

---

# Borderline: Die Grenze zwischen Überforderung und Chance

---

Diplomarbeit zur diplomierten Expertin Notfallpflege NDS HF  
Dolores Vilela

März 2024

XUND Bildungszentrum Gesundheit Zentralschweiz  
NDS H22, Notfallpflege

## Abstract

Die vorliegende Theoriearbeit zeigt den Umgang mit Patienten und Patientinnen, die unter einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ leiden. Etwa 2% der Bevölkerung leidet unter einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Die Störung ist gekennzeichnet durch Instabilität des eigenen Selbstbildes, Störungen der Affektregulation mit aggressiven Durchbrüchen und schweren Selbstzweifeln. Dazu kommt es bei ca. 80% zu teilweise gravierendem, selbstschädigendem Verhalten. Betreuende werden somit vor Herausforderungen in der Kommunikation und Beziehungsaufbau gestellt. Weiterhin werden sie mit dysfunktionalen Verhaltensweisen konfrontiert.

Das Ziel dieser Arbeit ist, anhand der nonverbalen Kommunikation und SET-Kommunikation, sowie der Dialektisch-Behavioralen Therapie verschiedene positive Massnahmen im Umgang mit Patienten und Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung aufzuzeigen und wie diese auf der Notfallstation implementiert werden können. Die Massnahmen sind aber auch in verschiedenen Settings, wie z.B. in der Psychiatrie oder im häuslichen Umfeld, einsetzbar.

Die Komplexität des Krankheitsbildes widerspiegelt sich in den Unsicherheiten der Betreuenden. Die Wichtigkeit, sich mit dem Krankheitsbild und den Grundannahmen zu beschäftigen, wird ersichtlich. In der Literatur haben sich die SET-Kommunikation und der Einsatz von Skills als präventive Massnahmen für Konflikte bewährt. Weiterhin kann sich das auf den Patienten oder die Patientin positiv auswirken, um die Motivation für die Entscheidung für einen neuen Weg zu steigern.

## Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	3
1.1. Motivation.....	3
1.2. Fragestellung.....	4
1.3. Ziel .....	4
1.4. Eingrenzung.....	4
1.5. Methodik.....	5
2. Die emotional instabile Persönlichkeitsstörung .....	6
2.1. Definition.....	6
2.2. Haupttypen .....	7
2.3. Selbstverletzendes Verhalten .....	8
3. Beziehungsgestaltung.....	10
3.1. Non-verbale Kommunikation.....	10
3.2. SET-Kommunikation.....	11
3.3. Therapeutischen Grundhaltungen .....	13
3.4. Teamarbeit.....	15
4. Dialektisch-Behaviorale Therapie.....	17
4.1. Grundregeln .....	17
4.2. Module.....	17
4.3. Skills .....	19
5. Diskussion.....	22
5.1. Krankheitsbild.....	22
5.2. Beziehungsgestaltung.....	22
5.3. Dialektisch-Behaviorale Therapie .....	23
6. Schlussfolgerung .....	25
7. Reflexion.....	27
8. Danksagung .....	30
9. Literaturverzeichnis .....	31
10. Erklärung zur Diplomarbeit .....	32
Anhang .....	33

## 1. Einleitung

### 1.1. Motivation

Ca. 2% der Menschheit erkrankt an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Die Betroffenen erweisen sich in der Therapie oft als ausgesprochen problematisch und es wird in der Regel mit einem längerfristigen und chronifizierten Krankheitsverlauf gerechnet. Bei etwa 80% tritt teilweise gravierendes, selbstschädigendes Verhalten auf. Die Patienten und Patientinnen leiden unter einer Instabilität des eigenen Selbstbildes, Störungen der Affektregulation mit aggressiven Durchbrüchen und schweren Selbstzweifeln (Falkai, Laux, Deister, & Möller, 2022).

Es ist deshalb kein Wunder, dass die Betroffenen aufgrund von Selbstverletzungen auf die Notfallstation kommen. Ihre starken Emotionen lösen bei den Pflegefachpersonen eine erschreckende Distanz aus. Auch ein innerer Konflikt kann vorkommen, denn die Pflegefachpersonen wollen sich um die Patienten und Patientinnen sorgen, müssen jedoch gleichzeitig klare Forderungen an sie stellen (Rahn, 2010).

Auf der Notfallstation ist mir selbst die erschreckende Distanz gegenüber Patienten und Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung aufgefallen. Ein allen bekannter Patient kam nach selbstverletzendem Verhalten mehrmals in die Notfallstation. Sobald der Name des Patienten auftauchte, seufzten viele Pflegenden und nur wenige waren bereit, ihn zu betreuen. Der Patient kam während zwei Wochen jeden Tag zu uns, nachdem er täglich mehrere Magnete geschluckt hat. Der Ärger in meinem Team stieg und auch bei mir machte sich Frust bemerkbar. Fragen wie «wieso nimmt man ihm die Magnete nicht einfach weg?» und «wieso schon wieder? Es sind keine 24 Stunden vergangen nach der letzten Gastroskopie» gingen mir durch den Kopf. Es erschreckte mich, denn ich habe als diplomierte Pflegefachfrau über ein Jahr in der Psychiatrie auf einer Station mit Betroffenen der Borderline-Persönlichkeitsstörung gearbeitet. Dabei habe ich schon gute Erfahrungen mit den Betroffenen gemacht. Wieso stört es mich jetzt, dass dieser Patient ständig kommt? Wieso wollte auch ich ihn nicht übernehmen? Ich merkte, dass es mit dem Setting zu tun haben muss. In der Psychiatrie war es möglich, mir mehr Zeit für ein längeres Gespräch zu nehmen. Oder andere Skills, die bei einer hohen Anspannung bei den Betroffenen gute Ergebnisse erzielten, anzuwenden. Ich wollte den Patienten nicht betreuen, denn ich würde ihm bei der hohen Arbeitsbelastung auf der Notfallstation nicht gerecht werden können. Es frustriert mich, das Wissen, das ich mir in der Psychiatrie aneignete, auf der Notfallstation nicht integrieren zu können.

Es ist mir deshalb ein grosses Anliegen, bei der nächsten vergleichbaren Situation zu wissen, welche Strategien im Umgang mit Patienten und Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sich auf der Notfallstation positiv auf die Betreuung auswirken.

## 1.2. Fragestellung

Welche pflegerischen Massnahmen sind im Umgang mit Patienten und Patientinnen, die unter einer emotionalen Persönlichkeitsstörung vom Typ Borderline leiden, auf der Notfallstation förderlich?

## 1.3. Ziel

Es werden die non-verbale- und die SET-Kommunikation beschrieben, die sich positiv auf Patienten und Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung auswirken.

Es wird ersichtlich, wie die Dialektisch-Behaviorale Therapie auf der Notfallstation für Patienten und Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung implementiert werden kann.

## 1.4. Eingrenzung

Die Diplomarbeit wird sich mit Erwachsenen, die unter einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Typ Borderline leiden und nun aufgrund von selbstverletzendes Verhalten auf der Notfallstation sind, befassen. Es gibt zwei Haupttypen der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung: Der Borderline- und der impulsive Typ. Die Arbeit wird den impulsiven Typ nur kurz erläutern.

Es werden fördernde Verhaltensweisen der Pflegefachpersonen ausgewiesen. Dabei geht es um die persönliche Haltung und Kommunikation von Pflegefachpersonen mit Personen, die unter dieser Störung leiden. Bei der Kommunikation haben sich die non-verbale Kommunikation und die SET-Kommunikation etabliert. Die persönliche Haltung der Pflegefachperson wird geschildert, da die Patienten und Patientinnen dies schnell spüren und auf diese reagieren.

Die Diplomarbeit zeigt auf, welche pflegerischen Massnahmen, gestützt auf die Dialektisch-Behaviorale Therapie, auf der Notfallstation möglich sind und wie sie angewendet werden. Patienten und Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden oft unter Komorbiditäten. Die Diplomarbeit beschränkt sich jedoch nur auf die Borderline-Persönlichkeitsstörung. Andere psychiatrische Erkrankungen werden nicht bearbeitet.

### 1.5. Methodik

Es handelt sich um eine Theoriearbeit. Die Diplomarbeit wird anhand von Literaturrecherchen mittels Fachbücher und Fachzeitschriften erstellt. Diese werden dann durch ein Interview mit einer Fachexpertin ergänzt und kritisch hinterfragt.

## 2. Die emotional instabile Persönlichkeitsstörung

### 2.1. Definition

Um einen guten Umgang mit Patienten und Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zu etablieren, sollte die Krankheit zuerst verstanden werden. Deshalb wird diese nachfolgend beschrieben.

Die emotional instabile Persönlichkeitsstörung ist von einer deutlichen Tendenz, Impulse ohne Berücksichtigung von Konsequenzen auszuagieren, geprägt. Dies wird mit unvorhersehbarer und launenhafter Stimmung kombiniert. Patienten und Patientinnen, die unter einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung leiden, neigen zu emotionalen Ausbrüchen und sind nicht in der Lage, impulsives Verhalten zu kontrollieren (Dilling & Freyberger, 2016).

Dabei gibt es zwei Haupttypen der emotionalen Instabilen Persönlichkeitsstörung. Der impulsive Typ weist vor allem eine emotionale Instabilität und mangelnde Impulskontrolle auf. Der Borderline-Typ ist zusätzlich durch Störungen des Selbstbildes, der Ziele und der inneren Präferenzen gekennzeichnet. Personen, die unter dem Borderline-Typ leiden, haben ein chronisches Gefühl innerer Leere, intensive, aber unbeständige soziale Beziehungen und neigen zu selbstdestruktivem Verhalten mit parasuizidalen Handlungen und Suizidversuchen (Dilling & Freyberger, 2016).

Sowohl im ICD-10, wie auch im DSM-5 werden folgende Kriterien für die emotional instabile Persönlichkeitsstörung beschrieben. Sie weichen deutlich von den Normen ab:

- Die Kognition (Wahrnehmung und Interpretation von Dingen, Menschen und Ereignissen).
- Die Affektivität (Variationsbreite, Intensität und Angemessenheit der emotionalen Ansprechbarkeit und Reaktion).
- Die Impulskontrolle.
- Die Bedürfnisbefriedigung und die Handhabung zwischenmenschlicher Beziehungen.
- Die Verhaltensmuster sind stabil und von langer Dauer, mit Beginn in der Adoleszenz oder frühen Erwachsenenalter. Es gibt dabei keine andere Erklärung für die Abweichungen im Verhalten (organisch oder medikamentös).

(American Psychiatric Association, 2015) (Dilling & Freyberger, 2016)

## 2.2. Haupttypen

Um das Krankheitsverständnis zu stärken, werden nun beide Haupttypen genauer erläutert. Zuerst werden die Kriterien nach ICD-10 beschrieben.

Betroffenen, die eine emotionale Persönlichkeitsstörung des impulsiven-Typs haben, weisen eine deutliche Tendenz, unerwartet und ohne Berücksichtigung der Konsequenzen zu handeln. Sie neigen zu Streitereien und Konflikten mit anderen Personen. Dies passiert vor allem dann, wenn impulsive Handlungen unterbunden oder kritisiert werden. Sie neigen zu Ausbrüchen von Wut oder Gewalt und können dabei das explosive Verhalten nicht kontrollieren. Auch zeigen sie Schwierigkeiten bei Handlungen, die nicht unmittelbar belohnt werden. Zuletzt weisen sie eine unbeständige und launische Stimmung auf. Um die Diagnose zu stellen, müssen die Betroffenen mindestens drei der aufgeführten Kriterien erfüllen.

Menschen, die unter einer emotionalen Persönlichkeitsstörung des Borderline-Typs leiden, haben ein gestörtes Selbstbild und sind unsicher bezüglich ihrer Ziele und inneren Präferenzen. Auch neigen sie dazu, sich auf intensive, aber schwankhafte Beziehungen einzulassen. Dies führt oft zu emotionalen Krisen. Dazu wollen sie das Verlassenwerden vermeiden. Ein weiteres Kriterium ist, dass sie wiederholt mit selbstschädigendem Verhalten drohen oder ausführen. Zuletzt leiden sie unter einem anhaltenden Gefühl von Leere.

Um die Diagnose zu stellen, sollen mindestens drei der Kriterien des impulsiven-Typ vorliegen und dazu mindestens zwei der nachfolgend aufgeführten Kriterien.

(Dilling & Freyberger, 2016)

Kästli (2024) erklärte, sie benutzen nur die DSM-Kriterien für die Diagnose von einer emotionalen Persönlichkeitsstörung des Borderline-Typs.

Im DSM-5 laut der American Psychiatric Association wird kein impulsiver Typ aufgeführt. Für den Borderline-Typ werden neun Kriterien aufgezeigt, von denen mindestens fünf erfüllt werden müssen, um die Diagnose zu stellen:

1. Verzweifeltes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden (Keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen werden dabei berücksichtigt).
2. Ein Muster instabiler und intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.



3. Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.
4. Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgaben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, Essanfällen).
5. Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder selbstverletzendes Verhalten.
6. Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z.B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern).
7. Chronische Gefühle von Leere.
8. Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).
9. Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste, paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome

(American Psychiatric Association, 2015).

### 2.3. Selbstverletzendes Verhalten

Das selbstverletzende Verhalten ist ein häufiger Grund, wieso Patienten und Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung auf die Notfallstation kommen. In diesem Kapitel wird gezeigt, was selbstverletzendes Verhalten ist.

Selbstverletzendes Verhalten ist ein Phänomen, das besonders komplex erscheint und nur schwer zu verstehen ist. Pflegende treffen dies nicht nur in psychiatrischen Kliniken, sondern auch auf somatischen Stationen oder in Notaufnahmen an (Schulz & Löhr, 2015). Zuerst scheint Selbstschädigung im Sinne von körperlicher Schädigung das Gegenteil von Selbstfürsorge im Sinne von körperlicher Fürsorge zu sein. Jedoch lassen sich die Grenzen nicht so einfach ziehen. Mangelnde Fürsorge kann schädlich sein, ebenso aber übertriebene Fürsorge wie beim übermässigen Händewaschen. Dazu sind gewisse Formen von «körperliche Schädigung» für unsere Gesundheit notwendig, wie beispielsweise eine Operation. Es ist daher wichtig, die normalen und unnormalen Formen der Selbstfürsorge und Selbstschädigung zu differenzieren. Die normale Selbstfürsorge beinhaltet Verhaltensweisen, die sozial akzeptiert sind. Diese Selbstfürsorge wird von den

Idealvorstellungen von körperlicher Attraktivität definiert. Somit gehören Tattoos und Piercings trotz Vernarbungen in dieser Kategorie. Erst wenn die Verhaltensweisen gesellschaftlich nicht akzeptiert werden, sind sie abweichend. Der Begriff Selbstschädigung umfasst alle Verhaltensweisen, die der eigenen Gesundheit schaden. Sowohl direkte Schädigungen, durch beispielsweise Selbstverletzungen durch Schnitte, als auch indirekte Schädigungen, wie beispielsweise Rauchen oder Drogenmissbrauch, sind im Begriff definiert. Die Selbstverletzung ist eine spezielle Form der Selbstschädigung. Die Person verletzt sich dabei physisch, verfolgt aber nicht die Absicht, sich zu suizidieren. Dies kann durch Schnitte, Verbrennungen oder Schläge passieren.

Für selbstverletzendes Verhalten gibt es keine einzige klare Ursache. Es gibt aber Trigger, sogenannte Auslöser. Die Selbstverletzung hat eine Funktion. Die Person, die sich die Selbstverletzung zufügt, probiert damit Negatives einzudämmen oder vermeiden. Somit wirkt diese sich indirekt positiv auf die Person aus. Damit wird ein zuvor bestehendes unangenehmes Gefühl wie Anspannung oder Einsamkeit verringert. Eine Befriedigung kann direkt stattfinden, ein sogenannter «Kick». Diese direkte oder indirekte Funktion ist ein Grund dafür, warum Selbstverletzungen schnell zur Gewohnheit werden können. Es hilft der Person, sich zu entspannen.

(Claes & Vandereycken, 2012).

Selbstverletzungen haben als Funktion, die Kontrolle über die eigenen Gefühle zurückzuerlangen (Schulz & Löhr, 2015).

### 3. Beziehungsgestaltung

Aufgrund der Wutausbrüche, Sprunghaftigkeit der Stimmung, der nicht voraussagbaren Ausbrüchen, der selbstzerstörerischen Handlungen und der unbeständigen Kommunikation der Betroffenen kann der regelmässige Kontakt zu ihnen frustrierend sein. Deshalb werden im Anschluss zwei Kommunikationsmodelle beschrieben, die sich gut in der Behandlung von Personen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung etabliert haben.

Die Beziehungsgestaltung mit Betroffenen braucht eine gründliche Vorbereitung des Teams für die Entwicklung einer angemessenen Haltung. Die aus einer solchen Einstellung resultierende Erfahrung kann vor ungünstigen Verwicklungen mit den Betroffenen schützen und eine resignierte, ablehnende Haltung vorbeugen (Sachse, 2020).

#### 3.1. Non-verbale Kommunikation

«Man kann nicht nicht kommunizieren» ist eine berühmte Aussage von Watzlawick. Es ist aber gleichzeitig das erste Axiom, also die erste Grundregel, die die menschliche Kommunikation erklärt. Die non-verbale Kommunikation wird an verschiedenen Berufen gelehrt und ist ein wichtiger Bestandteil der Kommunikation.

Das erste Axiom beschreibt, dass Menschen mit Gestik oder Mimik der Umwelt zeigen, was sie denken oder fühlen. Dabei ist es egal, ob sie reden oder schweigen. Die Körpersprache offenbart vieles, bewusst oder unbewusst. Was aber der Gesprächspartner oder -partnerin in diesem Verhalten interpretiert, deckt sich nicht immer mit dem, was dabei gemeint war.

Das zweite Axiom sagt, dass jede Kommunikation einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt hat. Das bedeutet, dass ein Gespräch immer auf zwei Ebenen verläuft. Es gibt eine Sach- und eine Beziehungsebene. Watzlawick äusserte, dass die Gefühlsebene die Kommunikation dominiere. Somit haben die Gefühle ein höheres Gewicht, als die ausgesprochenen Worte. Dies wird vor allem sichtbar, wenn die Beziehung der kommunizierenden Personen gut ist. Dann fließt die Interaktion ohne Probleme und die Gefühle treten in den Hintergrund. Wenn die Beziehung jedoch gestört ist, muss kontinuierlich evaluiert werden, ob die Interaktion intakt ist. Es wird mehr über die Beziehung kommuniziert, anstatt über das eigentliche Thema, um mögliche Konflikte oder Missverständnisse zu vermeiden. Die Kommunikation wird dann auf einer höheren Ebene geführt. Dies wird auch als Metakommunikation definiert.

(Pifko, 2015)

Kommunikation ist immer Ursache und Wirkung, beschreibt das dritte Axiom. Die Menschen gehen davon aus, dass ihre Ansichten und Werte die Richtigen sind. Wenn aber Mitmenschen nicht ein entsprechendes Verhalten aufweisen, kommt es zu

Missverständnissen. Jede Aussage ist dann ein Auslöser, welche zu einer Konsequenz führt.

Das vierte Axiom erklärt die digitale und analoge Kommunikation. Unter der digitalen Kommunikation wird die verbale Kommunikation zusammengefasst, während bei der analogen Kommunikation die non verbale Kommunikation gemeint ist. Um eine erfolgreiche Kommunikation zu führen, braucht es eine gut verständliche Ausdrucksweise, verbunden mit Frageformen und Reflexionen, welche durch die Körpersprache nonverbal mit den Aussagen unterstützt werden.

Das fünfte und letzte Axiom definiert die Kommunikation als symmetrisch und komplementär. Dies bezieht sich auf das Niveau und Unterschiede der kommunizierenden Personen. Wenn die Kommunikation symmetrisch ist, sind die interagierende Personen gleichartig oder deckungsgleich. Sie sind also auf der gleichen Welle. Während die komplementäre Kommunikation ergänzend ist. Dabei will eine Person Macht über eine andere Person ausüben.

(Pifko, 2015).

### 3.2. SET-Kommunikation

Die SET-Kommunikation ist eine beständige, strukturierte Methode der Kommunikation mit Betroffenen der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Sie soll eine leicht verständliche Kommunikation ermöglichen. Sie ist auch in einer Krise der Betroffenen anwendbar.

SET ist ein dreiteiliges Kommunikationssystem. Gerade wenn jemand sich mit dysfunktionalem Verhalten der Person mit Borderline-Persönlichkeitsstörung auseinandersetzt, sollten alle drei Elemente der SET-Kommunikation angewendet werden. Das «S» im SET steht für Support (Unterstützung). Dabei handelt es sich um die persönliche Stellungnahme. Es werden «Ich»-Botschaften kommuniziert, die Sorge ausdrücken. Die Betonung liegt dabei auf den Gefühlen der Person, die mit den Betroffenen der Borderline-Persönlichkeitsstörung interagiert. Die Botschaft zeigt auf, dass diese Person den Betroffenen helfen möchte.

(Kreisman & Straus, 2013)

Das «E» steht für Empathy (Mitgefühl). Damit werden die chaotischen Gefühle der Patienten und Patientinnen mit einer Du-Botschaft anerkannt. Wichtig ist, Mitgefühl nicht mit Mitleid zu verwechseln. Mitleid würde dazu führen, dass sich die Person mit Borderline-Persönlichkeitsstörung herablassend behandelt fühlt, was den Konflikt nur verstärken würde. Aussagen wie «Ich weiss genau, wie schlecht du dich fühlst» sind zu vermeiden.

Die Kernaussage des Mitgefühls liegt auf die schmerzliche Erfahrung, die die Betroffenen haben.

Die Wahrheit (Truth). ist die «T» Aussage. Sie repräsentiert die Realität oder Wahrheit. Dabei wird klargestellt, dass die betroffene Person für das eigene Leben selbst verantwortlich ist. Die Person, die helfen möchte, kann die Eigenverantwortung der Betroffenen nicht abnehmen. Diese Aussagen zeigen, dass ein Problem vorhanden ist. Praktische Fragen, um nach einer Lösung zu suchen, sind dabei Kernpunkte. Auch können dabei Aktionen angesprochen werden, bei denen die helfende Person sich verpflichtet fühlt, auf spezifische Verhaltensweisen der Betroffenen zu reagieren. Es ist wichtig, diese aber sachlich und neutral anzusprechen. Dabei wird keine Schuld zugewiesen oder eine Strafe kommuniziert. Das «T» der SET-Kommunikation ist für die Betroffenen der wichtigste, aber auch gleichzeitig der schwierigste Teil. Dies, weil der oder die Betroffene realistische Konsequenzen ausschliesst oder zurückweist.

Andererseits sind Unterstützung und Mitgefühl subjektive Aussagen. Sie erkennen die Gefühle der Betroffenen an.

Auch wenn die Kommunikation alle drei Teile beinhaltet, kann der Betroffene sie vielleicht nicht alle gleichzeitig integrieren. Dann kommt es zu berechenbaren Antworten und Reaktionen, wenn eine Botschaft nicht klar ausgedrückt wurde, oder der Betroffene sie nicht «hörte».

(Kreisman & Straus, 2013)

Falls der Support umgangen wird, werden die Betroffenen die helfende Person beschuldigen, sie nicht zu verstehen oder äussern, nicht mehr mit dieser Person interagieren zu wollen. Die Patienten und Patientinnen vermeiden dann weitere Gespräche mit dieser Person, denn sie denken, sie seien ihr egal oder diese Person wolle den Betroffenen nur Böses antun.

Wenn kein Mitgefühl ausgedrückt wurde, bekommt der Patient oder die Patientin das Gefühl, die helfende Person verstehe nicht, was er oder sie durchmacht. Die Betroffenen verweigert weitere Kommunikation mit der Behauptung sowieso missverstanden zu werden.

Das bedeutet, wenn zu Beginn die Unterstützung oder das Mitgefühl von dem Patienten oder der Patientin nicht angenommen wird, werden weitere Interaktionen ignoriert. Wird jedoch die Wahrheit nicht klar kommuniziert, interpretiert der Patient oder die Patientin die Einwilligung der helfenden Person so, wie es seinen oder ihren Bedürfnissen am ehesten entspricht. Dies ist meistens eine Bestätigung, dass andere für den Patienten oder die Patientin tatsächlich verantwortlich sein können oder dass die eigene Wahrnehmung geteilt und unterstützt werden. Die helfende Person kann das Gewicht dieser unrealistischen

Erwartung nicht tragen, weshalb die Beziehung sich auflöst. Es ist deshalb wichtig, dass Wahrheit und Konfrontation klar ausgedrückt werden, denn die Betroffenen werden sonst das gleiche mit anderen Personen probieren. Wenn dabei die eigenen Bedürfnisse erfüllt sind, bestehen sie darauf, dass alles gut sei oder besser werde und verändern ihr Verhalten nicht. Es kommt kurzfristig zu weniger oder fehlenden Konflikten. Wenn diese unrealistischen Erwartungen jedoch enttäuscht werden, übernehmen die Gefühle von Wut und Enttäuschung und die Beziehung löst sich auf.

(Kreisman & Straus, 2013)

### 3.3. Therapeutischen Grundhaltungen

Auch wenn die Kommunikation mit den Betroffenen stimmt, aber die eigene Haltung ablehnend ist, spüren dies die Betroffenen und verweigern die Interaktion. Ausserdem kann dies die Behandlung gefährden. Deshalb werden in diesem Kapitel therapeutische Grundhaltungen erläutert.

Die Arbeit mit Betroffenen, die unter einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden, wird oft als sehr anstrengend erlebt. Grund dafür sind die hohe Emotionalität und die sehr belastenden dysfunktionalen Verhaltensweisen. Dazu gehören selbstverletzendes Verhalten, Suizidandrohungen und Suizidversuche. Die Behandlung von Betroffenen kann gefährdet werden, indem ihnen vorgeworfen wird, sich manipulativ zu verhalten, «sich nicht genug anzustrengen» und «sich nicht verändern zu wollen». Im Rahmen der Dialektisch-Behavioralen Therapie wurden therapeutische Grundannahmen formuliert, die sowohl die Teammitglieder als auch die Betroffenen schützen sollen (Stiglmayr & Gunia, 2017).

Es ist wichtig, sich vor Augen zu halten, dass sich Patienten und Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung Mühe geben. Sie versuchen, das Beste aus ihren jeweiligen aktuellen Situationen zu machen. Die Bemühungen sind von aussen oftmals nicht sichtbar und es bringt keinen messbaren Erfolg.

Auch wenn es manchmal schwierig ist zu glauben: die Patienten und Patientinnen wollen sich ändern! Sie wären sonst nicht in der Therapie. Jedoch gibt es gleichzeitig Faktoren, die die Veränderungsmotivation behindern können. Dabei kann es sich um Scham oder Verhaltensdefizite handeln.

Um sich zu verändern, müssen sich die Patienten und Patientinnen stärker anstrengen und härter arbeiten. Dabei geht es um die Steigerung der Motivation und der Effizienz der Suche nach den behindernden Faktoren.

Auch wenn die Patienten und Patientinnen ihre Probleme nicht selbst verursacht haben, müssen sie es selbst lösen. Die Therapeuten können Hilfestellung geben, das Verhalten muss aber die betroffene Person selbst ändern. Dies auch in Krisensituationen.

Wenn Betroffene suizidal werden, ist es, weil das aktuelle Leben für sie unerträglich ist. Die Beschwerden über den jetzigen Zustand sollten nicht hinterfragt, sondern ernst genommen werden und sie sind berechtigt. Denn sie wollen aktuell nur den jetzigen Abschnitt beenden. (Franz & Lucke, 2021)

Die Annahme, dass das von dem Patienten und der Patientin gezeigte Verhalten ausschliesslich dem Zweck dient, seine oder ihre Situation erträglicher zu gestalten, ist eine Grundvoraussetzung. Dies zeigt dann, dass das Verhalten der betroffenen Person einen Lösungsversuch darstellt (Stiglmayr & Gunia, 2017).

Personen, die unter einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden, müssen lernen, sich in allen relevanten Lebensbereichen anders zu verhalten. Am besten geschieht dies im eigenen Umfeld. Dabei lernen sie alternative, funktionale Bewältigungsstrategien für alle Emotionen.

Eine weitere Grundannahme ist, dass Patienten und Patientinnen in der Therapie nicht versagen können. Die Ursache, die zu fehlenden Therapiefortschritten, einem Therapieabbruch oder einer Verschlechterung des Zustands führen können, sollen im therapeutischen Konzept, in der Ausbildung des Therapeuten oder der Therapeutin und in der Supervision gesucht werden.

Die letzte Grundannahme ist, dass Therapeuten Unterstützung brauchen. Die Arbeit mit Personen, die unter eine Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden ist anspruchsvoll. Deshalb sind auch Supervisionen wichtig.

(Franz & Lucke, 2021)

Kästli (2024) betonte auch, dass die Teammitglieder offen und wohlwollend gegenüber dem Patienten und der Patientin sein sollten. Zusätzlich sollten sie annehmen, dass die Betroffenen ihr Bestes geben. Wenn Betroffene nicht «arbeiten», sollten die Teammitglieder nicht ihre Arbeit übernehmen, sondern sich «zurücklehnen».

Je mehr diese Grundannahmen verinnerlicht sind, desto empathischer können die Teammitglieder den Betroffenen gegenüberzutreten. Die Arbeit mit den Betroffenen fällt dann leichter. Diese Grundannahmen halten das Team zu einer kontinuierlichen Reflexion an. Sie müssen sich immer wieder fragen, wieso ein Patient oder eine Patientin eine gewisse Verhaltensweise aufzeigt, und nicht anders. Die Reflexion über die eigene Arbeit dient der

Qualitätssicherung und motiviert, sich weiterhin für den Patienten oder die Patientin zu engagieren (Franz & Lucke, 2021).

### 3.4. Teamarbeit

Aufgrund der verschiedenen Symptomen, die im vorherigen Kapitel gezeigt wurden, kann sich die Betreuung von den Betroffenen schwierig gestalten. Wichtig ist aber auch die Klärung von Systemdynamik, sowie Rollen und Aufgaben im Teamansatz.

Lohmer (2013) äusserte, dass seiner Erfahrung nach häufig ein problematisches Therapeutenverhalten in Teamsupervisionen kaschiert werde. Dies, indem das Verhalten vom Behandlungsteam als reine Spiegelung der Patientendynamik gesehen wird. Damit werden Konflikte innerhalb des Teams vermieden. Notwendigen Weiterentwicklungen von therapeutischen Haltungen und Interventionsweisen wird so aus dem Weg gegangen. Es ist wichtig, dass es als Ausdruck einer eigenen Neigung zum Verhalten und als Ergebnis der Gesamtdynamik und des therapeutischen Systems gesehen wird. Daher sollten sich alle im Team untereinander austauschen und gemeinsame therapeutische Ziele und Vorgehensweisen definieren. Auch Regeln und Vereinbarungen, sowie Rollen und Zuständigkeiten sollten kontinuierlich evaluiert und neu definiert werden.

Gerade in Betrieben, in denen die Teammitglieder häufig wechseln (zum Beispiel durch Rotation von Assistenzärzten) ist es besonders wichtig, dass nicht jedes neu hinzukommende Teammitglied seinen oder ihren eigenen Stil behält, sondern sich mit dem ganzen Team austauscht und eine gemeinsame Behandlungsphilosophie entwickelt wird. Es ist extrem wichtig, dass das gesamte Team am gleichen Strang zieht.

Das ganze Team wird mit manipulativen Verhalten der Patienten und Patientinnen konfrontiert. Die Betroffenen versuchen, Ziele durchzusetzen. Sie können relativ gut und schnell erkennen, welches Teammitglied auf welche Strategie anspricht. Sie werden auf alle Fälle versuchen, alle Teammitglieder auf Manipulierbarkeit testen. Dies geschieht nicht völlig bewusst. Das Problem beginnt dann, wenn sich einzelne Teammitglieder manipulieren und sich gegeneinander ausspielen lassen. Jedes Individuum des Teams erhält eine andere Reaktion zu unterschiedlichen Strategien und somit erhalten die einzelnen Teammitglieder verschiedene Eindrücke von dem Patienten oder von der Patientin. Die Mitglieder des Teams entwickeln unterschiedliche Problemvorstellungen und unterschiedliche Haltungen zum Patienten oder zur Patientin und unterstützen ihn oder sie an unterschiedliche Stellen. Das Ergebnis ist ein gespaltenes Team.



Die Therapie wird durch die Spaltung behindert. Die Patienten und Patientinnen erhalten verschiedene oder sich widersprechende therapeutische Botschaften von den einzelnen Teammitgliedern. Der Patient oder die Patientin wird verwirrt und lernt therapeutisch das Falsche. Das Team ist stark mit sich und seinen Konflikten beschäftigt.

(Lohmer, 2013)

Es gibt einige Regeln, um genau diese Situation zu vermeiden. Es ist wichtig, dass alle Teammitglieder über Persönlichkeitsstörungen gut informiert sind. Sie müssen wissen, wie und warum sich die Patienten und Patientinnen so verhalten und es muss jedem einzelnen bewusst sein, dass die Betroffenen dies nicht tun, um jemanden zu ärgern, sondern weil sie nicht anders handeln können. Die Teammitglieder sollten über therapeutische Prinzipien und Umgangsformen informiert sein. Sie sollten wissen, was vermieden werden soll. Die Teammitglieder sollten die eigenen Emotionen und Manipulierbarkeit reflektieren können, um damit die eigenen Reaktionen besser zu kontrollieren. Essentiell sind die Absprache und gegenseitige Information im Team. Das Team sollte bezüglich des Umgangs mit dem Patienten oder der Patientin einig sein. Die Teammitglieder sollten in Teamgesprächen und Supervisionen ihre Bilder von Patienten und Patientinnen vergleichen. So kann das Team ein aktuelles Bild zusammensetzen und erfassen (Sachse, 2020).

Kästli (2024) empfiehlt eine klare Kommunikation, eine gute Vernetzung und ein guter Austausch im Team und das Festhalten der gestellten Regeln. Ausnahmen sollen nur in Absprache mit dem Team geschehen. Das heisst, Anliegen von Patienten und Patientinnen werden zuerst entgegengenommen, danach wird im Team eine gemeinsame Haltung bezüglich dieser Anliegen besprochen und erst dann wird dem Patient oder der Patientin den Konsens des Teams erklärt.

## 4. Dialektisch-Behaviorale Therapie

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) wurde im vorherigen Kapitel erwähnt. Sie ist bis jetzt die meist genutzte Form der Therapie bei Patienten und Patientinnen, die eine Borderline-Persönlichkeitsstörung haben. In diesem Kapitel wird nun die DBT genauer angeschaut.

### 4.1. Grundregeln

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (kurz: DBT) wurde in den 1980er Jahren von Marsha M. Linehan entwickelt. Die DBT kombiniert eine Vielzahl Strategien und Techniken aus den kognitiv-behavioralen Methoden, Gestalttherapie, Gesprächspsychotherapie und dem Zen-Buddhismus. Die DBT gehört zur Verhaltenstherapie und verbindet die klassischen verhaltenstherapeutischen und kognitiven Techniken mit Strategien der Akzeptanz, Weisheit, kognitiven Distanzierung und Dialektik (Stiglmayr & Gunia, 2017).

Die DBT wird durch ihre Evidenz, Praktikierbarkeit und Verstehbarkeit für verschiedene Berufsgruppen gegenüber anderen Verfahren bevorzugt. Sie kommt zum Einsatz in verschiedenen psychiatrischen Settings und lässt sich gut bei komorbiden und schwer kranken Patienten und Patientinnen anwenden (Franz & Lucke, 2021).

Linehan (2008) beschrieb fünf Funktionen der DBT-Behandlung. Die erste Funktion ist die Fähigkeit, langfristig hilfreiches Verhalten zu verbessern. Auch die Motivation für Veränderung soll gestärkt bzw. erhalten werden. Die Generalisierung von Veränderungen soll sichergestellt und, in einem weiteren Schritt, die Umweltbedingungen verbessert werden. Zuletzt soll die Therapeutenmotivation für effektive Behandlung gestärkt werden.

Die Methoden finden in unterschiedlichen Settings wie Einzeltherapie oder Skills-Gruppe Anwendung.

Es werden Techniken auf den Ebenen «Verhalten und Kognition», «Beziehung und Interaktion», sowie «Wahrnehmung und Körper» gezeigt. Alle sind für die Betroffenen wichtig, da sie fast in allen wichtigen Lebensbereichen Schwierigkeiten haben.

(Franz & Lucke, 2021) (Linehan, 2008)

### 4.2. Module

In der Dialektisch-Behavioralen Therapie werden fünf Module gelehrt. In der Psychiatrie werden diese im Rahmen von Skills-Gruppen von Psychotherapeuten und -therapeutinnen, sowie von Pflegenden instruiert. Auch in Einzeltherapien mit Pflegenden, oder im

ambulanten Setting mit der zuständigen Psychotherapeutin oder Psychotherapeut, werden die Modulen aufgegriffen und daraus Skills entwickelt.

Das erste Modul umfasst die Stresstoleranz. Dabei werden Skills, also Fertigkeiten, erlernt, die einerseits die Funktion haben, Hochanspannung zu regulieren. Sie dienen direkt der Krisenbewältigung. Andererseits sollen sie durch das Annehmen von Realität und Verantwortung die Hochanspannungsphasen vorbeugen. Die Patienten und Patientinnen werden in diesem Modul angehalten, die eigene Anspannung einzuschätzen und zu protokollieren. Dies ist die Grundlage, um später Stresstoleranz-Skills anwenden können. Oft denken Patienten und Patientinnen, dass sie plötzlich hoch angespannt waren und sich deshalb automatisch selbstverletzt haben. Trotz, dass es sich um eine sehr automatisierte Verhaltensweise handelt, wird an einem bestimmten Punkt eine bewusste Entscheidung für eine bestimmte Reaktion gefällt. Die Entscheidungsprozesse wieder zugänglich zu machen, ist Ziel der Therapie.

Dabei ist die Quantität der Skills nicht entscheidend, sondern die Qualität, die Anspannung dadurch gut reduzieren zu können. In der Krisenbewältigung haben sich Skills bewährt, die auf die sensorische Wahrnehmung der Betroffenen zielen. Dabei soll mit starken Sinnesreizen die Anspannung unterbrochen werden. Auch andere Formen von Ablenkung wie Bewegung oder kognitive Ablenkung (durch z.B. Hirn-Flick-Flacks, wie von 100 immer 7 subtrahieren, Städten mit einem bestimmten Anfangsbuchstaben sagen, etc.) gehören zu den Stresstoleranz-Skills.

Skills, die langfristig wirken sollen, beschäftigen sich mit der Entscheidung für einen neuen Weg, radikaler Akzeptanz und innerer Bereitschaft. Da sie keine schnelle Wirkung zeigen, brauchen die Betroffenen bei der Einübung zusätzliche Geduld.

(Franz & Lucke, 2021)

Das zweite Modul bringt die Achtsamkeit bei. Sie ist die Basis aller Skills. Sie können erst eingesetzt werden, wenn die Betroffenen den eigenen Ist-Zustand wahrnehmen und somit handeln können. Dazu braucht es manchmal nur ein kurzes Innehalten. Durch einfache Übungen wird die Konzentration auf die Gegenwart trainiert. Beeinflusst werden kann nur der jetzige Moment. Warum eine Übung eine Achtsamkeitsübung ist und worauf geachtet werden muss, soll bei der Vermittlung von Achtsamkeit und der Durchführung erklärt werden (Franz & Lucke, 2021). Die Achtsamkeit kann durch Meditation oder durch Konzentration auf andere Sachen, wie Gerüche oder Objekte, erfolgen. Auch Wickel oder Massagen können Achtsamkeit verstärken (Schulz & Löhr, 2015).

Anschliessend wird im dritten Modul der Umgang mit Gefühlen gelernt. Dabei lernen Betroffene, Gefühle wahrzunehmen und zu regulieren. Patienten und Patientinnen mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung leiden unter ständig wechselnden, sehr starken Gefühlen, aber auch unter Gefühlsleere oder Gefühlschaos. Ein Gefühl zu erkennen, ist unter starker Anspannung sehr schwierig und oft sind sie nicht in der Lage dazu. Oft können die Betroffenen nicht einschätzen, ob das Gefühl zur Situation passt. In diesem Modul wird auch versucht, das Gesundheitsbewusstsein zu fördern, denn die Betroffenen haben ein höheres Risiko für Hochanspannung, wenn sie unregelmässig essen, zu wenig trinken, Erkrankungen nicht behandeln lassen oder Suchtmittel konsumieren. Hier ist die Nutzung von Skills angezeigt (Franz & Lucke, 2021).

Aufgrund der intensiven und instabilen Beziehungen sind soziale Fertigkeiten ein Bestandteil der DBT. Dabei werden im vierten Modul die zwischenmenschlichen Fertigkeiten erlernt. Dies ist ein grosses und wichtiges Thema in der Behandlung. In der Skills-Gruppe wird es zwar thematisiert, wichtig ist aber auch das soziale Kompetenztraining im Alltag (Franz & Lucke, 2021).

Das letzte Modul beinhaltet den Selbstwert. Ziel ist, die Wahrnehmung der Betroffenen für dysfunktionale Einstellungen sich selbst gegenüber zu stärken, diese zu relativieren und durch angemessene Einstellungen zu ergänzen. Die Arbeit an Grundannahmen und Glaubenssätzen bedarf einer langen Zeit. Skills zur besseren Selbstwahrnehmung und Selbstfürsorge sind hier sehr hilfreich und gut anwendbar, denn Patienten und Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sind häufig harsch zu sich selbst und verlangen sich viel ab. Sie denken auch, sie hätten nichts Gutes verdient. Deshalb sind Elemente zur Selbstfürsorge vor allem im Beginn zielführend und sehr hilfreich (Franz & Lucke, 2021).

#### 4.3. Skills

Skills sind Fertigkeiten um die Emotionsregulation, zwischenmenschlichen Fähigkeiten, Achtsamkeit und Akzeptanz zu verbessern. Diese werden im Rahmen der fünf Module gelehrt und kontinuierlich geübt. Was genau Skills sind, wird nun aufgeführt.

Skills sind Alternativen zum selbstverletzenden Verhalten. Sie sollen einen ähnlichen Effekt haben wie das selbstschädigende Verhalten, jedoch ohne die Gesundheit zu schädigen.

Die Alternative soll zu einer schnellen Entladung der Anspannung führen. Körperliche Anstrengungen sind dabei nächstliegend. Die Alternative darf nicht schaden, auch anderen nicht.

(Claes & Vandereycken, 2012)

Es wichtig, ausführlich zu erklären, dass Skills nicht so schnell und bequem helfen, wie die gewohnten dysfunktionalen Verhaltensweisen. Empfohlen wird, mit den Betroffenen realistisch die Wirkung von Skills im Vergleich zu bisherigen dysfunktionalen Verhaltensweisen zu besprechen. Dies kann mit einem Pro- und Contra-Schema erfolgen. Es gibt auf beiden Seiten Argumente für die neue erlernten Skills, wie auch für die dysfunktionalen Verhalten. Anschliessend sollte die Arbeit mit den Skills für eine Entscheidung für einen neuen Weg genutzt werden. Dies soll den Betroffenen helfen, Skills anstatt die bisherigen Problemverhalten zu benutzen.

Skills sollten in stressfreien Phasen eingeübt werden, damit sie bei Hochanspannung gezielt eingesetzt werden können. Nicht alle Skills wirken bei jeder Person gleich effektiv. Somit müssen die Patienten und Patientinnen mehrere einüben, die auf sie zutreffen (Franz & Lucke, 2021).

Ein Skill beinhaltet vier Komponenten. Diese sind die Erkennung der dysfunktionalen automatisierten Muster, Benennung dieser Muster, Selbstinstruktion und Umsetzung einer funktionalen mentalen oder verhaltensbasierten Skill (Bohus, 2019).

Zur Stresstoleranz gibt es verschiedene Skills. Eine kalte Dusche, einen Eiswürfel in die Hand oder in den Mund nehmen, kaltes Wasser über das Gesicht laufen lassen oder den Kopf in einem Becken mit kaltem Wasser tauchen sind Skills, die den Tastsinn stimulieren lassen (Bohus, 2019). Dabei können auch Gummibänder helfen. Diese verursachen auch Schmerzen, verursachen aber meistens keine Verletzungen (Schulz & Löhr, 2015). Um den Geschmackssinn zu aktivieren, können Betroffenen an einer Chilischote kauen, sehr scharfe Sauce in den Mund nehmen oder in frischen Meerrettich beißen. Laute, knallende oder pfeifende Geräusche direkt neben dem Ohr aktivieren den Hörsinn. Es kann aber auch helfen, mit Kopfhörer aufmunternde, rhythmische Musik zu hören. Zuletzt kann man den Sehsinn anvisieren, indem die Betroffenen den Zeiger eines Metronoms beobachten oder die Augen rhythmisch nach links und rechts bewegen (Bohus, 2019).

Die Betroffenen können einen sogenannten Notfallkoffer entwickeln, in welchem sie Skills haben, die weitere dysfunktionalen Verhalten eingrenzen. Von Vorteil ist, wenn diese Skills tatsächlich in einer Tasche platziert werden können, denn dann sind diese in der Krise schnell zu finden. Auch die Kontaktadressen von wichtigen Bezugspersonen können im

Notfallkoffer sein. Wichtig ist, dass zumindest eine Liste mit Sachen vorhanden ist, die schon einmal geholfen haben (Schulz & Löhr, 2015).

Das erste Ziel ist, dass die Patienten und Patientinnen drei Skills aufzählen können, welche sie bei Hochanspannung unternehmen werden. Die Favoriten sind dabei kalt duschen, eine Chilischote essen (oder Atomic Fireballs), spazieren gehen oder einen Film schauen (Kästli, 2024).

## 5. Diskussion

Nun werden die Aussagen der verschiedenen Quellen dargestellt. Es wird dabei schnell ersichtlich, dass die verschiedenen Autoren sich in den verschiedenen Aussagen decken und sich in ihren Werken aufeinander beziehen.

### 5.1. Krankheitsbild

Die emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typ ist sehr komplex. Sowohl im ICD-10 wie auch im DSM-5 werden verschiedene Kriterien für die Diagnosen gestellt, wobei ersichtlich wird, dass nicht immer alle Kriterien bei den Betroffenen vorhanden sind, sondern es sind mehrere Symptomkomplexe zusammengefasst, die in Kombination die Krankheit ersichtlich machen. Dabei ist wichtig zu verstehen, dass selbstverletzendes Verhalten nur eines der Symptome ist und nicht bei allen Patienten und Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung vorkommt (Dilling & Freyberger, 2016) (American Psychiatric Association, 2015). Die Betroffenen zeigen jedoch auf eine Art und Weise dysfunktionales Verhalten. Diese sind ernst zu nehmen und sollten als Reaktionen auf unangenehme Gefühle wie Angst und Überforderung gesehen werden. Suizidäusserungen sollten genauer angeschaut werden, da dies bedeutet, dass die Patienten und Patientinnen den aktuellen Lebensabschnitt so nicht aushalten können. Es fehlen ihnen jedoch funktionale Fertigkeiten, um diese zu bewältigen, weshalb Therapeuten, Therapeutinnen und Pflegende die Betroffenen unterstützen sollten, diese funktionalen Fertigkeiten zu entwickeln (Franz & Lucke, 2021) (Stiglmayr & Gunia, 2017).

### 5.2. Beziehungsgestaltung

Alle beschriebenen Quellen sind sich in einem einig: Die Arbeit mit Patienten und Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ist nicht einfach (Lohmer, 2013) (Claes & Vandereycken, 2012) (Sachse, 2020). Aufgrund der verschiedenen ausgeprägten emotionalen Schwierigkeiten, sowie instabilen und intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen gestaltet sich die Kommunikation und Beziehungsgestaltung mit den Betroffenen schwierig. Es ist deshalb essentiell, sich an den therapeutischen Grundannahmen zu halten und den Patienten oder die Patientin mit einer offenen Grundhaltung zu empfangen, sowie aber auch Grenzen zu setzen und ihnen die Verantwortung für ihr eigenes Verhalten zurückzugeben. Dies kann gut mit der SET-Kommunikation erreicht werden. Kreisman und Strauss (2013) erreichten damit gute

Ergebnisse. Die SET-Kommunikation ist ein einfaches, gut anwendbares Modul zur Beziehungsgestaltung mit Betroffenen.

Die Krankheit ist sehr komplex und kann für das Team anspruchsvoll werden. Deshalb ist die Schulung des Teams über die Verhaltensweisen wichtig. Vorwürfe gegenüber dem Patienten oder der Patientin aufgrund von fehlenden Therapiefortschritten sollten vermieden werden. Im Team die eigene Arbeit zu reflektieren, bringt einen Benefit. Ausserdem ist wichtig, dass sich das Team kontinuierlich zusammensetzt und Rollen, Zuständigkeiten und Regeln evaluiert und neu definiert (Franz & Lucke, 2021) (Stiglmayr & Gunia, 2017) (Kästli, 2024).

### 5.3. Dialektisch-Behaviorale Therapie

Die DBT wird in verschiedenen Werken erwähnt. Dabei beziehen sich alle an Linehan (2008), die die DBT weiterentwickelt hat (Franz & Lucke, 2021) (Bohus, 2019) (Linehan, 2008) (Stiglmayr & Gunia, 2017).

Die DBT zielt darauf, dass bei Patienten und Patientinnen in allen wichtigen Lebensbereichen ein Umlernen stattfindet, damit sie eine funktionale Verhaltensweise aufbauen können. Dabei können die Betroffenen in verschiedenen Settings, sowohl in Einzeltherapien wie auch Skills-Gruppen Fertigkeiten lernen, um mit den starken Emotionen umzugehen, und so mit der Zeit weniger emotionale Ausbrüche zu haben. Auch das dysfunktionale Verhalten wird durch Skills ersetzt. Die Entscheidung für einen neuen Weg ist schwierig aber essentiell. Diese Entscheidung ist sehr schwierig zu stellen, da das dysfunktionale Verhalten automatisiert worden sind und in Hochanspannungssituationen weiterhin am besten helfen (Linehan, 2008) (Franz & Lucke, 2021) (Claes & Vandereycken, 2012).

Weiter wird aus verschiedenen Quellen empfohlen, dass die Betroffenen funktionale Skills nicht in Hochanspannungsphasen einüben, damit sie in Krisen besser anwendbar sind. Ein komplett neuer Skill in der Krise auszuprobieren, kann sich als problematisch herausstellen. Die Skills wirken zur Entspannung zwar nicht so stark, wie die bisherigen automatisierten Verhaltensweisen, sind aber wichtig, um eine neue Lebensweise zu erreichen. Nicht jeder Skill hilft gleich gut bei jeder Person. Deshalb ist es von Vorteil, wenn Betroffenen verschiedene Skills ausprobieren und eigene Fertigkeiten, die ihnen helfen, erlernen. Ausschlaggebend ist nicht die Quantität an Skills, sondern die Qualität. Hier ist weniger mehr (Franz & Lucke, 2021) (Claes & Vandereycken, 2012).



Die Erstellung eines Notfallkoffers kann dazu beitragen, dass Patienten und Patientinnen alles, was ihnen in Hochanspannungssituationen helfen kann, immer bei sich tragen. (Schulz & Löhr, 2015).

## 6. Schlussfolgerung

Die Fragestellung dieser Arbeit lautete: «Welche pflegerischen Massnahmen sind im Umgang mit Patienten und Patientinnen, die unter einer emotionalen Persönlichkeitsstörung vom Typ Borderline leiden, auf der Notfallstation förderlich?»

In dieser Arbeit wurde die Frage anhand von Kommunikationsmodellen und Skills beantwortet. Die non-verbale Kommunikation von Watzlawick regt an, die eigene Körpersprache zu reflektieren. Die Aussagen sollten dabei mit der Körpersprache unterstützt werden und die Kommunikation sollte symmetrisch stattfinden. Das Team sollte gemeinsam mit der betroffenen Person nach einer Lösung suchen.

Die SET-Kommunikation wird als ein einfaches, gut anwendbares Modell, um mit Betroffenen zu kommunizieren. Es ist essentiell, dass auch bei Hektik auf der Notfallstation sich das Team etwas Zeit nimmt, um mit dem Patienten oder der Patientin richtig zu kommunizieren. Eine gelungene Beziehungsgestaltung kann sich präventiv auf weitere Konflikte auswirken. Wie sieht aber diese Kommunikation anhand von einem Beispiel aus? Der in der Einleitung beschriebene Patient, der mehrere Magnete verschluckte, verlangte etwas trinken zu können. Er musste aber für eine Gastroskopie nüchtern bleiben. Dies frustrierte ihn.

- Empathie: Sie haben schon seit Stunden nichts getrunken, ich verstehe, dass Sie Durst haben und trinken wollen.
- Truth: Jedoch ist dies nicht möglich. Die Magneten müssen mit einer Gastroskopie entfernt werden und dafür müssen Sie nüchtern sein. Sie bekommen durch die Infusion etwas Flüssigkeit.
- Support: Ich würde Ihnen gerne entgegenkommen und biete Ihnen einen Mundspray an, um den Mund zu befeuchten.

Der Patient nahm den Mundspray dankend an. Durch die SET-Kommunikation wurde der Patient unterstützt, ernst genommen, und Konsequenzen für das eigene Verhalten aufgezeigt.

Ausserdem sind die therapeutischen Grundannahmen von Vorteil. Das Behandlungsteam sollte die eigene Arbeit oftmals reflektieren und reevaluiieren. Dazu sollte das ganze Personal geschult werden und immer in Kommunikation bleiben.

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie beinhaltet mehrere Module. Auch wenn es auf der Notfallstation nicht möglich ist, die Module mit den Patienten oder Patientinnen durchzugehen, können Elemente daraus integriert werden. Dies könnte so aussehen:

- Modul eins: Anhand von einer Stressspannungskurve soll die betroffene Person die Anspannung einschätzen. Auch nach einer Selbstverletzung sind sie teilweise noch in der Hochanspannung. Die Anspannung kann von 0% bis 100% eingeschätzt werden. Ist die Anspannung über 70%, befindet sich die Person in einer Hochanspannung. Dann sollen Skills zum Einsatz kommen.
- Modul zwei: Die Pflegenden können den betroffenen Personen eine Achtsamkeitsübung vorschlagen, damit sie sich besser wahrnehmen können und gezielter nach Lösungen suchen können.
- Modul drei: Die Patienten und Patientinnen sollen die eigenen Gefühle benennen. Dies erweist sich als schwierig, kann aber von den Pflegenden unterstützt werden, indem die Gefühle eruiert werden und von Pflegenden benannt werden („Sie wirken frustriert“, „Es macht Sie traurig“, etc.).
- Modul vier: Die zwischenmenschlichen Fertigkeiten werden im Gespräch verstärkt. Dabei sollen die Pflegenden Kommunikationsmodelle anwenden.
- Modul fünf: Das Selbstwertgefühl soll durch positive Botschaften verstärkt werden. Wenn der Patient oder die Patientin meint, sie hätten die Behandlung nicht verdient, sollen Pflegenden ihn oder ihr erklären, dass sie die Behandlung haben sollen und ihnen spiegeln, dass sie sehr harsch sich selbst gegenüber sind.

Den Einsatz von Skills kann anhand von kognitiven Fertigkeiten oder durch etwas Materielles von Pflegenden vorgeschlagen werden. Gleichzeitig sollen die Pflegenden sich bewusst sein, dass die Patienten und die Patientinnen Experten und Expertinnen von der eigenen Krankheit sind. Wenn jemand auf den Notfall die Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung hat, bedeutet dies, dass er oder sie schon mindestens ambulant bei einem Psychiater oder eine Psychiaterin in Behandlung ist. Die Patienten und Patientinnen sind schon in Skills und meistens auch in die DBT-Module instruiert. Sie kennen sich aus. Davon können Pflegenden profitieren: Nach Skills fragen, nicht nur die Skillsbox abgeben. Wollen sie kalt duschen und sie dürfen nicht (aufgrund von Wunden zum Beispiel), so können Pflegenden anbieten, andere Körperstelle kalt abzuwaschen.

## 7. Reflexion

Abschliessend werde ich nun meinen Arbeitsprozess und die dazu erworbenen Kenntnisse reflektieren.

Die Suche nach einem passenden Thema erwies sich für mich als schwierig. Ich hatte einige Vorstellungen von verschiedenen Themen, die jedoch bereits mehrmals von anderen Studenten und Studentinnen bearbeitet worden waren. Auch wollte ich ein Thema finden, für welches ich mich stark interessiere. Nach mehreren Gesprächen mit meinen Arbeitskollegen und Arbeitskolleginnen kam ich auf die Idee, über das Krankheitsbild der emotionalen instabilen Persönlichkeitsstörung Borderline-Typ zu schreiben. Auch wenn mein Interesse gross war, war ich mir trotzdem unsicher. Ich hatte zuerst das Gefühl, ich sei eine Expertin in diesem Thema und hätte somit keinen Bedarf an einer weiteren Auseinandersetzung damit. Wie sehr ich mich dabei irrte, wurde mir beim in der Einleitung beschriebenen Fallbeispiel bewusst. Als Expertin sollte ich wissen, wie ich zu handeln habe. Und trotzdem, die Arbeit mit Betroffenen der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist in der Psychiatrie ganz anders als auf dem Notfall. In der Psychiatrie konnte ich mir meistens genügend Zeit für Krisen nehmen. Auch im Bezugspersonengesprächen konnten wir das dysfunktionale Verhalten gut ansprechen und zusammen reflektieren. Was mein damaliger Arbeitsalltag gewesen ist, war nun komplett anders. In dem stressigen Alltag auf einer Notfallstation konnte ich mir nicht eine Stunde Zeit nehmen, um mit den Betroffenen zu sprechen. Zwar kannte ich die nonverbale Kommunikation schon, jedoch war mir die SET-Kommunikation neu. Während der Bearbeitung der SET-Kommunikation fiel mir auf, dass ich die Elemente davon in meine Arbeit implementiert hatte, jedoch nie so systematisch. Auch waren mir die Konsequenzen bei fehlendem Herüberbringen der drei Ebenen nur teilweise bewusst. Ich konnte damit nicht nur meine jetzige Kommunikation reflektieren, sondern auch meine Kommunikation, die ich in der Psychiatrie geführt hatte. Die SET-Kommunikation ist einfach anwendbar und sehr simpel gestaltet. Ich habe zusätzlich bemerkt, dass ich während der Bearbeitung dieser Diplomarbeit dieses Schema bei der Kontaktaufnahme mit anderen Patienten und Patientinnen, ob mit oder ohne Borderline-Persönlichkeitsstörung langsam umgesetzt habe. Dabei ist mir aufgefallen, dass es sich auch gut bei anderen psychiatrischen Erkrankungen anzuwenden lässt. Die Beziehungsgestaltung fällt mir dadurch einfacher, gleichzeitig gebe ich den Patienten und Patientinnen die Verantwortung für das eigene Verhalten zurück. Ich zeige ihnen, dass ich gerne mit ihnen nach einer Lösung suchen kann, ich diese jedoch nicht alleine finden und durchführen kann.

Die therapeutischen Grundannahmen waren mir nur teilweise bekannt. Es ist wichtig, dass alle wissen, dass die Betroffenen sich Mühe geben und nicht aus Spass manipulieren. Gleichzeitig wird angeregt, die eigene Arbeitsweise und das therapeutische Konzept zu reflektieren. Zusätzlich ist es wichtig, dass nicht jedes Teammitglied einfach etwas macht, sondern dass alle am gleichen Strang ziehen und miteinander Entscheidungen treffen. Die Kommunikation im Team ist deshalb essentiell, um eine gute Betreuung der Betroffenen etablieren zu können. Ich habe jedoch bemerkt, dass ich mich auf der Notfallstation eher weniger zu den Interventionen geäußert habe. Dies möchte ich nun ändern, da nur ein gemeinsames Team den Patienten oder die Patientin positiv beeinflussen kann.

Auf der Notfallstation haben wir eine Skillsbox. Darin befinden sich Igelbälle, Massagebälle, Akupressurkugeln, Pop-It Fidgets, Coldpacks und Ammoniak Riechstäbchen. Letzteres wird aber so wenig genutzt, dass viele Arbeitskollegen und Arbeitskolleginnen nicht einmal wussten, dass sie sich in der Skillsbox befanden. Als ich zum ersten Mal in die Skillsbox geschaut habe, war ich etwas enttäuscht. Wie auch bei Kästli (2024), gehörten Chillischoten oder etwas Scharfes, um es in den Mund zu nehmen, zu meinen Lieblingskills. Ich sah in der Psychiatrie, dass sie häufig eine Entspannung bei den Patienten und Patientinnen bewirkten und dass es ein sehr starker Sinnesreiz ist. Bei der Bearbeitung der Diplomarbeit äusserte ich diese Beobachtung gegenüber meiner Berufsbildnerin, welche mir sagte, dass sie nun zuständig für die Skillsbox sei. Wir vereinbarten, dass wir in einem späteren Zeitpunkt die vorhandene Skillsbox zusammen überarbeiten würden, um möglich viele Skills zu haben, die auf verschiedene Sinne zielen sollen. Auch möchte ich ein laminiertes Dokument erstellen mit einer Kurzbeschreibung der DBT und der Inhalte der vier Module inklusive dazu gehörige Skills, das ich dann bei der Skillsbox ablegen möchte, zur Unterstützung von meinem Arbeitskollegen und -kolleginnen.

Dazu möchte ich Patienten und Patientinnen, die nach selbstverletzendes Verhalten in die Notfallstation kommen, vermehrt nach eigenen funktionalen Fertigkeiten fragen, und mich nach Möglichkeit einsetzen, dass diese auch durchgeführt werden können (zum Beispiel eine kalte Dusche). Auch möchte ich mehr Hirn-Flick-Flacks und Achtsamkeitsübungen anwenden.

In einem weiteren Schritt möchte ich meine Diplomarbeit meinem Team präsentieren. Dies mit dem Ziel, ihnen das Krankheitsbild zu erklären, damit mögliche Verhaltensweisen der Betroffenen als Teil der Erkrankung verstanden werden, und alle von den verschiedenen Massnahmen, die in dieser Diplomarbeit aufgezählt wurden, profitieren können. Eventuell könnte ich dabei Pocket-Card mit der SET-Kommunikation und einige Skills und Achtsamkeitsübungen gestalten, und diese im Team verteilen.

Die Bearbeitung des Themas hat mir viel Spass und Freude bereitet. Ich habe mich an vergessene Sachen erinnert und es hat mich motiviert, meine eigene Arbeitsweise zu reflektieren.

Gleichzeitig fehlte mir oftmals die Motivation, mich hinzusetzen und an der Diplomarbeit zu schreiben. Durch die vielen strengen Dienste und die kommenden Prüfungen, zusätzlich gab es im Privaten Situationen, die mich stark psychisch mitgenommen haben, fehlten mir oft die Motivation und Geduld. Es half mir, mir zwei hintereinanderliegende freie Tage für die Diplomarbeit zu reservieren. Somit wusste ich im Voraus, dass ich mir selbst vorgenommen habe, daran zu arbeiten. Dadurch kam ich in den Schreibfluss und wurde nicht durch einen Dienst oder andere Verpflichtungen unterbrochen. Die verschiedenen Überschriften der Themen auf ein Papier zu schreiben und diese dann durchzustreichen, sobald ich fertig damit war, hat mich auch motiviert. Ich konnte somit visualisieren, wie weit ich gekommen war.

Die Suche nach Literatur erwies sich als schwieriger als am Anfang gedacht. Es gibt nicht viel Literatur zu diesem Krankheitsbild. Und die wenigen, die es gibt, beziehen sich meistens auf vorhandene, ältere Werke. Die Suche nach spezifischen Massnahmen auf der Notfallstation war unmöglich. Ich fand zwei Studien auf Englisch, die Patienten und Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung auf der Notfallstation erwähnten. Jedoch implementierte ich diese nicht, da die eine Studie grundsätzlich nur die Anzahl der Betroffenen erforschte, die auf die Notfallstation in den Vereinigten Staaten von Amerika kamen. Die zweite Studie erklärte die Wichtigkeit von Screening von Patienten und Patientinnen, die nach selbstverletzendes Verhalten auf die Notfallstation kamen. Sie sollten auf Borderline-Persönlichkeitsstörung gescreent werden. Die Studie wurde auch in den Vereinigten Staaten von Amerika durchgeführt. Da dort ein komplett anderes Gesundheitssystem als in der Schweiz herrscht, hinterfragte ich die Wirksamkeit dieser Studie in der Schweiz und implementierte sie schlussendlich nicht. Nach mehreren Stunden gab ich auf, und konzentrierte mich darauf, mit den vorhandenen Quellen Rückschlüsse für die Notfallstation in der Schlussfolgerung einfliessen zu lassen.

Nichtdestotrotz bin ich auf meine Diplomarbeit stolz und freue mich, wenn ich nach einem Dienst merke, dass ich in der Diplomarbeit genannte Massnahmen in meinem Arbeitsalltag einsetzen konnte.

## 8. Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen herzlich bedanken, die mich während der Bearbeitung und während dem Schreiben der Diplomarbeit auf irgendeine Art und Weise unterstützt haben.

Ein grosses Dankeschön geht an meine Studiengangsleiterin Sabine Bohn, die mich während meines Arbeitsprozesses betreut und geleitet hat. Auch für die schnelle Bearbeitung meiner tausenden Fragen möchte ich mich bedanken.

Einen besonderen Dank geht an Hans Peter Heid für das Korrekturlesen meiner Diplomarbeit.

Weiter danke ich Patricia Bühler für das Gegenlesen meiner Arbeit.

Ein herzliches Dankeschön geht auch an Nicole Kästli, die mich mit ihren fachlichen Antworten auf meine Fragen viel unterstützt hat.

Zuletzt möchte ich gerne meiner Familie und Freunden danken, die stets ein offenes Ohr für mich hatten und bei denen ich mich ausheulen konnte.

## 9. Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association. (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5*. (P. Falkai, & H.-U. Wittchen, Hrsg.) Göttingen: Hogrefe.
- Bohus, M. (2019). *Borderline-Störung*. Göttingen: Hogrefe.
- Claes, L., & Vandereycken, W. (2012). *Schmerzen gegen den Schmerz*. Ostfildern: Patmos.
- Dilling, H., & Freyberger, H. (2016). *ICD-10: Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen*. Bern: Hogrefe.
- Falkai, P., Laux, G., Deister, A., & Möller, H.-J. (2022). *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Franz, M., & Lucke, S. (2021). *Borderline-Störung: Krisenintervention und störungsspezifische Behandlung*. Göttingen: Hogrefe.
- Kästli, N. (2024), Interviewpartnerin vom 29.01.2024
- Kreisman, J., & Straus, H. (2013). *Ich hasse dich- verlass mich nicht*. München: Kösel-Verlag.
- Linehan, M. (2008). *Dialektisch Behaviorale Therapie der Borderline Persönlichkeitsstörung*. München: CIP Medien.
- Lohmer, M. (2013). *Borderline-Therapie: Psychodynamik, Behandlungstechnik und therapeutische Settings*. Stuttgart: Schattauer.
- Pifko, C. (21. Januar 2015). *Kalaidos Fachhochschule Schweiz*. Abgerufen am 6. Februar 2024 von <https://www.kalaidos-fh.ch/de-CH/Blog/Posts/Archiv/die-5-axiome-der-kommunikation>
- Rahn, E. (2010). *Basiswissen: Umgang mit Borderline-Patienten*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Sachse, R. (2020). *Persönlichkeitsstörungen verstehen*. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Schulz, M., & Löhr, M. (4. Juni 2015). Sich selbst verletzen - grosser Anspannung entkommen. *Heilberufe*, S. 31-34.
- Stiglmayr, C., & Gunia, H. (2017). *Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitstörung*. Göttingen: Hogrefe Verlag.



## 10. Erklärung zur Diplomarbeit

Ich bestätige,

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

dass alle wörtlichen Zitate als solche gekennzeichnet sind.

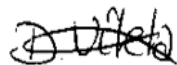
dass ich die Bereichsleitung Weiterbildung vorgängig informiere, wenn die Arbeit als Ganzes oder Teile davon veröffentlicht werden.

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: Luzern, den 07.02.2024

Vorname, Name: Dolores Vilela

Unterschrift:



## Anhang

Hier wird die kleine Konversation mit der Fachexpertin Nicole Kästli vom 29.01.2024 beschrieben. Frau Kästli arbeitet seit über 20 Jahren als Pflegefachfrau in der Klinik Schützen und ist sowohl Abteilungsleiterin der Abteilung für intensive stationäre Psychotherapie, wo vor allem Patienten und Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung stationär aufgenommen werden, wie auch Co-Leiterin der Skills-Gruppe.

**1. Welche Diagnosekriterien werden bei Euch gebraucht? Das DSM-5 oder ICD-10?**

*«Bei uns im Schützen arbeiten wir mit dem DSM-5.»*

**2. In vielen Literaturen steht, dass Patienten und Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung manipulativ sind und ein Team spalten können. Was kann ein Team vor dem Spalten schützen?**

*«Meine Empfehlungen um sich als Team nicht spalten zu lassen: klare Kommunikation, Festhalten an Regeln, gute Vernetzung und Austausch im Team ist wichtig, damit alle am gleichen Strang ziehen. Ausnahmen nur in Absprache mit dem Team = Anliegen und fragen von Patienten und Patientinnen zuerst nur entgegennehmen und im Team gemeinsame Haltung absprechen.»*

**3. Was sind Grundhaltungen, die eine Pflegefachperson mitbringen muss?**

*«Offen, wohlwollend, in der Annahme, dass der Patient oder die Patientin sein oder ihr Bestes gibt und wenn der Patient oder die Patientin nicht «arbeitet» sich «zurücklehnen» und nicht für ihn oder sie arbeiten.»*

**4. Es gibt gefühlt tausende verschiedene Skills. Erfahrungsgemäss, welche wirken am besten?**

*«Meine Favoriten bezüglich Ablenkungsskills sind kalt duschen, dann Chili (oder Atomic Fireballs) und dann spazieren oder etwas schauen (Film).»*