

**Betreuung von Patienten mit einer emotional instabilen
Persönlichkeitsstörung vom Boderline-Typ auf der Notfallstation**

Verhaltens- und Vorgehensweisen von Pflegenden

Diplomarbeit zur Diplomierten Expertin Notfallpflege NDS HF

Lydia Obermair

Sonnmattweg 6, 6055 Alpnach Dorf

Juni 2018

Franziska Gasser, Mentorin

XUND Bildungszentrum Gesundheit Zentralschweiz, Luzern

NDS 17F N

Abstract

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Betreuung von Patienten mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ auf der Notfallstation. Dabei wird der Frage nachgegangen, welche pflegerischen Verhaltens- und Vorgehensweisen förderlich sind, um Betroffene nach einer Selbstverletzung betreuen zu können. Einerseits wird die verbale und nonverbale Kommunikation von Betreuenden thematisiert, andererseits werden Vorgehensweisen in der Betreuung von Betroffenen erläutert, gestützt auf die Dialektische-Behaviorale Therapie.

Das methodische Vorgehen ist es, mittels aktueller Fachliteratur und Fachexpertise geeignete Verhaltens- und Vorgehensweisen für die Betreuung auf einer Notfallstation zu erarbeiten.

Die Praxis zeigt, dass die Stigmatisierung von Betroffenen der Borderline-Persönlichkeitsstörung eine grosse Relevanz hat. Viele Betreuende reduzieren das komplexe Krankheitsbild auf das Phänomen der Selbstverletzung und sind dann im Umgang mit den Patienten überfordert. Da 80% der Betroffenen selbstverletzendes Verhalten zeigen, ist dies oft ein Einweisungsgrund auf der Notfallstation. Die Selbstverletzung nutzen viele Betroffene, um innere Spannungen abzubauen.

Die Überforderung in der Praxis erklärt sich unter anderem mit fehlender Schulung der Betreuenden und mit der anspruchsvollen Verhaltensweise dieser Patientengruppe. Eine gestörte Impulskontrolle prägt die Betreuung genauso wie die gestörte Beziehungsfähigkeit und das stark veränderte Selbstbild. Eskalationen mit Polizeieinsatz sind in der Praxis keine Seltenheit.

Als Fazit lässt sich festhalten, dass es von Vorteil ist, wenn sich Betreuende mit dem Krankheitsbild befassen. Eskalationen können positiv beeinflusst werden, mit gekanntem Einsatz der Körpersprache und geeigneter Kommunikationstechniken. Werden Alternativen zur Lösung innerer Spannungen aufgezeigt, der Grund der Selbstverletzung gesucht und ein gemeinsames Ziel des Aufenthalts definiert, kann ein Aufenthalt auf einer Notfallstation für Betroffene sogar unterstützend wirken.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	5
1.1	Hinführung zum Thema	5
1.2	Fragestellung	6
1.3	Ziel	6
1.4	Eingrenzung	6
1.5	Methodik	7
2	Hauptteil	8
2.1	Die emotional instabile Persönlichkeitsstörung	8
2.1.1	Definition nach ICD 10	8
2.1.2	Impulsiver- und Borderline Typ	9
2.1.3	Herausforderungen in der Betreuung	9
2.1.4	Selbstverletzendes Verhalten	10
2.2	Verhaltensweisen	11
2.2.1	Einfluss von Vorurteilen	11
2.2.2	Nonverbale Kommunikation	13
2.2.3	Positive Gesprächsführung	14
2.2.4	Die SET- Kommunikation	15
2.3	Vorgehensweisen	16
2.3.1	Grundregeln im Umgang	16
2.3.2	Dialektisch-Behaviorale Therapie	18
2.3.3	Notfallkoffer	19
2.3.4	Medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten	21
2.4	Diskussion	22
3	Schlussteil	25
3.1	Schlussfolgerungen	25
3.2	Reflexion	26
3.3	Danksagung	29
3.4	Literatur- und Tabellenverzeichnis	30

3.5 Selbstdeklaration.....32

1 Einleitung

1.1 Hinführung zum Thema

In meiner Diplomarbeit (DA) bearbeite ich das Thema Rund um die Betreuung von Patienten mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Typ Borderline, die nach einer Selbstverletzung auf einer Notfallstation sind.

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung fordert Pflegefachpersonen auf der Notfallstation auf eine besondere Art und Weise. Ein regelmässiger Einweisungsgrund für die Notfallstation ist die Selbstverletzung, was ein häufiges Phänomen dieser Persönlichkeitsstörung ist. Da 80% der Patienten selbstschädigendes Verhalten als Reduktion ihrer inneren Spannungszustände nutzen, ist dies leider keine Seltenheit. Oft fordert ihre unvorhersehbare, launenhafte Stimmung, ihre Neigung zu emotionalen Ausbrüchen, ihr stark gestörtes Selbstbild, ihr manipulativ anmutendes Verhalten und ihre gestörte zwischenmenschliche Beziehungsfähigkeit mehr, als der eigentliche Grund ihres Aufenthalts auf der Notfallstation. Innerhalb eines Jahres musste ich diese Erfahrung auch selbst sammeln und geriet an meine persönlichen Grenzen des Könnens und Wissens. Eine Patientin mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ wurde zur Versorgung einer tiefen Schnittverletzung angemeldet. Die Patientin war im Team bereits bekannt und sorgte beim letzten Aufenthalt für starken Aufruhr. Die damals beteiligten Mitarbeiter lehnten die erneute Betreuung ab und äusserten sich negativ über die Patientin. Die negative und voreingenommene Haltung der beteiligten Pflegenden und Ärzte war ansteckend und brachte mich immer mehr zum Nachdenken. Ich hoffte, dass diese negative Haltung nicht die theoriegestützte Umgangsform war. Kurze nach dem die Patientin eingetroffen ist, eskalierte die Situation auch schon und ich wurde unterstützend dazu gerufen. Die Deeskalation dieser Situationen forderte ein extrem hoher Personalaufwand mit Polizeieinsatz. Nach der Versorgung der Schnittverletzung wurde die Patientin unter Propofolsedation mit dem Rettungsdienst in eine psychiatrische Klinik eingewiesen. Ich selbst fühlte mich in der gesamten Situation ratlos und tat lediglich das, was mir delegiert wurde: Die Patientin auf dem Bett fixieren, damit sie uns und das Notfallzimmer nicht weiter angreifen konnte. Kaum hatte ich diese Situation verarbeitet, sah ich einige Tage später auf der Anmeldeleiste der Notfallstation den Namen der Patientin wieder: «Schnittverletzung am Unterarm». Meine erste Reaktion enttäuschte mich selbst. Ich war frustriert und wütend zugleich, dass die Therapie anscheinend wenig Erfolg zeigte und dass es überhaupt möglich war, während eines stationären Klinikaufenthalts in der Psychiatrie sich selbst zu verletzen. Ausserdem hatte ich Angst, dass die Situation erneut eskalieren könnte. Zeit für ein empathisches Gespräch mit der Patientin hatte ich zu diesem Zeitpunkt nicht.

Meine Vorurteile der Patientin gegenüber wirkten sich demotivierend auf meine Arbeitseinstellung aus. Innerlich wusste ich, dass diese Haltung nicht förderlich war für die Betreuung der Patientin. Es fehlte mir eindeutig an Wissen und Verständnis für dieses Krankheitsbild und ich hatte keine Ahnung wie die professionelle Herangehensweise aussehen würde. So blieben mir meine negativen Erfahrungen im Hinterkopf und ich übernahm mit Respekt und etwas Angst, einer abweisenden und zurückhaltenden Haltung die Betreuung der Patientin.

Leider ist die Stigmatisierung von Pflegenden eine bekannte und relevante Problematik in der Betreuung dieser Patientengruppe. Es ist Ausdruck der Hilflosigkeit und Überforderung in solchen Situationen.

Deshalb ist es mir ein grosses Anliegen, bei einer nächsten vergleichbaren Situation, das Krankheitsbild zu verstehen und zu wissen, welche Verhaltens- und Vorgehensweisen von Pflegenden förderlich sind, um eine Eskalation vermeiden und die Betreuung positiv gestalten zu können, auch wenn wir auf der Notfallstation oft wenig Zeit haben.

1.2 Fragestellung

Welche pflegerischen Verhaltens- und Vorgehensweisen sind förderlich, um Patienten mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Typ Borderline auf der Notfallstation betreuen zu können?

1.3 Ziel

Die Diplomarbeit zeigt auf, welche kommunikativen Verhaltensweisen von Pflegenden gefordert sind, um die Betreuung von Patienten mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Typ Borderline auf der Notfallstation positiv gestalten zu können. Es werden Vorgehensweisen beschrieben, gestützt auf die Dialektische-Behaviorale Therapie, welche die Betreuung auf der Notfallstation erleichtern.

1.4 Eingrenzung

Die emotional instabile Persönlichkeitsstörung wird in zwei Haupttypen unterteilt, in einen impulsiven- und einen Borderline-Typ. Diese Diplomarbeit befasst sich vorwiegend mit dem Borderline-Typ, welcher sich im Rahmen einer Selbstverletzung auf der Notfallstation befindet.

Sie zeigt auf, wie fördernde Verhaltensweisen von Pflegefachpersonen aussehen. Dies beinhaltet die persönliche Haltung und Kommunikation von Pflegenden mit den Betroffenen. Die für die Notfallstation relevanten Vorgehensweisen in der Betreuung, unter anderem gestützt auf die «Dialektische-Behaviorale Therapie» dieser Persönlichkeitsstörung, werden erläutert.

1.5 Methodik

Als Methodik dieser Theoriearbeit wird die Literaturrecherche gewählt. Anhand von Fachbüchern, Fachzeitschriften und mit Wissen von Fachexperten wird das Thema erarbeitet und in dieser Diplomarbeit zusammengefasst.

2 Hauptteil

2.1 Die emotional instabile Persönlichkeitsstörung

Ärzte, Therapeuten und Wissenschaftler waren sich Jahrelang nicht einig, welcher Störung die Borderline-Persönlichkeitsstörung¹ zugeordnet werden kann. Erst in den siebziger und achtziger Jahren im zwanzigsten Jahrhundert wurde sie den Schizophrenen Psychosen als Sonderform zugeteilt. Dies wurde bereits widerrufen. In der heutigen Zeit gilt die Borderline-Persönlichkeitsstörung als Unterform der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung, die weder den Psychosen², noch den Neurosen³ zugeordnet werden kann (Sendera, Sendera, 2010).

Wenn in dieser Diplomarbeit einfachheitshalber von Patienten oder von Betroffenen geschrieben wird, sind stets Patienten mit einer „emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Typ Borderline“ gemeint.

Nachfolgend wird die heute geltende Definition nach ICD 10, die zwei Typen der Störung, sowie die herausforderndsten Verhaltensweisen der Borderline betroffenen Patienten beschrieben.

2.1.1 Definition nach ICD 10

Nebst der ICD 10 Definition ist auch die Definition nach DSM-IV weit verbreitet. Beide haben eine Auflistung von Diagnosekriterien für eine Borderline Persönlichkeitsstörung, die sich überschneiden. Diese Diplomarbeit orientiert sich an der ICD 10 Definition.

Die emotional instabile Persönlichkeitsstörung ist eine Persönlichkeitsstörung mit deutlicher Tendenz, Impulse ohne Berücksichtigung von Konsequenzen auszuagieren, verbunden mit unvorhersehbarer und launenhafter Stimmung. Es besteht eine Neigung zu emotionalen Ausbrüchen und eine Unfähigkeit, impulshaftes Verhalten zu kontrollieren. Ferner besteht eine Tendenz zu streitsüchtigem Verhalten und zu Konflikten mit anderen, insbesondere wenn impulsive Handlungen durchkreuzt oder behindert werden. Zwei Erscheinungsformen können unterschieden

¹ Der Begriff Borderline wurde erstmals Ende des achtzehnten Jahrhunderts verwendet und stammt ursprünglich vom englischen „Borderland“, was so viel wie „Grenzland“ bedeutet. In den 1940er Jahren entwickelte sich der Begriff zu „Borderline“, also „Grenzlinie“, womit beschrieben wurde, dass diese Erkrankung an der Grenze zwischen psychotischen und neurotischen Störungen verlief. Damals galten die Neurosen als behandelbar und die Psychosen als nicht behandelbar. Da diese spezielle Patientengruppe Züge von beiden Erkrankungen aufwies, entstand der Name „Borderline“. Heute gilt die Borderline-Störung als Unterform der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (Sendera, Sendera, 2010).

² Das Krankheitsbild der Psychosen ist vielfältig. Typisch sind Störungen des Denkens und der Wahrnehmung mit ausgeprägten Wahnvorstellungen oder Halluzinationen (Monks- Ärzte im Netz GmbH, n.d.).

³ Der Begriff der Neurosen wird heute so nicht mehr verwendet und gilt als veralteter Überbegriff. Heute werden diese Störungen genauer unterteilt in beispielsweise Angst-, Zwangs- oder depressive Störungen. Es sind seelische bzw. psychosozial bedingte Gesundheitsstörung ohne nachweisbare organische Grundlagen (Faust, n.d.).

werden: Ein impulsiver Typus und ein Borderline Typus. (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2018).

2.1.2 Impulsiver- und Borderline Typ

Der impulsive Typ ist gekennzeichnet durch seine emotionale Instabilität und mangelnde Impulskontrolle. Es besteht eine deutliche Tendenz explosiv und unerwartet emotional zu reagieren, ohne dabei an Konsequenzen zu denken. Streitereien und Konflikte werden gesucht und treten vor allem dann auf, wenn impulsive Handlungen unterbunden oder gemässregelt werden. Es besteht bei Betroffenen eine Unfähigkeit diese Wut und Gewaltausbrüche zu kontrollieren. Ebenfalls fällt es ihnen schwer Handlungen fortzuführen, die nicht unmittelbar belohnt werden.

Beim Borderline Typ können all diese Merkmale ebenfalls vorhanden sein. Zusätzlich zeigt dieser Typus ein stark gestörtes Selbstbild und ist geprägt von einem chronischen Gefühl der Leere. Ziele und innere Präferenzen können oft nicht klar definiert werden. Sie neigen dazu sich auf intensive, instabile Beziehungen einzulassen, die oft in emotionalen Krisen enden. Dies bringt sie auch zum Versuch, das Verlassenwerden mit übertriebenen Bemühungen zu vermeiden. Ein beängstigendes Merkmal des Borderline Typus ist die wiederholte Drohung oder Handlung von selbstschädigendem Verhalten.

Um die Diagnose der instabilen Persönlichkeitsstörung stellen zu können, müssen nicht immer alle Merkmale vorhanden sein. Die Vielfalt der Verhaltensweisen macht deutlich, wie viele Herausforderungen für betreuende Personen vorhanden sind und, dass es keines Falls einfach ist mit diesen umzugehen (Wiegmann, C., n.d).

2.1.3 Herausforderungen in der Betreuung

Die Betreuung dieser Patientengruppe auf einer medizinischen Notfallstation bringt einige Herausforderungen mit sich für das betreuende Personal. Die Pflegenden und Ärzte sind nicht speziell geschult im Umgang mit psychisch kranken Patienten und oft ist es hektisch auf der Notfallstation. Dies sind bereits zwei relevante Punkte, die die Betreuung negativ beeinflussen. Ausserdem ist die Liegezeit von psychisch kranken Patienten auf einer medizinischen Notfallstation deutlich länger als für andere Patienten. Es besteht somit ein längeres Zeitfenster für potentielle Eskalationen während der Betreuung von Patienten mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung, als bei anderen Patienten.

Nachfolgend sind einige Herausforderungen, welche in deren Betreuung bestehen, erläutert (Choi-Kain, Gunderson, Kenneth, 2016).

- Die gestörte Affektregulation führt dazu, dass die Patienten ihre Reaktionen mangelhaft kontrollieren können und meist emotional heftiger reagieren als andere Menschen.
- Sie haben Angst vor ihren Gefühlen. Sie können sie schlecht zuordnen, interpretieren oder verbalisieren. Oft leiden die Patienten unter einem Gefühlswirrwarr.

- Körperwahrnehmungsstörungen, Wahrnehmungsverzerrungen können dazu führen, dass der eigene Körper als fremd wahrgenommen wird. Sie spüren sich selbst nicht mehr. Hören und Sehen können beeinträchtigt sein.
- Wut, Selbsthass und dysfunktionale Bewältigungsstrategien erschweren die zwischenmenschliche Beziehungsaufnahme und führen oft zu Konflikten.
- Eine zentrale Emotion der Persönlichkeitsstörung ist das Schamgefühl. Scham als Primärgefühl, können die Patienten besser im Sekundärgefühl der Wut ausdrücken.
- Schuld- und Schamgefühle erschweren die Gesprächsführung und können dies in Stresssituationen, wie dies ein Aufenthalt auf der Notfallstation ist, gar verunmöglichen.
- Allgemeines Misstrauen; neuen Situationen gegenüber, aber auch unbekanntem Menschen gegenüber.
- Die Patienten zeigen ein starkes Schwarz-Weiss-Denken; Sie teilen die Welt in eine gute und eine böse Welt. Fremde Menschen sind potentiell gefährlich und wollen Ihnen schaden, da sie es ihrer Ansicht nach nicht wert sind, dass ihnen geholfen wird.
- Typisch für die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist auch ein kompromissloses Verhalten, eine Entweder-oder-Haltung.
- Es besteht eine erhöhte Gefahr der Selbstverletzung.

(Sendera, Sendera, 2010).

2.1.4 Selbstverletzendes Verhalten

80% der Patienten mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Typ Borderline üben selbstverletzendes Verhalten aus, was regelmässig zu Aufenthalten auf medizinischen Notfallstationen führt. Trotzdem darf die Selbstverletzung lediglich als Teil der Erkrankung betrachtet werden und nicht als Sinnbild der Borderline-Persönlichkeitsstörung gelten, wie dies in der Praxis oft interpretiert wird.

Die Selbstverletzung⁴ kann auf unterschiedliche Arten ausgeführt werden. Schneiden, meist am Unterarm oder Unterschenkel, ist dabei die häufigste Art. Brennen, Ausreissen der Körperbehaarung, exzessives Kratzen, Nägelkauen, Nagelbetteissen, Medikamenten- und Chemikalienmissbrauch, Essstörungen und exzessive sportliche Betätigung (bis zum Kollaps) sind weitere Möglichkeiten der Selbstverletzung (Levenkron, 2012).

Die Selbstverletzung wird von Betroffenen benutzt um innere Spannungszustände zu lösen, sich selbst zu bestrafen, einen Kontrollverlust zu kompensieren oder sich endlich selbst

⁴ Selbstverletzung ist nicht gleich Selbstverletzung. Es gibt psychische Störungen die dazu führen können, genauso wie es die Selbstverletzung als eigenständiges Phänomen gibt. Zu differenzieren ist die Selbstverletzung auch von Suizidversuchen. In dieser Diplomarbeit wird die Selbstverletzung, welche Teil der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ sein kann, bearbeitet.

wieder zu spüren. Es gibt auch Patienten, die nach einer Selbstverletzung starke euphorische Gefühle empfinden. Daher tritt die Selbstverletzung bei dieser Gruppe besonders häufig, oft fast täglich auf (Sendera, Sendera, 2010).

Eine weitere Erklärung wieso ein Mensch solche Verletzungen als Befriedigung ansehen kann, ist, dass der Mensch ein Gewohnheitswesen ist, er sucht Vertrautes. Wenn Vertrautes in der Vergangenheit schmerzliche Erlebnisse waren, kann Schmerz mit Vertrautheit in Verbindung gebracht werden. Ebenfalls kann es sein, dass der Schmerz bei Betroffenen früher mit Wohlbefinden und einem Gefühl von Zuhause sein verbunden war. Deshalb kann sich bei der Selbstverletzung auch nach Jahren ein Gefühl des Wohlbefindens verbreiten. Menschen die sich selbst verletzen, haben gelernt, dass der körperliche Schmerz ihren emotionalen Schmerz überdecken kann. Oft haben sie einen jahrelangen Leidensweg hinter sich. Für sie war die Selbstverletzung der einzige Ausweg um mit Problemen umgehen zu können.

Wenn wir Patienten nach einer Selbstverletzung betreuen, ist es deshalb wichtig zu wissen, ob sie bereits in psychologischer Betreuung sind. Dies ist vor allem für die Nachbetreuung entscheidend. Denn Betroffene müssen lernen, wie sie ihr Leiden anders ausdrücken können, als mit einer selbstzerstörerischen Handlung.

Wenn Patienten bereits in psychologischer Betreuung sind, muss geklärt werden, weshalb es trotzdem zur Selbstverletzung gekommen ist. Allenfalls kann eine kurzzeitig intensivierte Therapie nötig sein. Wenn Patienten noch keine psychologische Abklärung hatten, sollte dies möglichst rasch geschehen. Dabei muss geklärt werden, welche Störung der Selbstverletzung zu Grunde liegt und dementsprechend die Therapie eingeleitet werden. Es ist sinnvoll und ratsam einen Erstkontakt mit einem Psychiater direkt auf der Notfallstation herzustellen (Levenkron, 2012).

2.2 Verhaltensweisen

2.2.1 Einfluss von Vorurteilen

Wer kennt sie nicht der im Pflegeberuf arbeitet, die dramatischen Geschichten der Erlebnisse mit Betroffenen, die noch Jahre später erzählt werden. Die Patienten seien äusserst schwierig im Umgang, herausfordernd, unberechenbar, reagieren sehr schnell mit Aggressionen, akzeptieren Grenzen nicht, spüren sich selbst nicht mehr und können viele Helfer gleichzeitig an ihre Grenzen bringen. Wer sich noch an die erste Begegnung mit einem Betroffenen erinnern kann und an das vorausgehende Gefühl der Beklemmung, der Angst und trotzdem die Faszination und magische Anziehungskraft der Borderline-Persönlichkeitsstörung gespürt hat, weiss, wie beeindruckend eine Begegnung sein kann. Viele Betreuende berichten anschliessend von einer Grenzerfahrung und doch von einem

sehr grossen Lernfortschritt, was die Beziehungsgestaltung angeht. Doch was lösen diese Vorurteile bei Betreuenden aus?

Die erste Reaktion vieler Betreuenden geht zur Selbstreflektion. Kann ich mit den Gefühlen umgehen, die mir dort begegnen werden? Habe ich Lust dazu? Habe ich Angst davor? Kann ich mich genug Abgrenzen? Erkenne ich manipulatives Verhalten? Fühle ich mich bereit dazu? Betrachtet man diese Fragen, entdeckt man eine Gemeinsamkeit: alle gehen von einem negativen Verhalten der Patienten aus (Rahn, 2007).

Leider ist genau das eine häufige Gemeinsamkeit bei Vorurteilen, sie beruhen auf Negativem. Dass Menschen Vorurteile bilden, liegt in ihrer Natur und war früher eine überlebenswichtige Fähigkeit. Eine rasche Entscheidungsfindung gelingt mit einem Vergleich mit früheren Erfahrungen schneller, als mit einer Neubeurteilung, da dies einen kürzeren Denkprozess benötigt.

In der heutigen Zeit gibt es bereits unzählige Studien in diversen Themenbereichen die aufzeigen, dass negative Vorurteile auch zu negativeren Ergebnissen führen. Vorurteile bewirken also nicht nur einen verkürzten und beschränkten Denkprozess, sondern beeinflussen unser Handeln auch noch negativ.

Wenn Vorurteile verinnerlicht sind, ist es schwer, diese wieder loszuwerden. Unsere Informationsverarbeitung von Allem was mit diesem Thema zu tun hat, wird von den Vorurteilen kontrolliert. So bestätigen sie sich immer wieder selbst. Was mit unseren Vorstellungen zusammenpasst, das gewichten wir stärker, glauben wir eher und sehen wir viel schneller. Bestätigt ein Verhalten unser Vorurteil hingegen nicht, reagieren wir eher skeptisch und glauben an eine Ausnahme.

Möchten wir Vorurteile loswerden, ist der erste und wichtigste Schritt das Erkennen von Vorurteilen. Sich bewusst damit auseinandersetzen, was nur Vorurteile und was Fakten zu diesem Thema sind. Dazu wird Wissen zum Thema benötigt, in unserem Fall Wissen über die Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Eine weitere Methode ist es, sich die positiven Eigenschaften der Patienten bewusst zu machen. Werden diese Eigenschaften direkt vor einem Patientenkontakt in Erinnerung gerufen, können negative Vorurteile überlagert werden.

Während der Betreuung ein gemeinsames Ziel zu verfolgen, ist ebenfalls hilfreich um negativen Vorurteilen keine Relevanz zukommen zu lassen.

Umso häufiger verschiedene Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung betreut werden, desto kleiner ist die Wahrscheinlichkeit seine negativen Vorurteile bestätigen zu können. Auch das fördert den Abbau der Vorurteile.

Entscheidend ist es eine Toleranz zu entwickeln, die es erlaubt, neutral und positiv gestimmt in eine erste Begegnung mit Betroffenen treten zu können (Pelinka, 2011).

2.2.2 Nonverbale Kommunikation

„Man kann nicht nicht kommunizieren“ – dies ist eines der Bekanntesten der fünf Axiome von Paul Watzlawick⁵. Jede Interaktion mit einem anderen Menschen, wie auch unser Verhalten, ist Teil unserer Kommunikation mit ihm. Die nonverbale Kommunikation wirkt stärker als die verbale Kommunikation auf das Gegenüber.

Die Patienten sind äusserst sensible Menschen und interpretieren Handlungen und Verhalten der Betreuenden genau. Die Interpretation der nonverbalen Kommunikation ist individuell und different, da sie auf bereits Erlebtem basiert und nicht auf dem, was uns aktuell begegnet. Daher ist es umso wichtiger, dass Betreuende die nonverbale Kommunikation gezielt und bewusst einsetzen.

Da die detaillierte Ausführung des Themas der nonverbalen Kommunikation leider den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde, zeigt der folgende Abschnitt lediglich einen kleinen Auszug davon. Wenn die beschriebenen Aspekte bei einem Gespräch mit den Patienten jedoch beachtet werden, ist bereits ein guter Grundstein gelegt. Diese signalisieren ihnen ein offener und positiv gesinnter Gesprächspartner.

- Dem Gesprächspartner direkt gegenüber sitzen, oder leicht schräg und auf Augenhöhe.
- Offene Körperhaltung einnehmen, dies vermittelt dem Gesprächspartner, dass man offen für sein Gesagtes ist und nicht defensiv ist: also Beine und Arme nicht überkreuzen, offene Handflächen.
- Den Körper gelegentlich zum Gesprächspartner hinneigen. Dies unterstreicht die Aufmerksamkeit am Gespräch.
- Augenkontakt halten, ohne zu starren.
- Selber entspannt sein im Gespräch. Das vermittelt Vertrauen und hilft dem Gegenüber sich auch zu entspannen.
- Kopfnicken bei Verständnis.
- Neutraler, sachlicher Tonfall.
- Mimik dem Gesprächsthema angepasst, möglichst natürlich. Kein künstliches Lächeln.

⁵ Die fünf Axiome von Paul Watzlawick zeigen fünf Grundregeln in der menschlichen Kommunikation und ihre beinhaltete Paradoxie auf. Die Axiome sind Grundsätze, die keine Beweise brauchen. Diese fünf Axiome lauten: „Man kann nicht nicht kommunizieren, Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt, Kommunikation ist immer Ursache und Wirkung, Menschliche Kommunikation bedient sich analoger und digitaler Modalitäten und, Kommunikation ist symmetrisch oder komplementär“ (Bender, 2014).

(Egan, 2001; Rahn, 2007).

In den folgenden Abschnitten, wird die verbale Kommunikation genauer betrachtet.

2.2.3 Positive Gesprächsführung

Der Richtungsverlauf eines Gesprächs kann wesentlich mit der Art der Gesprächsführung beeinflusst werden. Wenn Patienten in einer Krisensituation eine Notfallstation aufsuchen, ist das Führen eines Gesprächs eine häufige Herausforderung. Aufgrund ihrer Erkrankung zeigen sie eine gestörte zwischenmenschliche Interaktion. Besonders fremde, ungewohnte Situationen und Personen sind für Betroffene eine Herausforderung. Der folgende Abschnitt beschreibt, wie eine kompetente und positive Gesprächsführung aussehen kann.

Laut Egan G. (2001)⁶ sind wichtige kommunikative Fähigkeiten eines Gesprächsführers die Zuwendung, Zuhören, Empathie, Ermutigung zum Erzählen und das Hinterfragen.

Nachfolgend werden diese einzelnen Fähigkeiten beschrieben.

Die *Zuwendung* in einem Gespräch wird vorwiegend durch nonverbale Signale vermittelt. Im vorausgehenden Kapitel wurden Inhalte dessen beschrieben, weshalb hier nicht nochmals darauf eingegangen wird.

Damit man *zuhören* kann, muss zuerst verständlich sein, was Gesprochenes beinhalten kann. Dies bilden vier Grundinhalte; Entweder werden Erfahrungen mitgeteilt, Verhaltensweisen erklärt, Gefühle beschrieben oder der persönliche Standpunkt erläutert. Wenn Gesprächsführer sich dessen bewusst sind, können versteckte Äusserungen aktiv gesucht werden. Da es gerade bei diesen Patienten wichtig ist zu erfahren, welche Gefühle sie zur Selbstverletzung gebracht haben, können aufgrund von Äusserungen über ihr Verhalten Gefühle interpretiert und anschliessend verbalisiert werden. Am Besten in Frageform: Ich sehe, dass Sie das zornig macht, stimmt das? Oder man kann aktiv nach Gefühlen fragen: wie haben Sie sich gefühlt, bevor Sie zur Rasierklinge gegriffen haben? Zum empathischen Zuhören gehört auch, dass Gesagtes nicht gewertet wird. Aussagen werden wahrgenommen als das was sie sind; Sichtweisen des Betroffenen. Eine persönliche Wertung kann unter Umständen beim Betroffenen eine sofortige Blockade verursachen. Betroffene fühlen sich nicht mehr verstanden und ziehen sich aus dem Gespräch zurück. Teil der *Empathie* in einem Gespräch ist die akzeptierende und die aktivierende Empathie. Bei der akzeptierenden Empathie wird dem Betroffenen vermittelt, dass seine Verhaltensweise, seine Erfahrungen und seine Gefühle von seinem Blickwinkel aus gesehen und verstanden werden. Dafür gibt es eine einfache Formel, die das verdeutlichen kann: „Sie fühlen... – gefolgt von der zutreffenden Art von Gefühlsregung und der angemessenen

⁶ Egan G. ist der Übersetzer eines langjährig bewährten Trainingsbuchs für helfende Berufe. Darin werden Fähigkeiten beschrieben, die in einem dreiteiligen Beratungsprozess mit Patienten hilfreich sind, erläutert. Einer der drei Teile befasst sich mit grundlegenden kommunikativen Fertigkeiten, worauf sich der Abschnitt 3.2.3. dieser Diplomarbeit mehrheitlich bezieht.

Intensität. ...weil... – gefolgt von den Erfahrungen und/oder den Verhaltensweisen, die Auslöser dieser Gefühle sind“ (Egan, 2001, S.53). Ein Beispiel hierzu: „Sie sind verärgert, weil er sich über eine Stunde verspätete, ohne sie zu informieren“.

Bei der aktivierenden Empathie werden Vermutungen geäußert. Vermutungen, die Betroffene ermutigen ein anderes oder erweitertes Bild seiner Erzählung zu sehen. Es kann verdeutlichen, was der Betroffene indirekt ausspricht und ihn dabei unterstützen logische Schlussfolgerungen aus seinen Aussagen ziehen zu können. Z.B: „Das tönt so, als ob Sie sich bereits dazu entschlossen haben ihn zu verlassen, jedoch zu grosse Angst vor seiner Reaktion haben. Ich glaube aber nicht, dass Sie das so direkt sagen würden“.

Betroffene ermutigen über sich zu berichten ist wohl der Sinn jedes Krisengesprächs. Nur dann können Probleme erkannt und geklärt werden. Wenn dies mit bisherigen Varianten ausblieb hilft es, in einem möglichst breiten Kontext zu Beginnen. Wie sieht der aktuelle Alltag aus? Was läuft gerade gut im Leben und was läuft schlecht? Dabei soll der Schwerpunkt auf dem Positiven gehalten werden. Daraus können weitere Fragen abgeleitet werden wie; was braucht es an Veränderung im momentanen Leben um das Negative zum Positiven zu verändern?

Mit *Hinterfragen* ist vor allem das genau Nachfragen gemeint. Unklarheiten sollen fortlaufend im Gespräch geklärt werden. Wenn Betreuende sich nicht sicher sind, ob sie das Gefühl, welches Betroffene in einer Situation zu schildern versuchen, richtig verstanden haben, soll unverzüglich nachgefragt werden. So wird vermieden, dass Betreuende etwas interpretieren und man erhält über bestimmte Situationen noch genauere Details (Egan, 2001).

2.2.4 Die SET- Kommunikation

Der verbalen Kommunikation können verschiedene Kommunikationsgrundgerüste übergestülpt werden. Eines dieser Grundgerüste ist die sogenannte SET-Kommunikation. Diese Kommunikationstechnik wurde von Kreismann und Straus speziell für Krisengespräche mit Patienten mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung entwickelt. Beim dreiteiligen Kommunikationssystem, steht „S“ für den Support, „E“ für die Empathy und „T“ für Truth.

Während einer Krise zeigen diese Patienten hauptsächlich drei Gefühlszustände: schreckliche Angst, das Gefühl, missverstanden zu werden und eine überwältigende Hilflosigkeit. Die SET Kommunikation kann dabei helfen, die zugrundeliegenden Ängste anzusprechen und eine grössere Eskalation der Krisensituation zu verhindern.

Das Gespräch kann in dieser Reihenfolge strukturiert werden, wie die Buchstaben stehen. Im ersten Teil geht es darum, eine persönliche Stellungnahme des Betreuenden und das Ziel des Aufenthalts zu verdeutlichen. Der Betroffene soll erkennen, dass das Betreuungsteam ihm Unterstützung (Support) bieten möchte, dass man sich Sorgen macht um ihn. Wichtig dabei ist, dass das Gefühl der Betroffenheit ein echt empfundenes Gefühl ist und dies

entsprechend ausdrückt. Wird diese Stufe übersprungen, reagieren die Patienten oft mit Beschuldigungen, dass man ja gar kein Interesse an ihnen habe und sowieso kein Verständnis für sie zeige.

Mit dem Empathie-Teil sollen deren Gefühle anerkannt werden. Das Mitgefühl ist aber keines Falls zu verwechseln mit Mitleid, denn das wollen Betroffene nicht. Die Betonung sollte dabei auf ihren Gefühlen liegen und nicht auf jenen des Betreuers. Das Mitgefühl zu spüren ist von wichtiger Bedeutung, damit sie sich in ihrer Person wertgeschätzt und verstanden fühlen.

Die Truth-Aussagen sollen die Realität repräsentieren. Sachlich und neutral das Geschehene aussprechen, die Folgen aufzeigen und den Patienten verständlich machen, dass ihm seine Eigenverantwortung für sein Leben niemand abnehmen kann. Betroffene müssen verstehen, dass ein Problem besteht und nun verschiedene Möglichkeiten vorhanden sind, damit umzugehen, er dafür jedoch selbst verantwortlich ist. Dabei soll es zu keiner Schuldzuweisung kommen, sondern viel mehr der Frage nachgegangen werden, was man tun kann um eine Lösung für das Problem zu finden. Die Wahrheitsaussagen sind die wichtigsten, aber auch die schwierigsten. In der Welt der Betroffenen gibt es oft keine Konsequenzen für ihr Handeln und alle anderen sind verantwortlich, ausser sie selbst. (Luzerner Psychiatrie, n.d).

2.3 Vorgehensweisen

2.3.1 Grundregeln im Umgang

Wenn Patienten mit der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung betreut werden, ist es wichtig, dass Betreuende das Krankheitsbild mit seinen vielen Facetten verstehen und wissen, was zu den typischen Verhaltensweisen gehört. Oft werden nur die negativen Eigenschaften hervorgehoben und man vergisst, dass sie durchaus auch positive Eigenschaften haben. Um sich diese Eigenschaften wieder einmal bewusst zu machen, sind untenstehend einige davon aufgelistet.

Positive Eigenschaften:

Fähigkeit zur Leidenschaft, Offenheit, hoher Gerechtigkeitssinn, Gespür für emotionale Prozesse des Gegenübers, grosses Einfühlungsvermögen, enorme Sensitivität, äusserst loyal jenen gegenüber, welche ihr Vertrauen gewonnen haben. Kreativität und Sprachgewandtheit, charmant, phantasievoll, hilfsbereit, flexibel, häufig überdurchschnittlich intelligent. Sehnsucht nach Liebe, Geborgenheit, Aufmerksamkeit, Sicherheit, Nähe.

(Sendera, Sendera, 2010)

Tipps im Umgang

Die Tipps richten sich an das Verhalten der Betreuenden, denn dieses kann massgeblich beeinflusst werden und so auch die Betreuung positiv gestaltet werden.

- Eigenes Nähe- und Distanzverhältnis gut kennen und sich abgrenzen können. Eigene Grenzen definieren und diese setzen.
- Ein klares Selbstbild haben. Zulassen und Wahrnehmen eigener Gefühle, diese verbalisieren.
- Fachkenntnis der Borderline-Persönlichkeitsstörung.
- SET Kommunikation anwenden.
- Keine Vorwürfe an Betroffene. Wertschätzung und Anerkennung zeigen und nicht das negative Verhalten werten, sachlich und klar bleiben.
- Auf nicht tolerierendes Verhalten sachlich, direkt und vorwurfsfrei hinweisen.
- Bereits von Beginn an definieren, welche Verhaltensweisen gewünscht und was nicht toleriert wird.
- Patienten direkt fragen, was ihnen im Moment helfen könnte und was sie von uns erwarten.
- Gemeinsame Ziele klar definieren. Klären was das Ziel dieses Aufenthalts ist.
- Patienten während des Aufenthalts regelmässig kontaktieren, vorbeischaun und Präsenz zeigen, jedoch vermeiden wachsam und misstrauisch zu wirken.
- Die Selbstverletzung sachlich versorgen, keine positive Wertung darüber abgeben. Nicht die Verletzung an sich thematisieren, sondern den Grund dafür.
- Behutsam und verständnisvoll, aber so konkret wie möglich nach einer Suizidalität fragen. Das Ansprechen dessen fördert keines Falls suizidale Handlungen.
- Suizidäusserungen ernst nehmen, offen ansprechen und weiterleiten an psychiatrische Klinik.
- Mit den Patienten vereinbaren, dass sie sich melden, wenn sie den erneuten Drang zur Selbstverletzung verspüren. Dies zeigt ihnen, dass sie in seiner Krise nicht alleine sind und wir sie dabei unterstützen → fühlt sich ernst genommen und wertgeschätzt.
- Entweder erkannte Gefühle des Patienten verbalisieren oder wenn möglich sie dazu ermutigen, diese selbst zu verbalisieren.
- Potentiell gefährliche Gegenstände aus der nächsten Umgebung der Patienten entfernen.
- Möglichkeiten aufzeigen aufgestaute Wut auf der Notfallstation auslassen zu dürfen, respektive in körperliche Aktivität umzuwandeln. Z.B. Auffordern in ein Kissen zu Boxen oder Liegestützen machen. Wenn vorhanden, immer den persönlichen Notfallkoffer⁷ miteinbeziehen.

⁷ Siehe Kapitel 3.3.3

- Bei drohender Eskalation genügend Personal zur Verfügung halten und Präsenz zeigen. Dies kann den Patienten Sicherheit vermitteln, in dem sie sehen, dass die Situation unter Kontrolle ist.
- Beruhigende Medikamente einsetzen.
- Bei körperlicher Fixation die Durchblutung der Extremitäten regelmässig überprüfen. Patienten dabei nicht alleine lassen, da das Gefühl des Alleine seins eine weitere Eskalation herbeiführen kann.
- Rasche Verlegung in eine psychiatrische Klinik anstreben und dort nach einer Eskalation das Isolationszimmer bereithalten.

(Eink, Haltenhof 2007; Luzerner Psychiatrie, n.d; Rahn, 2007; Townsend, 2012)

2.3.2 Dialektisch-Behaviorale Therapie

Die dialektisch-Behaviorale Therapie⁸ gilt nach mehreren kontrolliert randomisierten Studien als das Verfahren in der Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Die DBT integriert verschiedene therapeutische Methoden und ist vorrangig für eine ambulante Betreuung erstellt. Die gesamte Therapiezeit erstreckt sich über zwei Jahre und wird in drei Phasen gegliedert die unterschiedliche Behandlungsziele beinhalten. Da in der Schweiz das Netz für eine so intensive ambulante Betreuung zu schwach ist, wird eine etwas veränderte Form für den stationären Behandlungspfad angewandt.

Aufgebaut ist die DBT auf vier Behandlungskomponenten: Einzeltherapie, Telefonberatung, Fertigkeitstraining (auch Skillstraining genannt) und die Supervision.

Phasen und Behandlungsziele

1. Phase: Behandlung von Suizidalität und Selbstverletzung.
 - Bearbeitung von Verhaltensmuster, die die Therapiecompliance gefährden.
 - Bearbeitung von Verhaltensmustern, die die Lebensqualität der Patienten erheblich belasten (z.B. Drogenkonsum, Essstörungen).
2. Phase: Bearbeitung von emotionalen und kognitiven Folgen früherer Traumatisierung.
3. Phase: Neuorientierung und Integration, Entwicklung von Lebensplänen.

Die Patienten verpflichten sich zur Einhaltung von Regeln, bevor sie mit der Therapie starten können. Zu den Regeln gehören z.B. eine Non-Suizid-Vereinbarung und die Bereitschaft an therapiestörendem Verhalten zu arbeiten.

Das Konzept funktioniert nur, wenn die Reihenfolge der obengenannten Therapieziele strikt eingehalten wird. Sobald Verhaltensweisen einer höheren Zielhierarchiestufe

⁸ Marsha M. Linehan entwickelte in den Achtzigerjahren die dialektische-Behaviorale Therapie für chronisch suizidale Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Unter „dialektisch“ versteht Linehan die schwierige Balance des Therapeuten, zwischen dem Akzeptieren der jeweiligen Gegebenheit und dem Drängen nach Veränderung.

wiederauftauchen, wird dieses solange behandelt und das Verhalten verändert, bis das Ziel wieder als erreicht gilt. Erst dann, kann ein nächstes Ziel bearbeitet werden.

Die erste Phase ist die umfassendste und intensivste Phase, in der Betroffene Fertigkeiten erlernen um ihr Leben zu stabilisieren. In sogenannten Skillstrainings werden in Kleingruppen Fertigkeiten der inneren und äusseren Achtsamkeit, zwischenmenschlichen Kompetenz, Emotionsregulation und der Stresstoleranz erlernt. Diese Fertigkeiten dienen dazu andere Reaktionsmöglichkeiten zu erarbeiten oder Bestehende zu erweitern. Dies kann beispielsweise bedeuten zu lernen, Wünsche oder Gefühle auszudrücken, Situationen neutral zu analysieren oder lernen um Hilfe zu bitten und diese auch anzunehmen.

Erst wenn die erste Phase positiv abgeschlossen ist, können frühere traumatische Erlebnisse in der zweiten Phase aufgearbeitet werden. Die dann entstehenden Spannungen müssen mit den neu erlernten Fertigkeiten verarbeitet werden.

In der dritten Phase findet nebst der Zukunftsplanung auch die oft schwere Ablösung aus der Behandlung statt. Während all den Phasen besteht für Betroffene die Möglichkeit telefonisch den Therapeuten zu kontaktieren, um Unterstützung in einer aktuellen Krise zu Hause zu erhalten.

Das gesamte Behandlungsteam führt regelmässig Teamsitzungen resp. Supervisionen durch, um ihr Wissen auszutauschen und sich gegenseitig bei Schwierigkeiten zu unterstützen.

Bleibt die Borderline-Persönlichkeitsstörung unbehandelt ist die Prognose ungünstig, denn die Suizidrate liegt bei 5-10%. Entsprechend hohe Erfolgschancen haben Betroffene mit der DBT. Nur noch 60% erfüllen nach zwei Jahren die Borderline-Kriterien, und nach sechs Jahren sind es nur noch 33%. Es bestehen also gute Remissionschancen für Betroffene mit der DBT. Auch wenn einige stets an der Erkrankung leiden werden, verbessert sich ihr Zustand deutlich unter der Therapie. Häufig sind dies auch Patienten mit Komorbiditäten wie eine Drogensucht oder Essstörung.

(Bohus, Höschel, Kühler, Scher, 2006).

2.3.3 Notfallkoffer

Im Rahmen der DBT stellen viele Patienten einen persönlichen Notfallkoffer zusammen. Der Notfallkoffer kommt dann zum Einsatz, wenn Betroffene in eine Krise geraten. Jeder von uns kennt Krisen und weiss, dass sie eine lähmende Wirkung auf uns haben, man kann nicht mehr klar denken. In genau solchen Fällen ist für Betroffene ein vorhandener Notfallkoffer sinnvoll und hilft selbstverletzende Handlungen oder gar ein Suizidversuch abzuwenden. Der Notfallkoffer ist eine Hilfe zur Selbsthilfe.

Die Luzerner Psychiatrie unterteilt den Koffer erfahrungsgemäss in sechs Kategorien ein:

- *Dinge zum Festhalten:* In Stresssituationen etwas in der Hand zu halten vermittelt einen gewissen Halt. Dies können kleine Gegenstände sein wie ein Stein, ein Glücksbringer oder auch ein Lieblingspullover.
- *Dinge zur Beruhigung und Ablenkung:* Sich in schwierigen Zeiten etwas Gutes tun, sorgt für Beruhigung. Einen Lieblingstee kochen oder eine Duftkerze anzünden kann schon helfen (Teebeutel bzw. Duftkerze kommen in den Koffer). Ebenso nützlich ist es, seinen Verstand anderweitig zu beschäftigen, abzulenken mit Handlungen die Aktivität erfordern. Hier hilft beispielsweise ein Kartenspiel, Strickzeug oder auch Konzentrationsaufgaben wie Rätsel lösen, Rechenaufgaben etc.
- *Dinge, um sich selbst zu spüren:* Das Körpergefühl kann durch die Reizung verschiedener Sinne wiederhergestellt werden. Diese Reize müssen entsprechend stark sein um die inneren Spannungen abbauen zu können. Dies sind zum Beispiel Pfefferminzöl, Eiswürfel oder Coolpacks in die Hand nehmen, in eine Zitrone beißen, scharfe Saucen in den Mund nehmen, laute, rhythmische Musik hören, mit Igelbällen die Haut massieren oder Gummibänder an die Haut schnappen lassen.
- *Eine schriftliche Selbstverpflichtung:* Dies kann eine schriftliche Absprache mit dem Therapeuten sein, in welcher man sich verpflichtet Hilfe zu holen und auch gegen den aktuellen Willen in eine Klinik eingewiesen werden kann, da man eigentlich Hilfe will, diese im aktuellen Zustand aber nicht sieht. Eine Selbstverpflichtung kann aber auch ein Brief an sich selbst sein, der motivieren und Positives im eigenen Leben aufzeigen soll.
- *Eine Fremdhilfeliste:* Eine Telefonliste mit Nummern von Freunden, die entweder für Ablenkung sorgen oder für ein Krisengespräch zur Verfügung stehen. Ebenso hilfreich ist eine genaue Auflistung von professioneller Anlaufmöglichkeiten, Therapeuten, Notfallpraxen inklusiv genauen Sprechstundenzeiten.
- *Und eine Handlungsanweisung für den äussersten Notfall:* Viele Patienten haben eine bestimmte Notfallmedikation. Eine Dosis dieser Notfallmedikamente kann einen Platz im Notfallkoffer finden (keines Falls eine ganze Packung). Für den äussersten Notfall kann ein Krisenpass anstrengende Diskussionen und Erklärungen auf einer Notfallstation ersparen. Mit einer ärztlichen Unterschrift des Therapeuten werden dort Notfallmedikamente und der Umgang mit einer Krise schriftlich beschrieben und bestätigt. Es kann auch sinnvoll sein, ein vorausgefülltes Formular für eine psychiatrische Klinikeinweisung im Notfallkoffer aufzubewahren, welches im Notfall von Ärzten nur noch mit dem aktuellen Datum und Unterschrift versehen werden muss.

Das Wichtigste am Notfallkoffer ist, dass er individuell erstellt wird und mit jeder neuen Krise erweitert wird bei Bedarf. Er soll ausschliesslich positive Dinge beinhalten, die Betroffenen aus einer Krise hinaus helfen können (Luzerner Psychiatrie, n.d).

2.3.4 Medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten

Patienten die in einer akuten Krise eine Notfallstation aufsuchen, benötigen nebst professioneller Hilfe und Betreuung oft auch unterstützende Medikamente. Ziel der medikamentösen Begleittherapie ist eine Stabilisierung der Akuten Symptomatik. Es gibt aber nicht DAS Medikament gegen die emotional instabile Persönlichkeitsstörung. Deshalb werden die Medikamente Symptombezogen eingesetzt.

Die untenstehende Tabelle zeigt einen Überblick über die gängigsten Psychopharmaka und die entsprechenden Medikamente dazu (Borderline Plattform (n.d.), Pfeiffer (2013)).

Medikamentengruppe	Medikament	Wirkung	Zu beachten
Tranquilizer	Lexotamil®, Valium®	angstlösend, dämpfend, ermüdend, muskelentspannend krampflösend	Grosses Suchtpotential! nicht geeignet zur Langzeittherapie, aber als Notfallmedikament geeignet.
Neuroleptika	Haldol® Risperdal® Seroquel® Zyprexa® Dipiperon®	antipsychotisch, sedierend, psychomotorisch dämpfend. Gegen Halluzinationen & Wahnvorstellungen	Im Notfall gut geeignet! Kann als Nebenwirkung zu schweren Dyskinesien bis zu Parkinsonähnlichen Erscheinungen kommen.
Antidepressiva (4 Untergruppen)	Seroxat® Saroten®	Stimmungsaufhellend, antriebssteigernd oder auch dämpfend (je nach Medikament)	Angepasst auf jeweilige Depressionsart (ängstlich-depressiv / gehemmt-depressiv)
SSRI (Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer)	Citalopram® Fluoxetin® Sertralin®	Serotonin Spiegel wird erhöht. Dadurch Besserung der Aggressivität, Zwangsstörungen, Impulskontrollstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Suizidalität	Im Notfall gut geeignet! Weniger Nebenwirkungen, da spezifischer Effekt im synaptischen Spalt.
SNRI (Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer)	Venlafaxin, Mirtazapin	Antidepressiv und antriebssteigernd. Dadurch eingesetzt bei sozialen Phobien und in hoher Dosierung zur Behandlung von Zwangserkrankungen, Rezidivprophylaxe depressiver Episoden	

Tabelle 1: Pharmakotherapie bei emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen

2.4 Diskussion

Allgemein

Die emotional instabile Persönlichkeitsstörung ist ein komplexes Krankheitsbild, das keinesfalls nur auf das Phänomen der Selbstverletzung reduziert werden darf. Dies ist eine wichtige Erkenntnis. Das Wissen der Merkmale der Persönlichkeitsstörung hilft zu verstehen, wie Patienten reagieren und was erwartet werden kann während der Betreuung. Hier wäre es sinnvoll, das Personal der Notfallstation zu schulen.

Der Borderline-Typus

Da es Betroffenen vom Borderline-Typus besonders schwer fällt, neue Beziehungen einzugehen und sie ein Grund-Misstrauen in sich tragen, ist es wichtig, ihnen zu Beginn der Kontaktaufnahme klar verständlich zu machen, dass betreuende Personen ihnen helfen möchten und eine wohlwollende, empathische Haltung einzunehmen.

Zeitmangel

Auf einer Notfallstation ist der Zeitmangel der Betreuenden ein relevantes Thema. Wenn Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung betreut werden, ist es sinnvoll, die Zeit für Gespräche einzusetzen. Wenn andere Patienten mit medizinischen Problemen behandelt werden, wird die Zeit für körperliche Untersuchungen, umfassende Anamnesen der Krankengeschichte und je nachdem medikamentöse Therapien eingesetzt. Diese Zeit kann bei Betroffenen für Gespräche eingesetzt werden. Dadurch nehmen Betroffene nicht viel mehr Zeit in Anspruch als andere Patienten.

Selbstverletzendes Verhalten

Das Wissen, dass Selbstverletzung nicht gleich Suizidalität bedeutet, nimmt Betreuenden etwas den Druck und die Angst, nicht aber die Wichtigkeit der Situation.

Die Selbstverletzung sollte neutral und sachlich behandelt werden ohne eine Wertung. Die Hintergründe, die dazu geführt haben, müssen erfragt werden. Ebenfalls muss geklärt werden, ob weiterhin innere Spannungen vorhanden sind oder eine Suizidalität besteht.

Verhaltensweise

Nonverbale Kommunikation

Die Patienten sind äusserst sensible Menschen und interpretieren Handlungen und Verhalten der Betreuenden genau. Die Interpretation der nonverbalen Kommunikation ist individuell und different. Deshalb ist es sehr wichtig, dass Betreuende die nonverbale Kommunikation gezielt und bewusst einsetzen. Dies unterstreicht massgeblich die wohlwollende Empathie und Hilfsbereitschaft der betreuenden Personen.

Verbale Kommunikation

Das Anwenden der SET Kommunikation ist eine einfache aber sehr hilfreiche Methode, um einen Erstkontakt zum Patienten herzustellen und Hintergründe der aktuellen Situation zu erfahren.

Wenn Patienten in einer negativ-Spirale festsitzen und nichts Positives mehr sehen an ihrer aktuellen Situation, ist es hilfreich, relativ weiträumig das Gespräch zu beginnen. Dazu werden positive und negative Dinge in ihrem Leben herausgearbeitet. Anschliessend wird gemeinsam besprochen, was benötigt wird um einige negative Dinge positiver zu machen. Das Personal einer Notfallstation darin zu schulen wäre sinnvoll und kann Betreuenden Sicherheit in der Kommunikation mit den Patienten vermitteln.

Vorgehensweise

Da Patienten Vertrautes und Gewohntes mit einer Selbstverletzung verbinden können, ist ein wichtiger Schritt in der Therapie, dass sie lernen, Vertrautheit und Gewohnheit mit Neuem zu assoziieren. Auf einer Notfallstation ist die Aufenthaltsdauer sicherlich zu kurz, um neue Assoziationen herzustellen. Jedoch kann erfragt werden, was ihnen in schweren Zeiten Sicherheit bietet und das wenn möglich angeboten werden. Das kann beispielsweise das Hören von bestimmter Musik sein, das Riechen eines Dufts oder auch Ablenkung durch Lesen. Um Vertrautheit zur betreuenden Person schaffen zu können, sollte die Betreuungsperson während eines Aufenthalts wenn immer möglich konstant bleiben.

Innere Spannungen

Wenn bei den Patienten immer noch innere Spannungen bestehen oder neue Spannungen während des Aufenthalts entstehen, muss gemeinsam ein Weg zur Lösung dieser Spannungen gefunden werden. Wenn Patienten einen Notfallkoffer besitzen, sollte dessen Inhalte genau dazu dienen. Falls sie keinen besitzen, können Gummibänder, Coolpacks, oder Äther zum Riechen angeboten werden, um ihre Spannungen nicht in einer weiteren Selbstverletzung lösen zu müssen. Ebenfalls können Betroffene innere Spannungen in körperliche Aktivität umsetzen. Auf der Notfallstation können Sie zum Beispiel in ein Kissen boxen, Liegestützen oder Hampelmann-Übungen machen. Hier ist wichtig zu unterscheiden, dass diese körperliche Aktivität lediglich dazu dient, innere Spannungen abzubauen. Es ist nicht dafür geeignet Wutausbrüche zu durchbrechen.

Viele Betreuende kennen diese Varianten nicht und können deshalb auch erschwert mit inneren Spannungen von Betroffenen umgehen. Dies benötigt Aufklärung und Schulung der Betreuenden.

Dialektische-Behaviorale Therapie

Wenn Patienten nach einer Selbstverletzung auf der Notfallstation sind, gilt es, das erste Ziel der ersten Therapie Phase der DBT zu behandeln: die Behandlung der Suizidalität und

Selbstverletzung. Hier ist es wichtig, dass Betreuende ihre Hilfsbereitschaft kommunizieren und gemeinsam mit den Patienten nach alternativen Möglichkeiten zur Lösung der inneren Spannungen zu suchen. Der Grund für die Selbstverletzung muss erkundet werden, jedoch sollten frühere Traumatisierungen, Essstörungen oder eine Drogensucht in dieser Phase der Therapie nicht thematisiert werden. Auf therapiestörendes Verhalten muss hingewiesen und Konsequenzen dessen müssen deutlich kommuniziert werden. Ein gemeinsames Ziel des Aufenthalts soll definiert werden.

Eskalation der Situation

Bei einer drohenden Eskalation ist es sinnvoll, frühzeitig zusätzliches Personal zu mobilisieren. Dabei spielt es keine Rolle, wer dies ist, Teammitglieder, Securitas, Reinigungspersonal oder auch Büroangestellte markieren im Patientenzimmer Präsenz. Das Auftreten mehrerer Personen vermittelt ein verstärktes Sicherheitsgefühl. Die Betroffenen fühlen sich dadurch mit ihrem Problem ernst genommen und können sich so beruhigen. Die Umsetzung der vorgeschlagenen Massnahmen stellt bei volllaufendem Betrieb einer Notfallstation eine Herausforderung dar und kann nicht immer gewährleistet werden.

Medikamentöse Therapie

Bei akuten Symptomen wie Halluzinationen, Angstzustände, gesteigerte Aggressivität oder fehlende Impulskontrolle können Medikamente zur Stabilisierung der Symptome hilfreich sein. Sie ersetzen jedoch keinesfalls die psychologische Therapie. Wie in der Diplomarbeit sichtbar wird, finden die in der Praxis häufig verwendeten Benzodiazepine keine Anwendung bei der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung. Wie die genaue Dosierung, Kombination der Medikamente und Aufgleisung der medikamentösen Therapie bei der Persönlichkeitsstörung aussieht, wird in dieser Diplomarbeit nicht erläutert.

3 Schlussteil

3.1 Schlussfolgerungen

Die Fragestellung dieser Diplomarbeit lautete: Welche pflegerischen Verhaltens- und Vorgehensweisen sind förderlich, um Patienten mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Typ Borderline auf der Notfallstation betreuen zu können? Die Diplomarbeit beantwortet untenstehend die eingehende Fragestellung.

Für die Betreuung von Patienten mit der genannten Persönlichkeitsstörung ist es von grossem Vorteil, wenn den Betreuenden bekannt ist, welche Eigenschaften die Störung charakterisieren und wenn sie die Patienten nicht auf die Selbstverletzung reduzieren. Die Selbstverletzung an sich soll sachlich, neutral und nicht wertend behandelt werden. Der Grund für das selbstverletzende Verhalten sollte während des Notfallaufenthalts eruiert werden.

Da diese Patienten äusserst sensibel sind und fremden Menschen skeptisch gegenüberstehen, ist es umso wichtiger, dass betreuende Personen mit ihrer nonverbalen Kommunikation eine offene, wertschätzende und empathische Haltung signalisieren. Um ein Gespräch über die Hintergründe der Selbstverletzung zu führen, ist es ratsam, eine geeignete Kommunikationstechnik wie beispielsweise die SET Kommunikation zu verwenden.

Ein gemeinsames Ziel des Aufenthalts soll gesetzt und nicht tolerierendes Verhalten direkt und vorwurfsfrei thematisiert werden. Alternative Möglichkeiten aufzuzeigen, die zur Lösung innerer Spannungen von Betroffenen dienen, ist ein relevanter Ansatz um Eskalationen präventiv anzugehen. Bei einer drohenden Eskalation vermittelt eine grosse Anzahl verschiedener Personen im Patientenzimmer dem Betroffenen die notwendige Sicherheit. Um eine kurzfristige Stabilisierung der akuten Symptome zu unterstützen, kann der gezielte Einsatz von Neuroleptika, SSRI oder Tranquilizer Medikamenten sinnvoll sein.

Eine Schulung des Personals von Notfallstationen wäre eine wichtige Massnahme, damit Aufenthalte für Betroffene vielleicht sogar eine unterstützende Funktion in der Therapie der Persönlichkeitsstörung einnehmen kann.

Abschliessend ist zu sagen, dass die Betreuung von Patienten mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typ Betreuende, gerade im Setting einer Notfallstation, persönlich fordert. Betreuende müssen bereit sein, die eigenen Gefühle, Verhaltensweisen und Gesprächstechniken zu reflektieren und dem jeweiligen Patienten empathisch und ehrlich anzupassen.

3.2 Reflexion

Allgemein

Fachliteratur belegt, dass die Schulung von Betreuenden im Umgang mit den Patienten, für die Aufenthaltszeit auf einer Notfallstation eine entscheidende Rolle spielt. Deshalb bin ich dankbar, dass ich mein Fachwissen diesbezüglich stark erweitern konnte. Auch der Zeitdruck des Personals und die Hektik auf der Notfallstation haben nachweislich einen negativen Einfluss auf Betroffene.

Vor meiner Diplomarbeit gehörte auch ich zu den Pflegefachpersonen die wenig Wissen über die emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Typ Borderline hatten. Das Phänomen der Selbstverletzung war mir dabei am bekanntesten. Die explosionsartigen, impulsiven Ausbrüche während einer Betreuung waren für mich nicht Teil der Persönlichkeitsstörung. Dementsprechend konnte ich mich nie bewusst mit den Herausforderungen auseinandersetzen und hoffte jedesmal, dass die Betreuung ohne Probleme verlief. Dies führte automatisch zu einer zurückhaltenden, ängstlichen Haltung meinerseits, was die sensiblen Patienten dann auch so wahrnahmen. Mit dem jetzigen Fachwissen weiss ich genau, welche Merkmale zur Borderline Persönlichkeitsstörung gehören. Ich weiss was mich erwarten kann, trete dadurch viel selbstsicherer und ruhiger auf und bin in vielen Situationen nicht überrascht von dem Verhalten der Patienten.

Selbstverletzung

Wenn Betroffene nach einer Selbstverletzung bei uns sind, besteht die Chance, dass sie immer noch innere ungelöste Spannungszustände haben. Meine Aufgabe besteht darin dies rasch zu klären und nach vorhanden Alternativen zur Lösung der Spannungszustände zu fragen. Wenn Patienten im Besitz eines Notfallkoffers sind, werde ich zukünftig darauf zurückgreifen. Ansonsten biete ich Betroffenen Möglichkeiten an wie beispielsweise Coolpacks, Gummibänder oder Äther. Ebenfalls ist es wichtig, dass mit den Patienten vereinbart wird, dass sie sich melden sollen, sobald sie neue Spannungen verspüren. Diese frühzeitig abzufangen und alternativ zu lösen, verhindert eine erneute Selbstverletzung während des Aufenthalts.

Da sich Patienten für ihre Selbstverletzung meistens schämen, ist es wichtig ein Gespräch mit der nötigen Empathie zu führen. Betreuende Personen müssen das Problem aber klar und deutlich verbalisieren, Hintergründe für die Selbstverletzung erfragen und vor allem klären, ob der Betroffene bereits in psychologischer Betreuung ist. Dies ist für die zu organisierende Nachbetreuung resp. Weiterbehandlung von Bedeutung.

Da viele Betreuende keine Kenntnis des Notfallkoffers oder von Alternativen Möglichkeiten haben, wäre eine Schulung des Personals wichtig.

Vorurteile

Die persönliche Haltung und Gefühle von Pflegenden haben einen Einfluss auf die Betreuung von Betroffenen. Dies wurde wiederholt in der Fachliteratur betont. Eine Auseinandersetzung damit wäre also durchaus gerechtfertigt. Denn die sensiblen Patienten erfassen diese teilweise rascher als wir selbst und können uns auch mal vor den Kopf stossen. Ich habe mich während der Bearbeitung des Themas intensiv mit meinen Gefühlen zum Thema auseinandergesetzt.

Das Thema der Vorurteile faszinierte mich von Anfang an. Fachliteratur belegt meine Vermutung, dass negatives Denken auch zu negativerem Ergebnis führt. Dies bestätigt für mich, dass die Entstehung einer Eskalation mit einem Betroffenen durchaus durch meine negativen Vorurteile begünstigt wird. Selbstverständlich ist mir bewusst, dass dies nicht ein alleiniger Faktor für eine Eskalation darstellt und doch haben Vorurteile wohl einen grösseren und wichtigeren Einfluss auf unsere Arbeit mit der Borderline Persönlichkeitsstörung, als viele Pflegende denken.

Zukünftig werde ich versuchen im Team eine neutrale Haltung zu vertreten. Positive Eigenschaften rufe ich mir kurz vor dem Erstkontakt in Erinnerung und definiere gemeinsam mit dem Ärzteteam und dem Patienten ein Ziel des Aufenthalts. Schlussendlich erhoffe ich mir, dass ich zukünftig auch positive Erfahrungen in der Betreuung von Betroffenen machen werde, was meine Vorurteile weiter schwinden lassen kann.

Verhaltensweisen

Kommunikation

Während des Schreibens dieses Abschnittes wurde mir erst richtig bewusst, wie schwierig Kommunikation eigentlich ist. Wie viel man dabei beachten muss, wie viel man falsch machen kann und wie unglaublich komplex das Thema der Kommunikation an sich ist. Ich habe unzählige Bücher durchstöbert, bei denen es um Kommunikation ging und mich dabei immer wieder selbst gefragt, wie ich denn eigentlich kommuniziere. In diesem Absatz meiner Diplomarbeit habe ich vor allem gelernt, wie wichtig die ehrlich gemeinte Empathie ist. Da gerade diese Patientengruppe äusserst sensibel auf Gefühle des Gegenübers reagieren können, stellt dies für mich auch die grösste Herausforderung dar. Deshalb werde ich versuchen bei nächster Gelegenheit die akzeptierende und aktivierende Empathie bewusst anzuwenden.

Ebenfalls werde ich bei nächster Gelegenheit die SET Kommunikationstechnik versuchen anzuwenden, da mir diese klar strukturiert und einfach in der Anwendung erscheint.

Ein genauso wichtiges Thema ist die nonverbale Kommunikation. Betroffene reagieren sensibel auf meine Körperhaltung und mein Verhalten. Wenn ich diese bewusst und gezielt einsetze, kann ich zur Beruhigung des Patienten beitragen und Sicherheit vermitteln.

Beispielsweise werde ich zukünftig, wenn immer möglich mit Betroffenen auf Augenhöhe kommunizieren, Arme und Beine nicht verschränken und mein Oberkörper zum Patienten hin ausrichten.

Vorgehensweisen

Notfallkoffer

Ich finde, dass ein solcher Notfallkoffer äusserst hilfreich ist für Betroffene. Wenn Patienten nach einer Selbstverletzung zu uns auf die Notfallstation kommen, kann ein solcher Koffer die Betreuung erleichtern. Betroffene nach einem Notfallkoffer zu fragen und aufzufordern, diesen bei Bedarf auch auf der Notfallstation zu nutzen, gibt ihnen eine gewisse Eigenverantwortung zurück. Neu auftauchende innere Spannungen können dadurch gleich wieder abgebaut werden.

Während des Schreibens meiner Diplomarbeit habe ich mir auch überlegt, ob es sinnvoll wäre, einen solchen Notfallkoffer zu erstellen und bei uns auf der Notfallstation zu deponieren. Da der Inhalt des Koffers jedoch sehr individuell ist, erachte ich es als nicht sinnvoll einen Allgemeinen zu erstellen. Viel wichtiger erscheint es mir, dass unser Team geschult wird, welche Möglichkeiten bestehen, um innere Spannungen von Betroffenen abbauen zu können. Dies könnte z.B. Äther zum Riechen sein, Pfeffer, Gummibänder für den Arm oder Coolpacks.

Dialektische-Behaviorale Therapie

Für mich ist es nach der Theoriebearbeitung verständlich, wieso Patienten gerade zu Beginn der DBT gehäuft zur Selbstverletzung greifen und demnach auch regelmässig auf die Notfallstation kommen. Sie müssen sich zuerst mit sich selbst auseinandersetzen und lernen, wie sie anderweitig mit ihren inneren Spannungen umgehen können oder auch wie sie zwischenmenschlichen Beziehung anders begegnen können. Dies dauert eine gewisse Zeit und kann wiederum zu weiteren inneren Spannungen führen. Sobald Betroffene das Skillstraining durchleben, nehmen die Besuche auf der Notfallstation meistens ab. Es kann jedoch in jeder Therapiephase oder auch viel später zu erneuten Rückfällen kommen. Ich werde mich zukünftig während der Betreuung von Betroffenen, auf die Behandlung der Selbstverletzung fokussieren und Gründe dafür eruieren. Denn dies ist das erste Ziel der DBT. Ebenfalls werde ich klar kommunizieren, wenn nicht tolerierbares Verhalten gezeigt wird.

Wenn eine Situation auf der Notfallstation trotzdem zu eskalieren droht, würde ich den Alarmknopf im Zimmer betätigen. Dies führt dazu, dass viel Personal auftaucht, welches im Zimmer Präsenz zeigen kann. Die Literatur belegt, dass dies zur Entspannung der Situation führen kann. Das Personal müsste dafür aber geschult und informiert werden über den Nutzen.

Medikamentöse Therapie

Medikamente können als ergänzende Therapie zur Stabilisierung von akuten Symptomen durchaus sinnvoll sein. Es ersetzt jedoch nicht die psychologische Therapie. Im Notfall treffen wir am häufigsten auf Wahnvorstellungen, gesteigerte Aggressivität oder Angstzustände. Entsprechend würde ich Neuroleptika (Haldol® Seroquel® Dipiperon®), SSRI (Citalopram®) oder Tranquilizer (Valium®) einsetzen. Aufgrund ihrer antipsychotischen, sedierenden und psychomotorisch dämpfenden Wirkung erachte ich Neuroleptika als Medikamente der ersten Wahl.

Abschliessend ist zu sagen, dass die Erarbeitung der einzelnen Themen sehr viel Zeit in Anspruch genommen hat. Jedes der Themen wäre genug gross, um eine eigene Diplomarbeit darüber schreiben zu können. Diese Herausforderung war mir bereits zu Beginn der Arbeit bekannt und bestätigte sich fortlaufend. Es fiel mir nicht immer leicht, die Themen so stark zu reduzieren, dass der wesentliche Inhalt nicht verloren ging, und doch nicht zu umfassend darüber zu schreiben. Relativ breit und tief musste ich mich in die einzelnen Themen einarbeiten um Relevantes zu erkennen.

Das Ziel der Arbeit habe ich aus meiner Sicht erreicht und ich schätze mein neu gewonnenes Fachwissen.

3.3 Danksagung

An dieser Stelle danke ich meiner Mentorin Franziska Gasser ganz herzlich. Motiviert hat sie die neue Herausforderung angenommen und mich tatkräftig unterstützt.

Ebenfalls danke ich Herrn Markus Hadorn für seine Fachexpertise. Von Beginn an begegnete er meinen Fragen offen und unterstützte mich im komplexen Thema der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung.

Und nicht vergessen möchte ich den Dank an unsere Studiengangleiterin Frau Sabine Bohn. In der Einführung, Durchführung und schlussendlich in der Korrektur der Arbeit hat sie entscheidende Arbeit geleistet.

Herzlichen Dank an Alle.

3.4 Literatur- und Tabellenverzeichnis

- Abderhalden C. (dt. Hrsg.), Needham, I. (dt. Hrsg.) Townsend, M., (2012). *Pflegediagnosen und Pflegemassnahmen für die psychiatrische Pflege* (3. Auflage). Bern: Hans Huber-Verlag
- Bender, S. (2014). *Die Axiome von Paul Watzlawick*. Abgefragt am 18.05.2018, von <http://www.paulwatzlawick.de/axiome.html>
- Bohus, M., Höschel, K., Kühler, T., Scher, K. (2006). Borderline-Persönlichkeitsstörungen in der Praxis. *Psychiatrie*, 1, S. 33 – 40
- Borderline Plattform. *Medikamente* (n.d.). Abgefragt am 19.05.2018, von <http://www.borderline-plattform.de/index.php/medikamente>
- Borderline Plattform. *Notfallkoffer* (n.d.). Abgefragt am 14.3.2018, von <http://www.borderline-plattform.de/index.php/notfallkoffer>
- Choi-Kain, W., Gunderson, J., Kenneth, R. (2016). Borderline Personality Disorder in the Emergency Department: Good Psychiatric Management. *Perspectives, Volume 24 Number 5*, S. 357 – 366
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (dt. Hrsg.) (2018). *F60 F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen*. Abgefragt am 26.03.2018, von <http://www.icd-code.de/icd/code/F60.3-.html>
- Eink, M., Haltenhof, H. (2007). *Basiswissen: Umgang mit suizidgefährdeten Menschen* (2. Auflage). Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Faust, V. (n.d.). *Die Neurosen- Einst und heute*. Abgefragt am 31.5.2018, von <http://www.psychosoziale-gesundheit.net/psychiatrie/neurosen.html>
- Levenkron S. (2012). *Der Schmerz sitzt tiefer- Selbstverletzung verstehen und überwinden* (5. Auflage). München: Kösel-Verlag
- Monks- Ärzte im Netz GmbH. (n.d.). *Psychosen-Krankheitsbild*. Abgefragt am 31.5.2018 von <https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/stoerungen-erkrankungen/psychosen/krankheitsbild/>
- Pelinka A., Sir Peter Ustinov Institut (Hrsg.) (2011). *Vorurteile: Ursprünge, Formen, Bedeutung*. Berlin/Boston: De Gruyter Verlag
- Pfeifer, S. (2013). Borderline – Emotional instabile Persönlichkeitsstörung. *Psychiatrie & Seelsorge* (7. Auflage), S. 1 – 40
- Rahn E. (2007). *Basiswissen: Umgang mit Borderline-Patienten* (4. Auflage). Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Sendera, A., Sendera, M. (2010). *Borderline- die andere Art zu fühlen*. Wien: Springer-Verlag
- Stationäre Dienste Luzerner Psychiatrie. *Borderline, Tipps für den Umgang* (n.d).
- Stationäre Dienste Luzerner Psychiatrie. *Die SET Kommunikation* (n.d).
- Stationäre Dienste Luzerner Psychiatrie. *Notfallkoffer* (n.d).

Wiegmann, C. (n.d). *Borderline nach ICD 10*. Abgefragt am 26.03.2018, von
<http://www.borderline-borderliner.de/borderline/borderline-icd-10.htm>

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Borderline Plattform. *Medikamente* (n.d.). Abgefragt am 19.05.2018, von
<http://www.borderline-plattform.de/index.php/medikamente> und

Pfeifer, S. (2013). *Borderline – Emotional instabile Persönlichkeitsstörung. Psychiatrie & Seelsorge* (7. Auflage), S. 25

Erklärung zur Diplomarbeit

Ich bestätige,

dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbstständig verfasst habe und dass fremde Quellen, welche in der Arbeit enthalten sind, deutlich gekennzeichnet sind.

dass alle wörtlichen Zitate als solche gekennzeichnet sind.

dass ich die Bereichsleitung Weiterbildung vorgängig informiere, wenn die Arbeit als Ganzes oder Teile davon veröffentlicht werden.

Ich nehme zur Kenntnis, dass das Bildungszentrum Xund über die Aufnahme der Diplomarbeit in der Bibliothek, einer Aufschaltung auf der Homepage des Bildungszentrums Xund oder auf Homepages von Fachgesellschaften entscheidet. Sie kann ebenso zu Schulungszwecken für den Unterricht in den NDS Studien AIN verwendet werden.

Ort und Datum: Alpnach Dorf, 1.6.2018

Vorname, Name: Lydia Obermair

Unterschrift:

