neuerworbenes Wissen dem Behandlungsteam auf dem Notfall zur Verfügung zu stellen. Ich werde aus diesem Grund meine Arbeit an einer Teamsitzung vorstellen und ein ausgedrucktes Exemplar bei uns im Stationsbüro zum Nachschlagen bereitstellen. Ich konnte mein neu erworbenes Wissen bereits an einem Patientenbeispiel anwenden. Dabei habe ich gemerkt, dass ich durch das neu erworbene Wissen selbstsicherer auftreten konnte.

Ich habe erstmals einen Patienten bewusst nach seiner Anspannung und seinen Skills gefragt. Er hat seine Anspannung als momentan niedrig beschrieben und mir versichert sich zu melden, falls sich etwas daran ändert. Ich glaube der Patient hat gemerkt, dass ich über das nötige Fachwissen verfüge, um ihn kompetent betreuen zu können. Es hat mich sehr gefreut, dass ich eine positive Veränderung der Betreuung im Bezug zu vor der Diplomarbeit wahrnehmen konnte.

3.3 Eigenreflexion

Durch das Literaturstudium wurde mir nicht nur bewusst wie umfangreich und komplex das Thema ist, sondern auch wie gut erforscht. Nach ausführlicher Auseinandersetzung mit der Thematik würde ich mich in Zukunft nur noch für eine Fragestellung entscheiden. Da sich die Bearbeitung meiner beiden Fragen im begrenzten Rahmen von 15 Seiten Textumfang als herausfordernd dargestellt hat. Die Menge an verfügbarer, spannender und auch relevanter Literatur hat mich teilweise fast erschlagen und es fiel mir schwer, mir meine Literaturliste zusammenzustellen. Auch wenn das Krankheitsbild der BPS und mögliche Therapieansätze in der Literatur unzählige Male thematisiert werden, war es herausfordernd Literatur zu finden, deren Fokus nicht die Patienten selbst oder etwa die Eltern sind, sondern Pflegefachpersonen oder Notaufnahmen. Zu Beginn der Arbeit habe ich diverse Institutionen angeschrieben um Erfahrungsberichte von Notfallpsychologen sowie Klinikinterne Standards über den Umgang mit Betroffenen zu erhalten. Leider habe ich bis heute keine Antwort auf meine Bemühungen erhalten. Ich war mir vorgängig zu wenig bewusst wieviel Zeit das Lektorieren der Arbeit in Anspruch nehmen würde und habe mich daher immer wieder in der Zeit verschätzt. Da mich das Thema sehr gefesselt hat, viel es mir schwer das Gelesene differenziert zu beurteilen und mich für die wichtigsten Aspekte zu entscheiden.

3.4 Schlusswort

Die Borderline Persönlichkeitsstörung zeigt sich als sehr vielseitiges Krankheitsbild, welches fälschlicherweise mit vielen negativen Vorurteilen behaftet ist. Durch eine vertiefte Auseinandersetzung damit, gelingt es Pflegenden die schönen Seiten von Betroffenen hervorzuheben und so Ängste im Umgang mit ihnen zu lindern. Menschen mit BPS haben nicht all ihre Schwierigkeiten selbst verursacht, müssen diese aber selbst lösen. Dies erreichen sie in dem sie die primäre Eigenverantwortung übernehmen, ihre Probleme anzugehen und dabei auf die Unterstützung anderer zählen können.

Die Schlüssel zu einer professionellen Haltung sind Empathie, Authentizität und Ehrlichkeit, welche stets reflektiert werden müssen. In diesem Sinne, wünsche ich den Lesern einen Moment der Ruhe, um das geschriebene auf sich wirken zu lassen.

Literaturverzeichnis

- Bohus, M. (2019). *Borderline-Störung* (2., vollständig überarbeitete Auflage 2019 Aufl., Bd. 14). Göttingen, Deutschland: Hogrefe Verlag GmbH + Co.
- Cavelti, M. & Kaess, M. (2020). Früherkennung und -behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy*, 1–6. <https://doi.org/10.4414/sanp.2020.03127>
- Claes, L. & Vandereycken, W. (2012). *Schmerzen gegen den Schmerz: Selbstverletzendes Verhalten verstehen und bewältigen*. Ostfildern, Deutschland: Patmos-Verlag.
- Drewes, V. (o. D.). *Borderline - Premiumtexte | beratung-therapie.de | Psychologische Beratung | Therapie*. Dipl.-Psych. Volker Drewes, Berlin. Abgerufen am 24. März 2022, von <https://www.beratung-therapie.de/228-0-Borderline.html>
- In-Albon, T., Plener, P. L., Kaess, M. & Brunner, R. (2015). *Ratgeber Selbstverletzendes Verhalten* (Bd. 19). Göttingen, Deutschland: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- Kreisman, J. J. (2020). *Die Kunst, mit einem Vulkan zu sprechen: Kommunikationstechniken für Angehörige von Menschen mit Borderline* (Deutsche Erstausgabe Aufl.). München, Deutschland: Kösel.
- Kreisman, J. J. & Straus, H. (2013). *Ich hasse dich, verlaß' mich nicht. Die schwarzweiße Welt der Borderline- Persönlichkeit*. (25. Komplett aktualisierte und erweiterte Neuausgabe Aufl.). München, Deutschland: Kösel.
- Rahn, E. (2015). *Basiswissen: Umgang mit Borderline-Patienten* (7. Aufl., Bd. Basiswissen 3). Bonn, Deutschland: Psychiatrie-Verlag GmbH.
- Rahn, E. (2019). *Menschen mit Borderline begleiten* (Bd. Praxis Wissen 3). Köln, Deutschland: Psychiatrie-Verlag GmbH.
- Schädle-Deininger, H. (2010). *Fachpflege Psychiatrie* (Reprint der 2006 bei Urban und Fischer ersch. Ausg. (Satz: Kösel, Krugzell) Aufl.). Frankfurt am Main, Deutschland: Mabuse-Verlag GmbH.
- Schoppmann, S. (2008). Autoaggression oder Fürsorge? *Heilberufe*, 60(7), 16–18. <https://doi.org/10.1007/s00058-008-0108-9>
- Schoppmann, S., Herrmann, M. & Tilly, C. (2019). *Borderline begegnen: Miteinander umgehen lernen* (2. Aufl.). Köln, Deutschland: Psychiatrie-Verlag GmbH.
- Sendera, A. & Sendera, M. (2010). *Borderline - Die andere Art zu fühlen: Beziehungen verstehen und leben (German Edition)*. Wien, Österreich: Springer-Verlag.
- Wewetzer, G. & Bohus, M. (2016). *Borderline-Störung im Jugendalter: Ein Ratgeber für Jugendliche und Eltern* (1. Aufl.). Göttingen, Deutschland: Hogrefe Verlag GmbH + Co.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Kernfaktoren der Borderline Störung. Margreiter, 2020.	3
Abbildung 2: Diagnosekriterien Borderline Persönlichkeitsstörungen. in Anlehnung an American Psychiatric Association, (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5 (5.Aufl.). S.663. Eigene Darstellung, 2022.	4
Abbildung 3: Aktuell verwendete Notfallkiste auf dem Kindernotfall Luzern. Eigene Aufnahme Aline Riesen, 2022.	15

Anhang

Anhang 1 Funktionen von Selbstverletzendem Verhalten

Spannungsabbau:

SV wird einerseits eingesetzt, um Spannungen abzubauen, andererseits um sich dem aufgestauten Druck zu entledigen. Druck versteht sich im Zusammenhang mit SV als innere Sehnsucht nach Ganzheit (Schoppmann, Herrmann & Tilly, 2019, S. 66).

Gemäss Claes & Vandereycken (2012) hilft SV, um sich bei Gefühlen wie Wut, Angst, Angespanntheit sowie Traurigkeit zu entspannen (S. 35).

Selbstbestrafung

Selbsthass führt zum Wunsch sich selbst zu Bestrafen und kann in Zusammenhang mit durchlebten traumatischen Ereignissen gesetzt werden. Dies, weil sich Betroffene für das Erlebte selbst die Schuld geben (Schoppmann et al., 2019, S. 67). Oft sind Menschen, welche Opfer von emotionalem physischen und/oder sexuell Missbrauch geworden sind der Meinung, diesen selbst provoziert oder zu wenig unterbunden zu haben. Als weiterer Grund wird Schwäche oder undiszipliniertes Verhalten und eine verminderte Willensstärke genannt (Claes & Vandereycken, 2012, S.39).

Suizidprophylaxe

SVV wird in der Praxis oft mit Suizidalität gleichgestellt. Dies, da beide aus Handlungsimpulsen hervorgehen, welche jedoch unterschiedlich sind (Schoppmann, et al., 2019, S. 67). In Manchen Fällen, lässt sich die zerstörerische Absicht von SVV kaum mehr vom Versuch sich selbst zu töten differenzieren. Vielfach erweist sich jedoch SVV als Suizidprophylaxe, da man sich durch das Zuführen physischer Verletzungen vom Suizid abhält (Claes & Vandereycken, 2012, S. 40-41).

Beenden dissoziativer Zustände / Stimulation

Während dissoziativen Zuständen fühlen sich Patienten wie in einem Rausch. Sie funktionieren wie Roboter. Sie spüren weder sich selbst, noch können sie ihre Körpergrenzen wahrnehmen. Werden bei Betroffenen durch früher erlebte traumatische Erlebnisse angegründet und im Erleben erneut virulent, kommt es als Schutzfunktion zu dissoziativen Zuständen. Die Verbindung zum eigenen Selbst wird dabei unterbrochen, um das durchlittene Leid zu überstehen. Der Zustand der Dissoziation kann seinerseits wieder so unerträglich werden, dass dieser durch SVV unterbrochen werden muss (Schoppmann et al., 2019, S. 65). SV kann nicht nur zur Entspannung, sondern auch zur Stimulation durchgeführt werden. Betroffene wollen sich dabei anregen oder aufputschen. Eine wichtige Rolle spielen dabei das Schmerzgefühl oder der Anblick von Blut (Claes & Vandereycken, 2012, S. 38).

Kontaktaufnahme / Bestätigung

SV kann durch Betroffene eingesetzt werden, um auf ihr persönliches Leid aufmerksam zu machen und so Kontakte herzustellen (Schoppmann et al., 2019, S. 67). SVV gilt in vielen Fällen als negative Form, Aufmerksamkeit zu erlangen. Manche Betroffenen, nutzen SV, um zu provozieren oder schockieren, andere wiederum erhoffen sich dadurch Beachtung

oder Besorgnis. SVV kann somit auch als Hilfeschrei gewertet werden (Claes & Vandereycken, 2012, S. 36 -37).

Selbsterstörung

Selbsterstörung wird als negativste Auswirkung von SV genannt. Es ist verbunden mit einem negativen Selbstbild, einem Minderwertigkeitsgefühl oder mit Verzweiflung. Betroffene machen sich dadurch selbst zunichte, oft mit dem Hintergedanken sich selbst zu verstümmeln und dadurch unansehnlich auszusehen. Opfer sexuellen Missbrauchs nutzen diese Art der SV zudem, um durch Verstümmelung der Genitalien einem erneuten Missbrauch zu entgehen (Claes & Vandereycken, 2012, S. 40).

Anhang 2 SET Kommunikation

Laut Kreismann (2020) versucht SET unproduktive Verhaltensweisen zu erkennen und ändern, indem es sich auf Stimmungsaufhellung und Zügelung destruktiver Impulse konzentriert. Betont wird dabei der Aspekt des Mitgefühls, in dem es Betroffene mit Vertrauens- und Beziehungsproblemen konfrontiert. SET befasst sich zudem mit Übersensibilität in Bezug auf Zurückweisung und Verlassen werden und konfrontiert Patienten mit angstbezogenen Situationen. Des Weiteren regt SET zur Achtsamkeit und Metallisierung an und führt dazu, dass Betroffene sich schmerzhaften bestehenden Problemen stellen können (S. 38-39).

Kreismann (2020) erläutert das Akronym wie folgt:

S steht für Support (Unterstützung)

E für Empathy (Mitgefühl)

T für Truth (Wahrheit) (S. 38).

Support beinhaltet eine Ich-Botschaft, welche aus Sorge formuliert wird und das Engagement für das Gegenüber aufzeigt. Unterstrichen werden dabei die persönliche Besorgnis und der Wunsch zu helfen. Unterstützung beinhaltet jedoch nicht, sich mit dem Patienten zu identifizieren.

Empathy kommuniziert Mitgefühl und wird in Form einer Du-Botschaft formuliert. Hierbei wird versucht die Gefühle und die Qual des Betroffenen zu anerkennen. Was der Patient erlebt, soll dabei im Mittelpunkt stehen. Mitgefühl beinhaltet nicht Mitleid, da dies herablassend wäre und der Schmerz des Gegenübers nicht würdigt (Kreismann,2020, S.39, 45).

Truth steht für eine realistische Einschätzung der Situation und beinhaltet die primäre Eigenverantwortung des Betroffenen seine Probleme anzugehen, wobei er auf die Unterstützung anderer zählen kann. Wahrheitsaussagen werden auf eine akzeptierende, neutrale und sachliche Weise ausgedrückt und sprechen Optionen an, mit dem aktuellen Problem umzugehen. Die Verantwortung des Betroffenen soll ohne Schuldzuweisung hervorgehoben werden und ihm nicht die Möglichkeit geben in Hilflosigkeit zu verfallen. Wahrheit bedeutet nicht knallharte Konfrontation. Dabei muss beachtet werden, dass die Erfahrung des Patienten nicht abgetan wird (Kreismann,2020, S. 40, 45).

Anhang 3 Persönliche Kommunikation mit Simon Ruckli, Pädagogisch-pflegerischer Leiter der Kinder-Akutpsychiatrie (AKIS) im Luzerner Kantonsspital (30.03.2022)

Aline: Hallo Simon vielen Dank, dass du diesem Gespräch zugesagt und heute Zeit gefunden hast, dieses mit mir durchzuführen. Deine Antworten werde ich grob aufschreiben und in meine Diplomarbeit, dort wo es passt, einfließen lassen. Ist das okay für dich, oder hast du irgendwelche Fragen?

Simon: Das mache ich doch gerne! Klar, falls du magst, kannst du mir dann ja noch kurz zeigen, was du aufgeschrieben hast.

Aline: (lacht) Klar, das werde ich machen. Als erstes möchte ich dir kurz erzählen, welche Fragestellungen ich gerne in meiner Diplomarbeit beantworten möchte und warum ich mich für dieses Thema entschieden habe. Wie du weisst, arbeite ich in der Notaufnahme des Luzerner Kinderspitals und derzeit schreibe ich meine Diplomarbeit für das NDS Notfallpflege. Ab und an bekommen wir jugendliche auf den Notfall, welche selbstverletzendes Verhalten aufweisen. Konkret behandle ich in meiner Diplomarbeit einen Fall von einem unbegleiteten Jugendlichen, genauer gesagt einem Patienten mit einer BPS, der bei uns auf den Notfall kam und ich mich in meinem Umgang mit ihm sehr unsicher fühlte. In der Arbeit geht es um unbegleitete Jugendliche mit einer BPS welche nach SVV zur Wundversorgung auf den Notfall kommen. Die Konkrete Fragestellung, die ich beantworten möchte, ist: «Mit welchen pflegerischen Massnahmen kann ich Jugendliche mit Borderline Persönlichkeitsstörung, nach selbstverletzendem Verhalten auf der Notfallstation positiv unterstützen? ». Hier kommt deine Expertise ins Spiel, ich würde dir gerne ein paar Fragen stellen, welche ich durch das Literaturstudium nicht beantworten konnte.

Simon: Hui, das klingt spannend! Es freut mich natürlich, das du dich für dieses Thema interessierst und denke, dass unsere Jugendlichen davon profitieren werden. Dann bin ich ja mal gespannt auf deine Fragen!

Aline: Was ich mich oft frage ist, ob ich die Jugendlichen allein in einem Zimmer warten lassen kann oder sie doch besser in einem Raum mit anderen Personen unterbringe? Ich merke, dass ich Angst habe die Patienten könnten sich mit Materialien aus dem Wundversorgungswagen erneut selbst verletzen.

Simon: Also ich kann dir erzählen, wie es bei uns abläuft: Bei uns in der AKIS arbeiten wir klar unter dem Therapieansatz der Eigenverantwortung. Das Ziel davon ist, dass Jugendliche lernen, sich mit ihrem destruktiven Verhalten auseinander zu setzen und die Eigenverantwortung dafür zu übernehmen. Dabei unterstützen wir sie natürlich. Kurz gesagt: Sie sollen in ihrer Autonomie gewahrt werden. Voraussetzung dafür ist natürlich, dass sie ab-sprachefähig sind. Um deine Frage bezüglich Zimmerwahl zu beantworten: Unser Therapieansatz der Eigenverantwortung setzt voraus, dass wir den Jugendlichen vertrauen entgegen bringen. Die Jugendlichen können somit von dir gefragt werden, ob sie es sich zutrauen alleine in einem Zimmer Untergebracht zu werden und ob sie sich melden können, falls ihre Anspannung erneut steigen sollte. Es empfiehlt sich, wenn möglich regelmässig nachzuschauen ob sie etwas brauchen. Ich kann dir also empfehlen, einfach direkt nachzufragen.

Aline: Okay, vielen Dank für deine Ausführungen. Das ist ein guter Tipp, ich werde die Jugendlichen somit bezüglich ihrer Absprachefähigkeit und ihrer Anspannung befragen.

Simon: Genau – und wenn du sonst Fragen hast, kannst du ja jederzeit nachfragen.

Aline: Super, das werde ich sicher machen. Nach der Zimmerzuteilung geht es bei Jugendlichen mit selbstverletzendem Verhalten ja meistens um die Wundversorgung. Durch die Bearbeitung, weiss ich, dass die SV unter analgetischem Zustand durchgeführt wird, welcher nach zirka 20 Minuten rückläufig ist. Gehe ich also richtig in der Annahme, dass es sinnvoll ist LET Gel als lokale Betäubung einzusetzen, da die Jugendlichen sich zum Zeitpunkt der Wundversorgung wieder wahrnehmen können und daher genauso Schmerzen empfinden?

Simon: Ja, grundsätzlich ist das Schmerzempfinden meist zum Zeitpunkt der Wundversorgung wieder normal vorhanden. Es kommt aber auch hier auf den Anspannungszustand zu diesem Zeitpunkt an. Da das Schmerzempfinden subjektiv ist, würde ich da jeweils nachfragen. Es kommt sicher auch auf die Grösse der zu versorgenden Wunde an.

Aline: Okay super. Also auch hier einfach nachfragen. Werde ich so zu machen. Eine weitere Frage, die ich mir gestellt habe war, ob es sich allenfalls lohnen würde auf der Notfallstation einen Standardnotfallkoffer mit Skills bereit zu haben? Dieser könnte eingesetzt werden, wenn eine erneute Stresssituation auftreten würde in der die Spannung der Jugendlichen auf der Notfallstation zunimmt?

Simon: Jein. Ich erklär dir auch warum: In den Notfallkoffern haben die jugendlichen Patienten persönliche Gegenstände, welche ihnen in Stresssituationen dabei helfen sollen, eine Selbstverletzung zu vermeiden. Diese Skills sind also individuell auf den Patienten abgestimmt und können nicht standardisiert werden. Trifft bei euch ein Jugendlicher auf der Notfallstation zur Wundversorgung ein, haben diese Skills versagt und der Patient hat sich, um Spannung abzubauen, selbst verletzt. Will heissen: Wenn ein Patient bei euch mit Selbstverletzungen eintrifft, ist die Spannung meist bereits abgebaut. Es kann durchaus Sinn machen einen Standard Notfallkoffer mit verschiedenen Skills zu haben. Grundsätzlich kann bei den Jugendlichen nachgefragt werden ob sie mit Skills arbeiten und was ihnen im Moment nützen würde. Eventuell wäre dann was gleiches in eurem Notfallkoffer vorhanden. Jugendliche welche bei uns in der Skillsarbeit eingeführt sind, haben eine Skillskette. Sprich verschiedene Skills für unterschiedliche Spannungszustände. Wenn also Jugendliche da sind, welche ihre persönlichen Skills nicht dabei haben wenn die Anspannung wieder steigt. Kannst du die Skills, falls für den Patienten bekannt und etwas gleiches vorhanden ist, anwenden lassen. Hierbei unbedingt auch die Reservemedikation in Betracht ziehen. Frag dabei zuerst die Pat was sie kennen und ihnen helfen würde und nimm dann kurz mit der Station in der AKIS Kontakt auf diesbezüglich.

Aline: Okay, vielen Dank für die Ausführungen! Ich glaube, dann habe ich alle Fragen gestellt. Vielen Dank für deine Auskunftsbereitschaft, Simon!

Simon: Gerne, du kannst dich falls du noch weitere Fragen hast jederzeit wieder melden. Alles Gute für deine Diplomarbeit!

Aline: Vielen Dank!

Studierender/Studierende

Name: Riesen **Vorname:** Aline

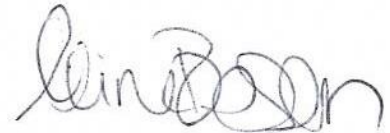
Titel der Diplomarbeit: Borderline nahe an der Grenzlinie

Selbständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass diese Diplom-/ Projektarbeit von mir selbständig erstellt wurde. Das bedeutet, dass ich keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel beigezogen und keine fremden Texte als eigene ausgegeben habe. Alle Textpassagen in der Diplom-/ Projektarbeit, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen entnommen wurden, sind als solche gekennzeichnet.

Datum: **11.04.2022**

Unterschrift:



Veröffentlichung und Verfügungsrecht

Die Z-INA verpflichtet sich, die Diplom-/ Projektarbeit gemäss den untenstehenden Verfügungen jederzeit vertraulich zu behandeln.

Bitte wählen Sie die Art der vertraulichen Behandlung:

<input checked="" type="checkbox"/>	Veröffentlichung ohne Vorbehalte
<input type="checkbox"/>	Keine Veröffentlichung

Datum: **11.04.2022**

Unterschrift:



Bei Paararbeit Unterschrift der 2. Autorin/ des Autors: