



universität  
wien

# DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Beziehungsaufbau und Beziehungsverlauf zwischen  
PatientInnen mit Borderline Persönlichkeitsstörung und ihren  
BezugspflegerInnen

Verfasserin

Andrea Makrandreou

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt: Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaften

Betreuerin: Univ.-Prof. Dr. Elisabeth Seidl

## **Ehrenwörtliche Erklärung**

Ich erkläre hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende wissenschaftliche Arbeit selbstständig angefertigt habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass ich keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Alle gedruckten, ungedruckten oder dem Internet im Wortlaut oder im wesentlichen Inhalt übernommenen Formulierungen und Konzepte sind gemäß den Regeln für wissenschaftliches Arbeiten zitiert und durch genaue Quellenangaben gekennzeichnet.

Diese wissenschaftliche Arbeit ist noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden. Sie wurde nun in gedruckter und in elektronischer Form abgegeben. Ich bestätige hiermit, dass der Inhalt der digitalen Version vollständig mit dem der gedruckten Version übereinstimmt.

Ich bin mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird.

.....

Datum

.....

Unterschrift

## **Danksagungen**

Zu Beginn meiner Arbeit möchte ich allen meinen Dank aussprechen, die mich bei der Erstellung dieser Diplomarbeit begleitet und unterstützt haben.

Mein größter Dank gilt meiner Diplomarbeitsbetreuerin, Frau Prof. Dr. Elisabeth Seidl. Sie ist mir mit Rat und Tat zur Seite gestanden und unterstützte mich durch ihre Erfahrung und ihr Wissen in allen Phasen meiner Arbeit.

Auch bei meinen InterviewpartnerInnen möchte ich mich herzlich bedanken. Sie haben mit ihrer Zeit und Bereitschaft, meine Fragen zu beantworten, diese Arbeit ermöglicht.

Einen großen Dank möchte ich auch Herrn Primar Prof. Remmel aussprechen, der mir erlaubt hat, meinen empirischen Teil der Arbeit im psychosomatischen Zentrum in Eggenburg zu verfassen und der mir mit seiner fachlichen Kompetenz zur Seite gestanden ist.

Meine Familie und meine Freunde haben mich zu jeder Tages- und Nachtzeit unterstützt und sind mir mit Rat und Tat zur Seite gestanden. Ganz besonders möchte ich meiner Mutter danken, die mir durch ihre Geduld und ihre Inputs auch durch schwierige Zeiten geholfen hat, und die immer an mich geglaubt hat. Dafür ein riesengroßes Dankeschön!

## **Abstract**

### ***„Beziehungsaufbau und Beziehungsverlauf zwischen PatientInnen mit Borderline Persönlichkeitsstörung und ihren BezugspflegerInnen“***

Borderline Persönlichkeitsstörung ist, neben anderen psychischen Erkrankungen, in der österreichischen Gesellschaft immer noch tabuisiert. Betroffene können aufgrund der Symptomatik ihrer Erkrankung keine gesunden zwischenmenschlichen Beziehungen aufbauen. Fähigkeiten, wie das Vertrauen in andere Menschen, können durch die stationäre Behandlungen wieder erlernt werden. Oft erfahren PatientInnen dort zum ersten Mal in ihrem Leben, wie es ist, mit Respekt und Verständnis behandelt zu werden.

Ziel dieser Arbeit ist es zu zeigen, dass Bezugspflege gerade bei PatientInnen mit Borderline Persönlichkeitsstörung und auch bei anderen psychischen Erkrankungen von großem therapeutischem Nutzen sein kann. Im Zuge dessen sollen die ausgearbeiteten Forschungsfragen einerseits durch die von der Autorin durchgeführte empirische Arbeit, andererseits durch andere wissenschaftliche Studien beantwortet werden.

Zu Beginn der Arbeit werden die wichtigsten Aspekte der Borderline Persönlichkeitsstörung behandelt. Zum besseren Verständnis werden anschließend die Begriffe „Beziehung“ und „Bindung“ näher erklärt, sowie ihre Gemeinsamkeiten und Unterschiede näher definiert. Danach wird das Primary Nursing näher erklärt, sowie die Unterschiede zu Bezugspflege und Beziehungspflege herausgearbeitet.

Für die Beantwortung der Forschungsfragen wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt, aus dessen speziellen Verfahren die Interviews analysiert werden, und die daraus folgenden Erkenntnisse dargestellt werden konnten.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Bezugspflege das optimale Pflegesystem in der Behandlung von PatientInnen mit Borderline Persönlichkeitsstörung darstellt. In keinem anderen Pflegesystem kann eine so intensive Beziehung zwischen Pflegenden und PatientInnen eingegangen werden. Um dies zu gewährleisten, und um die Qualität der pflegerischen Maßnahmen aufrecht erhalten zu können, müssen die Pflegenden von Seiten der Institution Hilfestellungen, wie regelmäßige Supervisionen oder geeignete räumliche und organisatorische Verhältnisse, um jede/n PatientIn optimal betreuen zu können.

## **Abstract**

### ***“Building and developing relationships between patients with borderline personality disorder and their primary nurses”***

Borderline personality disorder is, among other mental illnesses, still taboo in the Austrian society. Due to the symptoms of the illness, most of the patients are not able to build a healthy relationship to other people. But they can learn skills such as to rebuild confidence in other people in therapeutic treatment centres. There they often experience for the first time in their life, what it is like to be treated with respect and understanding.

The aim of this master thesis is to show, that primary nursing can be of great value for patients with borderline personality disorders and other mental illnesses. The most important aspects of borderline personality disorder will be described at the beginning of this master thesis. The theoretical background of the terms “relationship” and “binding” will be explained, similarities and differences will be defined further. After that, primary nursing as a caring system that is being practiced successfully in Anglican countries, will be described. The terms “Bezugspflege” and “Beziehungspflege” will be explained together with their differences.

A qualitative scientific approach was chosen as the most adequate solution to address the raised questions and to analyse the six conducted interviews.

The results show, that primary nursing is the best nursing system in the treatment of patients with borderline personality disorders. Regular times of supervision, as well as appropriate organizational conditions ensure that the nurses can maintain at the high quality standard and can care for every patient in an optimal way.

## **Inhaltsverzeichnis**

|                                                                               |    |
|-------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Einleitung                                                                 | 1  |
| 2. Borderline Persönlichkeitsstörung                                          | 3  |
| 2.1. Geschichte des Störungsbegriffs                                          | 3  |
| 2.2. Zur Entwicklung der Kriterienfindung                                     | 4  |
| 2.3. DSM-IV-Kriterien                                                         | 4  |
| 2.3.1. Allgemeine Kriterien einer Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV          | 5  |
| 2.3.2. Diagnostische Kriterien für Borderline Persönlichkeitsstörung          | 6  |
| 2.4. Epidemiologie                                                            | 7  |
| 2.5. Differenzialdiagnose und Komorbidität                                    | 7  |
| 2.6. Verlauf und Prognose                                                     | 8  |
| 2.7. Psychopathologie                                                         | 9  |
| 2.7.1. Psychosoziale Komponenten                                              | 9  |
| 2.7.2. Störungen der Effektreulation                                          | 10 |
| 2.7.3. Dissoziative Phänomene                                                 | 11 |
| 2.7.4. Körper- und Schmerzwahrnehmung                                         | 12 |
| 2.7.5. Selbstverletzendes Verhalten                                           | 13 |
| 2.7.6. Selbstbild                                                             | 14 |
| 2.7.7. Psychosoziale Komponenten                                              | 14 |
| 2.8. Neurobiologie zum Verständnis von Borderline                             | 15 |
| 2.9. Medikamentöse Therapien                                                  | 16 |
| 2.10. Achtsamkeit als Therapieansatz                                          | 16 |
| 2.10.1. Mindfulness Based Stress Reduktion als achtsamkeitsbasierter Ansatz   | 18 |
| 2.10.2. Die Dialektisch Behaviorale Therapie                                  | 18 |
| 2.10.3. Verhalten bei Dissoziation während der Achtsamkeitsbasierten Therapie | 21 |
| 3. Zwischenmenschliche Beziehungsentwicklung und Bindungsmuster               | 22 |
| 3.1. Begriffliche Abgrenzung                                                  | 22 |
| 3.1.1. Beziehung                                                              | 22 |
| 3.1.2. Bindung                                                                | 24 |
| 3.1.3. Persönlichkeit                                                         | 26 |
| 3.2. Wichtige Aspekte eines Beziehungsaufbaus                                 | 27 |
| 3.2.1. Spiegelneurone                                                         | 27 |
| 3.2.2. Konzept der Feinfühligkeit                                             | 27 |
| 3.2.3. Verhalten der Bezugsperson                                             | 28 |

|                                                               |    |
|---------------------------------------------------------------|----|
| 3.3. Die Eltern-Kind-Beziehung und ihre Beziehungsmuster      | 29 |
| 3.3.1. Die Eltern-Kind-Beziehung                              | 29 |
| 3.3.2. Bindungsmuster in der Eltern-Kind-Beziehung            | 30 |
| 3.4. Beziehungs- und Bindungsmuster in Partnerschaften        | 32 |
| 3.4.1. die partnerschaftliche Beziehung                       | 32 |
| 3.4.2. Die Bindungsmuster in Partnerschaften                  | 34 |
| 3.5. Die therapeutische Beziehung                             | 35 |
| 3.6. Die pflegerische Beziehung in der Psychiatrie            | 37 |
| 4. Primary Nursing als Pflegesystem                           | 39 |
| 4.1.Über die Entstehung des Primary Nursing in den USA        | 39 |
| 4.2.Begriffserklärung Primary Nursing                         | 41 |
| 4.3.Elemente des Primary Nursing                              | 42 |
| 4.3.1. Verantwortung                                          | 42 |
| 4.3.2. Arbeitszuweisung nach der Fallmethode                  | 43 |
| 4.3.2.1.Kriterien für die Patientenzuweisung                  | 44 |
| 4.3.3. Die direkte Kommunikation                              | 46 |
| 4.3.4. Pflege durchführen und planen                          | 47 |
| 4.4.Unterschied Primary Nursing-Bezugspflege-Beziehungspflege | 48 |
| 4.4.1.Unterschied Primary Nursing-Bezugspflege                | 48 |
| 4.4.2. Beziehungspflege                                       | 49 |
| 4.5.Aufgabenbereiche                                          | 50 |
| 4.5.1.Aufgabe der Primary Nurse                               | 50 |
| 4.5.2.Aufgabe der Associated Nurse                            | 51 |
| 4.5.3.Aufgaben der Stationsleitung                            | 51 |
| 4.6.Ziele für die Implementierung von Primary Nursing         | 52 |
| 4.6.1. Ziele für die Pflegenden                               | 52 |
| 4.6.2. Ziele für den/die PatientIn                            | 53 |
| 4.7 Vor- und Nachteile von Primary Nursing                    | 53 |
| 4.8 Pflege von Personen mit selbstverletzendem Verhalten      | 55 |
| 5. Methodologie                                               | 58 |
| 5.1.Forschungsfragen                                          | 58 |
| 5.2. Forschungsmethode                                        | 59 |

|                                                                   |    |
|-------------------------------------------------------------------|----|
| 5.3.Zugang zum Forschungsfeld                                     | 59 |
| 5.4.Auswahl und Zusammensetzung der Samples                       | 60 |
| 5.5.Methode der Datenerhebung                                     | 60 |
| 5.6.Methode der Datenauswertung                                   | 61 |
| 5.6.1. Strukturierte Inhaltsanalyse                               | 63 |
| 5.6.2. Inhaltliche Strukturierung                                 | 65 |
| 6. Ergebnisdarstellung                                            | 66 |
| 6.1.Kontakt herstellen-in Beziehung treten                        | 66 |
| 6.1.1. Der Tag der Ankunft                                        | 67 |
| 6.1.2. Gespräche führen                                           | 68 |
| 6.1.2.1.Bezugspflegegespräche                                     | 68 |
| 6.1.2.2.Krisengespräche                                           | 69 |
| 6.1.3. Das Erleben der Beziehung aus Sicht der Pflegenden         | 70 |
| 6.1.4. Diskussion                                                 | 72 |
| 6.2.Grenzen setzen                                                | 74 |
| 6.2.1. Persönliche Grenze bewahren                                | 74 |
| 6.2.2. Hausordnung einhalten                                      | 75 |
| 6.2.3. Diskussion                                                 | 76 |
| 6.3.Vorgehen und Erleben in Krisensituationen                     | 78 |
| 6.3.1. Vorgehen bei selbstverletzendem Verhalten                  | 78 |
| 6.3.2. Vorgehen bei Äußerungen von Suizidgedanken                 | 79 |
| 6.3.3. Das Erleben der Pflegekräfte in Krisensituationen          | 79 |
| 6.3.4. Diskussion                                                 | 80 |
| 6.4.Unterstützungsmöglichkeiten                                   | 83 |
| 6.4.1. Schulterchluss im Team                                     | 83 |
| 6.4.2. Interdisziplinärer Austausch                               | 84 |
| 6.4.3. Supervision                                                | 85 |
| 6.4.4. Diskussion                                                 | 85 |
| 6.5.Pflegesystem Bezugspflege                                     | 87 |
| 6.5.1. Stärken der Bezugspflege bei PatientInnen mit Borderline   | 87 |
| 6.5.2. Schwächen der Bezugspflege bei PatientInnen mit Borderline | 89 |
| 6.5.3. Diskussion                                                 | 90 |

|                         |    |
|-------------------------|----|
| 7. Schlussfolgerungen   | 91 |
| 8. Ausblick             | 92 |
| 9. Literaturverzeichnis | 93 |
| 10. Curriculum Vitae    | 96 |

## 1. Einleitung

Spricht man von Borderline Persönlichkeitsstörung (BPS), ist die erste Assoziation vieler Menschen „*das sind doch die, die sich schneiden*“. Borderline ist, neben anderen psychischen Erkrankungen, in der österreichischen Gesellschaft immer noch stark tabuisiert. Die Borderline Persönlichkeitsstörung wurde erstmals von Otto Kernberg beschrieben. Noch heute ist eine exakte Diagnose dieser Krankheit schwierig, weil die meisten Betroffenen eine große Bandbreite an Komorbiditäten aufweisen.

Während eines Praktikums im Psychosomatischen Zentrum Waldviertel hat die Autorin dieser Arbeit unter anderem auch mit Menschen mit der Borderline Persönlichkeitsstörung gearbeitet. Vor allem die unterschiedlichen Facetten dieser psychischen Erkrankung hat die Autorin dazu bewogen, diese Arbeit zu verfassen.

Durch die breit gefächerte Symptomatik und die Schwierigkeiten der Patienten, in eine Beziehung mit einem/einer TherapeutIn oder dem Pflegepersonal zu treten, ist die Therapie dieses Krankheitsbildes äußerst schwierig. Viele Menschen, die mit Borderline PatientInnen arbeiten, berichten von den Herausforderungen sowohl auf sich selbst, als auch auf das Team bezogen.

In der Bezugspflege ist das „in Beziehung treten“ eines der wichtigsten Faktoren. Die BezugspflegerIn ist die erste Anlaufstelle für den/die PatientIn, wenn es ihm/ihr schlecht geht, steht ihm/ihr mit Rat und Tat zur Seite, klärt ihn/sie über mögliche Behandlungen auf und führt mit ihm/ihr regelmäßig ein Skills-Training durch. Dabei steht sie mit dem/der PatientInnen in engem Kontakt. Durch die Krankheit kann der/die PatientIn aber keine für seine/ihre Heilung günstige Beziehung eingehen und setzt unbewusst oder auch bewusst Handlungen, die die Beziehung zu seiner/ihrer BezugspflegerIn verschlechtern oder das ganze Team betrifft, wenn er/sie einzelne Teammitglieder gegeneinander ausspielt.

Aus diesem Grund muss die BezugspflegerIn täglich aufs Neue die Beziehung zum/zur PatientIn prüfen und wenn nötig verändern. Es geht in der Bezugspflege von psychosomatisch erkrankten PatientInnen also nicht nur um die Linderung körperlicher Symptome, sondern viel mehr um seelische Symptome, um Kommunikation und um das Eingehen und das Erhalten einer kurzfristig sehr engen Beziehung.

Ziel dieser Diplomarbeit ist es, durch eine systematische Literaturübersicht den bisherigen Forschungsstand im Bereich der Bezugspflege bei Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung aufzuzeigen und diesen durch Interviews zu ergänzen. Es soll anhand der vorhandenen Literatur eine theoretische Grundlage für die Beantwortung der Forschungsfrage geschaffen werden, die dann durch die durchgeführten und analysierten Interviews ergänzt wird um einen Bezug zur Pflegepraxis zu erhalten.

Des Weiteren soll der Einfluss der Beziehung zwischen BezugspflegerInnen und PatientInnen mit Borderline Persönlichkeitsstörung untersucht werden. Dabei sollen etwaige Verbesserungsvorschläge beschrieben werden und die Anwendbarkeit dieser auf die Pflegepraxis überprüft werden.

## **2. Borderline Persönlichkeitsstörung**

### **2.1 Geschichte des Störungsbegriffs**

Die Borderline Persönlichkeitsstörung hat im Laufe der Geschichte viele Namen erhalten und wurde verschiedenen Störungsbildern untergeordnet. Zwischen 1920 und 1965 wurde die Krankheit dem schizophrenen Formenkreis zugeordnet.<sup>1</sup> „Man sprach von Begriffen wie „ambulatory schizophrenia“, „occult schizophrenia“ und „Pseudoneurotische Form der Schizophrenie“. Der Begriff „Borderline Group of Neuroses“ wurde 1938 von dem amerikanischen Wissenschaftler Adolf Stern geprägt. Er wollte damit zeigen, dass die Störung als Grenzlinie zwischen den beiden Polen Neurosen und Psychosen liegt.“<sup>2</sup> Mitte der 60. Jahre veröffentlichte Otto Kernberg seine klassische Arbeit „Borderline Personality Organization“ (Kernberg, 1967). Er prägte damit den Begriff „Organization“ als einen systemischen Begriff, von strukturierten, miteinander in Bezug stehenden psychischen Vorgängen.<sup>3</sup>

Kernbergs entwicklungspsychologisch-genetische Vorstellungen basieren auf der Annahme eines primär undifferenzierten Entwicklungsstadiums während des Säuglingsalters, in dem Selbst- und Objektrepräsentanzen noch nicht voneinander getrennt sind. Gut und Böse hingegen seien als polarisierte Formen stark voneinander getrennt und absorbierten durch strikte Trennung aggressive Impulse. Im darauf folgenden Entwicklungsschritt sollen nun diese starke Polarisierung aufgelöst und die „entweder Gut oder Böse“ Konstellation überwunden werden. Durch diesen Schritt kommt es unter anderem auch zur Reifung einer Ich – Identität.

Kernberg war der Auffassung, dass Störungen in dieser sensiblen Phase eine Ursache für die Entstehung der Borderline Erkrankung sei. Er sprach von drei typischen Charakteristika für das Vorhandensein einer Borderline Störung: Identitätsstörung, Primitive Abwehrprozesse (dazu gehören Spaltung, Verleugnung, Projektion und projektive Identifizierung) sowie intakte Realitätstestungen bei hoher Verletzbarkeit gegenüber Veränderungen im sozialen Umfeld.<sup>4</sup>

In den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts wurde der Begriff schließlich in das DSM – III, das Klassifikationssystem der American Psychiatric Association, aufgenommen.

---

<sup>1</sup> Vgl. Bohus (2002) S.3

<sup>2</sup> Ebd. S. 3

<sup>3</sup> Vgl. Ebd. S. 3

<sup>4</sup> Vgl. Ebd. S. 3/4

Dabei wurde weitgehend auf die Arbeit der beiden amerikanischen Wissenschaftler Gunderson und Singer aus dem Jahre 1975 eingegangen.<sup>5</sup>

## **2.2 Zur Entwicklung der Kriterienfindung**

Gunderson und Singer entwickelten 1975 fünf Dimensionen, die das Störungsbild auf phänomenologischer und deskriptiver Ebene darstellen: dysphorische (unglückliche) Affekte und impulsive Handlungen in zwischenmenschliche Beziehungen sowie psychoseähnliche Kognitionen (Wahrnehmungen) und Anpassungsstörungen im sozialen Bereich. 1978 wurden anhand einer Faktorenanalyse sieben Kriterien ermittelt, die Betroffene der Borderline Störungen mit einer Wahrscheinlichkeit von 81% von anderen Gruppen unterschieden. Spitzer et al. fügte ein Jahr später noch das von Kernberg vorgeschlagene achte Kriterium der „instabilen Identität“ hinzu.

Diese acht Kriterien wurden schließlich in den Gesamtkatalog des DSM – III eingeführt und in über 300 Studien bis ins Jahr 1994 publiziert. Bei der Erstellung des DSM – IV wurde schließlich noch das neunte Kriterium „Vorübergehende, stressabhängige paranoide Vorstellung oder schwere dissoziative Symptome“ hinzugefügt, welches zwar anfangs umstritten war, mittlerweile aber für eine scharfe Abgrenzung zu anderen psychiatrischen Störungsbildern sorgt. Heute ist diese operationalisierte Diagnostik allgemein anerkannt.

Das ICD – 10 übernahm weitestgehend die deskriptive (beschreibende) Sichtweise des DSM – III, ordnete die Borderline – Störung jedoch zusammen mit dem „impulsiven Typus“ der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung unter.<sup>6</sup>

## **2.3 DSM – IV – Kriterien**

Die Diagnose bei Persönlichkeitsstörungen erfolgt auf zwei Ebenen. Dabei wird auf der ersten Ebene überprüft, ob eine solche vorliegt. Dazu müssen alle aufgeführten Kriterien erfüllt sein. Auf der zweiten Ebene wird anhand von einer bestimmten Anzahl von Erlebens- und Verhaltensweisen festgestellt, um welche Persönlichkeitsstörung es sich handelt. Es müssen mindestens fünf Kriterien beobachtbar sein, um von einer Borderline Persönlichkeitsstörung sprechen zu können.

---

<sup>5</sup> Vgl. Bohus (2002). S. 4

<sup>6</sup> Vgl. Ebd. S. 4

### **2.3.1. Allgemeine Kriterien einer Persönlichkeitsstörung nach DSM – IV**

- A. Ein überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht. Dieses Muster manifestiert sich in mindestens 2 der folgenden Bereiche:
  - 1. Kognition (also die Art, sich selbst, andere Menschen und Eigenschaften wahrzunehmen und zu interpretieren)
  - 2. Affektivität (also die Variationsbreite, die Intensität, die Labilität und Angemessenheit emotionaler Reaktionen)
  - 3. Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen
  - 4. Impulskontrolle
- B. Das überdauernde Muster ist unflexibel und tiefgreifend in einem weiten Bereich persönlicher und sozialer Situationen
- C. Das überdauernde Muster führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- D. Das Muster ist stabil und langdauernd, und sein Beginn ist zumindest bis in die Adoleszenz oder ins frühe Erwachsenenalter zurückzuverfolgen.
- E. Das überdauernde Muster lässt sich nicht besser als Manifestation oder Folge einer psychischen Störung erklären.
- F. Das überdauernde Muster geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z.B. Droge, Medikamente) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z.B. Hirnverletzung) zurück.

### 2.3.2 Diagnostische Kriterien für Borderline – Persönlichkeitsstörung

Ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter und manifestiert sich in den verschiedenen Lebensbereichen. Mindestens 5 der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

1. Verzweifelter Versuch, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden. Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.
2. Ein Muster instabiler, aber 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 potentiell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgabe, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Autofahren, „Fressanfälle“). Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.
5. Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder –drohungen oder Selbstverletzungsverhalten
6. Affektive Instabilität, die infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung gekennzeichnet ist (z.B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern).
7. Chronisches Gefühl von Leere
8. Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, Wut oder Ärger zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).
9. Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Störungen.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Bohus (2002) S. 5/6

## 2.4 Epidemiologie

Die Punktprävalenz, also die Anzahl an Erkrankten zu einem bestimmten Zeitpunkt, der Borderline Persönlichkeitsstörung wird mit Zahlen zwischen 1,7 bis 2% angegeben. Über 80% der Betroffenen befinden sich in psychiatrischer bzw. psychotherapeutischer Behandlung. Am häufigsten wird BPS bei Personen zwischen 18 und 55 Jahren erstmals diagnostiziert. Etwa 70% der Betroffenen sind Frauen. Dieses Ergebnis ist kritisch zu interpretieren, da die Untersuchungen zur Geschlechtsprävalenz an Personen durchgeführt wurden, die sich bereits in psychiatrischer Behandlung befinden.<sup>8</sup>

## 2.5 Differenzialdiagnose und Komorbidität

96% der Patienten leiden an einer depressiven Erkrankung. 88,5% leiden an Angststörungen, 64% an Substanzmissbrauch oder –abhängigkeit und 53% an einer zusätzlichen Essstörung. Komorbider (Erkrankungen, die zusätzlich zu einer Grunderkrankung existieren) Alkohol- und Drogenmissbrauch wird als wichtigste Voraussetzung für eine Chronifizierung der BPS genannt. Eine Komorbidität mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ist mit 1% äußerst selten. Wie die meisten spezifischen Persönlichkeitsstörungen auch, erfüllen Borderline Patienten häufig zeitgleich die Kriterien für andere Persönlichkeitsstörungen.<sup>9</sup>

Im Vordergrund stehen dabei folgende:

- dependente Persönlichkeitsstörungen (50%)
- ängstlich – vermeidende Persönlichkeitsstörungen (40%)
- passiv – aggressive Persönlichkeitsstörungen (25%)
- paranoide Persönlichkeitsstörungen (40%)
- Antisoziale Persönlichkeitsstörungen (25%)
- Histrionische Persönlichkeitsstörungen (15%)<sup>10</sup>

Menschen mit einer dependenten (abhängigen) Persönlichkeitsstörung können keine Entscheidungen ohne die Bestätigung anderer treffen, haben Trennungsängste, ein extrem anklammerndes Verhalten und das ständige Bedürfnis, umsorgt zu werden.

---

<sup>8</sup> Vgl. Rimmel et.al. (2006) S. 104

<sup>9</sup> Vgl. Ebd. S.104

<sup>10</sup> Ebd. S. 104/105

Bei einer ängstlich – vermeidenden Persönlichkeitsstörung kommt es zu einem andauernden Gefühl der Anspannung und Besorgtheit mit der Überzeugung, unbeholfen, unattraktiv und minderwertig zu sein, sowie zu einer übertriebenen Sorge.<sup>11</sup>

Passiv – aggressive Persönlichkeitsstörungen lassen sich dadurch kennzeichnen, dass der/die Betroffene eine allgemein passive und aggressive Grundhaltung gegenüber Vorschlägen und Anforderungen annimmt. Dies fällt ins besondere durch passive Widerstände gegenüber Leistungsanforderungen im beruflichen und sozialen Bereich auf und geht mit einer häufig ungerechtfertigten Annahme einher, ungerecht behandelt zu werden und übertrieben viele Aufgaben abarbeiten zu müssen.<sup>12</sup>

PatientInnen mit paranoider Persönlichkeitsstörung hegen tiefgreifendes Misstrauen und Argwohn gegenüber anderen Personen. Sie sind leicht kränkbar, haben selbstbezogene Gedanken, sind übertrieben empfindlich und neigen zu wahnhafter Interpretation von Ereignissen und Erlebnissen.

Die antisoziale (dissoziale) Persönlichkeitsstörung zeigt sich durch eine sehr geringe Frustrationstoleranz, dysphorischer Stimmung mit ausgeprägter Reizbarkeit, auffällige Gleichgültigkeit gegenüber anderen Personen und Verantwortungslosigkeit.

PatientInnen mit histrionischer Persönlichkeitsstörung haben einen ausgeprägten Hang zur Selbstdarstellung mit übertriebenen Gefühlsausbrüchen. Sie sind leicht beeinflussbar und haben ein andauerndes Verlangen nach aufregenden Erlebnissen, bei denen sie selbst im Mittelpunkt stehen.<sup>13</sup>

Dabei zeigen sich deutliche Geschlechterunterschiede vor allem bei der komorbiden Paranoiden Persönlichkeitsstörung, die signifikant häufiger bei Männern auftritt.<sup>14</sup>

## **2.6 Verlauf und Prognose**

Das durchschnittliche Alter der ersten Diagnose (Erstmanifestation) ist umstritten. Bei einigen Untersuchungen wurde festgestellt, dass man das Alter der Erstmanifestation in zwei Gruppen aufteilen kann. Die erste Gruppe zeigte bereits im Alter von 14 Jahren Verhaltensauffälligkeiten, wie zum Beispiel Essstörungen, Selbstschädigung, Suizidales Verhalten, Auffälligkeiten im Sozialverhalten und affektive Störung, aufgrund derer sie

---

<sup>11</sup> Vgl. deGruyter S. 1472

<sup>12</sup> Vgl. Schneider (2009) S. 519

<sup>13</sup> Vgl. deGruyter S. 1472

<sup>14</sup> Vgl. Schneider (2009) S. 104/105

stationär behandelt werden mussten. Die zweite Gruppe wurde mit durchschnittlich 24 Jahren das erste Mal stationär behandelt. Eine weitere Studie gab an, dass etwa 30% der untersuchten erwachsenen Borderline PatientInnen sich bereits im Grundschulalter Selbstverletzungen zugefügt haben.<sup>15</sup>

Die Suizidalrate bei BPS liegt zwischen 5 und 10%. Als Risikofaktoren für vollendete Suizide werden vor allem folgende genannt:

- Impulsive Handlungsmuster
- Selbstverletzungen
- Höheres Lebensalter
- Depressionen
- Komorbide antisoziale Persönlichkeitsstörung
- Frühkindlicher Missbrauch<sup>16</sup>

Studien bestätigten, dass die Remissionsrate (Nachlassen der Symptome) basierend auf DSM – IV – Kriterien nach zwei, vier und sechs Jahren überraschend hoch sei. Zwei Jahre nach der Diagnose erfüllen nur noch 60% der Betroffenen die DSM – IV Kriterien. Nach vier Jahren sind es nur noch 50% und nach sechs Jahren nur mehr 33%. Die Rückfallraten liegen bei 6%. Dabei werden vor allem Selbstverletzungen und Suizidversuche deutlich reduziert.<sup>17</sup>

## **2.7 Psychopathologie**

### 2.7.1 Psychosoziale Komponenten

Ein großer Risikofaktor ist die frühe Erfahrung von Gewalt und Vernachlässigung. Auch das Fehlen einer zweiten Bezugsperson scheint von großer Bedeutung zu sein. Unter einer Bezugsperson versteht man hierbei eine Person, die die Wahrnehmung der Betroffenen teilt und deren Emotionen bestätigen kann. Obwohl 60% der Betroffenen über sexuellen Missbrauch in der Kindheit berichten, konnte bis jetzt der kausale Zusammenhang zwischen erlebter Traumatisierung und Entwicklung einer BPS nicht wissenschaftlich geklärt werden.<sup>18</sup>

---

<sup>15</sup> Vgl. Kernberg, Remmel et. al. (2006) S. 105

<sup>16</sup> Ebd. S. 105

<sup>17</sup> Vgl. Ebd. S. 105

<sup>18</sup> Vgl. Ebd. S. 106

### 2.7.2 Störungen der Affektregulation

Unter Affektregulation versteht man den Umgang mit starken Gefühlen. Linehan hat schon früh über die erhöhte Sensitivität gegenüber emotionalen Reizen, eine verstärkte emotionale Auslenkung und eine Verzögerung des Rückganges der Aktivierung auf das Ausgangsniveau bei BPS Patienten geschrieben. Diese Hypothesen basieren ausschließlich auf klinischen Beobachtungen von Herpertz, die auf experimenteller Ebene die affektive (gefühlbetonte) Instabilität bei dieser Patientengruppe belegen konnte.

Dabei konnte nachgewiesen werden, dass Menschen mit BPS im Vergleich zu Kontrollpersonen auf das Vorlesen einer emotional belastenden Kurzgeschichte durchschnittlich häufiger angaben, intensive Emotionen zu erleben. Untersuchungen ergaben, dass Personen mit BPS nicht nur intensivere Emotionen und sowohl längere als auch aversive Anspannungen erleben, sondern dass sie auch Schwierigkeiten haben, diese Emotionen zu differenzieren. Aufgrund dieser Unsicherheit setzten Menschen mit BPS häufig Selbstschädigendes Verhalten ein, um diese undifferenzierten und intensiv aversive Anspannungszustände zu beenden.

Um die intensiven Anspannungszustände erklären zu können, hat man in den letzten Jahren damit begonnen, die funktionelle und topographische Anatomie von Hirnarealen zu untersuchen, denen eine Bedeutung für die Induktion und Regulation von Affekten zugemessen werden.

So spielen limbische, paralimbische und neokortikale frontale Strukturen eine zentrale Rolle für emotionale, motivationale, kognitive und motorische Verarbeitungsprozesse. Auch die Fähigkeit zur sozialen und emotionalen Selbstregulation wird dem Zusammenwirken spezifischer frontaler und limbischer Areale zugesprochen. Mittlerweile zeigen neuere Forschungsergebnisse, dass nicht nur Substanzschädigungen frontaler oder limbischer Strukturen gravierende Persönlichkeitsveränderungen verursachen, sondern dass auch chronischer Stress oder erhebliche Verwahrlosungserlebnisse in der Kindheit zu einer Beeinträchtigung neurobiologischer Reifungsprozesse und damit zu miteinander verknüpften kognitiven und emotionalen Störungen führen können.<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> Vgl. Kernberg, Remmel et. al. (2006) S. 107

### 2.7.3 Dissoziative Phänomene

Unter Dissoziation versteht man Wahrnehmungsphänomene, die im Zustand gesteigerter emotionaler Belastung auftreten können. Dies können tranceähnliche Zustände sein, in denen auch Illusionen entstehen können. Betroffene beschreiben diesen Zustand als „fremd“. Dies dient der Seele als Schutz vor starken emotionalen Belastungen. Dieser Zustand kann aber auch bei seelisch gesunden Menschen auftreten, die sich in emotionalen Extremsituationen befinden.<sup>20</sup>

Eine Patientin beschreibt ihr Erleben einer Dissoziation:

*„...Plötzlich kommt mir alles so fremd vor. Als ob mein Körper nicht mehr zu mir gehörte. Ich spüre ihn nicht mehr. Ich fühle mich wie ausgestorben, wie tot. ... Alles was ich tue, kommt mir mechanisch vor. Ich gebe mir Befehle, weil ich nichts mehr fühle: jetzt musst du lachen, sag jetzt das, tu jetzt das. Der Kontakt mit der Realität bricht irgendwie ab“<sup>21</sup>*

„Während einer Dissoziation wird der Körper als fremd empfunden. Dabei entwickelt sich ein Zustand der Emotionsüberflutung und ein Gefühlswirrwarr, verbunden mit Körperwahrnehmungsstörungen, Wahrnehmungsverzerrungen, Hyperästhesie (Schmerzüberempfindlichkeit) oder Analgesie (Schmerzunempfindlichkeit), Veränderung der Sinneswahrnehmung und somatoforme Veränderungen.“<sup>22</sup>

Durch die Auflösung des „Ichs“ im hier und jetzt kommt es zu Kommunikationsschwierigkeiten die bis in die Sprachlosigkeit führen können. Hinzu kommt das Gefühl von Leere und Unwirklichkeit, dass das Leben von PatientInnen mit Borderline noch zusätzlich beeinträchtigt.<sup>23</sup>

Das DSM – IV definiert Dissoziation als „Störung der normalen Integration von Bewusstsein, Gedächtnis und Identität oder Wahrnehmung der Umwelt“.<sup>24</sup> Man kann dabei zwischen zwei Formen dissoziativer Phänomene unterscheiden.

#### 1. Psychologisch dissoziative Phänomene

- Derealisation (Person befindet sich nicht in der Realität)
- Depersonalisation (Person fühlt sich vom eigenen Körper losgelöst)

---

<sup>20</sup> Vgl. Rahn (2010) S. 153

<sup>21</sup> Schoppmann (2003) S. 27/28

<sup>22</sup> Sendera (2010) S. 20

<sup>23</sup> Vgl. Sendera (2010) S. 20

<sup>24</sup> Bohus et.al. (2002). S. 15

## 2. Somatoforme Phänomene:

- Analgesie (Schmerzunempfindlichkeit)
- Verlust der Kontrolle über die Willkürmotorik
- Veränderungen der kinästhetischen Wahrnehmung, der Optik oder Akustik<sup>25</sup>

Untersuchungen haben ergeben, dass ca. 65% aller PatientInnen mit Borderline – Störung unter schwerwiegenden, das heißt klinisch relevanten dissoziativen Störungen, leiden. Eine Studie von Zanarini et.al. konnte außerdem nachweisen, dass dissoziative Symptome bei Menschen mit Borderline Störung mit Selbstschädigung, häufigen Klinikaufenthalten und niedriger sozialer Integration zusammenhängt. Es konnte herausgefunden werden, dass es zwischen aversiven Anspannungsphänomenen und dissoziativer Symptomatik bei PatientInnen mit BPS einen signifikanten Zusammenhang gibt. Dies lässt vermuten, dass diese Symptomatik durch intrapsychischen Stress getriggert wird. Getriggert bedeutet, dass zum Beispiel ein Geruch, Laut, etc. ein stark belastendes Ereignis aus der Vergangenheit hervorruft.

In wie weit dissoziative Phänomene einen Einfluss auf das psychosoziale Lernen haben, konnte bis weilen noch nicht wissenschaftlich belegt werden. Es wird jedoch vermutet, dass sowohl extrem hohe Anspannungsphänomene als auch dissoziative Phänomene die Fähigkeit des Lernens von traumatisierten PatientInnen erheblich behindern. Das heißt, dass die Fähigkeit, alte Erfahrungsmuster mit neuen Erfahrungen zu verknüpfen, erheblich beeinträchtigt ist. Dadurch fällt es vielen Menschen mit Borderline schwer, die Realität situationsbedingt zu interpretieren und sich adäquat zu verhalten.<sup>26</sup>

### 2.7.4 Körper- und Schmerzwahrnehmung

Betroffene berichten über Schwierigkeiten, sich im Spiegel zu betrachten und über ihre Entwicklung von Schamgefühl und Ekel wenn sie an ihren Körper denken. Viele entwickeln außerdem ausgeprägte Störungen in der Wahrnehmung ihrer Arme und Beine. In einer Studie mit 400 Borderline Erkrankten gab mehr als die Hälfte an, dass sie ihren Körper im jetzigen Zustand intensiv ablehnen. Viele erleben ihren Körper als weitgehend von sich selbst getrennt. Auch Berührungen rufen eine ausgeprägte Angst hervor.

Dabei konnte kein Zusammenhang zwischen Missbrauchserfahrungen und der Angst vor Berührung erstellt werden.

---

<sup>25</sup> Kernberg, Remmel et.al. (2006) S. 108

<sup>26</sup> Vgl. Ebd. S. 108

Analgesie ist ein weiteres auffälliges Phänomen bei Borderline – Betroffenen. Dabei handelt es sich um eine weitgehende Aufhebung des Schmerzempfindens. Etwa 70% aller Betroffenen, die sich selbst verletzen, geben an, dass sie während der Selbstverletzung keine Schmerzen wahrnehmen.<sup>27</sup>

#### 2.7.5 Selbstverletzendes Verhalten

70 – 80% aller Borderline Erkrankten berichten über selbstschädigendes Verhalten in der Vorgeschichte. Dabei werden am häufigsten Schnittverletzungen genannt, die meist oberflächlich an einer bestimmten Körperstelle, meist sind es Hände oder Beine, beginnen und sich dann über den gesamten Körper, einschließlich der Geschlechtsorgane ausweiten. Des Weiteren wird häufig das so genannte „head banging“ genannt, also das Schlagen des Kopfes auf eine harte Fläche, Verbrennen mit Zigaretten, dem Bügeleisen oder kochenden Flüssigkeiten, Verätzungen und das Zufügen von Stichwunden.

Dieses Verhalten dient einerseits der Reduktion von unangenehmen Spannungszuständen oder bei schwer dissoziativen Störungen, andererseits aber auch um ein subeuphorisches Empfinden hervorzurufen.<sup>28</sup> Nach wenigen Minuten stellt sich ein tiefgreifendes Gefühl der Entspannung, Entlastung, Ruhe und Geborgenheit ein. Nach weiteren 20 Minuten stellt sich das Körper- und Schmerzempfinden wieder ein.

Eine Patientin beschreibt die Umstände, die zu Selbstverletzendem Verhalten führen:

*„... Es ist als ob ich aus der Realität heraus rutsche. Der Zustand ist furchtbar. Ich habe Angst ich könnte wahnsinnig werden. Ich schlage mich ins Gesicht, bis die Haut ganz rot ist. Aber ich spüre nichts. Ich dusche so heiß, dass ich mich fast verbrenne. Schließlich kommt der starke Drang mir weh zu tun. Ich schneide mich oder nehme mir Blut ab. Ich lasse das Blut möglichst lange über die Haut rinnen. Wenn das Blut rot und warm über meine Haut rinnt, fühle ich mich entspannt und geborgen. Dann bin ich wieder in mir drin. Danach erst fühle ich auch wieder Schmerzen.“<sup>29</sup>*

„Auch Hochrisikoverhalten wird häufig bei Borderline Betroffenen beobachtet. Darunter versteht man das Balancieren auf Baukränen, Hochhäusern, Brückengeländern, Rasen auf der Autobahn, Sitzen auf Bahnschienen, bis eine Vibration zu spüren ist, auf fahrende Züge

---

<sup>27</sup> Vgl. Kernberg, Remmel et. al. (2006). S. 108/109

<sup>28</sup> Vgl. Bohus (2002) S. 9

<sup>29</sup> Schoppmann (2003) S. 28

aufspringen, etc.“<sup>30</sup> Um das Ohnmachtsgefühl zu regulieren werden beispielsweise überdurchschnittlich oft Blutabnahmen durchgeführt. Auch Störungen im Essverhalten sollen wieder ein Gefühl der Kontrolle über den eigenen Körper geben. Darunter fallen zum Beispiel bulimische Essstörungen, eine Drosselung der Flüssigkeitszufuhr auf zwei Liter pro Woche, oder das so genannte „Binge Eating“ bei dem so lange gegessen wird, bis der/die PatientIn erbricht.

Aber Selbstverletzendes Verhalten wird nicht nur zur Reduktion von Spannungsgefühlen oder bei dissoziativen Zuständen eingesetzt, sondern auch um subeuphorisches Erleben auszulösen. Etwa 20% der Betroffenen verletzen sich selbst, um ihre Stimmung, ihre Konzentration oder ihre Kreativität zu verbessern, oder aber auch um Lustgefühle erleben zu können. Als Methoden wird in diesem Fall neben dem Schneiden auch das systematische Würgen (strangling), das erst kurz vor der Bewusstlosigkeit abgebrochen wird, durchgeführt.<sup>31</sup>

#### 2.7.6 Selbstbild

Viele Borderline Erkrankte sprechen über ein tief sitzendes Gefühl der Unsicherheit über ihre eigene Identität. Etwa 70% aller Patientinnen und Patienten schildern, dass sie kein sicheres Gefühl dafür hätten, wer sie wirklich sind. Etwa die Hälfte erlebt sich als „abgeschnitten von sich selbst“, „weit entfernt von sich selbst“ oder empfindet es als sehr unangenehm, in seinem Körper zu sein. Auffällig sind außerdem die stark negative Einschätzung des eigenen Körperbildes und die Einstellung zur Körperlichkeit.<sup>32</sup>

#### 2.7.7 Psychosoziale Komponenten

Es konnten einige Risikofaktoren, die zu einer Entwicklung einer BPS führen können, empirisch nachgewiesen werden. Hierzu zählen, neben dem weiblichen Geschlecht und der weiblichen Sozialisierung die frühe Erfahrung von körperlicher Gewalt und Vernachlässigung durch eine primäre Bezugsperson. Auch Gewalterfahrung im Erwachsenenalter kann zur Entwicklung einer BPS führen.

---

<sup>30</sup> Bohus (2002) S. 9

<sup>31</sup> Vgl. Ebd. S. 9/10

<sup>32</sup> Vgl. Ebd. S. 7

Das Fehlen einer zweiten Bezugsperson, die Schutz und Sicherheit gewährleistet und die die Wahrnehmung des/der Betroffenen teilt und dessen/deren Emotionen bestätigen könnte, konnte als auslösender Faktor gesichert werden.<sup>33</sup>

## **2.8 Neurobiologie zum Verständnis von Borderline Persönlichkeitsstörung**

Studien haben gezeigt, dass auch der Bereich der Neurobiologie zum Krankheitsverständnis der Borderline Persönlichkeitsstörung beitragen kann. So konnte gezeigt werden, dass vor allem eines der Hauptsymptome der Erkrankung, nämlich Störungen der Affektdysregulation, durch die Neurobiologie erklärt werden können.<sup>34</sup>

Die wichtigsten Rollen spielen hierbei die Amygdala (Mandelkern), der (präfrontale) Kortex sowie der Hippocampus. Die Amygdala und der Hippocampus gehören beide dem limbischen System an. Dieses ist eine funktionelle Einheit, die aus Strukturen des Großhirns, des Zwischenhirns und des Mittelhirns gebildet werden. Im limbischen System entstehen Gefühle und emotionale Reaktionen wie Furcht, Wut, sexuelle Wünsche und Aggression. Des Weiteren spielt es für das Gedächtnis eine zentrale Rolle. Der präfrontale Kortex wird aktiv, wenn die Person in einer für sie emotionalen Situation auf einen Reiz reagieren muss.<sup>35</sup>

Die Amygdala (Mandelkern) liegt unmittelbar vor dem Hippocampus. Es handelt sich um einen sehr früh entstandenen Kern des Endhirns und lässt sich in verschiedene Untereinheiten einteilen. Neben der Bewertung und Speicherung emotionaler Ereignisse, erhält die Amygdala Informationen der Sinnessysteme, primär die des Riechkolbens. Sie beeinflusst die Freisetzung von Stresshormonen und reagiert besonders stark bei der Gesichtswiedererkennung, wenn diese Angst zeigt.<sup>36</sup>

Mithilfe der Morphometrie, ein Verfahren, bei dem die Größe von Organen oder Hirnarealen gemessen werden kann, konnte bei Menschen mit BPS eine Volumensreduktion der Amygdala und des Hippocampus festgestellt werden. Litt ein/e PatientIn während der Kindheit an einem schweren Traumata, so konnte eine signifikant stärkere Volumensreduktion festgestellt werden, als bei PatientInnen, deren Traumata weniger schwerwiegend waren. Durch eine verminderte Aktivität des orbitofrontalen Kortex konnten stärkere Verlassensängste festgestellt werden. Die Impulsivität und Aggressivität können ebenfalls durch eine vermindert präfrontale Kontrolle erklärt werden.

---

<sup>33</sup> Vgl. Ebd. S. 13

<sup>34</sup> Vgl. Kernberg, Remmel et. al. (2006) S. 107

<sup>35</sup> Vgl. Menche (2003) S. 164

<sup>36</sup> Vgl. <http://www.wissenschaft-online.de/abo/lexikon/neuro/565;>

Durch eine kurzfristig komplette Deaktivierung der Amygdala kommt es zu einer herabgesetzten Schmerzsensitivität. Dieses Phänomen tritt vor allem bei BPS PatientInnen auf, die zusätzlich unter einer posttraumatischen Belastungsstörung leiden, und kann auch die kurzweilige Schmerzfreiheit bei Selbstverletzungen erklären.<sup>37</sup>

## **2.9 Medikamentöse Therapien**

Psychopharmaka können zwar zur Bekämpfung von Symptomen wie zum Beispiel Schlafprobleme, massive Angst und Depressivität eingesetzt werden, können aber eine Psychotherapie nicht ersetzen. Durch die vielfältige Symptomatik der Krankheit ist es aus heutiger Sicht schwierig, Aussagen über die Wirksamkeit einer Substanzgruppe zu treffen. Dabei sollte die Vorerfahrung der Patienten mit bestimmten Medikamenten berücksichtigt werden. Dadurch können unter Umständen auch schnellere Therapieerfolge erzielt werden, wenn der Betroffene nicht erst die subjektive Wirkung eines Medikaments testen muss.<sup>38</sup>

Besonders bei Suizid gefährdeten Personen ist darauf zu achten, dass bei der Verordnung von Medikamenten keine lebensgefährlichen Mengen eingenommen werden können. Dies ist selbstverständlich nicht immer vermeidbar. In einer Krisensituation kann ein Patient dennoch dazu verleitet werden, eine Überdosis eines Medikaments einzunehmen.

Nicht nur der Betroffene sondern auch seine Angehörigen sollten über die Wirksamkeit, Dosierung und Nebenwirkungen genau informiert werden.<sup>39</sup>

## **2.10 Achtsamkeit als Therapieansatz**

Achtsamkeit hat ihre Ansätze in den spirituellen Schulen des Ostens wie ZEN und Yoga und wird in den letzten Jahren verstärkt in der psychosomatischen Medizin und Psychotherapie eingesetzt. Vor allem Linehan (Dialektisch Behavioralen Therapie), Hayes und Batten (Akzeptanz und Commitment Therapie; ACT) und Kabat-Zinn (Achtsamkeitsbasierte Stress Reduktion) arbeiten mit achtsamkeitsbasierten Ansätzen.<sup>40</sup>

Bei Achtsamkeit handelt es sich um eine Aufmerksamkeitslenkung und Bewusstseinsarbeit. Dabei soll gelernt werden, die Aufmerksamkeit gezielt und konzentriert auf eigene Bewusstseinsprozesse zu lenken, diese zu erforschen und zu steuern.

---

<sup>37</sup> Vgl. Herpertz (2011) S. 12/13

<sup>38</sup> Bohus (2002) S. 121

<sup>39</sup> Sendera (2010) S. 36

<sup>40</sup> Vgl. Rimmel (2006) S. 175

Alles, was in den Raum der Aufmerksamkeit kommt, soll mit Offenheit und Achtung, mit freundlich-interessierter Gelassenheit aufgenommen werden. Dabei werden Körperempfindungen, Sinneseindrücke, Gefühle und Gedanken wie auch eigene Denk- und Handlungsmuster als wandelbare Wirklichkeiten wahrgenommen. Dies soll passieren, ohne dass man den gewohnten und automatisierten Reaktionen nachgeht. Dadurch soll es zur „Entschleunigung“ kommen, damit Raum zwischen Wahrnehmung und der darauf folgenden Reaktion kommen kann.<sup>41</sup>

Neben diesem „nicht werten“ von Bewusstseinsinhalten ist die Förderung von positiven Grundhaltungen, wie zum Beispiel Respekt, Güte und Wohlwollen.<sup>42</sup>

Methoden, um Achtsamkeit üben zu können sind, neben Meditation wie Atem- und Gehmeditation, auch achtsames Wahrnehmen und Handeln, wie Essen, Reden, Arbeiten. Durch diese Übungen soll dem Menschen vermittelt werden, dass zum Beispiel auch Stress ein vorübergehender Zustand des Organismus angenommen werden kann. Dadurch können dann auch negative Gedanken und aversive Gefühle wie Angst, Panik, Trauer, Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung sowie physiologische Reaktionen und alle Handlungsimpulse als aktuell angesehen werden, die aber auch veränderbar sind. Dadurch kann vermittelt werden, dass der Betroffene diese Gefühle wahrnimmt, aber nicht mit ihnen identisch ist.

Folgende Haltungen können zur einsichtsorientierten Praxis von Achtsamkeit beitragen:

- Nicht Beurteilen: sich selbst in der Rolle des neutralen Beobachters sehen
- Geduld: verstehen und akzeptieren, dass Dinge ihre Zeit brauchen um sich entfalten zu können
- Vertrauen: Selbstvertrauen, die eigenen Signale des Körpers und des Geistes wahrnehmen zu können
- Nicht-Greifen: Meditation als „aktives Nicht-Tun“, das dem zweckgerichteten Handeln gegenübersteht. Man ist so, wie man gerade ist.
- Akzeptanz: Menschen und Geschehnisse werden möglichst nicht interpretiert und alle Ereignisse werden als vollwertig betrachtet und so angenommen, wie sie sind.
- Loslassen: Jede Erfahrung, egal ob positiv oder negativ, wird nur beobachtet, dabei aber weder fest gehalten, noch abgelehnt.

---

<sup>41</sup> Vgl. Kernberg, Rimmel et.al. (2006) S. 185

<sup>42</sup> Ebd. S.186

- Bewahren des Geistes eines Anfängers: Alles so sehen, als wäre es das erste Mal.<sup>43</sup>

### 2.10.1 Mindfulness Based Stress Reduction als achtsamkeitsbasierter Ansatz

Kabat-Zinn entwickelte 1979 an der Universität von Massachusetts ein strukturiertes Programm, „Mindfulness based stress reduction“, als gesundheitspädagogisches Verfahren zur Vermittlung von Achtsamkeit und Stressreduktion. Dieses Verfahren wurde in über 250 Kliniken und Gesundheitszentren in den unterschiedlichsten Settings erprobt und evaluiert.<sup>44</sup>

Dieses Übungsprogramm umfasst einen 8 Wochen Kurs mit folgenden Prinzipien und Elementen:

- Erlernen von Übungen zur Entspannung und bewussten Aufmerksamkeitslenkung
- Erarbeiten von Schwerpunktthemen zu Theorien des Gesundheitsverhaltens
- Stresstheorien und Strategien zur Stressbewältigung
- Strategien zur Selbstbeobachtung im Alltag
- Selbstwirksamkeit/Selbstregulation
- Achtsame Kommunikation
- Umgang mit schwierigen Gefühlen<sup>45</sup>

Einzelne Sitzungen vermitteln:

- Methoden der Atem-, Sitz- und Gehmeditation
- Schwerpunktthemen von Wahrnehmung und Selbstwahrnehmung
- Reaktion vs. Eigenverantwortung für Gesundheitsverhalten, von Stress, eigenen Belastungsgrenzen und der Beziehung zum eigenen Körper, individuellen Stress und Stressbewältigung
- Umgang mit schwierigen Gefühlen, emotionaler Kompetenz, achtsamer und gewaltfreier Kommunikation, gesundheitsförderlicher Ernährungs- und Bewegungsverhalten, achtsamer Körperarbeit aus dem Yoga und achtsames Essen<sup>46</sup>

---

<sup>43</sup> Ebd. S. 186

<sup>44</sup> Vgl. Kernberg, Rimmel et.al. (2006) S. 188 /189

<sup>45</sup> Ebd. S. 189

<sup>46</sup> Ebd. S. 189

### 2.10.2 Die Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT):

Die DBT wurde Anfang der 80er Jahre von Marsha Linehan in den USA als ein ambulantes Therapieverfahren zur Behandlung chronisch-suizidaler Patientinnen und Patienten entwickelt. Es stellte sich heraus, dass die meisten eine Borderline Persönlichkeitsstörung hatten.

Das zentrale Problem von BPS Betroffenen sieht Linehan in einer Störung der Affektregulation mit einer erhöhten emotionalen Vulnerabilität und einer Unfähigkeit, Emotionen modulieren zu können.<sup>47</sup>

Die DBT basiert auf kognitiv behavioralen Interventionen, integriert aber auch Strategien und Techniken aus anderen therapeutischen Schulen und aus fernöstlichen Meditationstechniken. Dadurch konnten die Motivations- und Compliance Ebene zwischen Patient und Therapeut erhöht werden.<sup>48</sup>

Die DBT ist nicht linear organisiert, sondern orientiert sich an Prinzipien und Regeln. Sie orientiert sich an Verhaltensmustern, die der Betroffene zeigt und strukturiert deren Inhalte und Methoden an Hand von Entscheidungsregeln. Hierfür muss die Therapeutin und der Therapeut grundlegende therapeutische Methoden wie Expositionsverfahren, kognitive Umstrukturierung oder Problemlösen beherrschen und zur Behandlung komorbider Symptomatik etablierte manualisierte Therapieverfahren heranziehen.

Dies betrifft insbesondere die Behandlung von Essstörungen, Angststörungen, akut depressive Episoden, Schlafstörungen und Zwangshandlungen. Auch eine Zusammenarbeit mit einem Psychiater wird empfohlen.<sup>49</sup>

Therapeutische Grundannahmen:

- Jedes Verhalten der Patientinnen macht im subjektiven Kontext Sinn. Sie versuchen, das Beste aus ihren gegenwärtig verheerenden Situationen zu machen. Es liegt daher in der Aufgabe des Therapeuten, die jeweiligen Auslöser, Schemata und Konsequenzen heraus zu arbeiten.
- Borderline Patienten wollen sich verbessern

---

<sup>47</sup> Vgl. Rimmel (2006) S. 187

<sup>48</sup> Bohus (2002) S. 18

<sup>49</sup> Ebd. S. 18

- Borderline Patienten müssen sich stärker anstrengen, härter arbeiten und stärker motiviert sein, um sich zu verändern, dies ist ungerecht.
- Borderline Patientinnen haben ihre Probleme in der Regel nicht alle selbst verursacht, sie müssen sie aber selber lösen.
- Das Leben suizidaler Borderline Patientinnen ist so, wie es gegenwärtig gelebt wird, in der Regel unerträglich.
- Borderline Patientinnen müssen in fast allen relevanten Dimensionen neues Verhalten erlernen
- Patientinnen können in der DBT nicht versagen
- Therapeuten, die mit Borderline-Patientinnen arbeiten, brauchen Unterstützung.<sup>50</sup>

Die Grundidee in der DBT ist, dass es kein „richtig“ oder „falsch“ gibt, sondern dass beides seine individuelle Berechtigung hat, bezogen auf das subjektive Ziel. Der Therapeut und die Therapeutin versuchen hier den Betroffenen einerseits in seiner Situation zu verstehen, andererseits aber zu einer Veränderung ihrer Situation anzuregen. Damit soll die emotionale Belastbarkeit der Patientinnen und Patienten erhöht werden, um multiple Krisensituationen zu verringern und um die Entstehung von neuen Verhaltensweisen möglich zu machen.<sup>51</sup>

#### Behandlungsmodule

- Einzeltherapie
- Fertigkeitentraining in der Gruppe
- Telefonberatung
- Supervision für Therapeuten<sup>52</sup>

Einzeltherapie: Die ambulante Einzeltherapie dauert im Schnitt 2 Jahre, in einer Sitzungsfrequenz von ein- bis zweimal pro Woche. Zusätzlich sollte der Einzeltherapeut im Falle von lebensbedrohlichen Krisen jederzeit telefonisch erreichbar sein.

Fertigkeitentraining: Dabei wird in einer halb offenen Gruppe zusätzlich zur Einzeltherapie weitere störungsspezifische Kompetenz geboten. In der Supervision können sich dann der Einzel- und Gruppentherapeut über Probleme austauschen. Diese sollte möglichst einmal in der Woche stattfinden.

---

<sup>50</sup> Bohus (2002) S. 19

<sup>51</sup> Vgl. Rempel (2006). S. 188

<sup>52</sup> Bohus (2002) S. 20

Der Einzeltherapeut sollte auch die in der Fertigkeiten Gruppe erlernten Fähigkeiten in der Therapie einplanen, um so eine Generalisierung des Erlernten zu gewährleisten.<sup>53</sup>

### 2.10.3 Verhalten bei Dissoziation während der Achtsamkeit – basierten – Therapie

Analysen haben gezeigt, dass Therapeuten oft nicht rechtzeitig erkennen, wenn ihr Patient dissoziiert. In dieser Situation können sie weder die Realität wahrnehmen, noch können sie etwas Neues lernen. Generell sollte eine eingetretene Dissoziation so rasch wie möglich beendet werden.

Erkennt der Therapeut, dass sein Patient unter hoher Spannung steht und die Gefahr besteht zu dissoziieren, so sind kurzfristige Unterbrechungen zur Spannungsregulation, klare Instruktionen um die Körperhaltung zu variieren, Achtsamkeitsübungen oder gemeinsames Verändern des Settings hilfreich. Ist ein Patient zum Beispiel stark schambesetzt, ist es hilfreich, die Therapie im Gehen oder Stehen durchzuführen, um zu vermeiden, dass sich der Patient in sich kehrt und dissoziiert.

Ist die Dissoziation bereits eingetreten, so können folgende Aktivierungen der sensorischen Systeme die Dissoziation durchbrechen und eine Neuorientierung in der Gegenwart ermöglichen<sup>54</sup>:

- Schmerz
- Laute Geräusche
- Stechende Gerüche
- Muskelaktivität
- Rasche Augenbewegungen
- Kältereize<sup>55</sup>

Ziel hierbei ist es, dass der Patient lernt, Handlungen entgegenzuwirken die zu einer Dissoziation führen können und gegeben Falls so genannte Notfall Skills anwenden kann, die zu einer Spannungsreduktion führen. Diese Notfall Skills sollten anfangs in jeder Sitzung besprochen werden, damit der Patient sich ihrer Vergegenwärtigen kann, um sie in Notfallsituationen auch einsetzen zu können.<sup>56</sup>

---

<sup>53</sup> Vgl. Bohus (2002) S. 20/21

<sup>54</sup> Vgl. Bohus (2002) S. 62/63

<sup>55</sup> Ebd. S. 62

<sup>56</sup> Vgl. Ebd. S. 62/63

### **3. Zwischenmenschliche Beziehungsentwicklungen und Bindungsmuster**

Um den Aufbau von zwischenmenschlichen Beziehungen bei Menschen mit Borderline Persönlichkeitsstörung verstehen zu können, wird in diesem Kapitel näher auf die Bereiche Beziehungsgestaltung, Beziehungsentwicklung, Bindung, Persönlichkeit und die Entwicklung von Schemata eingegangen. Da eine Störung in der Eltern-Kind-Beziehung dazu beitragen kann, dass ein Mensch eine Borderline Persönlichkeitsstörung entwickelt, und das Krankheitsbild schnell wechselnde, sehr intensive partnerschaftliche Beziehungen beschreibt, legt die Autorin ein besonderes Augenmerk auf diese Beziehungsgestaltungen.

#### **3.1. Begriffliche Abgrenzung**

Hier sollen die Unterschiede zwischen den Begriffen Beziehung, Bindung und Persönlichkeit näher beschrieben werden.

##### 3.1.1. Beziehung

Jede zwischenmenschliche Beziehung hat ihr eigenes Interaktionsmuster. Dabei kann zwischen Eltern-Kind-, Partnerschafts-, Geschwister-, Arbeitsbeziehungen und Freundschaften unterschieden werden. Von besonderem Interesse für die Intensität einer Beziehung sind das jeweilige Nähe-Distanz-Verhältnis sowie das Kommunikationsmuster, deren Basis bereits in frühester Kindheit gelegt wird.

Ein Mensch gilt dann als beziehungsfähig, wenn er eine Beziehung zu einem anderen Menschen eingehen kann. Eine besondere Rolle spielt dabei, in wie weit die Beziehung tragfähig ist und welchen Intensitätsgrad sie hat. Dabei muss unterschieden werden, um welche Art Beziehung es sich handelt. So kann man beobachten, dass enge Beziehungen, wie zum Beispiel Freundschaften oder Partnerschaften Parallelen zur frühkindlichen Eltern-Kind-Beziehung aufweisen können. Dieses Phänomen kann von der Kindheit bis ins Erwachsenenalter beobachtet werden<sup>57</sup>.

In Beziehungen treffen zwei Menschen mit unterschiedlichen Persönlichkeitseigenschaften und Interaktionsmustern aufeinander. Der Arzt J. Bauer geht davon aus, dass menschliches Handeln primär vom Streben nach Zuwendung und Wertschätzung geprägt ist. Er sagt, dass Spannungen im zwischenmenschlichen Bereich dann auftreten, wenn unterschiedliche Interessen, Bedürfnisse und Gewohnheiten aufeinander treffen.

---

<sup>57</sup> Vgl. Sendera (2010) S. 81

Viele Konflikte ergeben sich aus unbefriedigten Bedürfnissen, die von Bezugspersonen gesteuert werden, die man sich nicht aussuchen kann. Doch auch die freie Partnerwahl garantiert nicht die Erfüllung aller Bedürfnisse. Am häufigsten ist hierbei das Bedürfnis nach Harmonie und Stabilität betroffen, dass, wenn es nicht erfüllt werden kann, bei den Partnern ein Gefühl von Vernachlässigung, Missverständnis und Ärger hervorruft<sup>58</sup>.

Bei Menschen mit Borderline findet im Beziehungsverhalten ein Wechselspiel zwischen Nähe und Distanzproblemen, zwischen Bindungsbestreben und Autonomiebedürfnis statt.

Einerseits besteht der Wunsch nach absoluter Bedürfnisbefriedigung durch andere, andererseits wird aufgrund von Angst vor seelischen Verletzungen der andere weggestoßen.

Das Streben nach Autonomie wird durch die ständige Angst vor dem Verlassen werden gehemmt. Aufgrund dieses Wechselspiels kommt es zu massiven Einschränkungen in den oft sehr intensiv erlebten zwischenmenschlichen Beziehungen.

Der Borderline Betroffene lebt in einer instabilen Welt. Er ist oft nicht in der Lage, eigene Bedürfnisse wahrzunehmen, Selbstverantwortung zu übernehmen, Grenzen zu setzen oder diese bei anderen zu akzeptieren. Durch die typische Symptomatik muss er immer wieder emotionale Krisen durchleben. Viele leiden unter geringem Selbstwert, fühlen sich in ihrer Rolle nicht wohl und halten sich für nutzlos und nicht liebenswert. Sie sind vom positiven Feedback anderer abhängig und haben den Drang, immer alles richtig machen zu müssen.

Aufgrund dessen entstehen zwischen den Partnern extreme emotionale Belastungen, die oft zum Streit führen, die aus Sicht von Außenstehenden meist nicht nachvollziehbar ist.

Auslöser für solche Situationen können ein kritischer Blick, eine vermeintliche Zurückweisung, ein falsch verstandenes Wort oder ähnliches sein.

In solchen Situationen vergessen Menschen mit Borderline, dass der Partner auch liebenswerte Anteile hat. In diesem Moment werden nur die negativen Seiten gesehen und der Borderline Betroffene empfindet oft nur noch Hass für den Partner. Es entsteht eine verzerrte Realitätswahrnehmung, bei der eine angemessene Reaktion nicht mehr möglich ist. Gefühle werden nicht mehr bewusst wahrgenommen und führen zu Spannungszuständen, die dann mit destruktiven Verhaltensweisen bekämpft werden.

---

<sup>58</sup> Vgl. Bauer (2006)

Nach dem Streit erhöht sich die innere Belastung. Die entstandenen Ängste forcieren den Wunsch nach Stabilität, Sicherheit und Kontrolle. Um sich vor weiteren Konfrontationen zu schützen, beginnt ein Wechselspiel zwischen Liebe und Hass. Dadurch kann ein verhängnisvollen Kreislauf entstehen, bei dem die verzweifelte Suche nach Liebe und Geborgenheit dazu führt, dass der Borderline Betroffene sowohl überhöhte Ansprüche an sich und an seinen Partner stellt. Oft werden Dinge versprochen, die nicht eingehalten können. Dahinter steckt der Wunsch, dass diese vermeintliche Hingabe des Borderline Betroffenen dazu führt, dass dessen Partner seine Bedürfnisse erkennt und erfüllt. Die Erwartung, dass die eigene Aufopferung mit wahrer Liebe beantwortet wird, in der der Borderline Betroffene keine neuerlichen Verletzungen erleben muss, führt erneut zu Frustration zwischen den Partnern. Der Teufelskreis beginnt von neuem.

Die scheinbare Beziehungsunfähigkeit, die Angst vor Konflikten und ein sehr stark ausgeprägtes Harmoniebedürfnis nährt die Idee des „idealen“ Partners. Der Borderline Betroffene möchte daher entweder alles richtig machen, um Sicherheit zu bekommen, oder aber den richtigen Partner finden, der ihn so liebt und akzeptiert, wie er ist und mit dem er verschmelzen kann. Dieser Wunsch nach Verschmelzung wird durch ein vermindertes Selbstwertgefühl und durch die Abgabe von Verantwortung für sich selbst, gefördert.

Der Borderline Betroffene fühlt sich im tiefsten Inneren wie ein Kleinkind, das von seiner Bezugsperson abhängig ist, und dass mit dieser symbiotisch verschmolzen zu sein scheint. Dieses typische Schwarz-Weiß-Denken stammt auch aus dieser Kleinkind-Phase. Für das Kind gibt es nur ein „ich fühle mich gut“, wenn die Bezugsperson da ist und seine Bedürfnisse gestillt werden, oder ein „ich fühle mich schlecht“, wenn die Bezugsperson abwesend ist, und seine Bedürfnisse nicht gestillt werden können.

Damit man sich als eigenständiger Mensch wahrnehmen kann und Verantwortung für sich selbst übernehmen kann, ist es wichtig, belastende und nicht gelöste Erfahrungen zu erkennen. Obwohl diese Erfahrungen aus der frühesten Kindheit stammen, begleiten sie den Menschen sein ganzes Leben hindurch. <sup>59</sup>

---

<sup>59</sup> Vgl. Sendera (2010) S.100 ff.

### 3.1.2. Bindung

Der englische Psychiater und Psychoanalytiker John Bowlby entwickelte eine Bindungstheorie, die ein entwicklungspsychologisches Modell für die Entstehung von sozialen Beziehungen und Bindungserfahrungen. Die Theorie geht davon aus, dass unterschiedliche Qualitäten der Bindung zwischen Eltern und ihrem Kind individuelle Unterschiede im Vertrauen gegenüber anderen sowie im Selbstvertrauen bestimmen, genauso wie die Bereitschaft, bei emotionalen Belastungen um Hilfe zu bitten oder anderen Hilfe zu geben. Die Theorie von Bowlby wird zum Teil von den Befunden von Harlows Experimenten gestützt.<sup>60</sup> Harlow, ein amerikanischer Wissenschaftler, führte in den späten 1950er Jahren äußerst umstrittene Versuchsreihen mit Rhesusaffen durch. Sein Hauptinteresse lag dabei an der Untersuchung der Beziehungsfähigkeit, andererseits aber auch an der Bedeutung von Körperkontakt und seelisches Wohlbefinden auf die Entwicklung von Neugeborenen und jungen Rhesusaffen. Durch seine Erkenntnisse wurde die Sicht der Behavioristen erstmals in Frage gestellt, die behaupteten, dass ein zu viel an Körperkontakt vor allem für die Entwicklung von männlichen Babys und Kindern schädlichen seien, da er „schädliche Neigungen“ und „einen schwachen Körper“ fördern würden.<sup>61</sup>

Bowlby untersuchte die Folgen des mütterlichen Verlustes bei Heimkindern in Hinblick auf die Entwicklung ihrer Persönlichkeit sowie bei antisozialen Jugendlichen. In beiden Gruppen konnte eine Unterbrechung der Bindungsbeziehung zur Mutter zu psychopathologischen Auffälligkeiten führen. Die verlässliche Anwesenheit einer primären Bezugsperson schützt das Kind vor extremer Angstentwicklung. Die Beziehung zur primären Bezugsperson ist anfangs gekennzeichnet durch die Suche nach Nähe. Das Vertrauen in die Verfügbarkeit zur Bezugsperson, genauso wie die Zuverlässigkeit der Selben, entwickelt sich im Säuglings- Kinder- und Jugendalter und wird als „Inneres Arbeitsmodell“ (IWM; inner working model) bezeichnet. Das IWM besagt, dass die Erfahrungen bezüglich der Zuverlässigkeit und Empfänglichkeit der Bindungsperson eine außerordentlich genaue Spiegelung der tatsächlich gemachten Erfahrungen wiedergibt.<sup>62</sup>

---

<sup>60</sup> Vgl. Kernberg, Rammel et.al. (2006) S.45/46

<sup>61</sup> Vgl. <http://www.nzzfolio.ch/www/d80bd71b-b264-4db4-afd0-277884b93470/showarticle/c397d348-0908-42fd-93f9-45bb22424bc3.aspx>

<sup>62</sup> Vgl. Kernberg, Rammel et.al. (2006) S. 46

### 3.1.3. Persönlichkeit

Zur Persönlichkeit zählen einzigartige Eigenschaften. Dazu zählen:

- Temperament
- Überdauernde Verhaltensmuster
- Selbstkontrolle
- Bedürfnisregulierung
- Realitätswahrnehmung
- Art und Weise der Beziehungsgestaltung

Im DSM-IV werden folgende Definitionsmerkmale der BPS der Beziehungs- und Interaktionsgestaltung angegeben:

- Misstrauen und Argwohn
- Distanziertheit in sozialen Beziehungen
- Starkes Unbehagen in nahen Beziehungen
- Missachten der Rechte anderer
- Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen
- Heischen nach Aufmerksamkeit
- Bedürfnis danach bewundert zu werden
- Soziale Hemmung
- Anklammerndes Verhalten<sup>63</sup>

Nach dem interpersonellen Modell von D.J. Kiesler findet bei Persönlichkeitsstörungen ein Wechselspiel zwischen innerpsychischen und zwischenmenschlichen Dynamiken statt, das Menschen dazu führt, schädigende Beziehungsmuster aufrecht zu erhalten.<sup>64</sup>

Dies geschieht zum einen, weil keine anderen Verhaltensweisen zur Verfügung stehen, andererseits, weil damit das Selbstbild aufrechterhalten werden kann.

Kiesler unterscheidet vier Dimensionen, bei der jeweils zwei miteinander in Beziehung stehen und sich gegenseitig beeinflussen. Die eine Dimension reicht von zurückweisendem bis hin zu freundlichem, die andere von dominant bis zu unterwürfigem Verhalten.

---

<sup>63</sup> Sendera (2010) S. 98

<sup>64</sup> Ebd. S. 99

Bestimmte Persönlichkeitsmerkmale sind ein Grund, warum ein Mensch immer wieder in die gleichen Beziehungsfallen stolpert. Dies ist allerdings kein Anzeichen für eine Persönlichkeitsstörung sein.<sup>65</sup>

### **3.2. Wichtige Aspekte eines Beziehungsaufbaus**

Um eine zwischenmenschliche Beziehung aufbauen zu können, braucht ein Mensch bestimmte Fähigkeiten, die meist im Kindes- und Jugendalter durch den Kontakt mit Gleichaltrigen und den Eltern erlernt werden. Hier sollen nun die wichtigsten Aspekte näher beschrieben werden.

#### 3.2.1 Spiegelneurone

Die Forschung entdeckte ein unbewusstes Stimulationsprogramm, welches dazu führt, dass der Mensch durch neurobiologische Mechanismen Gefühle oder Handlungsmuster intuitiv versteht. Diese Mechanismen werden als Spiegelneuronen bezeichnet. Wenn ein Mensch einen anderen adäquat spiegeln kann, dann entwickelt sich eine besondere Sympathie. Mithilfe der Spiegelneuronen lernen Säuglinge, Mimik und teilweise auch Handlungsmuster, zuerst zu imitieren und anschließend auch selber bewusst einzusetzen. Dies wird durch ein wechselseitiges Eingehen zwischen dem Säugling und seiner Bezugsperson ermöglicht. Dadurch lernt er auch verschiedene Handlungs- und Interaktionsmuster kennen.

So konnte beobachtet werden, dass sich Kinder nach einem Sturz erst an der Reaktion der Bezugsperson orientieren und je nach dem empfangenen Signal mit weinen, ignorieren oder sogar lachen reagieren. Dieses „aufeinander reagieren“ wird als Resonanzmuster bezeichnet. Durch Anspannung, Angst und Stress wird das System der Spiegelneuronen, und damit die Fähigkeit sich einzufühlen, verringert. Diese Spiegelsysteme müssen durch das persönliche Erleben von Mitgefühl aktiviert werden. Ein Kind, dem diese Erfahrung fehlt, kann kein Mitgefühl entwickeln.<sup>66</sup>

#### 3.2.2. Konzept der Feinfühligkeit

Mary Ainsworth, eine amerikanische Entwicklungspsychologin und Bindungstheoretikerin, entwickelte als Erste das Konzept der Feinfühligkeit, in dem es darum geht, die Signale des Kindes wahrzunehmen, richtig zu interpretieren und prompt darauf zu reagieren. Feinfühligkeit bedeutet aber auch das Streben nach Autonomie und das Bedürfnis nach

---

<sup>65</sup> Vgl. Ebd. S. 98/99

<sup>66</sup> Vgl. Bauer (2006) S. 28-32

Selbstregulation und Selbstbestimmung zu respektieren und zu fördern. Dadurch kann die Bezugsperson auch negative Ereignisse und Gefühle für das Kind erträglich machen.

Das Kind erlernt damit auch Verhaltensmuster, die es für seine spätere Rolle in der Gesellschaft braucht. Sichere Bezugspersonen erkennen, wenn das Kind zornig ist, spiegeln diesen Affekt mit ihrer Mimik und beruhigen danach mit ihrer Stimme. Unsichere Bezugspersonen hingegen versuchen das Kind mit anderen Reizen, wie Essen oder Spielzeug, abzulenken oder bleiben selbst in den negativen Affekten haften und vermitteln keine Coping Strategien.<sup>67</sup>

### 3.2.3 Verhalten der Bezugsperson

Das Bedürfnis nach Nähe macht Kinder abhängig von ihren Bezugspersonen. Meist ist diese Bezugsperson die Mutter. Ist diese Bezugsperson da, sobald das Kind den Wunsch nach Nähe, Sicherheit und Halt verspürt, entwickelt das Kind eine starke, vertrauensvolle Beziehung. Dieses Vertrauen führt dazu, dass sich in Folge seltener intensive und chronische Angst entwickelt. Das Kind sieht in dieser Bezugsperson seinen „sicheren Hafen“. Nach Mary Ainsworth und John Bowlby ist die Beziehung zur Mutter ausschlaggebend für spätere soziale Beziehungen.<sup>68</sup>

Mary Ainsworth entwickelte gemeinsam mit ihren Mitarbeitern in den späten 1960er Jahren den so genannten „Fremde Situation Test“ (FST). Hierbei wurden in standardisierten Versuchsanordnungen Mütter von ihren 12 bis 18 Monate alten Kindern getrennt und wieder zusammen gebracht. Das Hauptinteresse bestand dabei in der Beobachtung des Bindungs- und des Explorations- (Erkundungs-) -verhaltens. Daraus konnten vier Bindungsstrategien entwickelt werden, welche später beschrieben werden sollen.<sup>69</sup>

### **3.3. Die Eltern-Kind-Beziehung und ihre Bindungsmuster**

Da eine Störung in der Eltern-Kind-Beziehung als ein Grund für die Entwicklung einer Borderline Persönlichkeitsstörung genannt werden kann, wird nun näher auf dieses komplexe Beziehungs- und Bindungsmuster eingegangen.

---

<sup>67</sup> Vgl. Sendera (2010) S. 106

<sup>68</sup> Vgl. Ebd. S. 106/107

<sup>69</sup> Vgl. Kernberg, Rammel, et.al. (2006) S. 47

### 3.3.1. Die Eltern-Kind-Beziehung

Die Beziehung zwischen Kindern und ihren Eltern, vor allem die Beziehung zur Mutter, ist die erste, die im Leben eines Kindes entsteht, und beeinflusst die Persönlichkeit und das Beziehungsverhalten bis ins Erwachsenenalter. Die Bindung zur Mutter wird bereits pränatal aufgebaut. Auch die erste Zeit nach der Geburt bleibt die Mutter meist die wichtigste Person im Leben des Babys.<sup>70</sup>

Doch erst in einem Alter von sechs Monaten ist das Kleinkind in der Lage, eine echte wechselseitige Beziehung zu einem Menschen aufzubauen. Zwischen dem sechsten und dem achtzehnten Lebensmonat kommt es zu einer massiven Entwicklung des Stirnlappens, der Hirnregion, in der sich unter anderem auch das limbische System befindet, und das für die Entwicklung von Emotionen zuständig ist. So können Kleinkinder bereits vorher einen Menschen anlächeln doch haben Untersuchungen gezeigt, dieses Lächeln nicht Ausdruck echter Zuneigung ist. In dieser Zeit lernt das Kleinkind auch zwischen dazugehörig und fremd zu unterscheiden. Der Prozess des so genannten „Fremdeln“, in dem alles Fremde erstmals angstbesetzt sein kann, fällt ebenfalls in diese Zeit. Es ist daher ganz besonders wichtig, dass die Eltern einen engen emotionalen Kontakt zu ihrem Kind herstellen, da dieser die positive Entwicklung des neuronalen Netzwerks im Bereich des Stirnlappens fördert. Im Gegenzug kann sich zu wenig Kontakt negativ auswirken, in dem es zu einer fehlerhaften Vernetzung der Neuronen kommen kann. So konnte gezeigt werden, dass frühe Trennungserfahrungen von Kindern zu einem Anstieg der Stresshormone führen können, die einen großen Einfluss auf Strukturveränderungen im Gehirn haben. Traumatische Erfahrungen oder ein Übermaß an Stress im frühen Kindesalter können somit, neben Verhaltens- und Lernstörungen, zu psychischen Erkrankungen wie Borderline führen.<sup>71</sup>

Es ist daher besonders wichtig, dass das Kleinkind von Anfang an eine stabile Beziehung zu einer oder mehreren Bezugspersonen aufbauen kann, da diese ersten Erfahrungen einen großen Einfluss auf spätere Verhaltensweisen in zwischenmenschlichen Interaktionen haben. Dabei spielen Vertrauen, sich verstanden fühlen, Verlässlichkeit, Liebe und Offenheit eine große Rolle. Kinder brauchen eine verlässliche Bezugsperson, um selber soziale Beziehungen und soziale Interaktionen erleben und erproben zu können. Hierfür ist es wichtig, dass das Kind Unterstützung erhält, um Stärken und Schwächen im Umgang miteinander erkennen und leben zu können.

---

<sup>70</sup> Vgl. Sendera (2010) S. 82

<sup>71</sup> Vgl. <http://arbeitsblaetter.stang-taller.at/ERZIEHUNG/Bindung.shtml>

Die größte Ursache für zwischenmenschliche Probleme besteht darin, dass das Kind nicht gelernt hat, den Anforderungen in emotional schwierigen Situationen gerecht zu werden. Diese können Defizite beim Wahrnehmen eigener Bedürfnisse und Gefühle, dem Verstehen kommunikativer Signale oder auch bei der Fähigkeit zur Selbstreflexion aufzeigen. Um ein Kind in diesen Bereichen zu fördern, ist es wichtig, dass es in einer Familie aufwächst, die es in schwierigen Situationen unterstützt und wo es erste Fertigkeiten in zwischenmenschlichen Interaktionen erlernen kann.<sup>72</sup>

### 3.3.2. Bindungsmuster in der Eltern-Kind-Beziehung

Mary Ainsworth besuchte Familien zu Hause und beobachtete die Mütter mit ihren Kindern in ihrer „natürlichen“ Umgebung. Sie untersuchte, wie Kinder auf fremde Situationen reagieren. Durch die unterschiedlichen Reaktionsweisen der Kinder konnten sie auf bestimmte Bindungstypen schließen. Diese ermöglichten Rückschlüsse auf die Qualität der Bindung zwischen Mutter und Kind.<sup>73</sup>

Folgende Bindungstypen wurden unterschieden

- Sichere Bindung
- Unsicher-vermeidende Bindung
- Unsicher-ambivalente Bindung
- Unsicher-desorganisierte Bindung<sup>74</sup>

Sicher gebundene Kinder nutzten ihre Bezugsperson als sichere Basis. Sie zeigen in fremden Situationen eine ausgewogene Balance zwischen dem Bestreben, die Umwelt zu erkunden, und der Nähe zur Bezugsperson. Bei Trennungen suchen sie aktiv die Nähe der Bindungsperson, die angemessen und prompt Beruhigung und Trost spendet und ein neuerliches Erkunden zulässt.<sup>75</sup>

Bei unsicher-vermeidenden Bindungen findet ein ausgeprägtes Explorationsverhalten statt, es konnte aber kaum Bindungsverhalten beobachtet werden. Bei Trennung von der Bezugsperson wird kaum reagiert, obwohl das Kind physiologisch genauso erregt ist, wie ein sicher gebundenes.

---

<sup>72</sup> Vgl. Sendera (2010) S. 82

<sup>73</sup> Vgl. Sendera (2010) S. 110

<sup>74</sup> Kernber, Rammel et.al. (2006) S. 46

<sup>75</sup> Sendera (2010) S. 110

Einige versinken in stereotypische Bewegungen, andere bleiben bei der Betätigung, die sie bereits vorher ausgeführt hatten. Kehrt die Bezugsperson wieder zurück, so wird sie scheinbar kaum wahrgenommen, ignoriert und ihre Nähe vermieden. Physiologisch brauchen die Kinder sehr lange, um sich wieder zu beruhigen. Solch unsicher-vermeidende Bindungen entstehen vermutlich dann, wenn das Bedürfnis nach Nähe in kritischen Situationen entweder zurückgewiesen wurde, oder mit Ablenkung reagiert wurde.

In unsicher-ambivalente Bindungen zeigen Kinder starkes Bindungsverhalten, aber kaum Explorationsverhalten. Bei Trennung von der Bezugsperson reagieren die Kinder heftiger als bei sicher oder unsicher-vermeidend gebundenen Kindern. Eine Trennung wird als eine sehr starke Belastung empfunden. Kommt die Bezugsperson wieder zurück, kann sich das Kind kaum beruhigen, da die Anwesenheit keine Sicherheit bringt. Manche Kinder reagieren auch aggressiv, wollen losgelassen, im nächsten Moment aber wieder gehalten werden. Sie erleben ambivalente Gefühle zu ihren Bezugspersonen. Diese unsicher-ambivalente Bindung entsteht vermutlich dadurch, dass die Bezugsperson nur dann verfügbar ist, wenn es sich mit ihren eigenen Bedürfnissen vereinbaren lässt. Die Reaktion reicht von überfürsorglich bis kontrollierend und emotional unerreichbar.

Bei unsicher-desorganisierten Kindern können stark widersprüchliche Verhaltensmuster beobachtet werden. Dieses Verhalten kann kurz hintereinander oder auch gleichzeitig auftreten, wie zum Beispiel plötzliches Erstarren, zielloses Umhergehen oder eine erstarrte Mimik, Gestik und Körperhaltung. Nach der Trennung von der Bezugsperson kann ein solch unsicher-desorganisiertes Kind etwa zuerst auf die Person hin laufen, dann aber plötzlich stehen bleiben und ins Leere schauen. Das Kind scheint keine Strategie zu haben, um mit Stress umgehen zu können. Es zeigt Anzeichen, dass es sich vor der Bezugsperson fürchtet, und dass es sich nicht auf deren Reaktion verlassen kann. Die Bezugsperson verhält sich einerseits behütend, bietet vermeintliche Sicherheit, zeigt aber andererseits unberechenbares Verhalten, löst beim Kind Angst aus oder hat selbst Angst. Das Kind erlebt diese Ambivalenz auf der Suche nach Schutz. Es entwickelt keine verlässliche Bindungspräsentation für sein späteres Leben und es fehlt die Empathiefähigkeit. Im Alter von ca. 6 Jahren kann es zu einer Rollenumkehr kommen, in dem das Kind versucht, seine Bezugsperson zu beschützen. Studien konnten belegen, dass dieses Bindungsmuster mit Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch in der Lebensgeschichte des Säuglings im Zusammenhang steht.

Bei mehreren Bezugspersonen kann das Bindungsverhalten des Kindes durchaus unterschiedlich sein. Das heißt, dass eine sichere Mutter-Kind-Beziehung keinen Einfluss auf die Vater-Kind-Beziehung oder zu einer anderen Person hat. Möglicherweise entsteht dabei eine Differenzierung, so dass das Kind eine Bindungsperson vorzieht. Während seiner Entwicklung übernimmt ein Bindungsmodell die führende Rolle und das Kind lässt sich in weiterer Folge davon leiten.

Einmal erworbene Bindungsmuster sind sehr stabil und werden sehr oft an die nächste Generation weitergegeben. Des Weiteren konnte beobachtet werden, dass eine sichere Bindung zu einer wichtigen Bezugsperson als Puffer oder Schutzfaktor in Zeiten von Belastung und Stress dienen kann, und dass auch auf die erlernten Verhaltensweisen zurückgegriffen wird. In weiterer Folge kann bei Jugendlichen mit unsicheren Bindungen eine Entstehung von Verhaltens- oder Persönlichkeitsstörungen beobachtet werden. Bei Menschen mit Borderline Persönlichkeitsstörung liegt die Vermutung nahe, dass sie nur unsichere Bindungen zu ihren Bezugspersonen entwickeln konnten.<sup>76</sup>

### **3.4. Beziehungs- und Bindungsmuster in Partnerschaften**

In Partnerschaften können, genauso wie in der Eltern – Kind - Beziehung, verschiedene Beziehungs- und Bindungsmuster beobachtet werden. Die verschiedenen Muster sollen nun näher beschrieben werden, besonders im Hinblick auf Partnerschaften, in denen ein Partner ein Borderline Betroffener ist, da viele Borderline Betroffene häufig wechselnde, sehr intensive Partnerschaften mit gleich- und ungleichgeschlechtlichen Partnern eingehen.

#### **3.4.1. Die partnerschaftliche Beziehung**

In Paarbeziehungen wird das Bedürfnis nach Geborgenheit, Symbiose, Schutz und umsorgt werden wieder erweckt. Der Wunsch, dass dieser Mensch, der all diese Bedürfnisse befriedigen kann, gefunden wurde, fängt in der so genannten „Phase des verliebt seins“ an zu keimen. In dieser Phase scheinen sich die Grenzen aufzulösen und man wird als zusammengehörig angesehen. Die Erhaltung und Klarheit dieser Grenzen sind aber ausschlaggebend für eine gut funktionierende Beziehung.<sup>77</sup>

---

<sup>76</sup> Vgl. Sendera (2010) S. 109 ff.

<sup>77</sup> Vgl. Sendera (2010) S. 83

Munich und Haley unterscheiden hierbei drei Arten von Grenzen:

- Durchlässige (gesunde) Abgrenzung
- Unflexible Abgrenzung
- Diffuse Abgrenzung<sup>78</sup>

Bei einer durchlässigen, gesunden Abgrenzung gibt es klare Grenzen zwischen den Partnern, die auch gegenseitig respektiert werden. Dies gelingt nur, wenn sich beide gleichwertig fühlen und ihr Selbstwertgefühl ebenbürtig ist. Dabei kann das Erkennen von Unterschieden zu einem gegenseitigen Verständnis und Unterstützung führen, ohne den Anspruch haben zu müssen, gleich zu sein.

Unflexible und starre Grenzen isolieren die Beteiligten. Es gibt wenig bis keine Kommunikation oder Empathie-Fähigkeit untereinander. Es kommt zur Aufrechterhaltung einer unnatürlichen Distanz und strenger Abgrenzung. Die Partner fürchten sich vor Selbstverlust und zu großer Intimität. Sucht man den Kontakt außerhalb der Beziehungsgrenze, so wird dieser unterbunden. Oft wird eine enge Beziehung zu einer dritten Person eingegangen, um sich vor einer zu großen Nähe zum Partner zu schützen.

Diffuse, verwischte Grenzen bedeuten, dass die Autonomie des Einzelnen beeinträchtigt ist. Schon geringe Konflikte werden als eine Bedrohung angenommen und aktivieren die Angst vor Trennung.

Ein ebenfalls wichtiger Faktor für das Gelingen einer Partnerschaft ist, dass beide Partner auf dem gleichen Entwicklungsniveau stehen und ihre Erwartungen, Ziele und Interessen in Einklang bringen können. Ihre Zusammengehörigkeit muss nicht nach außen hin bewiesen werden. Die Partner gehen respektvoll und liebevoll miteinander um, nicht bewundernd. Sie betrachten ihre Beziehung als ein Geben und ein Nehmen. Sie können mit Krisen und Unzufriedenheit umgehen.

Menschen mit Borderline Persönlichkeitsstörung haben ein starkes Bedürfnis nach einer glücklichen Beziehung in Geborgenheit und Sicherheit. Doch die Angst vor Nähe und Abhängigkeit einerseits, und vor dem Verlassenwerden andererseits, aktivieren vordergründig

---

<sup>78</sup> Sendera (2010)S. 83

Abwehr und Rückzugstendenzen. Der Wunsch nach Liebe muss geheim gehalten werden, um vor Enttäuschung und Zerstörung geschützt zu sein.<sup>79</sup>

### 3.4.2. Die Bindungsmuster in Partnerschaften

In der Bindungsforschung werden vier Bindungsstile unterschieden:

- Sicher
- Ängstlich-ambivalent
- Ängstlich vermeidend
- Gleichgültig-vermeidend<sup>80</sup>

In sicher gebundenen Partnerschaften kann Nähe zugelassen werden. Die Partner beschreiben sich als emotional stützend. Beide Partner fühlen sich gleichwertig.

Bei der ängstlich-ambivalenten Bindung wird der Partner als positiv beschrieben, das eigene Selbst aber als negativ. Die Person fühlt sich zwar zum starken Partner hingezogen, ist jedoch ängstlich und verunsichert, da die Beständigkeit der Partnerschaft stark angezweifelt wird.

Bei ängstlich-vermeidenden Bindungen wird sowohl das Selbst, als auch der Partner negativ beschrieben. Die Person hat Angst vor Nähe und Intimität. Sie vermeidet tiefergehende Beziehungen.

In der gleichgültig-vermeidenden Beziehung gibt es keine starke Emotionalität zum Partner. Es wird eine positive Sichtweise auf das Selbst, und eine negative auf den Partner beschrieben. Die Person vermeidet Nähe oder Intimität zum Partner, die Autonomie hat einen besonders hohen Stellenwert für sie.

Diese Bindungsstile können aber im Laufe der Zeit geändert werden. Eine stabile Bindung zum Partner kann, ähnlich wie die stabile Bindung zur Bezugsperson, emotionale Sicherheit geben und dient als Schutzfaktor im Umgang mit Stress.<sup>81</sup>

---

<sup>79</sup> Vgl. Ebd. S. 83ff.

<sup>80</sup> Sendera (2010) S. 113

<sup>81</sup> Vgl. Ebd. S. 114

### 3.5. Die therapeutische Beziehung

Die therapeutische Beziehung hat in der Behandlung der Borderline Störung einen hohen Stellenwert. Eine gute Beziehungsgestaltung ist eine der stärksten Wirkfaktoren in der Psychotherapie. Sie dient auch als Grundlage für den weiteren Umgang mit dem Betroffenen.

Therapeutische Settings sind gekennzeichnet durch eine sehr intensive Arbeitsbeziehung in einem relativ kurzen Zeitrahmen. In dieser Zeit muss der/die TherapeutIn einerseits eine Beziehung zum/zur PatientIn aufbauen, damit ein gewisses Vertrauensverhältnis geschaffen werden kann. Andererseits sollte der/die TherapeutIn aber auch eine zu intensive Beziehung zum/zur PatientIn vermeiden, da sich dies negativ auf den Therapieverlauf und Therapieerfolg auswirken kann. So kommt es bei PatientInnen mit BPS in unspezifischen und ambulanten Settings zu einer Therapieabbruchrate von 75%. Es ist daher äußerst wichtig, dass sich der/die TherapeutIn intensiv mit der Biographie des/der PatientIn beschäftigt und durch Weiterbildungen und dem Sammeln von Erfahrung einerseits sich selbst besser kennenlernt, andererseits die verbalen und nonverbalen Signale des/der PatientIn im Kontext richtig zu deuten lernt.

So sollte sich der/die TherapeutIn in Hinblick auf die Beziehung zum/zur PatientIn als Coach oder TrainerIn verstehen, der/die gemeinsam mit dem/der PatientIn an Zielen orientiert, für die beide die Verantwortung für das Erreichen dieser Ziele übernehmen. Diese Ziele sollten dabei so formuliert werden, dass der/die PatientIn diese auch in dem dafür eingeräumten Zeitraum schaffen kann. Besonders hilfreich gerade für den Beginn einer Therapie können Metaphern sein, die einerseits dem/der PatientIn den Weg, der vor ihnen liegt versinnbildlichen soll, andererseits soll aber auch ein Teil der Angst genommen werden, die zu Beginn der Therapie oftmals herrscht, und die den Beziehungsaufbau deutlich erschweren kann. Zur Verdeutlichung soll nun eine weit verbreitete Metapher, die Bergtour, erzählt werden.<sup>82</sup>

*„Wir stehen am Beginn einer längeren Therapie. Das ist wie vor einer schweren Bergtour und Sie sind wie eine Touristin, die zu einem Bergführer kommt, um ihn zu bitten, auf den Gipfel geführt zu werden. Der Bergführer erläutert die Schwierigkeiten der Tour, die Länge und die Anstrengung, die auf sie beide warten. „Er sei erfahren“, meint er, „er kenne den Weg, aber er wisse nicht genau wie das Wetter sich entwickle, wie die Eisverhältnisse seien und was sonst an unvorhergesehenen Dingen passieren könnte.“*

---

<sup>82</sup> Vgl. Bohus (2002) S.21

*Er traue Ihnen zu, dass sie es schaffen könnten, sonst würde er nicht mit Ihnen den Weg zeigen, ich werde Ihnen vorangehen, aber laufen müssen Sie selbst. Und es wird Momente geben, da werden Sie meinen, keine Kraft mehr zu haben, da wollen Sie verzweifeln und aufgeben. Ich sage es Ihnen lieber gleich – Ich werde das nicht zulassen. Wenn wir zusammen losgehen, kommen wir zusammen an.“<sup>83</sup>*

Der/die TherapeutIn bietet sich also als PartnerIn für den/die PatientIn an, die gemeinsam einen Weg bestreiten werden, der zwar viele Schwierigkeiten bieten wird, durch die aber der/die PatientIn nicht alleine hindurchgehen muss. Diese Metapher kann vor allem Anfangsschwierigkeiten in der Therapie vermindern, es sollte aber dennoch von Anfang an der Zweck dieser „Partnerschaft“ nicht aus den Augen gelassen werden. Diese Gradwanderung ist nicht die Einzige, bei der der/die TherapeutIn größte Sensibilität aufbringen sollte.

Studien haben gezeigt, dass PatientInnen mit BPS zwar sehr sensibel auf nonverbale Signale der Mitmenschen reagieren, diese aber selten bis gar nicht benennen oder ihrer eigenen Emotion entsprechend zeigen können. Dabei zeigt sich vor allem im mimischen Ausdruck eine hohe Widersprüchlichkeit zur eigentlichen Befindlichkeit des Betroffenen. So kann ein/e PatientIn etwas lächelnd erzählen, obwohl in seinem/ihrer inneren die Spannung steigt, oder er/sie innerlich weint. Aus diesem Grund werden für den/die PatientIn bedrohliche Situationen nicht mit der notwendigen Ernsthaftigkeit besprochen und der/die PatientIn fühlt sich nicht wahrgenommen. Die meisten PatientInnen mit BSP müssen lernen, dass sie ihre Gefühle regulieren können, und diese dann auch den Mitmenschen nonverbal zeigen können.

Um einen Therapieerfolg gewährleisten zu können, sollte der/die TherapeutIn sich auch über seine/ihre eigenen Grenzen im Klaren sein. So ist es wichtig, dass der/die TherapeutIn diese auch mit dem/der PatientIn bespricht, wenn eine Grenzüberschreitung droht, und nach einer gemeinsamen Lösung sucht. So können beispielsweise die täglichen Anrufe in der Nacht, aufgrund derer der/die TherapeutIn an seine/ihre Grenzen stößt, auf ein- bis zweimal in der Woche reduziert werden, in der sich dann der/die TherapeutIn die Zeit nimmt, mit dem/der PatientIn nach Lösungen zu suchen, die ihm/ihr die Angst vor den eventuell wiederkehrenden Alpträumen nehmen und damit das Einschlafen erleichtern.<sup>84</sup>

---

<sup>83</sup> Bohus (2002) S. 21/22

<sup>84</sup> Vgl. Bohus (2002) S. 21- 29

### 3.6 Die pflegerische Beziehung in der Psychiatrie

Da sich diese Diplomarbeit mit der Beziehungsgestaltung zwischen Bezugspflegeperson und Patient mit BPS beschäftigt, wird in diesem Kapitel ausschließlich auf die Beziehung zu psychisch erkrankten Menschen eingegangen.

Psychisch erkrankte Menschen erleben Hilfsangebote, abhängig von Krankheitsbild und –intensität, oft als Übergriffe auf ihre Autonomie oder nehmen sie als bedrohlich war. Dies kann zur Ablehnung, Aggression oder Gewalt gegenüber dem Pflegepersonal führen.

Als Hürden in der Beziehungsgestaltung zählen neben soziokulturellen Unterschieden, extreme politische Einstellungen und ausgeprägte Bildungsdefizite auch Beeinträchtigungen hervorgerufen durch die jeweilige Erkrankung wie Verwahrlosung, Apathie und herabgesetzte Denkfähigkeit.

Um die Beziehungsaufnahme zu erleichtern und um den Kontakt und die Kommunikation positiv zu gestalten, lassen sich folgende Zugangswege einsetzen<sup>85</sup>:

- Körpernaher Zugang
- Gemeinsames Tun
- Konversation
- Problemorientierter Zugang
- Pflegerischer Zugang<sup>86</sup>

Der körpernahe Zugang wird hauptsächlich bei Menschen eingesetzt, die selbst keinen Bezug zu ihrem eigenen Körper haben, oder die ihre Grundbedürfnisse nicht oder nicht ausreichend wahrnehmen oder die stark in sich gekehrt sind.

Beim körpernahen Zugang wird der Patient nach seinem Wohlbefinden gefragt, ob er Hunger oder Durst hat, ob er sich bereits gewaschen hat oder woher eventuelle Verletzungen stammen. Er wird aber auch gelobt, wenn er sich von alleine gewaschen hat, oder sich etwas Passendes angezogen hat.

---

<sup>85</sup> Vgl. Schädle – Deininger (2008) S. 66ff

<sup>86</sup> Schädle – Deininger (2008) S. 66-68

Das gemeinsame Tun wird als Zugang zu Menschen benutzt, die stark antriebsgestört sind, die isoliert sind und die sich nur schwer verbal äußern können. Bei diesen Aktivitäten wird beispielsweise gemeinsam mit der Pflegeperson gekocht, aufgeräumt, ein Spiel gespielt oder man geht gemeinsam spazieren.

Konversation wird als Zugang zu Menschen genutzt, die nicht über sich selbst sprechen, die andere nicht mit ihren Problemen belasten wollen und die sich gedanklich nicht im hier und jetzt halten können. Dabei wird hauptsächlich über Themen gesprochen, die den Patienten interessieren, oder worüber er etwas wissen will. Es wird aber auch über gesellschaftspolitische Themen diskutiert, oder auch über sportliche Ereignisse, über die Familie und Freunde oder über die Freizeitgestaltung des Betroffenen.

Der problemorientierten Zugang werden hauptsächlich Menschen eingesetzt, die ihre Krankheit oder auch andere persönliche Probleme bagatellisieren oder auch negieren, meist handelt es sich dabei um Suchtkranke, die ihre Gefühle nicht wahrnehmen können oder die Konflikte nicht ansprechen oder austragen können. Bei diesem Zugang stehen die inneren und äußeren Konflikte im Vordergrund. Die Pflegeperson führt Gespräche mit ihm, hauptsächlich über das Suchtverhalten, über Probleme am Arbeitsplatz, in der Familie oder auch über seine Zukunftsängste. Es werden aber auch Entscheidungen für ihn getroffen, wie der Betroffene gerade nicht dazu in der Lage ist.

Der pflegerische Zugang wird eingesetzt, wenn der Patient nur über diesen Weg Nähe zulassen kann. Hierfür wird medizinisches Handwerkzeug benutzt, wie etwa ein Blutdruckmessgerät oder ein Fieberthermometer, um eine Verbindung zum Patienten schaffen zu können. Dem Patienten werden seine Untersuchungsergebnisse mitgeteilt, es werden Krankheitssymptome sowie Wirkung und Nebenwirkungen von Medikamenten besprochen.

Um eine tragfähige Beziehung schaffen zu können, müssen die Pflegepersonen einen wertschätzenden Umgang mit dem Patienten pflegen. Sie sollten den Betroffenen als ein Individuum betrachten, mit eigenen Wünschen und Bedürfnissen. Der Patient fasst vertrauen, wenn die Pflegekraft für den Patienten erreichbar ist, wenn sie für ihre Handlungen Verantwortung übernimmt, ihn während seines Alltags begleitet und auch in kritischen Situationen verlässlich ist.

Die Häufigkeit und Intensität der Begleitung sollte auf den Patienten individuell angepasst werden. Konflikte, die durch die Erkrankung oder das Verhalten des Patienten entstanden sind, werden gemeinsam mit ihm und seinem Umfeld beleuchtet und es werden gemeinsame

Lösungswege gesucht. Transparenz, offener Umgang und gegenseitiger Respekt fördern eine gesunde und professionelle Beziehung.<sup>87</sup>

#### **4. Primary Nursing als Pflegesystem**

##### **4.1 Über die Entstehung des Primary Nursing in den USA**

Um die Umstände verstehen zu können, die dazu geführt haben, dass Marie Manthey das System des Primary Nursing entwickelt und im Krankenhaus der University of Minnesota auf einer Station eingeführt hat, wird zunächst die Geschichte der Pflege in den USA des 20. Jahrhunderts beschrieben.

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurden die meisten PatientInnen zu Hause gepflegt. Dies bedeutete, dass die Pflegenden selbstständiger arbeiten konnten und „ihre“ PatientInnen und deren Umfeld kannten. Neben den pflegerischen Tätigkeiten, schulten die Pflegenden auch Familien und Gemeinden in pflegerischen, hygienischen und ernährungsspezifischen Angelegenheiten. Zum damaligen Zeitpunkt wurde ausschließlich die Ausbildung zur examinierten Pflegenden angeboten.

Mit dem Beginn der Wirtschaftskrise 1929 änderte sich die Situation für die Pflegenden dramatisch. Viele Pflegende wurden über Nacht arbeitslos, da sich die Familien keine eigene Pflegende mehr leisten konnten. Durch ihre aussichtslose Situation gingen die meisten Pflegenden wieder zurück in die Krankenhäuser, in denen sie ausgebildet wurden, und arbeiteten gegen Kost und Logis. Nach einiger Zeit konnten die Krankenhäuser den Pflegenden auch wieder Gehalt bezahlen. Mit dem Eintritt in die Krankenhäuser wurden die pflegerischen Tätigkeiten erstmals bürokratischen Regeln unterworfen.

Bevor sich die Pflegenden von der Wirtschaftskrise erholen konnten, trat die USA in den zweiten Weltkrieg ein. Dadurch entstand ein plötzlicher Mangel an Pflegenden. Da die Ausbildung zur examinierten Pflegenden zu lange gedauert hätte, wurden Hilfskräfte ausgebildet, die einfache pflegerische Tätigkeiten übernehmen konnten. Zu Kriegsende gab es zwar ein Überangebot an Hilfspflegenden aber einen eklatanten Mangel an examinierten Pflegenden. Um auch in Friedenszeiten eine optimale Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten, wurden im ganzen Land neue Krankenhäuser errichtet, beziehungsweise bereits bestehende erweitert.

---

<sup>87</sup> Vgl. Schädle-Deininger (2008) S.66ff

Die medizinische und pflegerische Versorgung hat sich während des zweiten Weltkriegs rasant verbessert. Trotz einer immensen Anzahl an neu ausgebildeten Pflegenden gab es immer noch einen eklatanten Mangel an examinierten Pflegenden. Um die große Zahl an Hilfspflegenden zu beschäftigen, wurde die Gruppenpflege in den Krankenhäusern eingeführt.

Um das Wissen der examinierten Pflegenden optimal nutzen zu können, wurden sie zu TeamleiterInnen befördert, die unter anderem die Hilfspflegenden koordinieren und überwachen sollten. Der angenehme Nebeneffekt hiervon war, dass die Kosten um ein vielfaches gesenkt werden konnten. Um dem Mangel an examinierten Pflegenden Einhalt zu bieten, wurde ihnen bereits bei der Ausbildung und danach lukrative Angebote bezüglich Wohnen, kostenlose Weiterbildungsmöglichkeiten oder arbeitsfreie Wochenenden versprochen.

Die Fluktuation an examinierten Pflegenden erreichte in den 60er Jahren ihren Höhepunkt. Der Mangel an examinierten Pflegekräften setzte sich trotz der lukrativen Angebote seitens der Krankenhäuser stetig fort. Um herauszufinden, wo die Probleme für die Frustration der Pflegenden und der PatientInnen lagen, führte man Befragungen durch. Diese ergaben, dass die PatientInnen mit der unpersönlichen Pflege unzufrieden waren. Die Pflegenden selbst waren mit ihrer Arbeit als solches unzufrieden. So bemängelten die examinierten Pflegenden, dass sie wenig bis keine Zeit am Krankenbett verbringen konnten, während die Hilfspflegenden mit der Anzahl der PatientInnen, die sie betreuen mussten, überfordert waren.

Man ging davon aus, dass, wenn die Pflegenden wieder glücklich sind, sich auch die Pflege der PatientInnen verbessern würde. So beschloss man, die Professionalisierung der Pflege voran zu treiben. Die Ausbildung der examinierten wurde von den Krankenhäusern in eine zweijährige Collegeausbildung umgewandelt. Die Absolventen schlossen mit einem Bachelor ab. Des Weiteren wurden sämtliche Aufgaben, die nichts direkt mit pflegerischen Tätigkeiten zu tun hatte, an andere Gruppen übertragen. Diese Veränderungen führten dazu, dass sich die PatientInnen noch mehr verunsichert fühlten, da jetzt noch mehr unterschiedliche Menschen zu ihnen ans Bett kamen, die sich aber alle nicht für ihn/sie verantwortlich fühlten. Die Pflegenden im Gegenzug mussten zwar keine Tätigkeiten mehr durchführen, die nicht in den pflegerischen Bereich vielen, es ermöglichte ihnen aber auch nicht, in einen intensiveren Kontakt mit den PatientInnen treten.

Um den Pflegenden einen intensiven Kontakt zu den PatientInnen, mehr Verantwortung und selbstständiges Arbeiten zu ermöglichen, wurde 1969 nach einigen Monaten des Forschens das Pflegesystem am Krankenhaus der University of Minnesota in der Station 32 eingeführt.<sup>88</sup>

#### **4.2.Begriffserklärungen Primary Nursing**

nach Needham, Abderhalden et al:

*„Jeder Patient hat eine pflegerische Bezugsperson, die auf der Grundlage des Pflegeprozesses für die Einführung auf der Station und während des gesamten Aufenthalts, dort im Rahmen einer unterstützenden Beziehung für eine Zielgerichtete, der individuellen Situation angepasste, interdisziplinäre abgesprochene Pflege des Patienten und für die Betreuung der Angehörigen verantwortlich ist.“<sup>89</sup>*

nach Marram et. al:

*„Primary Nursing ist die Durchführung von umfassender, kontinuierlicher, koordinierter und individualisierter Pflege durch die Primary Nurse, die über die Autonomie, Rechenschaftspflicht und die Autorität verfügt, als verantwortliche Pflegeperson zu handeln.“*

Nach Anderson und Chio:

*„Primary Nursing ist als Pflegesystem so organisiert, dass es die kontinuierliche und umfassende pflegerische Versorgung der Patienten maximiert. Den Schwerpunkt bildet eine Pflegeperson, die über die professionelle/organisatorische Autonomie verfügt, die Verantwortung und Rechenschaftspflicht für die Pflegeplanung und, soweit möglich, die umfassende pflegerische Versorgung bestimmter Patienten während ihres Krankenhausaufenthaltes zu übernehmen. Im Idealfall erstreckt sich diese Verantwortung auch auf die Wiederaufnahme eines Patienten, auf häusliche Pflege und die weitere ambulante Versorgung“.<sup>90</sup>*

#### **4.3 Elemente des Primary Nursing**

Im Vordergrund des Pflegesystems stehen die Beziehung zum/zur PatientIn und die umfassende Verantwortung für den Pflegeprozess während seines/ihres Krankenhausaufenthaltes von der Aufnahme bis zur Entlassung. Eine alle Aspekte

---

<sup>88</sup> Vgl. Manthey (2005) S. 41-53

<sup>89</sup> Abderhalden; Needham 2004, S.221

<sup>90</sup> Ersser; Tutton (2000) S. 5

umfassende Grundhaltung ist hierbei erforderlich. Zu dieser ressourcenorientierten Grundhaltung zählen unter anderem die physischen, psychischen sowie biografischen und soziokulturellen Gesichtspunkte.

Um die Transparenz bezüglich der Verantwortung für den Pflegeprozess sowohl für den/die PatientIn, als auch für das interdisziplinäre Team zu gewährleisten. Durch eine eindeutige Zuteilung einer hauptverantwortlichen Pflegenden zu einem/einer PatientIn besteht Transparenz für den/die PatientIn und das interdisziplinäre Team bezüglich der Verantwortung in der Pflege und des Pflegeprozesses.

Die Bezugspflegeperson soll differenziert nach seinen individuellen und persönlichen Fähigkeiten eingesetzt werden und sollte eine kontinuierliche Beziehung zum Patienten aufbauen und gewährleisten können.

Um die kontinuierliche Pflege durch die Bezugspflegeperson zu gewährleisten ist ein individuelles Stationskonzept mit Dienstplanregelung erforderlich. Zu den Eigenschaften einer Bezugsperson sollten Reflexionsbereitschaft und Kritikfähigkeit gehören. Das Bezugspflegesystem beinhaltet eine weitgehende Entscheidungsbefugnis über den Pflegeprozess. Durch die hohe Eigenverantwortung und einem klaren Tätigkeitsbereich grenzt sich in der Bezugspflege das Berufsfeld der Pflege von den anderen Berufsfeldern erheblich ab. In Kooperation mit anderen Berufsgruppen wird der Krankenhausaufenthalt koordiniert und geplant.

Die Pflegeperson ist der Hauptansprechpartner für den Patienten und das interdisziplinäre Team und sichert den Informationsfluss an diese. Beinhaltet das Stationskonzept die Nachbetreuung des Patienten auch nach seiner Entlassung aus der Station, so sollte diese die zuständige Bezugspflegeperson übernehmen.<sup>91</sup>

Primary Nursing ist ein Pflegesystem, welches aus 4 Grundelementen besteht:

1. Verantwortung
2. Kontinuität
3. Direkte Kommunikation
4. Pflegeplanender gleich Pflegedurchführender.<sup>92</sup>

---

<sup>91</sup> vgl. Needham; Abderhalden 2000, S. 5f

<sup>92</sup> Lotz (2007) S. 3

Diese vier Grundelemente sollen nun näher beschrieben werden.

#### 4.3.1. Verantwortung

Dieses erste Grundelement beschreibt die Verantwortung, die der/die Primary Nurse für seine/ihre Handlungen übernimmt. Um Verantwortung übernehmen zu können, muss die Primary Nurse entsprechen ausgebildet sein. Dies soll durch bestimmte Aus- und Weiterbildungen gewährleistet werden. Sie ist dabei sowohl für die Pflegeplanung, als auch für die Pflegedurchführung verantwortlich.

Das erste Element, das Übernehmen von Verantwortung für das Treffen von Entscheidungen in Bezug auf die Pflege des Patienten, ist das Kernstück des Primary Nursing. Es bietet auch gleichzeitig den wesentlichsten Unterschied zu anderen pflegerischen Versorgungssystemen. Die Verantwortung über die pflegerische Versorgung des Patienten übernimmt hier die Primary Nurse, und das kontinuierlich während des gesamten Aufenthalts des Patienten. Im Vergleich dazu wird diese Verantwortung in der Funktionspflege von der Stationsleitung, in der Gruppenpflege während der Teamkonferenzen übernommen.

Die Primary Nurse übernimmt so oft wie möglich die Pflege selbst. Hierbei kommt auch der Umstand zu tragen, dass eine Person, die eine Tätigkeit ausführt, meist auch diejenige ist, die am besten weiß, wie sie durchzuführen ist. Entscheidend ist hierbei auch, dass für jeden, der mittelbar oder unmittelbar mit dem Patienten zu tun hat, klar erkennbar ist, wer die Verantwortung über die Pflege inne hat. Dies bezieht sich also auch auf die Ärzte, andere Pflegende und medizinische Berufsgruppen.<sup>93</sup>

Voraussetzung für das Übernehmen von Verantwortung ist, dass die Pflegenden entsprechend ausgebildet werden. Dies ist kann einerseits durch eine qualitative Verbesserung der Grundausbildung erreicht werden, in der sichergestellt werden sollte, dass die zukünftigen Primary Nurses selbstständig arbeiten und Verantwortung für die von ihnen durchgeführten pflegerischen Interventionen übernehmen können. Andererseits kann dies auch durch fortlaufende Fort- und Weiterbildungen gewährleistet werden, bei denen sich die Primary Nurses bei Bedarf dann auch auf ein Gebiet spezialisieren können.<sup>94</sup>

Um dieser Verantwortung auch gewachsen zu sein, müssen drei wesentliche Dinge berücksichtigt werden. Zum einen muss die Primary Nurse dafür sorgen, dass alle

---

<sup>93</sup> Vgl. Manthey (2005) S. 62-64

<sup>94</sup> Vgl. Ersser, Tutton (2000) S. 9

Informationen, die die Pflege für den/die PatientIn betreffen, zur Verfügung stehen. Sie muss hierfür über ein großes Fachwissen verfügen und muss auch entscheiden, welche Informationen für wen wichtig sein könnten. Dies beinhaltet neben der Beobachtung vom Auftreten von bestimmten Symptomen auch, ob eine neue Behandlungsmethode angewendet wurde und ob sie bei dem Patienten anschlägt. Die Primary Nurse kann aber auch entscheiden, ihren KollegInnen keine Informationen zukommen zu lassen.

Des Weiteren muss sie dafür sorgen, dass, wenn sie ihre/n PatientIn nicht selber versorgen kann, den anderen Pflegenden Pflegeanweisungen zugetragen werden, meist anhand des Pflegeprozesses. Außerdem muss die Primary Nurse alle Informationen über den/die PatientIn zusammentragen. Dies beinhaltet neben der Krankenakte auch alle verfügbaren Informationen von den Angehörigen des Patienten. Diese Informationen dienen der Primary Nurse als Hilfestellung für die Erstellung des Pflegeplans.

Die dritte Aufgabe der Pflegenden liegt in der Planung der Entlassung des Patienten. Sie muss dafür Sorge tragen, dass der/die Patient/In und seine/ihre Familie, falls sich diese nach seiner Entlassung um ihn kümmert, die sichere und effektive Versorgung gewährleisten kann. Wird der/die PatientIn in eine andere Einrichtung verlegt, trägt die Primary Nurse die Verantwortung darüber, dass alle notwendigen Informationen an die neue, für seinen/ihren PatientIn zuständige Pflegende übermittelt werden.<sup>95</sup>

#### 4.3.2.Arbeitszuweisung nach der Fallmethode

Die Zuteilung der täglichen Pflege erfolgt nach dem Prinzip der fallbezogenen Betreuung. Kontinuität bezieht sich in diesem Zusammenhang auf die drei Bereiche „Pflegeprozess“, „Beziehungsgestaltung“ und „Personaleinsatzplanung.“<sup>96</sup> Der Begriff Fallmethode bezieht sich hierbei auf die Verteilung der pflegerischen Arbeit im Schichtbetrieb. Sie besagt, dass eine Pflegende alle pflegerischen Tätigkeiten in Zusammenhang mit einem/einer bestimmten PatientIn übernimmt, solange sie aufgrund ihrer Ausbildung und des Stellenausschreibens dazu in der Lage ist.

Die so ausgewählten Pflegenden sind für den/die PatientIn während dieses Tages verantwortlich und müssen dessen/ihre Pflege im vollen Umfang übernehmen. Ist sie aufgrund ihrer Ausbildung nicht dazu in der Lage, besondere pflegerische Tätigkeiten auszuführen, so obliegt es auch ihrer Verantwortung, jemanden zu finden, der ihr diese

---

<sup>95</sup> Vgl. Manthey (2005) S. 62-64

<sup>96</sup> Lotz (2007) S. 3

Aufgabe abnehmen kann. Sie ist aber dennoch für sein Wohlergehen verantwortlich. Die Fallmethode ist also patientenorientiert. Somit ist es der Pflegenden möglich, mehrere Pflegehandlungen während eines Aufenthalts im Krankenzimmer durchzuführen. Dadurch kann Zeitnot vermieden werden, die sich bei pflegerischen Tätigkeiten einstellt, wenn sie bei einer großen Anzahl von PatientInnen in einem bestimmten Zeitrahmen verrichtet werden muss.

Mit der Fallmethode können Pflegepersonen mehr Zeit für die Kommunikation mit dem/der PatientIn aufbringen. Dadurch können pflegerisch relevante Daten besser aufgenommen werden, oder der/die PatientIn kann Wünsche oder aber auch Beschwerden leichter äußern.<sup>97</sup>

#### 4.3.2.1 Kriterien für die Patientenzuweisung

Entscheidende Kriterien für die tägliche Patientenzuweisung sind:

- Der besondere Bedarf des jeweiligen Patienten
- Die Fähigkeiten und spezifischen Stärken des verfügbaren Personals<sup>98</sup>

In der Fallmethode können die besonderen Fähigkeiten einer Pflegeperson auf die spezifischen Bedürfnisse eines Patienten aufeinander abgestimmt werden. Hierbei werden die am schwersten akut erkrankten Patienten von examinierten Pflegekräften versorgt, während weniger schwer erkrankte von Krankenpflegern gepflegt werden.

Im Gegenzug muss in der Gruppenpflege die examinierte Pflegeperson die weniger geschulten Mitarbeiter schulen. Wenn akuter Personalmangel besteht, müssen die Examinierten auch solche Patienten übernehmen, die auch von einer weniger geschulten Person gepflegt werden können. So wird ihr Wissen oft nicht optimal eingesetzt.

Die räumlichen Verhältnisse beziehungsweise die Lage der Behandlungszimmer sollten keine Auswirkung auf die Patientenzuweisung haben. Dies wäre nur dann sinnvoll, wenn es zu einer signifikanten Zeiteinsparung durch Verkürzung der Wege wäre, die das Personal zurücklegen müsste. Leider kommt es dadurch aber auch zu einer starken „Aufmerksamkeitszentriertheit“ gegenüber bestimmten Zimmern. So konnte beobachtet werden, dass Pflegepersonen in diesem System seltener für ihre Pflegekollegen einspringen, wenn zum Beispiel ein Patient klingelt. Der Faktor des Zeitgewinns ist in diesem Fall verschwindend gering.

---

<sup>97</sup> Vgl. Manthey (2005) S. 64/65

<sup>98</sup> Ebd. S. 65

Tatsächlich kommt es bei der Fallmethode durch die Zusammenfassung der verschiedenen pflegerischen Tätigkeiten bezogen auf einen Patienten zu einer effektiveren Zeitnutzung, die dann am Krankenbett sinnvoll wieder eingesetzt werden kann, während man mit dem Patienten redet.<sup>99</sup>

#### 4.3.3. Die direkte Kommunikation

Direkte zwischenmenschliche Kommunikation ist innerhalb des Primary Nursing von größter Wichtigkeit. Daher wurde als drittes Kernelement der direkte Weg der Kommunikation genannt.<sup>100</sup> Es wurde entwickelt, um Verzerrungen in der Datenübermittlung zu vermindern. Grund für die fehlerhafte Datenübermittlung ist der hierarchische Kommunikationsaufbau.

Im Primary Nursing wird die Voraussetzung für Kommunikation nicht nur zwischen den Pflegekräften, sondern auch mit dem gesamten medizinischen Personal, den Angehörigen und Bezugspersonen des Patienten und natürlich auch des Patienten selber, geschaffen. Dies wird dadurch ermöglicht, in dem jede Form von Kommunikation über Dritte vermieden wird, sondern dass stattdessen die mit der Versorgung des Patienten vertraute Personen miteinander sprechen. Der primären Pflegekraft obliegt also auch die Verantwortung, nicht nur alle notwendigen und sinnvollen Informationen über ihren Patienten zusammenzutragen, um eine optimale Pflege für ihn konzipieren zu können, sondern sie muss auch dafür sorgen, dass Personen, die über einen bestimmten Zeitraum für ihren Patienten verantwortlich sind, alle für sie notwendigen Informationen erhalten. Dadurch kommt es auch nicht nur zu einem besseren Informationsaustausch, sondern die einzelnen Mitglieder des medizinischen Personals kennen auch die jeweilige primäre Pflegekraft „ihres“ Patienten.<sup>101</sup> Am effektivsten wäre es daher, wenn die Primary Nurse sich mit den Pflegenden vor und nach ihrem Dienst über besondere Vorkommnisse berät oder ihnen etwaige Änderungen im Dienstplan mitteilt. Diese direkte Kommunikation sollte dabei nicht beim Pflegepersonal aufhören. Sinnvoll wäre auch die direkte Kommunikation mit anderen Angehörigen des medizinischen Fachpersonal sowie mit den Therapeuten. Die so eingebrachten Informationen können von großer Bedeutung für die Weiterführung der Pflege sein. Diese umfassende Vernetzungen mit Mitgliedern anderer Berufsgruppen unterscheidet das Pflegesystem des Primary Nursing in einem nicht zu unterschätzendem Maß von anderen Pflegesystemen.<sup>102</sup>

---

<sup>99</sup> Vgl. Manthey (2005) S. 65-67

<sup>100</sup> Vgl. Ersser, Tutton (2000) S. 9

<sup>101</sup> Vgl. Manthey (2005) S. 67

<sup>102</sup> Vgl. Ersser, Tutton (2000) S.9

In anderen Pflegesystemen werden Informationen, die einen Patienten betreffen, erst zum Zeitpunkt des Schichtwechsels, weitergegeben. Dies kann indirekt über zum Beispiel Diktiergeräte, oder direkt über Kommunikation direkt an den Krankenbetten oder im Stationszimmer geschehen. Während der Übergabe sollte immer das gesamte Team, das in der nächsten Schicht arbeitet, anwesend sein. Durch diese Art der Informationsweitergabe kann es aber passieren, dass nicht alle Personen, die eine bestimmte Information betrifft, diese auch hören, oder dass wichtige Informationen nicht weiter geleitet wurden, weil sie vergessen oder nicht korrekt weitergeleitet wurden.<sup>103</sup>

#### 4.3.4. Pflege durchführen und planen

In den frühen 60er Jahren wurde die Funktion der Teamleitung ausschließlich Pflegekräften mit einem akademischen Grad zugeteilt. Diese sollten für alle Aspekte des Pflegeplans zuständig sein. Alle anderen Mitglieder des Pflegeteams, also die PflegehelferInnen, KrankenpflegehelferInnen und die examinierten Pflegekräfte, sollten diesem von der professionellen Pflegeperson ausgearbeiteten Pflegeplan exakt befolgen.

Das Problem hierbei war, neben dem Aspekt, dass die professionelle Pflegekraft nichts von den spezifischen Bedürfnissen des Patienten wusste, und diese daher auch nicht in den Pflegeplan aufnehmen konnte, dass die Pflegenden, die die unmittelbare Pflege am Patienten durchführen, nicht zum Nachdenken angeregt wurden, wie sie die Notwendigen pflegerischen Maßnahmen mit den Wünschen und Bedürfnissen des Patienten in Einklang bringen kann. Somit wurden den Pflegekräften, die den Patienten aktiv pflegten, Kompetenzen abgesprochen.

Durch die Einführung des Primary Nursing, und die damit eingeführte Integration von Pflegeplanung und praktischer Durchführung wurde auch die Zuweisung von Pflegekräften mit verschiedenen Qualifikationen neu überdacht. Wird eine examinierte Pflegekraft neu in das Pflegesystem des Primary Nursing eingeführt, so wird der vorhersehbare Pflegebedarf eines Patienten mit den Fähigkeiten der anzulernenden Primary Nurse miteinander verglichen. Je nach Fähigkeit der Pflegekraft und Bedürfnis des Patienten wird der anzulernenden Examinierten eine erfahrene examinierte Pflegekraft zugewiesen, die sie bei Bedarf anleitet und unterstützt.<sup>104</sup>

---

<sup>103</sup> Vgl. Manthey (2005) S. 67/68

<sup>104</sup> Vgl. Ebd. S. 69/70

Die direkte Durchführung von Pflegehandlungen der Primary Nurse sind unabdingbar, um den Zustand des/der PatientIn eruieren zu können. Die Zeit, die die Primary Nurse bei jedem Krankenbett verbringt, hängt, neben der Anzahl und der Bedürfnisse ihrer PatientInnen, auch von den einzelnen Mitgliedern im Pflgeteam ab. Bei rapiden Veränderungen des Gesundheitszustandes eines/einer PatientIn, kann ein längerer Aufenthalt der Primary Nurse bei diesem notwendig sein. Auch bei Veränderungen in der medizinischen Versorgung, bei Besuch von Angehörigen oder beim Auftreten plötzlicher Ängste und Sorgen eines/einer PatientIn sollte die Primary Nurse die Möglichkeit haben, sich intensiv mit diesem/dieser PatientIn zu beschäftigen.<sup>105</sup>

#### **4.4. Begriffliche Abgrenzung Primary Nursing-Bezugspflege-Beziehungspflege**

Bezugspflege wird häufig als deutsche Übersetzung des Begriffs Primary Nursing verwendet. Die Unterschiede und Gemeinsamkeiten sollen nun näher beschrieben werden.

##### **4.4.1. Primary Nursing-Bezugspflege**

Laut Schlettig und von der Heide wird Bezugspflege dadurch definiert, dass jede/r PatientIn eine/n für ihn/sie zuständige Pflegende hat. Dies soll eine weitestgehend individuelle Pflege jedes/jeder PatientIn ermöglichen. Außerdem soll dadurch die Anonymität der Pflegenden besiegt werden. Die kontinuierliche Versorgung von der Aufnahme bis zur Entlassung oder der Verlegung auf eine andere Station soll gewährleistet werden. Der/die BezugspflegerIn soll seiner/seinem/ihrer/ihrem PatientIn namentlich bekannt sein, so auch den MitarbeiterInnen, die Mitglieder des medizinisch-therapeutischen Teams sind und die dem/der PatientIn zugeteilt sind.<sup>106</sup>

Laut Kellnhauser ist die Gleichsetzung von Bezugspflege und Primary Nursing nicht gerechtfertigt, da der Schwerpunkt der Bezugspflege mehr auf der Beziehung zwischen PatientIn und Pflegende liegt. Der Schwerpunkt des Primary Nursing liegt hingegen in der Kontinuität der Pflege sowie der Übernahme von Verantwortung.<sup>107</sup>

Der wesentlichste Unterschied zwischen Bezugspflege und Primary Nursing ist, dass im Primary Nursing die Hauptansprechperson, also die Primary Nurse, immer die gleiche bleibt,

---

<sup>105</sup> Vgl. Ersser, Tutton (2000) S.9

<sup>106</sup> Vgl. Christian (2008) S.6

<sup>107</sup> Vgl. Christian (2008) S.7 in Kellnhauser (1998) S. 634

während sie sich in der Bezugspflege aufgrund des Schichtsystems in Österreich, täglich ändern kann.<sup>108</sup>

Eine treffendere Übersetzung von Primary Nursing ins deutsche wäre Primär Pflege.<sup>109</sup>

#### 4.4.2. Beziehungspflege

Die kongruente Beziehungspflege ist die bewusste Wahrnehmung und professionelle Bearbeitung und Klärung der interdependenten und interpersonalen Aspekte einer Pflegebeziehung im Pflegeprozess.<sup>110</sup>

Der Begriff kongruente Beziehungspflege wurde 1992 von Rüdiger Bauer beschrieben. Seit dem wurde das Konzept kontinuierlich weiterentwickelt und verbessert. Anfangs wurde das Konzept ausschließlich im psychiatrischen Kontext angewandt, heute wird es auch auf geriatrischen und somatischen Stationen Einzug immer häufiger verwendet.

Die theoretischen Grundlagen stützen sich auf J. Watsons Modell der Psychodynamik von Beziehungen, sowie an J. Bauers Modell der Spiegelneuronen,<sup>111</sup> welches bereits im Kapitel Beziehung beschrieben wurde.

Watson sieht den Menschen als Individuum mit einzigartiger Erlebensweise und ebensolchen Bewältigungsmechanismen, eingebunden in sein persönliches, einzigartiges Gefüge aus Vergangenheit, gegenwärtigem Augenblick und der Zukunft<sup>112</sup>. Jeder Mensch kann sich an Ereignisse und Gefühle erinnern, und kann diese wieder hervorholen, wenn er durch einen Gegenstand, einen Geruch, ein Geräusch oder eine Person daran erinnert wird. Dies können sowohl positive als auch negative Gefühle sein. Wichtig ist dabei ebenfalls zu beachten, dass zum Beispiel ein bestimmter Duft nicht automatisch dieselben Gefühle in jedem Menschen hervorholen. Starke positive Erinnerungen können helfen, den Menschen wieder mit sich in Einklang zu bringen. Sind Körper, Geist und Seele in Harmonie mit einander, so kann dies das Wohlbefinden des Menschen stärken und die körpereigenen Heilungskräfte freisetzen.<sup>113</sup>

Um den Körper in einen Zustand von Harmonie zu versetzen werden zwei Hormone ausgeschüttet, die in der Beziehungspflege eine wichtige Rolle spielen: Oxytozin und

---

<sup>108</sup> vgl. Manthey (2005), S. 15

<sup>109</sup> Vgl. Christian (2008) S.7 in Kellnhauser (1998) S. 634

<sup>110</sup> Vgl. <http://www.ibi-institut.com/dl/Praesentation%20Beziehungspflege%20%20Master.pdf> Folie 10

<sup>111</sup> Vgl. <http://www.integra.at/files/Ruediger%20Bauer-Kongruente%20Beziehungspflege.pdf> S.1

<sup>112</sup> <http://www.integra.at/files/Ruediger%20Bauer-Kongruente%20Beziehungspflege.pdf> S.1

<sup>113</sup> Vgl. <http://www.integra.at/files/Ruediger%20Bauer-Kongruente%20Beziehungspflege.pdf> S.1

Dopamin. Oxytozin, welches eine sehr wichtige Rolle beim Geburtsprozess spielt, löst Wohlbefinden und Vertrauen aus. Dopamin wirkt sich nicht nur positiv auf die körperliche Bewegungsfähigkeit und die psychische Motivation aus, es stärkt auch das Immunsystem und senkt die Schmerzempfindlichkeit.<sup>114</sup>

Die Beziehungspflege arbeitet mit zwei Skalen, die das Wohlbefinden des/der PatientIn langfristig steigern sollen, die Beziehungsprozessplanung und die Lebensereignisskala.

„Die Beziehungsprozessplanung ist die systematische Erfassung, Einbeziehung und interaktionelle Bearbeitung von Bedeutungen des Lebens von Menschen zur Steigerung des körperlichen, psychischen, spirituellen und sozialen Wohlbefindens.“<sup>115</sup>  
Durch gezielte Reizsetzungen in der täglichen Beziehung können die Pflegenden ein verbessertes Wohlbefinden erreichen. Wichtig ist hierbei eine genaue Erarbeitung der Biographie des/der PatientIn, damit ungewünschte Ereignisse nicht ungewollt in das Gedächtnis zurückkehren und sich negativ auf das Wohlbefinden und die Gesundheit des/der PatientIn auswirken können. Dies wird im Falle der Beziehungspflege durch die Lebensereignisskala durchgeführt.

In der Lebensereignisskala werden schöne Ereignisse dokumentiert und gezielt formuliert, welche Ereignisse besonders positiv prägend auf den/die PatientIn waren. Dadurch will man den gesamten Menschen erfassen, was einerseits den Pflegeprozess für die Pflegenden erleichtern soll, da nicht nur der kranke Mensch gesehen wird, sondern auch der/die Berufstätige, der Vater, die Mutter, das Kind, etc. Andererseits kann dadurch gezielt auf schöne Ereignisse zurückgegriffen werden, was wertvolle Zeit ersparen und das Wohlbefinden des/der PatientIn rascher steigern kann.<sup>116</sup>

#### **4.5 Aufgabenbereiche**

Die einzelnen Aufgabenbereiche aller Mitglieder des pflegerischen Teams sollen hier noch einmal beschrieben werden.

---

<sup>114</sup> Vgl. <http://www.integra.at/files/Ruediger%20Bauer-Kongruente%20Beziehungspflege.pdf> S.3

<sup>115</sup> <http://www.integra.at/files/Ruediger%20Bauer-Kongruente%20Beziehungspflege.pdf> S.3

<sup>116</sup> <http://www.integra.at/files/Ruediger%20Bauer-Kongruente%20Beziehungspflege.pdf> S.4

#### 4.5.1 Aufgaben der Primary Nurse

Die Primary Nurse ist während des gesamten Aufenthalts des/der PatientIn im Krankenhaus oder Pflegeheim für ihn/sie zuständig. Die erste und vielleicht sogar wichtigste Aufgabe der Primary Nurse ist es, dem/der PatientIn und seinen/ihren Angehörigen eine Orientierung über das Organisationssystem Primary Nursing zu vermitteln. Dies sollte, neben der Rolle der Primary Nurse, auch die Gestaltung der Zusammenarbeit beinhalten.

Nach der Einführung des/der PatientIn in den Pflegealltag beginnt der eigentliche Pflegeprozess. Die Primary Nurse erstellt einen Pflegeplan und koordiniert diesen mit den MitarbeiterInnen des medizinischen und therapeutischen Personals. Die pflegerischen Maßnahmen werden, wann immer möglich, von ihr selbst durchgeführt.

Des Weiteren ist sie für die regelmäßige schriftliche Evaluation und Dokumentation des Pflegeplans zuständig. Während all dieser Prozesse hält sie immer Absprachen mit dem/der PatientIn ab, erklärt ihm/ihr die einzelnen Schritte der Pflegeprozesse und auch Gründe für etwaige Änderungen, und auf Wunsch des/der PatientIn auch mit seinen/ihren Angehörigen.

Wird der/die PatientIn entlassen oder auf eine andere Station, und somit zu einer anderen Primary Nurse, übergeführt, obliegt es der Primary Nurse die für die Pflege relevanten Berichte zusammenzutragen. Sie evaluiert mit dem/der PatientIn gemeinsam den gesamten Pflegeprozess. Außerdem nimmt sie mit dem neuen Pflegeteam Kontakt auf, um diesem alle relevanten Berichte vorzulegen und Informationen über den/die PatientIn weiterzuleiten, sofern dies den Wünschen des/der PatientIn entspricht.<sup>117</sup>

#### 4.5.2. Aufgaben der Associated Nurse

Einer Primary Nurse sind normalerweise zwei Associated Nurses untergeordnet. Die Associated Nurses übernehmen die Pflege des/der PatientIn, wenn die Primary Nurse abwesend ist. Dadurch soll die Kontinuität einer dem/der PatientIn bekannten Pflegenden gewährleistet werden, da die Dienste im 8 Stunden Rhythmus aufgeteilt werden.<sup>118</sup>

Die Associated Nurse übernimmt also in Abwesenheit der Primary Nurse die Pflege der PatientInnen. Sie befolgt dabei die Anweisungen der Primary Nurse. Des Weiteren hinterfragt sie die Pflegeplanung der Primary Nurse kritisch und bespricht sich mit ihr. Eine Änderung im Pflegeplan ist nur dann zulässig, wenn sich der Zustand des/der PatientIn in einer Art und

---

<sup>117</sup> Vgl. Abderhalden (2007) S. 12-13

<sup>118</sup> Vgl. Manthey (2006), S. 74

Weise ändert, der das Abwarten über eine Auskunft der Primary Nurse nicht zulässt. Ist eine Abweichung vom Pflegeplan notwendig, so muss sich die Associated Nurse dennoch entweder mit der Primary Nurse oder mit der Stationsleitung absprechen, da diese die Verantwortung für den/die PatientIn tragen.<sup>119</sup>

#### 4.5.3 Aufgaben der Stationsleitung

Die Rolle der Stationsleitung im Pflegeprozess ändert gravierend im Pflegesystem Primary Nursing. In anderen Pflegesystemen obliegt der Stationsleitung alle die PatientInnen betreffenden pflegerischen Entscheidungen. Im Primary Nursing entfällt diese Aufgabe an die Primary Nurse. Das heißt unter anderem, dass die Stationsleitung keine pflegerischen Anweisungen gibt. So bietet die Stationsleitung verschiedene Lösungsvorschläge an, wenn eine Primary Nurse um Unterstützung in einem bestimmten Fall bittet. Die Primary Nurse muss die optimale Lösung für ihre/n PatientIn jedoch selbstständig finden.

Da also die Entscheidungsfindung die PatientInnen betreffend vollständig wegfallen, kann sich die Stationsleitung verstärkt auf das Management der Station konzentrieren. Dies inkludiert die Zuteilung der PatientInnen zu den Pflegenden. Daher muss die Stationsleitung ihre MitarbeiterInnen und ihre Fähigkeiten gut kennen, um eine optimale pflegerische Betreuung für den/die PatientIn gewährleisten zu können. Dies inkludiert auch die Bewertung der pflegerischen Entscheidungen der Primary Nurses.

Eine weitere Aufgabe der Stationsleitung ist es sicherzustellen, dass alle Pflegenden dieselben notwendigen Grundkenntnisse für wissenschaftliches Arbeiten besitzen, um den hohen Anforderungen an eine Primary Nurse gewachsen zu sein. So muss sie beispielsweise bei etwaigen Literaturrecherchen Hilfestellungen geben. Sie hat somit in gewisser Weise auch die Rolle einer Lehrenden inne.

Die Stationsleitung ist auch an der Qualitätsentwicklung beteiligt. Sie führt Pflegevisiten durch und prüft die Pflegedokumente. Findet sie dabei Mängel, so muss sie mit der betreffenden Pflegenden zusammenarbeiten um Fehler aufzudecken und Alternativen

---

<sup>119</sup> Vgl. Christian (2008) S.14

bereitzustellen. In diesem Prozess ist ein gutes Arbeitsklima essentiell, um die Weiterentwicklung zu gewährleisten und um die Qualität langfristig zu verbessern.

Fällt eine Pflegende aus, springt die Stationsleitung gegebenenfalls als Associated Nurse ein. Sie steht dem Pflorgeteam also beratend, koordinierend und moderierend zur Seite.<sup>120</sup>

## **4.6 Ziele für die Implementierung von Primary Nursing**

### 4.6.1 Ziele für die Pflegenden

Die Einführung von Primary Nursing auf einer Station bietet, neben der Übernahme von Verantwortung auch eine Steigerung der Zufriedenheit für die Pflegenden. Dies wird zum einen durch den kontinuierlichen und direkten Kontakt mit den PatientInnen erzielt, wodurch ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden kann. Durch diese Nähe können sowohl negative als auch positive Entwicklungen schneller erkannt und gegebenenfalls entgegengesteuert werden.

Pflegende können ihre besonderen Fähigkeiten leichter am Krankenbett umsetzen und diese sowohl für die PatientInnen als auch ihre KollegInnen aufgrund der gesteigerten Transparenz sichtbar machen. Hat sich ein/e Pflegenden/r in einem bestimmten Gebiet fortgebildet, kann er im Primary Nursing diese neuen Fertigkeiten deutlich leichter in die Praxis umsetzen, eventuell sogar noch weiter verfeinern und wird verstärkt einer PatientInnengruppe zugeteilt werden, die von diesen Fertigkeiten profitieren können. Durch die enge Zusammenarbeit mit dem/der PatientIn und Mitgliedern anderer medizinischer und therapeutischer Berufsgruppen können auch die Lehrfähigkeiten ausgebaut werden.

Eine weitere Verbesserung ist Verringerung der Fluktuation auf den Stationen. Diese kann durch die genaue Anleitung und die ständige Evaluation neuer Mitarbeiter signifikant verringert werden.<sup>121</sup>

---

<sup>120</sup> Vgl. Ersser & Tutton (2000), S. 12ff

<sup>121</sup> Vgl. Ersser, Tutton (2000) S. 71-73

#### 4.6.2 Ziele für den/die PatientIn

Bezogen auf die PatientInnen ist das übergeordnete Ziel des Primary Nursing die Steigerung ihrer Zufriedenheit. Dies soll unter anderem durch eine Ansprechperson sichergestellt werden, die immer erreichbar ist und alle Fragen sowohl von dem/der PatientIn, als auch seiner/ihrer Angehöriger beantwortet werden kann. Durch diese „ständige“ Erreichbarkeit können PatientInnen ein Vertrauensverhältnis zu „ihren“ Pflegenden aufbauen. Des Weiteren fühlen sie sich aufgrund der individuellen Beratung und dem Eingehen auf ihre Wünsche besser versorgt. Durch das aktive mitgestalten der Pflege und dem äußern der Wünsche, die so gut es geht umgesetzt werden, fühlen sich die PatientInnen besser betreut, was einen überaus positiven Effekt auf das Wohlbefinden und die Genesung des/der PatientIn hat.

Sollte eine Antipathie zwischen PatientIn und seiner/ihrer Primary Nurse bestehen, kann ihm/ihr auch eine andere Primary Nurse zugeteilt werden. Dies ist besonders wichtig, da der Genesungsprozess dadurch verlangsamt werden könnte. Sollte eine Pflegende trotz professionellem Auftretens und internen Gesprächen nicht in der Lage sein, eine/n PatientIn ordnungsgemäß zu versorgen, ist sie auch dazu berechtigt, diese/n an eine/n KollegIn abzugeben.<sup>122</sup>

#### **4.7 Vor- und Nachteile von Primary Nursing**

Obwohl Experten das Implementieren vom Pflegesystem des Primary Nursing in den meisten Stationen begrüßen würden, sollten im Vorhinein die Vor- und Nachteile abgewogen werden. Hierzu sollen zunächst die Vorteile beschrieben werden. Patient und Pflegende können zueinander eine bessere Beziehung aufbauen. Des Weiteren können Pflegende die Schwächen und Stärken der Patienten klarer unterscheiden. Die Pflegenden können Veränderungen am Patienten früher erkennen, da sie jeden Tag in enger Beziehung mit dem Patienten stehen. Auf die Wünsche der Patienten kann besser eingegangen werden. Der Druck auf die Pflegenden, die Erwartungen an die Versorgung der PatientInnen, nicht gerecht zu werden, verringert sich. Für die PatientInnen steht mehr Zeit zur Verfügung, da die Pflgetätigkeit nicht jeden Tag neu geplant bzw. neu erfragt werden muss. PatientInnen erleben den häufigen Wechsel von Mitarbeitern als Belastung. Diese wird bei Primary Nursing reduziert, da höchstens drei Mitarbeiter für eine/n PatientIn zuständig sind. Wie bereits beschrieben, hat jede Primary Nurse zwei Associate Nurses zugeordnet, die sich um den/die PatientIn kümmern, wenn die Primary Nurse keinen Dienst hat.

---

<sup>122</sup> vgl. Ersser, Tutton (2000) S. 73/74

Die Primary Nurse übernimmt auch das Entlassungsmanagement des/der PatientIn. Ein weiterer Vorteil von Primary Nursing ist, dass das Ansehen der Pflege gesteigert wird. Dadurch wird der Umgang mit dem Pflegeprozess gefördert, die Pflegequalität und die PatientInnenzufriedenheit gesteigert. Ein wichtiger wirtschaftlicher Faktor ist, dass Spitalkosten reduziert werden.

Die Kehrseite der Medaille zeigt, dass die Pflegenden zwar ihre eigenen PatientInnen sehr gut kennen, aber dafür von den anderen auf der Station liegenden wenig bis gar nichts wissen. Dieser enge Kontakt kann in manchen Situationen zu einer großen Belastung für die Pflegenden werden.<sup>123</sup>

#### **4.8 Pflege von Patientinnen mit selbstverletzendem Verhalten**

Susanne Schoppmann untersuchte das Erleben von Patientinnen mit selbstverletzendem Verhalten. Da ausschließlich Patientinnen befragt wurden, wird in diesem Teilkapitel ausnahmsweise die weibliche Form verwendet, wenn von den Befragten gesprochen wird. In ihrer Studie wurden die Patientinnen nach ihren Erwartungen an die Pflegenden gefragt<sup>124</sup>:

- Pflegende sollen von sich aus mit den PatientInnen in Kontakt treten und es bemerken, wenn es ihnen schlecht geht.
- Menschen, die sich selbst verletzen glauben nicht, dass Nichtbetroffene ihr Verhalten verstehen können, meinen aber gleichzeitig, ein Verstehen sei gar nicht nötig.
- Was Betroffene wirklich brauchen ist Akzeptanz: angenommen zu werden, wie sie sind und einen PatientInnenstatus zu erhalten
- PatientInnen wollen von den Pflegenden nicht bewertet werden, auch nicht in einzelnen Verhaltensweisen<sup>125</sup>

Besonders die Pflege nach selbstverletzendem Verhalten, sowie die Pflege von Patientinnen, die sich in einem dissoziativen Zustand befinden, wird von den Pflegenden als herausfordernd bis schwierig empfunden. Befindet sich eine Patientin in einem dissoziativen Zustand, können körperbezogene Interventionen helfen, um mit Betroffenen in Kontakt zu treten, wenn verbale Kommunikation nicht mehr möglich ist. Körperbezogene Interventionen können beispielsweise das Berühren von Händen, Armen oder Schultern sein, oder auch das längerfristige Halten der Hände der Patientin, um ihr zu helfen, wieder ein Gefühl für ihren

---

<sup>123</sup> Vgl. Melchior (1996), S. 695

<sup>124</sup> Vgl. Schoppmann (2003) S.140

<sup>125</sup> Schoppmann (2003) S 140

eigenen Körper zu bekommen und ihr zu helfen, einen Weg aus der Dissoziation zu finden. Die Berührung kann die Dissoziation jedoch nicht automatisch beenden. Sie kann jedoch, wenn sie bewusst ausgeführt wird, Schutz und Sicherheit vermitteln. Das Berühren anderer Körperstellen sollte vermieden werden, da sie eventuell eine Erinnerung an traumatische Erlebnisse hervorrufen kann. Eine Ausnahme besteht darin, wenn die Patientin dies ausdrücklich wünscht, und wenn der/die Pflegende die Patientin kennt. Während dieser Phase ist die genaue Beobachtung der Patientin unbedingt notwendig, um negative Veränderungen und Unwohlsein sofort zu entdecken. Ist die Patientin wieder ansprechbar, so sollte die körperbezogene Interaktion wieder beendet werden.

Auch wenn die Patientin nicht reagiert, kann auch das Sprechen mit ihr hilfreich sein. Wurde in vorhergehenden Pflegegesprächen die Errichtung eines „sicheren Ortes“ besprochen und durchgeführt, kann der/die Pflegenden auch versuchen, der Patientin zu helfen, an diesen „sicheren Ort“ zu gelangen. Dieser sichere Ort ist nach den Wünschen der Patientin gestaltet. Es gibt bestimmte Anhaltspunkte, die die Errichtung dieses sicheren Ortes erleichtern können, wie beispielsweise Form, Farbe, Gegenstände, Personen oder auch Tiere. Wichtig ist es, den Zugriff auf diesen sicheren Ort regelmäßig während der Settings zu üben, damit er während Krisen aufgesucht werden kann.

Neben der bewussten Berührung der Hände, Arme und Schultern gibt es auch folgende körperbezogene Interaktionen, die dazu beitragen sollen, den eigenen Körper zu spüren.<sup>126</sup>

- Qi Gong als achtsame Körpererfahrung
- Trommeln als Befreiung
- Aromatherapie als Möglichkeit, seinen Körper zu erfahren
- Information über Symptome (Benennen der Körperempfindungen, Erklären der Ursachen)
- Achtsamer Umgang in der Wund- und Narbenversorgung nach einer Selbstverletzung, um die Diskrepanz zwischen Körperrealität und Körperideal auf einem erträglichen Niveau zu halten.<sup>127</sup>

---

<sup>126</sup> Vgl. Schoppmann (2004) S. 164 ff

<sup>127</sup> Schoppmann (2004) S. 164

Die wichtigste Voraussetzung in der Interaktion mit Patientinnen mit selbstverletzendem Verhalten sieht Schoppmann darin, dass die Pflegenden die Betroffenen mit ihren jeweiligen Erkrankungen respektieren, ihre Wünsche und Ängste akzeptieren und sie als Expertinnen bezogen auf das Erleben vor, während und nach einer Selbstverletzung anerkennen. Dazu zählt auch die Akzeptanz der individuellen Strategien der Patientinnen, mit der Krankheit umzugehen. Diese Grundvoraussetzungen sind unabdingbar, um das Vertrauen der Patientinnen zu erlangen.<sup>128</sup>

---

<sup>128</sup> Vgl. Schoppmann (2003) S. 164 ff.

## 5. Methodologie

Anschließend an der theoretischen Teil der Diplomarbeit, in dem zum besseren Verständnis über die Borderline Persönlichkeitsstörung, über den Begriff Beziehung und über das Pflegesystem der Bezugspflege geschrieben wurden, sollen nun im empirischen Teil der Arbeit die Ergebnisse der Interviews dargestellt werden. Hier soll auf die Ergebnisse eingegangen werden, die durch das Analysieren der Interviews gewonnen wurden und durch Zitate aus denselben veranschaulicht werden sollen. Zuerst soll jedoch die Methodologie beschrieben werden. Dieses Kapitel soll die Methode der Datenerhebung, den Zugang zum Forschungsfeld, die Auswahlkriterien der Interviewpartner und die Methode der Datenauswertung beinhalten.

### 5.1 Forschungsfragen

Die Forschungsfrage, die im Rahmen dieser Diplomarbeit diskutiert werden soll, lautet wie folgt:

„Wie wird die Beziehung zwischen Bezugspflegekraft und Patient mit Borderline Persönlichkeitsstörung aufgebaut und während der Therapiedauer aufrechterhalten?“

Davon ausgehend, sollen noch folgende Fragen beantwortet werden:

- Wie wird die professionelle Beziehung zwischen Patient/in und dessen/deren Pflegende/r aufgebaut?
- Welche institutionellen Bedingungen wurden geschaffen, um den Aufbau einer professionellen Beziehung zu ermöglichen?
- Welche Unterstützungsmöglichkeiten seitens der Institution gibt es für Pflegende, um die Beziehung zwischen Bezugspflege und Patient/in mit Borderline Persönlichkeitsstörung aufrechterhalten zu können?
- Wie erleben die Bezugspfleger die Beziehung zu den Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung?

## 5.2. Forschungsansatz

Als Methode der Datenerhebung wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt, der einen intensiven Blick in die Arbeitswelt der interviewten Person gewähren soll.<sup>129</sup>

Aufgrund des Forschungsinteresses wurde ein halbstandardisierter Leitfaden für die Interviews entwickelt, welches erlaubt, dass die Formulierung und Reihenfolge der Fragen an die jeweilige Interviewsituation angepasst werden können. Er ermöglicht außerdem Verständnis- und Zwischenfragen.<sup>130</sup>

Die Schwerpunkte des Interviewleitfadens wurden folgendermaßen formuliert:

- Beziehungsaufbau zwischen Patient/in und dessen/deren Pflegeperson
- Institutionelle Bedingungen
- Das Erleben der Beziehung
- Unterstützungsmöglichkeiten
- Verbesserungsvorschläge für die Zukunft

## 5.3 Zugang zum Forschungsfeld

Durch zwei jeweils 6 Wochen dauernden Praktika der Autorin im Bereich der tiergestützten Therapie im „Psychosomatischen Zentrum Waldviertel“ in Eggenburg, wurde der Kontakt zum Primarius, zum Pflegedirektor, zur Stationsleitung und zu einigen der Pflegenden hergestellt. Diese wurden zuerst in einem persönlichen Gespräch, anschließend über E-Mail Kontakt über die Hintergründe und die Forschungsfragen der Diplomarbeit informiert. Des Weiteren wurde über den Ablauf der Interviews sowie über die Verwendung und Bewahrung der Daten aufgeklärt. Während dieser unterschiedlichen Phasen wurde stets größter Wert auf die Wahrung der Anonymität gelegt. Die Zusage zu den Interviews erfolgte mündlich.

---

<sup>129</sup> Vgl.: Mayer (2002) S. 126

<sup>130</sup> Ebd. S. 124

#### 5.4. Auswahl und Zusammensetzung der Samples

In der qualitativen Forschung werden die Samples nach deren Kriterien von Nützlichkeit und Angemessenheit ausgewählt. Das heißt, dass die durch Interviews erhaltenen Informationen das zu untersuchende Phänomen möglichst genau beschreiben sollen. Die Anzahl der Interviewpartner spielt hierbei keine Rolle.<sup>131</sup>

Die Auswahl der InterviewpartnerInnen wurde wie folgt festgelegt:

- Ausbildung zur Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson im Fachbereich Psychiatrie
- Mehr als 1 jährige Berufserfahrung mit PatientInnen mit Borderline Persönlichkeitsstörung
- Mehr als ein jährige Berufserfahrung mit dem Pflegesystem der Bezugspflege
- Ausreichend Deutschkenntnisse um die Beantwortung der Fragen und das Verständnis derselben gewährleisten zu können.

Anhand der oben angeführten Kriterien wurden insgesamt 6 InterviewpartnerInnen ausgesucht. Da nur vier der interviewten Personen ausschließlich für PatientInnen mit Borderline Persönlichkeitsstörung zuständig waren, wurden zwei weitere Pflegende ausgewählt, die auf derselben Station tätig sind, deren primäre Aufgabe aber das Pflegen von einer anderen PatientInnengruppe ist. Neben PatientInnen mit Borderline Persönlichkeitsstörung befinden sich auch PatientInnen mit posttraumatischen Belastungsstörung sowie mit Essstörung auf der Station. Alle InterviewpartnerInnen haben ihre ersten Erfahrungen mit der Bezugspflege im psychosomatischen Zentrum gemacht. Die durchschnittliche Dauer der Arbeit im PSZW liegt bei 3,8 Jahren, wobei die kürzeste Dienstzeit bei zwei Jahren, und die Längste bei fünf Jahren liegt. Die Interviews wurden im April 2011 geführt. Die durchschnittliche Dauer lag bei 32,3 Minuten.

#### 5.5. Methode der Datenerhebung

Die problemzentrierten Interviews wurden in den Räumlichkeiten des „Psychosomatischen Zentrum Waldviertel“ geführt, da die Interviews während der Pausen der Pflegenden geführt wurden. In 5 von 6 Interviews wurde ein lärmgeschützter Raum benutzt, wodurch in diesen

---

<sup>131</sup> Vgl. Mayer (2002) S. 192

Fällen keine Störungen auftraten. Bei einem Interview musste aus organisatorischen Gründen ein anderer Raum gewählt werden.

Da dieser Raum auch als Aufenthaltsraum für die PatientInnen dient, wurde das Interview zwei Mal durch ein hereinkommen von anderen Personen gestört. Danach wurde ein Schild angebracht, wodurch das restliche Interview störungsfrei abgehalten werden konnte.

Die Interviews liefen immer auf dieselbe Art und Weise ab. Nach der Begrüßung und einem kurzen Smalltalk wurde nochmals das Thema der Befragung durchgegangen und absolute Anonymität zugesichert. Alle Befragten waren mit der Benutzung eines Diktiergerätes einverstanden. Nach der Funktionskontrolle wurde das Interview geführt.

Die während der Interviews mit Hilfe eines Diktiergerätes aufgezeichneten Aufnahmen wurden wortgetreu transkribiert. Um die Lesbarkeit zu verbessern, wurde das bereits Transkribierte in Schriftdeutsch übertragen und mit Zeilennummern versehen. Die Namen der interviewten Personen wurden aus Gründen der Anonymisierung ausschließlich mit den Buchstaben von A bis F versehen.

#### 5.6. Methode der Datenauswertung

Als Methode der Datenauswertung wurde für diese empirische Arbeit die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewählt.

Die Inhaltsanalyse stammt ursprünglich aus dem Bereich der Kommunikationswissenschaften, und wurde in den USA als Technik für Analysen von Massenmedien erstmals eingesetzt. Es handelt sich dabei um eine Methode der Auswertung von Daten.<sup>132</sup>

Diese Massenmedien sollten mit der Inhaltsanalyse systematisch ausgewertet werden, um etwas über ihren gesellschaftlichen Einfluss zu erfahren. Meist wurde zum damaligen Zeitpunkt quantitativ ausgewertet. Im Vordergrund standen dabei die Häufigkeit bestimmter Motive im Material, sowie das Auszählen, Bewerten und „in Beziehung setzen“ von Textelementen.

---

<sup>132</sup> Vgl. Mayer (2007) S. 125

Schon bald wurde die Forderung nach einer qualitativen Inhaltsanalyse immer lauter. J.Ritsert kritisierte, dass die quantitative Inhaltsanalyse vor allem 4 Aspekte zu wenig berücksichtige:<sup>133</sup>

- Den Kontext von Textbestandteilen
- Latente Sinnstrukturen
- Markante Einzelfälle
- Das, was im Text nicht vorkommt<sup>134</sup>

Das Ziel der qualitativen Inhaltsanalyse ist die Ausnutzung der systematischen Technik und deren Vorteile, ohne dass die Gefahr besteht, in eine Quantifizierung abzurutschen. Das Material wird hierbei schrittweise und methodisch streng kontrolliert, sowie analysiert. Das Material wird in Einheiten zerlegt, die nacheinander bearbeitet werden. Es wird ein Kategoriensystem entwickelt, welches im Zentrum stehen soll und welches aus dem zusammen getragenen Material zusammengelegt werden soll.<sup>135</sup>

Es sind drei Grundformen qualitativer Inhaltsanalyse vorgeschlagen worden:

- Zusammenfassung: Ziel der Analyse ist es, das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion ein überschaubares Korpus zu schaffen, das immer noch ein Abbild des Grundmaterials ist
- Explikation: Ziel der Analyse ist es, zu einzelnen fraglichen Textteilen (Begriffe, Sätze, ...) zusätzliches Material heranzutragen, das das Verständnis erweitert, das die Textstelle erläutert, erklärt, ausdeutet
- Strukturierung: Ziel der Analyse ist es, bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern, unter vorher festgelegten Ordnungskriterien einen Querschnitt durch das Material zu legen oder das Material aufgrund bestimmter Kriterien einzuschätzen

<sup>136</sup>

Da in dieser Arbeit mit der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse gearbeitet wird, soll nun näher darauf eingegangen werden.

---

<sup>133</sup> Vgl. Mayring (2000) S. 114

<sup>134</sup> Mayring (2000) S.114

<sup>135</sup> Vgl. Mayring (2000) S. 114

<sup>136</sup> Mayring (2002) S. 115

### 5.6.1. Strukturierende Inhaltsanalyse

Ziel dieser Methode ist es, eine bestimmte Strukturierung aus dem Material heraus zu filtern.

Diese Struktur soll mit Hilfe eines Systems aus mehreren Kategorien an das Material herangetragen werden. Textbestandteile, die zu dem Kategoriensystem passen, werden aus dem Material systematisch herausgefiltert.

Folgende Punkte sind für den Prozess der Strukturierung ganz besonders wichtig:

- Die grundsätzlichen Strukturierungsdimensionen müssen genau bestimmt werden, sie müssen aus der Fragestellung abgeleitet und theoretisch begründet werden.
- Diese Strukturierungsdimensionen werden dann zumeist weiter differenziert, indem sie in einzelne Ausprägungen aufgespaltet werden. Die Dimensionen und Ausprägungen werden dann zu einem Kategoriensystem zusammengestellt.
- Wann nun ein Materialbestand unter eine Kategorie fällt, muss genau festgestellt werden. Folgendes Verfahren, welches sich aus drei Schritten zusammensetzt, hat sich hierfür bewährt:
  1. Definition der Kategorien: Es wird genau definiert, welche Textbestandteile unter eine Kategorie fallen.
  2. Ankerbeispiele: Es werden konkrete Textstellen angeführt, die unter eine Kategorie fallen und als Beispiel für diese Kategorie gelten sollen
  3. Kodierregeln: Es werden dort, wo Abgrenzungsprobleme zwischen Kategorien bestehen, Regeln formuliert, um eindeutige Zuordnungen zu ermöglichen<sup>137</sup>

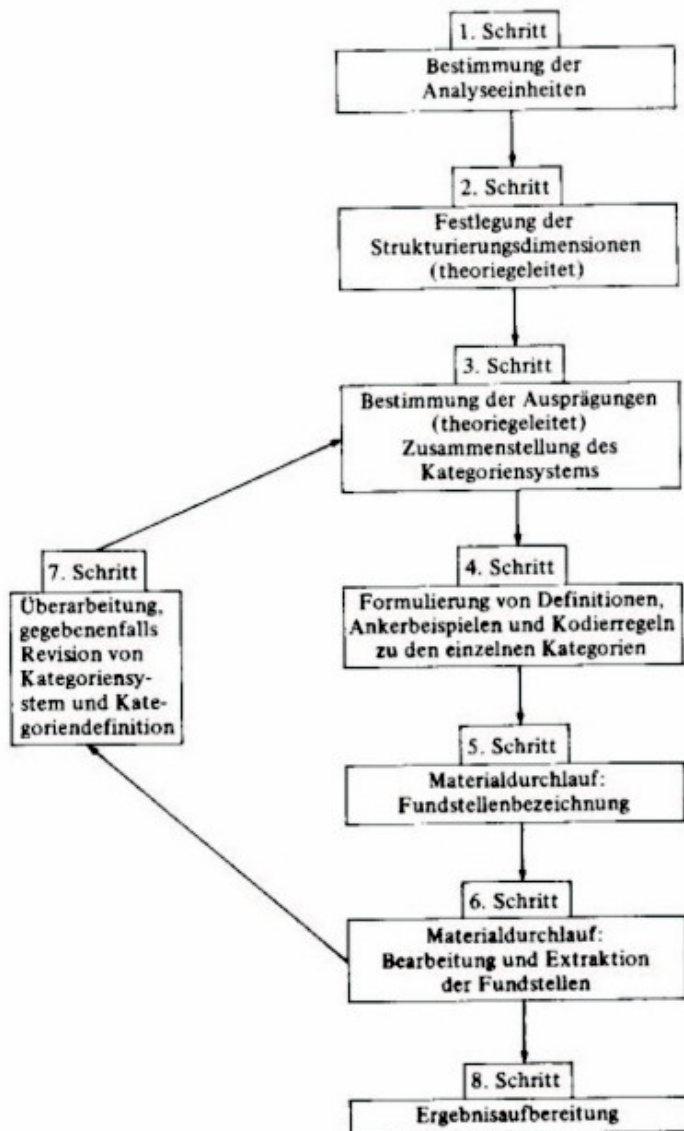
In einem ersten Durchgang wird überprüft, ob die Kategorien erhalten bleiben können und ob die Definitionen, Beispiele und Kodierregeln eine eindeutige Zuweisung ermöglichen. Dieser so genannte Probedurchgang wird, ähnlich wie der Hauptdurchgang in zwei Arbeitsschritte eingeteilt. Anfangs werden die Textstellen, in denen die Kategorien angesprochen werden, im Material gekennzeichnet. Dies kann sowohl durch anstreichen der betroffenen Textstellen, als auch durch eine Notierung der betroffenen Zeilennummer erfolgen. Im zweiten Schritt wird das herausgefilterte Material aus dem Text herausgeschrieben. Dabei kommt es in vielen Fällen zu einer Überarbeitung oder einer teilweisen Neufassung des Kategoriensystems.

---

<sup>137</sup> Mayring (2010) S. 92

Anschließend beginnt der Durchlauf des Hauptmaterials. Auch hier werden zuerst die Fundstellen markiert und anschließend kommt es zu einer Bearbeitung und Extraktion der Fundstellen. Die Ergebnisse werden je nach Art der Strukturierung zusammengefasst und aufgearbeitet.

Diese allgemeine Beschreibung einer strukturierenden Inhaltsanalyse lässt sich in folgendem Ablauf modellhaft darstellen.<sup>138</sup>



<sup>138</sup> Mayring (2010) S. 92 und 94

<sup>139</sup> Mayring (2010) S. 93

Strukturierende Inhaltsanalysen können unterschiedliche Ziele verfolgen. Hier sollen vier Formen unterschieden und näher beschrieben werden:

- Eine formale Strukturierung will die innere Struktur des Materials nach bestimmten formalen Strukturierungsgesichtspunkten herausfiltern
- Eine inhaltliche Strukturierung will Material zu bestimmten Themen, zu bestimmten Inhaltsbereichen extrahieren und zusammenfassen
- Eine typisierende Strukturierung will auf einer Typisierungsdimension einzelne markante Ausprägungen im Material finden und diese genauer beschreiben.
- Eine skalierende Strukturierung will einzelnen Dimensionen Ausprägungen in Form von Skalenpunkten definieren und das Material daraufhin einschätzen.<sup>140</sup>

Im Ablaufmodell lassen sich diese 4 Formen ausschließlich durch die spezifischen Änderungen im Schritt zwei und Schritt 8 voneinander unterscheiden. Da für diese Arbeit ausschließlich die inhaltliche Strukturierung von Bedeutung ist, wird nun näher auf diesen Punkt eingegangen.<sup>141</sup>

### 5.6.2 Inhaltliche Strukturierung

Bei einer inhaltlichen Strukturierung werden bestimmte Themen, Aspekte und Inhalte aus einem Material herausgefiltert und zusammengefasst. Welche Inhalte dabei herausgefiltert werden, hängt vom zuvor entwickelten Kategoriensystem ab. Nachdem der Text mittels des Kategoriensystems gefiltert wurde, wird das zu Paraphrasen extrahierte Material zunächst pro Unterkategorie und dann pro Hauptkategorie zusammengefasst.<sup>142</sup>

---

<sup>140</sup> Mayring (2010) S. 94

<sup>141</sup> Vgl. Ebd. S. 94

<sup>142</sup> Ebd. (2010) S. 98

## 6. Ergebnisdarstellung

Im Folgenden sollen die im Rahmen einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring gefundenen fünf Kategorien beschrieben und im Anschluss daran jeweils kurz diskutiert werden.



### 6.1. Kontakt herstellen – in Beziehung treten

Die Kategorie „Kontakt herstellen – in Beziehung treten“ wurde von der Autorin als erste Kategorie gewählt, weil sie die Forschungsfrage am besten umschreibt. In dieser Kategorie werden der Tag der Ankunft eines neuen Patienten/ einer neuen Patientin, sowie die verschiedenen Möglichkeiten der Gesprächsführung beschrieben. Ebenfalls soll hier beschrieben werden, wie die Pflegekräfte die Beziehung zu den PatientInnen erleben. Da die Hauptarbeit der Bezugspflegepersonen in der Gesprächsführung mit den PatientInnen liegt, wird diesem Punkt besonders viel Bedeutung beigemessen.

### 6.1.1 Der Tag der Ankunft

Am Tag der Ankunft entsteht der erste Kontakt zwischen PatientIn und dem/der Bezugspflegenden.

*„Ich sag immer: Stellen Sie sich beim Stützpunkt ein Herzlich Willkommen vor.“*

Dieser ist für die weitere Dauer der Therapie von essentieller Bedeutung, da sich zu diesem Zeitpunkt unter anderem auch die Sympathie oder auch Antipathie zwischen der/dem Bezugspflegenden und dem/der PatientIn entwickelt.

Am Tag der Ankunft wird das pflegerische und ärztliche Aufnahmegespräch geführt, welches jeweils etwa eine Stunde dauert. Im pflegerischen Aufnahmegespräch wird hauptsächlich über die Biographie des Patienten gesprochen. Der/die PatientIn erzählt unter anderem über seine/ihre Familie, die Arbeit und das soziale Umfeld. Dabei sollen mögliche Krisen oder sogar Traumata aufgezeigt werden, beziehungsweise soll unter anderem auch geklärt werden, in wie weit der/die PatientIn und seine/ihre Familie in der Vergangenheit mit Krisen umgegangen sind. Das pflegerische Aufnahmegespräch wird, wenn möglich, mit der/dem Bezugspflegenden durchgeführt. Ist diese/r nicht anwesend, so wird das Gespräch von einer Kollegin/einem Kollegen, die/der ebenfalls auf der Station arbeitet, durchgeführt. Generell wird versucht, dass die/der Bezugspflegende auch das Aufnahmegespräch führt.

*„Ja also wenn die Bezugspflegeperson, die zugeteilt wurde, da ist, dann wäre es gut, wenn sie die Aufnahme macht, dann kann der Patient bereits etwas Vertrauen fassen, und er muss die Geschichte nicht drei – vier verschiedenen Menschen erzählen, also da schauen wir schon, dass das dann die Bezugspflege machen kann, wenn möglich.“*

Nach den beiden Aufnahmegesprächen bekommt der/die PatientIn Informationen über den Stationsalltag. Die/der für ihn/sie zuständige Pflegende geht mit ihm/ihr durch die Klinik, um ihm/ihr die wichtigsten Räumlichkeiten zu zeigen und um ihm/ihr die Hausordnung zu erklären. Außerdem werden ihm/ihr die Therapiepläne erklärt, welche Therapien verpflichtend sind, und welche er/sie auf Verordnung erhalten kann. In den meisten Fällen geht der/die PatientIn erst am zweiten Tag in die unterschiedlichen Therapiegruppen. Wenn der/die PatientIn aber akut gefährdet ist, sich selbst zu verletzen oder Suizid zu begehen, und es besser wäre, dass er/sie unter Beobachtung steht, dann besucht er/sie bereits am ersten Tag

die Gruppen. Ist dies nicht der Fall dann lässt man den/die PatientIn sich an die neue Situation gewöhnen.

*„Ansonsten bekommt er Zeit, damit er sich im Haus eingewöhnen kann, im Haus, im Zimmer, richtet sich sein Zimmer ein.“*

Ist der/die PatientIn in einem Zweibettzimmer untergebracht, wird der Mitpatient von der/dem Pflegenden vorgestellt.

*„Beim Erstkontakt mit den Mitpatienten wird geschaut, also vor allem wenn sie sich in einem Zweibettzimmer aufhalten, dass man da dabei ist, dass der Mitpatient vom Zimmer vorgestellt wird.“*

Dies wird deswegen praktiziert, um von Anfang an ein möglichst gutes Verhältnis zwischen den MitpatientInnen zu gewährleisten, und damit der/die neu angekommene PatientIn die Möglichkeit bekommt, in Ruhe in der Klinik anzukommen und seinen/ihren Koffer auszupacken.

Da der erste Eindruck vor allem von Seiten von PatientInnen mit Borderline von großer Bedeutung für den restlichen Aufenthalt in der Klinik ist, wird besonders darauf geachtet, ihn möglichst positiv zu gestalten.

### 6.1.2 Gespräche führen

Die Gesprächsführung ist einer der wichtigsten Teile der Arbeit mit psychisch erkrankten PatientInnen. Neben dem bereits oben erwähnte Aufnahmegespräch, werden auch so genannte Bezugspflegegespräche geführt, sowie Krisengespräche, wenn diese notwendig sind.

#### 6.1.2.1 Bezugspflegegespräch

Im Bezugspflegegespräch wird unter anderem über den Klinikaufenthalt, die Interaktion mit anderen PatientInnen, bevorstehende Gespräche mit Angehörigen, Themen die im pflegerischen Aufnahmegespräch aufgekommen sind und über belastende Themen, die in der Einzeltherapie aufgekommen sind, gesprochen. War in der letzten Woche ein Thema für den/die PatientIn besonders relevant, wird im nächsten Bezugspflegegespräch besprochen, ob es für den/die PatientIn immer noch präsent ist. Die/der BezugspflegerIn erinnert bei Bedarf den/die PatientIn auch, die Skillsübungen zu wiederholen, oder Aufgaben zu machen, die ihm/ihr der/die EinzeltherapeutIn aufgegeben hat. Bei Bedarf geht er/sie noch einmal die Übungen oder Aufgaben mit dem/der PatientIn durch.

*„Ja also bei den Bezugspflegegesprächen, da wird mal so ganz allgemein über den Aufenthalt und die Therapien gesprochen, wie es dem Patienten damit so geht, und so was halt, also auch zum Beispiel wenn ein Paargespräch oder eins mit der Mutter oder so geführt wurde, wie es da dem Patienten gegangen ist und so was.“*

Bezugspflegegespräche werden grundsätzlich einmal in der Woche für jeweils 30 – 45 Minuten geführt. Da dieses Gespräch jedoch sehr intensiv ist, und sich manche Patienten nicht so lange konzentrieren können, kann das Gespräch auch zweimal pro Woche für jeweils 15 – 20 Minuten durchgeführt werden.

*„Also auf jeden Fall einmal die Woche gibt's das Bezugspflegegespräch, was natürlich auch zweimal die Woche eine halbe Stunde sein kann, oder auch wenn's öfters gebraucht wird, dann auch öfters, so wird das bei uns gemacht.“*

Eine weitere Möglichkeit, das Gespräch für PatientInnen angenehmer zu gestalten ist es, mit ihnen im Klinik eigenen Park spazieren zu gehen. Meistens werden die Gespräche in Therapieräumen geführt. In seltenen Fällen werden die Gespräche in den Einzelzimmern geführt. Da dies aber das „Rückzuggebiet“ des jeweiligen Patienten für die Dauer der Therapie ist, werden diese nur selten benutzt. Gespräche werden auch dann im Gehen abgehalten, wenn ein/e PatientIn beispielsweise nur selten, oder gar nicht von alleine hinausgeht. Ein/e Pflegende/r hat auch von einem Fall erzählt, bei dem ein/e PatientIn nicht gerne bei Dämmerung oder Finsternis hinausgeht. Bei diesem/dieser wurden die Gespräche auf den Abend verlegt, und sie verabredeten sich auf einen Spaziergang in ein Kaffeehaus im Stadtzentrum. Wenn ein/e PatientIn also, wie der/die soeben Beschriebene, sich in bestimmten Situationen unwohl fühlt, und dies mit dem Bezugspflegegespräch auf eine für den/die PatientIn angenehme Art verbunden werden kann, so wird dies implementiert.

*„Also wir machen auch manchmal Spaziergänge mit den Patienten im Garten, da ist so ein kleines Waldstück, da kann man auch gehen, weil manche im Gehen leichter reden können, also wie es der Patient braucht.“*

#### 6.1.2.2 Krisengespräch

Krisengespräche können jeden Tag zu jeder Uhrzeit von dem/der PatientIn in Anspruch genommen werden. Hierbei wird das Gespräch nicht notwendigerweise von dem/der BezugspflegerIn geführt, sondern von der/dem Pflegenden, die gerade Dienst hat.

*„ Ja also wenn ein Patient in einer Akutsituation kommt, dann machen wir ein, also das heißt bei uns dann Krisengespräch, und das kann schon auch mehrere Male am Tag gemacht werden, also pro Patient“*

Krisengespräche sind meist nur von kurzer Dauer und sollen dazu dienen, dem/der PatientIn in einer für ihn akut schwierigen Situation adäquate Hilfestellungen zu leisten. Oft geht es hierbei um eine Reduktion des Spannungsgefühls. Dabei kann der/die Pflegende mit dem/der PatientIn Skills einsetzen, die in der so genannten Skills Gruppe erprobt werden. Der/die BezugspflegerIn erinnert den/die PatientIn daran, die Skills auch zwischendurch einzusetzen, und nicht erst, wenn das Spannungsgefühl bei über 70 liegt. Die Spannungsskala wird in verschiedene Kategorien eingeteilt. 70 markiert dabei den so genannten „Point of no return“. An diesem Punkt passieren die häufigsten Selbstverletzungen. Die Skills werden je nach Spannungsgefühl oder sonstigen Befindlichkeiten des/der PatientIn eingesetzt. Die Effektivsten werden eingesetzt, um das Spannungsgefühl zu reduzieren.

Manche PatientInnen haben Schwierigkeiten damit, von alleine zum Stützpunkt zu gehen, wenn es ihnen schlecht geht. In solchen Fällen wird entweder ausgemacht, dass sich der/die PatientIn zwei Mal pro Tag melden muss, um seine/ihre Befindlichkeit mitzuteilen. Die andere Möglichkeit ist das so genannte Ampelsystem. Hierbei schneiden sich die Patienten aus bunten Papierbögen Kreise aus, auf die sie auch ein Gesicht zeichnen können, wenn sie wollen, und gehen dann mit der jeweiligen Farbe zum Stützpunkt. Diese „Gefühlsampeln“ sind in den Farben grün, gelb und rot gehalten.

Die Krisengespräche werden von den PatientInnen sehr positiv angenommen.

#### 6.1.3. Das Erleben der Beziehung aus Sicht der Pflegenden

Die Beziehung zu den PatientInnen wird von allen Befragten als herausfordernd bezeichnet. Vor allem am Anfang der Therapie, wenn ein/e PatientIn neu in die Klinik kommt, wird die erste Zeit als besonders schwierig beschrieben.

*„ ...die ersten 14 Tage sind einmal ein Austesten, wie weit kann der Patient Vertrauen fassen ... häufig sind sie schon sehr oft enttäuscht worden oder können auch keine Bindung nicht eingehen, aber wenn sie mal Vertrauen gefunden haben, funktioniert das eigentlich sehr gut, hab ich so den Eindruck. “*

In den ersten 14 Tagen testen viele PatientInnen das Pflegepersonal aus. In dieser Zeit brauchen sie sehr viel Struktur und klare Grenzen. Diese verlangen sie auch von den Pflegenden.

*„Also wenn man da was zu ihnen sagt, dann wollen sie auch, dass man es selber auch einhält und das ist schon ein Problem. Oder auch Pünktlichkeit, was auch für viele problematisch ist, da muss ich auch schauen, dass ich rechtzeitig da bin.“*

Dieser Wunsch nach Struktur von Seiten der PatientInnen wird noch einmal zwei bis drei Wochen vor dem Ende des Aufenthalts gefordert.

Die Angst, einem/einer PatientIn in einem Krisengespräch nicht ausreichend geholfen zu haben, dass sich diese/r darauf folgend selbst verletzt, ist vor allem dann gegeben, wenn die Bezugspflegenden noch wenig Erfahrung mit Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung haben.

*„Weil ich mich da selber in Zweifel gestellt hab, hab ich da jetzt eh alles richtig gemacht? Ich hab es halt nie so empfunden, dass es dem Patienten dann auch gut geht, wenn der da nicht, ja, sich selbst verletzt, aber das hat sich mittlerweile, ja, wenn man dann länger mit den Patienten zu tun hat, aber am Anfang hat ma da ein bissl eine Sicherheit gefehlt.“*

Ebenfalls als schwierige Situation wurde das Spiegeln beschrieben. Dieses Phänomen kommt hauptsächlich dann vor, wenn es sich bei der/dem Bezugspflegenden um einen Mann handelt.

*„Natürlich gibt es manchmal schwierige Situationen, sowohl bei Patienten als auch Patientinnen die traumatische Erlebnisse hatten, wo es dann auch mal zu Spiegelungen kommt mit mir als Mann, ist auch schon vorgekommen, da tut man sich eher zurück ziehen, zurück halten, noch mehr abgrenzen, und dann so darauf reagieren, also da muss man sich die Geschichte durchlesen, wie dieser Mensch auf gar keinen Fall drauf reagiert, und noch zuvorkommender, höflich, freundlich, also sich nicht, wie soll man sagen, ... aufzubauen vor dem Patienten, sondern eher auf gleicher Augenhöhe, würde ich sagen.“*

Die Vorgabe von Struktur, das Setzen von Grenzen sowie klar und offen sein sind am wichtigsten, um eine professionelle Beziehung zu einem/einer PatientIn mit Borderline aufbauen und erhalten zu können.

Wichtig für die Pflegenden ist es, den Drahtseilakt zu meistern, dass sie einerseits dem/der PatientIn erklären, dass er/sie jederzeit und mit allen Problemen zu ihr/ihm kommen kann,

andererseits aber auch nicht zu viel von sich Preisgeben und die Grenzen zu einer professionellen Beziehung zu waren.

#### 6.1.4 Diskussion

*Der Tag der Ankunft:* Der Erstkontakt zwischen Pflegenden und PatientIn wird auch in der Literatur als besonders wichtig beschrieben. Schädle – Deininger (2008) beschreibt, dass es sich bereits nach der ersten Begegnung entscheidet, inwieweit eine tragfähige Beziehung zwischen PatientIn und Pflegende entstehen kann. Ebenfalls wichtig ist es, dass die Pflegenden den/die neue/n PatientIn kennenlernen möchte, da nur so eine würde- und respektvolle Haltung des/der Pflegenden gegenüber des/der PatientIn gewährleistet werden kann.<sup>143</sup>

Die Biographiearbeit, die mit dem pflegerischen Aufnahmegespräch beginnt, wird von Rüdiger Bauer als besonders wichtig eingestuft, nicht nur um einen Menschen und seine Vorlieben und Abneigungen besser kennenzulernen, sie dient auch als Auftakt, um eine Beziehung zum/zur PatientIn aufbauen zu können. Hier ist wertschätzendes, respektvolles und äußerst sensibles Vorgehen von größter Bedeutung, da bei der Biographiearbeit meist auch von schlechten Ereignissen und Erinnerungen gesprochen wird.<sup>144</sup>

*Gespräche führen:* Ein Großteil der Arbeit in der Bezugspflege von PatientInnen mit Borderline ist die Gesprächsführung. Im psychosomatischen Zentrum Waldviertel wird zwischen dem Bezugspflegegespräch und dem Krisengespräch unterschieden. Die meist kurzen Gespräche am Gang, oder am Stützpunkt, bei denen hauptsächlich über das Wohlbefinden des/der PatientIn gesprochen wird, sind hier nicht inbegriffen.

Bezugspflegegespräche werden in regelmäßigen Abständen, je nach Befindlichkeit und Konzentrationsfähigkeit des/der PatientIn.

Bohus beschreibt in seinem Buch „Borderline Störung – Fortschritte der Psychotherapie“ die Vorteile der Bezugspflege als Pflegesystem bei der Behandlung von PatientInnen mit Borderline. So schreibt er, dass der/die EinzeltherapeutIn und der/die BezugspflegerIn die beiden Hauptansprechpersonen der PatientInnen sind. Er empfiehlt ein bis zwei für einen/eine PatientIn zuständige BezugspflegerIn, damit im Falle eines Urlaubs oder einer Krankheit eine zweite BezugspflegerIn anwesend ist. Die Bezugspflegegespräche werden auch hier ein- bis

---

<sup>143</sup> Vgl.: Schädle – Deininger H. (2008): S. 24

<sup>144</sup> Vgl.: Bauer R., Kreuzpaintner G. (2005): S. 5

zweimal pro Woche für 30 – 45 Minuten geführt. Er unterteilt die Gesprächsthemen und Handlungen während des Bezugspflegegesprächs je nach Aufenthaltsdauer und Behandlungsstufe des/der PatientIn. In wie weit sich die Bezugspflegegespräche hinsichtlich der Themen je nach der Länge des Therapieaufenthalts bei den von ihr befragten Personen ändert, konnte die Autorin nicht feststellen.<sup>145</sup>

Auch Kistner erklärt die Vorteile von professionell geführten Gesprächen und setzt sich für eine bessere Ausbildung in dem Bereich Kommunikation und Gesprächsführung der zukünftigen Pflegenden ein, da diese nicht nur für die psychiatrische Pflege essentiell ist, sondern auch für alle anderen Bereiche der Pflege äußerst wichtig ist, um ein besseres Verhältnis und eine bessere Beziehung zwischen Pflegenden und PatientInnen zu erreichen, sondern auch, um mit der Zeit einen besseren Status der Pflege in der Gesellschaft zu erreichen.<sup>146</sup>

*Das Erleben der Beziehung aus Sicht der Pflegenden:* Pflegende erleben die Beziehung zu PatientInnen mit Borderline häufig als schwierig und auszehrend. Besonders Nachtdienste werden als schwierig angesehen, weil der/die Pflegende alleine ca. 40 PatientInnen auf einer Station betreuen muss, darunter 16 Patienten mit Borderline. Auch die starken Stimmungsschwankungen und die damit verbundenen Veränderungen der Beziehung zwischen PatientIn und Pflegende wird als frustrierend und Kräfte raubend beschrieben. Ebenfalls als schwierig werden die Spaltungsversuche beschrieben, die der/die PatientIn gegen das medizinische oder therapeutische Personal unternimmt.

Claudia Pasiecznik und Waltraud Doppelhofer, zwei Krankenschwestern, die im Otto – Wagner – Spital im Pavillion 2 unter anderem Patienten mit Borderline betreuen, und aufgrund eines Kongresses 2005 über psychiatrische Pflege in Bern einen Artikel über den Umgang mit Borderline Patienten und über das Phänomen der Spaltung geschrieben haben, bestätigen die Befürchtungen der Pflegenden im Umgang mit PatientInnen mit Borderline und die nicht selten durchlebte Achterbahn, die während des Aufenthalts eines/einer PatientIn aufkommen kann. Wichtig für den Erhalt eines guten Arbeitsklimas und für die Psychohygiene der Pflegenden wird auch hier eine gute und fundierte Ausbildung sowie Weiterbildungen, interdisziplinärer Austausch sowie regelmäßige Supervision genannt.<sup>147</sup>

---

<sup>145</sup> Vgl. Bohus (2002) S. 111- 114

<sup>146</sup> Vgl. Kistner (2002) S. 4 - 7

<sup>147</sup> Vgl.: [http://www.pflege-in-der-psychiatrie.eu/Kongressband\\_2005.pdf](http://www.pflege-in-der-psychiatrie.eu/Kongressband_2005.pdf)

Auch Martin Holnburger schreibt in seinem Buch über „Pflegestandards in der Psychiatrie“, dass eine qualitativ gute Ausbildung, ausreichend Information über die Biographie des/der PatientIn, sowie regelmäßige Besprechungen der unterschiedlichen Mitglieder des medizinischen und therapeutischen Teams wichtig für Mitglieder, aber auch für einen Erfolg in der Therapie des/der PatientIn sind.<sup>148</sup>

## 6.2. Grenzen setzen

Da das Thema „Grenzen setzen“ sehr wichtig für die Arbeit der interviewten BezugspflegerInnen ist, wurde dies als Hauptkriterium eingesetzt. In dieser Kategorie soll einerseits beschrieben werden, wie wichtig es ist, dass die persönliche Grenze der BezugspflegerInnen eingehalten wird, andererseits soll auch über die Wichtigkeit der Einhaltung der Hausordnung geschrieben werden.

### 6.2.1. Persönliche Grenze bewahren

Die Bewahrung der Grenzen ist vor allem bei PatientInnen mit Borderline sehr wichtig. Da diese oft noch nie eine „gesunde“ Beziehung erlebt haben, und viele bereits häufig enttäuscht worden sind, können sie anfangs keine Bindung eingehen. Daher testen viele anfangs die persönliche Grenze ihrer BezugspflegerInnen aus. Da ist es dann ganz besonders wichtig, dem/der PatientIn durch Bestimmtheit Struktur und Grenzen zu vermitteln. Auch wenn dies am Anfang von Seiten des/der PatientIn nicht gerne gesehen wird, vermittelt das Setzen von Grenzen und von Struktur mehr Sicherheit. Dadurch kann der/die PatientIn auch lernen, eine „gesunde“ Beziehung zu einem anderen Menschen aufzubauen.

*„Und da geht's halt sehr stark um Grenzen, und da kommt man oft selber an seine Grenzen und das ist für die Patienten sehr negativ behaftet, ja, wenn es auch nicht negativ ist, aber sie erleben es so, und Grenzen setzen ist für sie etwas schlechtes. ... und ich erlebe es meistens, dass die Patienten es als Erleichterung sehen, Grenzen und Struktur zu erhalten, aber das braucht ganz einfach Zeit.“*

Wichtig ist die Aufrechterhaltung der Grenzen dann, wenn PatientInnen den/die BezugspflegerIn aufgrund seines/ihrer Alters oder seines/ihrer Aussehens für inkompetent halten, oder weil der/die PatientIn aus derselben Stadt wie der/die PflegerIn stammt.

---

<sup>148</sup> Vgl. Holnburger M. (2004)

*„Also es ist am Anfang, also beim kennen lernen, ein Testen, vor allem grad bei, wie soll ich sagen, grad bei Borderline Patienten, die etwas älter sind wie ich, die haben dann vielleicht das Gefühl: na ja, die kann ja eh nichts; und das ist halt dann schon immer ein probieren: wie weit kann ich gehen?“*

*„ ... oder wenn ein Bekannter aus dem Ort da ist, das ist dann auch sehr schwierig, oder wenn ganz junge Patienten kommen und sagen: ja, hallo ich bin ...; und dann muss ich sagen: Nein, wir sind per Sie, und ich möchte, dass Sie mich mit Sie ansprechen, und ich spreche Sie auch per Sie an, das ist der gegenseitige Respekt, den wir uns geben.“*

Klare Grenzen zu setzen, und diese auch strikt einzuhalten, ist ganz besonders wichtig, da die Pflegenden auch eine Vorbildrolle inne haben. Die PatientInnen sollten auch im Laufe der Therapie erlernen, ihre Gefühle richtig einzuordnen und benennen zu können. Dazu gehört auch das „nein“ sagen dazu, das vielen PatientInnen mit Borderline sehr schwer fällt. Die Pflegenden haben somit auch teilweise die Funktion der Elternrolle übernommen, die sie aber nicht komplett annehmen sollten. Auch in diesem Fall ist das Abgrenzen von essentieller Bedeutung.

#### 6.2.2. Hausordnung einhalten

Am Tag der Ankunft in der Klinik wird dem/der PatientIn die Hausordnung gegeben und die wichtigsten Punkte erklärt, bei Bedarf wird dieser Prozess auch mehrere Male wiederholt. In den ersten 14 Tagen des Therapieaufenthalts versucht der/die PatientIn noch, die Grenzen der Regeln zu erweitern. Aber nach dieser Eingewöhnungsphase sind die meisten für diese Hausordnung sehr dankbar.

*„Es gibt auch klare Grenzen ... ist zwar oft sehr schwierig am Anfang, wenn man diese Grenzen setzt ... und man das dem Patienten sagt, aber im Nachhinein sind die dann eigentlich dankbar dafür, wenn klar ist was kann ich machen und was geht auf gar keinen Fall“*

Wenn Borderline Betroffene keiner Arbeit nachgehen, fehlt vielen von ihnen ein geregelter Tag-Nacht-Rhythmus. Dieser kennzeichnet sich dadurch, dass eine Person seine/ihre Aktivitäten des täglichen Lebens zu bestimmten Zeitpunkten durchführt, und dadurch eine gewisse Struktur in sein/ihr Leben bringt. Menschen mit Borderline fehlt oft diese Strukturierung in ihrem Leben. Durch unregelmäßige Essens- und Schlafzeiten, häufig wechselnde Partner- und Sexualpartnerschaften und dem eventuell vorhandenen

Substanzmissbrauch ist ein geregelter Tag-Nacht-Rhythmus in vielen Fällen nicht möglich. Wenn der/die Borderline Betroffene einer regelmäßigen Arbeit nachgeht, kann diese ihm/ihr einen Teil der Struktur wieder zurück geben.

*„Im Prinzip haben sie ja das Bedürfnis nach Geborgenheit, Klarheit, Struktur, das haben sie einfach. Nur ist es auch sehr schwierig, dass sie es auch zulassen“*

Durch die Psychopathologie der Borderline Persönlichkeitsstörung und die meist vorhandenen Komorbiditäten fällt es den Menschen schwer, selbstständig eine gewisse Strukturierung in ihr Leben zu bringen. Der Aufenthalt in einer Klinik wie dem psychosomatischen Zentrum Waldviertel kann durch die 30 – 35 Therapiestunden in der Woche und der Hausordnung beim ersten Schritt zu einem strukturierten Leben helfen.

*„Wie vorhin schon gesagt ... allein der geregelte Tag – Nacht – Rhythmus, oder das Einhalten von Terminen, das stellt ein massives Problem dar“*

In der Hausordnung ist unter anderem vermerkt, dass dem aufgestellten Therapieplan unbedingt Folge zu leisten ist, dass regelmäßig Mahlzeiten einzunehmen sind und hat auch klar beschrieben, wie in Notfallsituationen, wie zum Beispiel bei Selbstverletzungen, vorzugehen ist.

### 6.2.3 Diskussion

*Persönliche Grenzen bewahren:* Seine eigene Grenzen zu kennen, zu wissen, wo man selbst steht, ist für Pflegende, die mit psychisch erkrankten Menschen arbeiten, besonders wichtig. So sollten zum Beispiel Menschen mit emotionaler Instabilität oder einer ausgeprägten emotionalen Rigidität nicht auf einer Station mit Borderline Patienten arbeiten, da diese häufig einen ausgezeichneten Sinn für das Erspüren von Emotionen bei ihren Mitmenschen haben.<sup>149</sup>

Somit ist es für Pflegende ganz besonders wichtig, ihre eigenen Bedürfnisse, Grenzen und Schwachpunkte zu kennen, damit sie adäquat reagieren können, wenn ein/e PatientIn versucht, diese Grenzen und Schwachpunkte zu entdecken. Auch die Balance zwischen Nähe und Distanz zu finden ist eine weitere Herausforderung, die sich Pflegende im Kontakt mit Menschen mit Borderline befinden. Schädle – Deininger sieht die Möglichkeit, diese Gratwanderung zu meistern, in dem man den/die PatientIn genau beobachtet, ihre Biographie

---

<sup>149</sup> Vgl. Bohus (2002) S. 112

studiert und eventuell auch im Gespräch mit KollegInnen erfährt, wie der/die PatientIn in der Vergangenheit reagiert hat, oder wie sie das Problem in der Gegenwart lösen. So kann bei einem/einer PatientIn körperlicher Kontakt, wie zum Beispiel das Berühren des Arms, beziehungsstiftend, bei einem anderen/anderer PatientIn ein Grund für einen Rückzug von der Pflegenden sein. Diese feinen Unterschiede und ihre Konsequenzen gilt es heraus zu finden, damit die Beziehung zum/zur PatientIn bestmöglich gestaltet werden kann.<sup>150</sup>

*Hausordnung einhalten:* Die Hausordnung gibt einerseits den PatientInnen einen strukturierten Rahmen vor, andererseits dient er auch den Pflegenden in Krisensituationen als Stütze. Obwohl sich PatientInnen mit Borderline selten am Anfang der Therapie einen gut strukturierten Tages- und Wochenplan wünschen, wird er im Laufe des Aufenthalts auf der Station dennoch als hilfreich und angenehm angesehen. Da viele Menschen mit Borderline unsicher im Umgang und dem Zusammenleben mit anderen PatientInnen auf der Station sind, kann es auch hilfreich sein, hierfür einige Anhaltspunkte in die Hausordnung zu integrieren. Es sollte ebenfalls von Anfang an geklärt werden, welche Konsequenzen zu erwarten sind, wenn der/die PatientIn sich nicht an die Hausordnung hält. Zu diesem Zweck kann es hilfreich sein, die Hausordnung vor Antritt der Therapie mit dem/der PatientIn gemeinsam zu besprechen und anschließend die Einverständniserklärung von dem/der PatientIn unterschreiben zu lassen. Otto Kernberg et. al. verweisen in ihrem Buch „Handbuch Körper und Persönlichkeit – Entwicklungspsychologie, Neurobiologie und Therapie von Persönlichkeitsstörungen“ auf die Notwendigkeit, dass der/die PatientIn einen Behandlungsvertrag unterschreibt, um zu zeigen, dass er/sie die Hausordnung gelesen und akzeptiert hat.<sup>151</sup>

Gaßmann, Marschall et. al. schreiben in ihrem Buch „Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege – Mental Health Care“ über die Nützlichkeit von Strukturierungen im Tages- und Wochenplan der PatientInnen, um das Wohlbefinden und die Gesundheit zu verbessern. Ist der/die PatientIn nicht in der Lage, sein/ihr Leben zu strukturieren und somit unter anderem Wichtiges von Unwichtigem zu unterscheiden, besteht die Gefahr, dass der/die PatientIn überfordert wird und in Folge davon unter Stress leidet. In Folge davon kann es zu einem Verlust von Wohlbefinden kommen, und eventuell sogar zu Schmerzen und körperlichen Erkrankungen kommen.<sup>152</sup>

---

<sup>150</sup> Vgl. Schädle – Deininger (2002) S. 72

<sup>151</sup> Vgl. Kernberg O., Rammel A. et.al (2006)

<sup>152</sup> Vgl. Gaßmann, Marshall et.al. (2006)

Eine umfangreiche und detaillierte Hausordnung kann somit sowohl bei den PatientInnen, als auch bei den Angehörigen des medizinischen und therapeutischen Personals zu einer Steigerung des Wohlbefindens und einer angenehmeren Arbeitsatmosphäre dienen.

### 6.3. Vorgehen und Erleben in Krisensituationen

Das Vorgehen in Krisensituationen wurde standardisiert, um schnelles Handeln zu ermöglichen. Hier sollen neben dem Vorgehen nach selbstverletzendem Verhalten auch die Vorgangsweise bei Suizidgedanken beschrieben werden. Auch das Empfinden der Pflegenden in einer Krisensituation soll hier beschrieben werden.

#### 6.3.1. Vorgehen bei selbstverletzendem Verhalten

Kommt ein Patient auf den Stützpunkt um zu melden, dass er sich selbst verletzt hat, so wird er zuerst in dem Behandlungszimmer von einer Pflegeperson untersucht. Manchmal wird auch der restliche Körper auf Verletzungen untersucht. Es wird ebenfalls gefragt, ob das Spannungsgefühl durch die Selbstverletzung geringer wurde, oder ob noch das Bedarfsmedikament gegeben werden muss.

*„Ich mach es auch wieder sachlich, korrekt und in einem achtsamen Umgang mit den Patienten“*

Wenn die Verletzung nur oberflächlich ist, muss sich der/die PatientIn die Wunde selbst versorgen. Auf dem Stützpunkt werden ihm/ihr zu diesem Zweck Tupfer, Desinfektionsmittel und ein Verband oder Pflaster gereicht. Dies soll dem/der PatientIn helfen, sich selbst und seine/ihre Wunde(n) wahr zu nehmen. Des Weiteren sollte der/die PatientIn so wenig Zuwendung wie möglich durch die Selbstverletzung vom Pflegepersonal bekommen, da einige sich auch selbst verletzen, um Zuwendung zu bekommen. Muss die Wunde chirurgisch versorgt werden, so wird ein Arzt verständigt. Nach der Versorgung der Wunde wird das Werkzeug, mit dem er sich verletzt hat, eingefordert.

*„Also ich rede da gar nicht viel mit ihnen...ich lass den Patienten die Verletzung selbst versorgen, also geb ihm schon ein Desinfektionsmittel, Tupfer und Verbandsmaterial, ja, ... aber er muss das schon selber machen, selber spüren. Ja und wenn ich ihn aufs Zimmer schick, lass ich mir die Rasierklinge, Schere oder was auch immer geben.“*

Anschließend wird dem/der PatientIn das Handy und der Laptop abgenommen, er/sie bekommt eine Verhaltensanalyse, die er über einen Zeitraum von 2 Stunden in seinem Zimmer ausfüllen muss. Die Verhaltensanalyse soll dem Patienten helfen, die Handlungen zu reflektieren, die zur Selbstverletzung geführt haben. Eine Befragte erklärte, dass viele Patienten eine Situation, die zu einer Selbstverletzung geführt hat, anders interpretiert haben. Die Analyse soll dem Patienten auch dabei helfen, die Situation zu reflektieren. Nach diesen 2 Stunden, wenn er die Verhaltensanalyse abgegeben hat, bekommt er seine Handy und seinen Laptop wieder zurück und darf wieder seinem normalen Tagesablauf nachgehen.

*„Bei der Verhaltensanalyse stehen dann so Sachen wie Problemlösung, Auslöser der Situation, „was war los“, und solche Sachen.“*

Die Verhaltensanalyse wird anschließend vom Einzeltherapeuten durchgelesen und dann in der nächsten Therapiesitzung diskutiert.

#### 6.3.2 Vorgehen bei Äußerung von Suizidgedanken

Äußert ein Patient Suizidgedanken, wird sofort der Unitarzt, während der Nachtschicht der diensthabende Arzt verständigt. Anschließend wird darauf geachtet, dass der Patient am Stützpunkt bleibt, bis der Arzt eintrifft. Ist der Einzeltherapeut im Dienst, so wird dieser ebenfalls verständigt.

*„Ich ruf den Arzt und schau, dass der Patient am Stützpunkt bleibt“*

#### 6.3.3. Das Erleben der Pflegekräfte in Krisensituationen

Das Selbstverletzende Verhalten bei Menschen mit BPS ist ein sehr komplexes Thema. Selbstverletzung dient in den meisten Fällen dazu, wie bereits im Theorieteil der Arbeit beschrieben, die von dem/der PatientIn gefühlte Spannung zu reduzieren, sich selbst zu fühlen und zu spüren. Es werden in der Klinik verschiedene Therapieansätze angeboten, die den PatientInnen dabei unterstützen sollen, für sich selbst eine Ersatzhandlung zu finden, damit die Selbstverletzung nicht mehr vollzogen werden muss. Der Fortschritt hängt dabei einerseits von der Aufenthaltsdauer des/der PatientIn ab, aber auch davon, wie gewillt er/sie ist, nach anderen Möglichkeiten zu suchen.

*„Ich gehe immer davon aus, dass es jeder Mensch immer so gut macht, wie er es kann. Er findet dann gerade wieder einmal keine Möglichkeit als einen Rückfall praktisch zu haben, und sich wieder selbst zu verletzen.“*

Da Selbstverletzungen auch dazu genutzt werden können, um Aufmerksamkeit zu erhalten, sind die Pflegenden darum bemüht, nur das Nötigste mit dem/der PatientIn zu reden, um sein/ihr Verhalten nicht auch noch zu belohnen.

*„Ich erlebe es als Hilfeschrei, aber auch je nach Aufenthaltsdauer als fehlende Eigenmotivation, nämlich Skills und anderes Erlerntes nicht anwenden zu wollen“*

Es wurde durchwegs berichtet, dass das selbstverletzende Verhalten am Anfang der Therapie als Hilfeschrei des Patienten empfunden wird. Alle Befragten gaben an, dass das Abgrenzen das Wichtigste sei, das sie in ihrem Beruf bräuchten.

Vier Befragte gaben an, dass sie Selbstverletzendes Verhalten bei fortgeschrittener Therapie als fehlende Möglichkeit der Eigenmotivation ansehen, die erlernten Skills anzuwenden.

*„Ganz wichtig ist auch, dass man sich selber abgrenzt, weil ich sag immer: wenn einer sich wirklich umbringen will, dann wird er das auch tun“*

Eine der befragten Personen gab an, dass in der ersten Zeit nach Dienst Eintritt ein Patient sich so schwer verletzt hat, dass er chirurgisch versorgt werden musste. Dieses Erlebnis habe sie in der nächsten Zeit beschäftigt, da sie sich fragte, ob sie diese Verletzung hätte voraussehen müssen. Durch die Gespräche mit den Kollegen konnte sie es schließlich annehmen, dass sie diese Reaktion des Patienten nicht hätte voraussehen können, und dass sie keine Schuld träge. Dieses Erlebnis habe sie aber dennoch geprägt. Auch hier kann erkannt werden, wie wichtig der Zusammenhalt im Team und der Austausch im Pflgeteam ist.

#### 6.3.4. Diskussion

*Vorgehen bei selbstverletzendem Verhalten:* Selbstverletzendes Verhalten ist vor allem bei Borderline erkrankten PatientInnen ein allgegenwärtiges Thema. Susanne Schoppmann beschreibt in ihrem Buch „Dann habe ich ihr einfach meine Arme hingehalten“ zwei unterschiedliche Methoden, um mit den Selbstverletzungen umzugehen. Die restriktive Methode besteht darin, eine strenge Überwachung in gefährdeten Situationen von Seiten der Pflegenden durchzuführen, die Extremitäten zu inspizieren sowie nach Selbstverletzungen zu fragen. Die permissive Methode besteht darin, dass den PatientInnen saubere Klingen und Verbandsmaterial ausgehändigt werden. Als Präventionsmöglichkeiten sieht Schoppmann das Unterschreiben von Therapievereinbarungen, die Bildung von vertrauensvollen Beziehungen und die Unterstützung in der Verbalisierung von Gefühlen und Situationen. Das Unterschreiben von Behandlungsverträgen beschreibt Schoppmann als umstritten, da es durch

die Androhung von Konsequenzen bei selbstverletzendem Verhalten zu einer Überforderung des/der PatientIn kommen kann. Es hat sich gezeigt, dass pflegerische Interventionen im Zusammenhang mit selbstverletzendem Verhalten besonders vielversprechend waren, um einen Rückgang von Selbstverletzungen zu erreichen. Körperbezogene pflegerische Interventionen erhalten laut Schoppmann immer noch zu wenig Beachtung. In wie weit zu viel Beachtung von Seiten der Pflegekräfte Auswirkungen auf das selbstverletzende Verhalten hat, wird hier nicht beschrieben.<sup>153</sup>

Auch Doppelhofer und Pasiecznik schreiben über Verbesserungen durch das Erarbeiten von Skills und dem Ermutigen, Gefühle und Situationen zu verbalisieren, bezogen auf selbstverletzendes Verhalten. Wurde eine Selbstverletzung durchgeführt, so wird auch hier nach einem einheitlichen System vorgegangen. Auch hier steht zu Beginn die Leistung von Erste – Hilfe – Maßnahmen auf somatischer Ebene im Vordergrund. Danach erfolgt ein kurzes Abklären zur aktuellen Befindlichkeit und ob die Selbstverletzung zum Spannungsabbau oder aufgrund suizidaler Absichten durchgeführt wurde, egal wie schwer die Verletzung ist. Das kurze Gespräch wird ausschließlich gegenwartsbezogen geführt, und soll abklären, ob der/die PatientIn noch Eigenverantwortung tragen kann. In der Vergangenheit wurden ausführliche Gespräche mit den PatientInnen geführt, was bei ihnen zu einer positiven Bestärkung, und damit zu einer Erhöhung der Zahl an Selbstverletzungen geführt hat. Mit dem jetzigen, oben erwähnten System wurden gute Erfahrungen gemacht.<sup>154</sup>

*Vorgehen bei Suizidgedanken:* Äußert ein/e PatientIn Suizidgedanken, so wird der/ die zuständige Arzt/Ärztin sowie der/die Einzeltherapeut/in verständigt, und der/die PatientIn muss entweder auf der Station bleiben, oder er/sie muss sich zu bestimmten Zeiten regelmäßig am Stützpunkt melden, und sein/ihr Befinden mitteilen.

Suizidale Krisen stellen eine große Herausforderung für die Pflegenden im Umgang mit Patienten dar. Michael Eink schreibt in seinem Forschungsbericht „Professioneller Umgang mit suizidalen Patienten in der Pflege“, den er bei dem siebten Dreiländerkongress der Pflege in der Psychiatrie vorgestellt hat, dass es durch die Verbalisierung der Suizidgedanken zu verstärkter Aufmerksamkeit oder aber auch zu einer Sanktionierung von Zuwendung von Seiten der Pflegenden kommen kann. Die Pflegekraft muss außerdem erkennen können, ob der/die PatientIn durch die Äußerung mehr Aufmerksamkeit haben wollte, beziehungsweise

---

<sup>153</sup> Vgl. Schoppmann (2003) S. 38

<sup>154</sup> Vgl. [http://www.pflege-in-der-psychiatrie.eu/Kongressband\\_2005.pdf](http://www.pflege-in-der-psychiatrie.eu/Kongressband_2005.pdf) S. 152

auf diese Station gebracht werden wollte, in die suizidgefährdete PatientInnen eingewiesen werden, oder ob der/die PatientIn sich tatsächlich das Leben nehmen wollte.<sup>155</sup>

Hemkendreis und Löhner beschreiben in ihrer Studie „Pflege in suizidalen Krisen“, dass Pflegende die erforderlichen Fachkompetenzen im Umgang mit suizidalen PatientInnen durch Studium, Ausbildung, fachbezogene Fort- und Weiterbildungen und dem persönlichen Interesse erreichen können. Am wichtigsten im Umgang mit suizidgefährdeten PatientInnen ist wertfreies Zuhören, Empathie, unterstützen und nicht zu bagatellisieren.<sup>156</sup>

#### *Das Erleben der Pflegekräfte in einer Krisensituation*

Gaßmann, Marshall und Utschakowski zeigen in dem Buch „Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege – Mental Health Care“ den Zwiespalt auf, in dem sich Pflegende befinden, wenn ein/e PatientIn mit einer Selbstverletzung zu ihnen kommt. Die Pflegenden sollten, wie auch die von der Autorin befragten angegeben haben, den PatientInnen nicht mehr Aufmerksamkeit schenken, da dies unter Umständen zu einer Bestärkung des Verhaltens führen kann. Die Pflegenden wollen dem/der PatientIn mehr Aufmerksamkeit schenken, noch besser aufpassen, damit es nicht noch einmal zu einer Selbstverletzung kommt. Da dieses Verhalten aber kontraproduktiv wäre, müssen sie die Professionalität wahren, indem sie die Wunde hier selber versorgen und den/die PatientIn nach seinem/ihrer jetzigen Befinden fragen.<sup>157</sup>

Die Interviewpartner in Susanne Schoppmanns Buch „Dann habe ich ihr einfach meine Arme hingehalten“ beschrieben die Hilfslosigkeit, die sie tagtäglich erleben. Ihre Interviewpartner arbeiteten auf einer Station, auf der das Therapieprogramm freiwillig durchgeführt werden kann, und wo den PatientInnen auch Messer, Scheren und ähnlich potentiell Werkzeug, mit dem sie sich selbst verletzen könnten, nicht abgenommen wird. Es wird eine Situation beschrieben, in der einer Patientin nach einem Suizidversuch eine ständige Begleitung zugeteilt wurde. Da nur eine Pflegende im Dienst war, musste eine Hauswirtschafterin die Sitzwache der Patientin übernehmen. Dieser gravierende Personalmangel trifft die Pflegenden schwer, da sie keine Zeit haben zu reflektieren, oder auch Entscheidungen zu treffen, wie mit einem/einer PatientIn in einem besonderen Fall umgegangen werden sollte.<sup>158</sup>

---

<sup>155</sup> Vgl. [http://www.pflege-in-der-psychiatrie.eu/Kongressband\\_10\\_100918.pdf](http://www.pflege-in-der-psychiatrie.eu/Kongressband_10_100918.pdf) S.50

<sup>156</sup> Vgl. [http://www.pflege-in-der-psychiatrie.eu/Kongressband\\_10\\_100918.pdf](http://www.pflege-in-der-psychiatrie.eu/Kongressband_10_100918.pdf) S. 175

<sup>157</sup> Vgl. Gaßmann, Marschall, Utschakowski (2006) S. 306

<sup>158</sup> Vgl. Schoppmann (2003) S. 159/160

In der Studie von Helmut Letzer „Das Erleben von suizidalen PatientInnen und betreuenden Pflegenden“ beschreiben die Pflegenden im Umgang mit suizidgefährdeten PatientInnen ein Gefühl von Macht- und Hilflosigkeit. Sie sehen ihre Aufgabe darin, den/die PatientIn einerseits vor sich selbst zu schützen und andererseits eine Beziehung zu dem/der PatientIn aufzubauen, die sie ins Leben zurückführt. Wissen und Erfahrung sind für sie wichtige Elemente, um den PatientInnen gegenüber eine möglichst gute Pflege ermöglichen zu können.<sup>159</sup>

#### 6.4. Unterstützungsmöglichkeiten

Da der Umgang mit Patienten mit BPS als allgemein sehr schwierig bezeichnet wird, wurde von Seiten der Institution und vom Pflegepersonal selbst, verschiedene Möglichkeiten entwickelt, die Pflegenden in ihrer Arbeit zu unterstützen. Dazu zählen, neben dem Schulterschluss im Team, der als sehr wichtig in der Arbeit mit den PatientInnen gesehen wurde, auch der Interdisziplinärer Austausch, der die Weitergabe wichtiger Informationen bezogen auf den Umgang und die Behandlung des Patienten erleichtert, und die Supervision, die als Möglichkeit der Psychohygiene genutzt werden kann. Hierzu soll nun Stellung genommen werden.

##### 6.4.1 Schulterschluss im Team

Der Schulterschluss im Team ist für alle Befragten ein besonders wichtiger Punkt, der auch viel zum positiven Arbeitsklima in der Klinik beiträgt.

*„Der Zusammenhalt im Team, konkret bezogen auf Konsequenzen, konsequent sein, also auch nachfragen und so, also dass wirklich ein Schulterschluss im Team sein muss. Weil ansonsten ist man ... abgeschossen“*

In den ersten Wochen des Aufenthalts testen einige der Patienten ihre Grenzen aus. Hierbei ist es für die Bezugspflegekräfte besonders wichtig, sich an die Hausordnung zu halten, und keinerlei Ausnahmen zu erlauben.

*„Sonst tritt man einen Schneeball frei, der dann zur Lawine wird“*

Da viele der Patienten, wie bereits oben beschrieben, keinen geregelten Tag – Nacht – Rhythmus haben, ist dabei besonders auf das Einhalten der Nachtruhe zu achten. Das heißt, dass PatientInnen zum Beispiel um 23.00 für mindestens eine Stunde keine Zigarette rauchen

---

<sup>159</sup> Vgl. [http://www.pflege-in-der-psychiatrie.eu/Kongressband\\_10\\_100918.pdf](http://www.pflege-in-der-psychiatrie.eu/Kongressband_10_100918.pdf) S. 158

dürfen. Da das Rauchen in den Klinikräumen verboten ist, und nur in dem dafür vorgesehenen „Raucherbalkon“ sowie außerhalb der Klinik und im Garten erlaubt ist, können die PatientInnen erst dann rauchen, wenn gerade keine Therapiestunde oder sonstige Aktivität geplant ist. Das Einhalten von Zeiten, in denen nicht geraucht werden darf, dient dabei vor allem dem Finden eines Tag – Nacht – Rhythmus. Auch hier ist Konsequenz von allen Seiten das Wichtigste, um den PatientInnen die Umstellung zu erleichtern. Ist man in den ersten Wochen des Aufenthalts unnachgiebig, setzen die meisten PatientInnen die Hausordnung meist von alleine um.

*„Konsequent sein, Sicherheit geben, das ist ganz wichtig bei den Patienten, das brauchen sie einfach.“*

Auch der interdisziplinärer Austausch sowie die regelmäßige Supervision sind, neben dem Schulterschluss im Team, wichtig für das positive Betriebsklima.

#### 6.4.2. Interdisziplinäre Austausch

Gespräche zwischen dem medizinischen Personal sind essentiell, um Informationen untereinander auszutauschen. Dadurch kann das Verhalten des Patienten in verschiedenen Settings diskutiert werden, und eventuell aufkommende Probleme rechtzeitig erkannt und Vorschläge zur Lösung diskutiert werden.

*„Also bei der Betreuung von Patienten mit der Borderline Persönlichkeitsstörung ist für mich der interdisziplinäre Austausch das um und auf! ... Weil ansonsten ist man ohne dem Rückhalt des Teams mit dieser Patientengruppe abgeschossen.“*

Der Austausch findet entweder bei den einmal wöchentlich stattfindenden Unitleitersitzungen statt, bei dem von jedem medizinischen und therapeutischen Bereich eine Ansprechperson seine/ihre Erfahrung mit jedem Patienten mit den Kollegen austauscht. Dabei können Verhaltensweisen, die beispielsweise nur in einer Gruppe auftreten, besprochen werden und es kann an einer Lösung gearbeitet werden.

*„...weil wir den Patienten zwar im Stationsalltag erleben, aber das ist oft total anders, als wie sie bei den Gruppentherapien oder Einzeltherapien erlebt werden. In den Gruppen beispielsweise geht es ihnen total schlecht, schwuppdwupp, raus aus der Gruppe, auf die Station, ein Gelächter, ab in den Garten. Oder manchmal ist es auch umgekehrt, das gibt's auch.“*

Der Austausch im Pflegepersonal bildet ebenfalls eine wichtige Grundlage. Dieser findet größtenteils bei der Schichtenübergabe statt. Dabei kann beispielsweise die Reaktion eines Patienten auf Nestlagerung bei Einschlafschwierigkeiten, oder auf einen Kräuterwickel besprochen werden. Da Patienten mit Borderline häufig Schwierigkeiten haben, sich selbst zu spüren, empfinden viele eine Nestlagerung als angenehm. Dabei muss besonders darauf geachtet werden, wie dies von jedem einzelnen Patienten empfunden wird. Diese Informationen werden unter anderem bei der Schichtenübergabe ausgetauscht.

Da die Arbeit mit Patienten mit Borderline sehr belastend sein kann, ist eine regelmäßige Supervision sehr wichtig, um die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden des Pflegepersonals nicht zu gefährden.

#### 6.4.3. Supervision

Supervision ist eine häufig praktizierte Form, um Psychohygiene allen Angehörigen des medizinischen und therapeutischen Personals zu ermöglichen. Im psychosomatischen Zentrum Waldviertel erhalten alle Mitarbeiter einmal im Monat die Möglichkeit, Supervision in Anspruch zu nehmen. Die Teilnahme an der Supervision ist freiwillig. Zusätzlich bekommt das Pflegepersonal der Station 1 alle 6 Wochen Supervision.

*„Also eigentlich haben wir das schon super gelöst, muss ich sagen, sehr gut.“*

Die Befragten gaben an, dass sie mit dem Umfang und der Durchführung der Supervision sehr zufrieden sind. Den Wunsch nach mehr Supervision oder anderen Möglichkeiten, etwas für seine/ihre Psychohygiene zu tun, hat keiner geäußert.

#### 6.4.4 Diskussion

##### *Schulterchluss im Team:*

Der Zusammenhalt im Team ist bei PatientInnen mit Borderline ganz besonders wichtig, da es zu Spaltungsversuchen kommen kann. Um das Zusammengehörigkeitsgefühl der Pflegenden zu verbessern und um den Umgang in bestimmten Situationen, wie zum Beispiel Spaltungsversuche oder auch Selbstverletzungen, zu verbessern, gibt es die Möglichkeit, gemeinsam an Fort- und Weiterbildungen Teil zu nehmen. So werden auch im Otto Wagner Spital regelmäßig gemeinsame Besprechungen durchgeführt, um sich in der Behandlung und der Handhabung einiger PatientInnen zu einigen. Am Wichtigsten ist auch für Doppelhofer und Pasiecznik, dass es klare Vorgehensweisen gibt, die vor allem bei Krisensituationen sehr

hilfreich sein können. Äußert ein/e PatientIn ein für ihn/sie besonderes Anliegen, so sollte dieses mit dem gesamten Pfllegeteam besprochen werden, und diskutiert werden, wie mit dem Wunsch umgegangen werden soll. Dadurch können auch etwaige Spaltungsversuche verhindert werden<sup>160</sup>.

Auch für Bohus ist der Zusammenhalt in den Teams, in diesem Fall für das Pfllegeteam wichtig. So kann den Pfllegenden viel Druck abgenommen werden, indem man gut strukturierte Regeln aufstellt, die diese dann nicht nur in Krisenfällen anwenden können.<sup>161</sup>

#### *Interdisziplinärer Austausch:*

Der Interdisziplinäre Austausch ist für die Weitergabe und den Austausch von Informationen bezogen auf die Behandlung eines/einer PatientIn von großer Bedeutung. Dieser Aspekt wird von Schoppmann bestätigt. Schoppmann gibt dabei auch zu bedenken, dass bei den Besprechungen auch positive Ereignisse, wie zum Beispiel ein Fortschritt in der Therapie, besprochen werden sollte. Dies ist vor allem bei PatientInnen wichtig, bei denen unter den Teammitgliedern ein Gefühl der Ohnmacht oder gar der Resignation entstanden ist. Bei Schoppmann besteht das Team des Interdisziplinären Austauschs aus den Mitgliedern des medizinischen Personals.<sup>162</sup>

#### *Supervision*

Holnburger beschreibt die Einführung einer Teamsupervision. Hierbei sollten alle Mitglieder des medizinischen und therapeutischen Teams, sowie das Haus- und Hilfspersonal zu festgelegten Zeiten an einer Teamsupervision teilnehmen. Diese Zeiten sollten im Dienstplan berücksichtigt werden, und die Stunden sollten anrechenbar sein, wenn ein/e MitarbeiterIn in seiner/ihrer Freizeit in die Supervision kommt. Daneben sollten aber auch berufsspezifische Supervisionen abgehalten werden, wie es auch im Psychosomatischen Zentrum Waldviertel praktiziert wird. Ein externer Supervisor sollte die Leitung innehaben.<sup>163</sup>

Laut Rahn sollte es vor allem für MitarbeiterInnen, die mit Borderline PatientInnen arbeiten, die Möglichkeit einer Supervision geben, da es durch Spaltungsversuche von Seiten der PatientInnen immer wieder zu konfliktreichen Situationen im Team kommen kann. Kann die

---

<sup>160</sup> Vgl. [http://www.pflege-in-der-psychiatrie.eu/Kongressband\\_2005.pdf](http://www.pflege-in-der-psychiatrie.eu/Kongressband_2005.pdf) S. 151 - 153

<sup>161</sup> Vgl. Bohus (2002) S. 114

<sup>162</sup> Vgl. Schoppmann (2003) S. 163

<sup>163</sup> Vgl. Holnburger (2004) S.15

Möglichkeit einer Supervision nicht angeboten werden, müssen andere Formen von Unterstützung geboten werden. Dies kann durch kollegiale Beratung erfolgen, oder auch mit Hilfe von anderen Teammitgliedern erfolgen, der so genannten Intervision. Diese kann auch hilfreich sein, allerdings fällt hierbei der wichtige Punkt der Neutralität vollständig weg. Die regelmäßige Unterstützung durch Supervision ist der Intervision beziehungsweise der Hilfestellung von anderen Teammitgliedern unbedingt vorzuziehen.<sup>164</sup>

### 6.5. Pflegesystem Bezugspflege

Die Bezugspflege wurde von allen Befragten als optimale Form der Pflege von psychisch erkrankten Patienten beschrieben. Hierzu sollen die Erfahrungen und Meinungen der Befragten beschrieben werden. Es soll sowohl auf die positiven, als auch auf die negativen Seiten der Bezugspflege eingegangen werden.

#### 6.5.1. Stärken der Bezugspflege bei PatientInnen mit BPS

Alle Befragten gaben an, dass die Bezugspflege optimal im Umgang mit psychisch erkrankten Patienten ist.

*„Es wird ein besseres Verhältnis, eine besseres Arbeiten zwischen Patient und Pflegeperson ermöglicht“*

Eine Pflegeperson sagte, dass Funktionspflege oder Gruppenpflege in dieser Klinik nicht funktionieren würden, da nur sehr wenig Kontakt zu den Patienten bestehen würde, und nur wenig Struktur, die ja besonders für den Umgang mit Borderline Patienten notwendig ist, mögliche wäre.

*„Also wichtig ist für mich einfach, also eine große Stärke von der Bezugspflege ist für mich die Möglichkeit, Vertrauen zum Patienten zu bekommen, also das ist für mich eine ganz ein wesentlicher Punkt. Weil der einem da so viele Sachen erzählt, die man so, also in der Gruppenpflege oder gar in der Funktionspflege, nie hören könnte. Sonst wüsste man vielleicht ein paar Sachen von ihm, also von der Übergabe her und so, aber ansonsten nicht, nein.“*

Eine andere Pflegeperson beschrieb, dass die Beziehung zum Patienten dessen Genesungsprozess besser unterstützen würde, weil die Pflegeperson ihn besser kennenlernen

---

<sup>164</sup> Vgl. Rahn (2010) S.106

würde, und weil er sich auf eine gesunde, professionelle Beziehung einlassen könne, womöglich die erste „normale“ Beziehung in seinem bisherigen Leben.

*„Ja, also ein Stärkepunkt ist, dass der Patient wirklich eine Person hat, zu der er Vertrauen aufbauen kann, in den zwölf Wochen, wo er seine Sorgen und seine Wünsche oder Bedürfnisse auch äußern kann, und also man merkt schon, also die Patienten beziehen sich schon mehr zur Bezugspflege als zu irgendeinem Pfleger jetzt hin, ... oder Pflegerin.“*

Des Weiteren wurde berichtet, dass durch die Bezugspflege eine stätige, qualitativ hochwertige Pflege möglich wäre, weil es eine vertrauens- und sicherheitsgebende Form sei. Außerdem wisse der Patient, dass er einmal wöchentlich ein Gespräch mit seiner Bezugspflegekraft hat, und dass sie die Hauptverantwortliche Pflegekraft für die Dauer seines Therapieaufenthaltes sei, dass aber auch die anderen Pflegekräfte ihm helfen, wenn er dies bräuchte.

*„Ich sehe nur Stärken, indem man die Beziehung zum Patienten und vielleicht auch zu seinem Genesungsprozess besser unterstützen kann, weil man ihn besser kennen lernt, und weil man sich auf eine bessere Beziehung einlassen kann.“*

Die Minimierung der Fehlerquellen wurde ebenfalls als positiv an dem Pflegesystem der Bezugspflege genannt. Dadurch kann kein Patient übersehen werden, was in der Funktionspflege oder der Gruppenpflege leichter passieren könnte, weil sich jeder auf den anderen verlassen würde, und dann letztendlich unter Umständen keiner der Pflegepersonen mit dem betroffenen Patienten, der Schwierigkeiten damit hat, von sich aus ein Gespräch mit einer Pflegekraft zu suchen, reden würde.

*„Also es gibt ja immer Patienten, die im Alltag so ein bisserl verloren gehen, dass ich sage: der ist so unauffällig; oder der braucht sehr wenig, dass er ein bisserl verloren geht. Und durch die Bezugspflege wird der immer ein bisserl aufgefangen und es werden genauso seine Themen besprochen.“*

Durch die wöchentlich stattfindenden Gespräche, und dadurch dass auch die Bezugspflegekraft aktiv auf den/die PatientIn zugeht, wird auf keinen Patienten vergessen, und kein Patient wird übersehen.

### 6.5.2 Schwächen der Bezugspflege bei PatientInnen mit BPS

Die Anwendung von Bezugspflege wurde von allen Befragten als die beste Möglichkeit genannt, um mit PatientInnen mit BPS zu arbeiten. Dennoch haben zwei der insgesamt sechs befragten auch Schwachpunkte genannt, die hier beschrieben werden sollen.

*„Naja, es gibt einige Patienten, die sich am Anfang sehr schwer tun, vor allem mit dem Beziehungsaufbau, bei manchen geht das gar nicht.“*

Vor allem der Aspekt des Beziehungsaufbaus am Anfang des Therapieaufenthalts wird als schwierig empfunden. Viele der PatientInnen haben bereits schlechte Erfahrungen damit gemacht, einem anderen Menschen zu vertrauen, oder hatten noch nie in ihrem Leben eine „gesunde“ Beziehung zu einem anderen Menschen. Es fällt einigen PatientInnen schwer zu akzeptieren, mit Respekt behandelt zu werden, und gleichzeitig auch die Mitmenschen zu respektieren. Die Dauer, bis der/die Pflegende das Vertrauen des/der PatientIn gewonnen hat, ist von PatientIn zu PatientIn unterschiedlich, und hängt auch davon ab, ob der/die PatientIn bereits Therapieerfahrung aufweisen kann, oder ob dies der erste Aufenthalt in einer Klinik ist.

*„Und Schwächen, ja Schwächen vielleicht dass auch eine gewisse Abhängigkeit zu den Patienten halt da ist. Also mir ist es einmal passiert, da hat einer gesagt „mir ist es am Mittwoch schlecht gegangen“, da hab ich gesagt „naja warum sind Sie dann nicht zu jemandem gegangen“, da hat er gesagt „naja weil Sie nicht da waren“. Also da warten sie schon auf die Bezugsperson, und da warten sie lieber drei Tage, bevor sie zu jemand anderen hingehen. Also da ist schon eine Abhängigkeit da.“*

Vertraut der/die PatientIn seiner/ihrer Bezugspflegernden, kann es auch dazu kommen, dass der/die PatientIn mit keiner anderen Pflegernden spricht, und lieber wartet, wenn er/sie sich schlecht fühlt. Auch hier müssen die Pflegernden erneut den Balanceakt meistern, dass ihre PatientInnen ihnen einerseits vertrauen, andererseits aber auch, dass sie den Stützpunkt aufsuchen, wenn seine/ihre Bezugspflegekraft nicht anwesend ist und er/sie Hilfe benötigt. Dies ist für die Verbesserung des Wohlbefindens und für einen Therapieerfolg von größter Bedeutung.

### 6.5.3 Diskussion

#### *Die Stärken der Bezugspflege bei PatientInnen mit BPS*

Laut Bohus ist die Bezugspflege die beste Möglichkeit von Seiten der Pflege, um den/die PatientIn optimal in seinem/ihrer Therapieprozess zu unterstützen. Er schlägt hierfür die Zuteilung von zwei Bezugspflegekräften pro PatientIn vor. Ein wichtiger Punkt ist für ihn die Einteilung der Pflege in Behandlungsstufen, während derer sich, abhängig vom Therapiefortschritt des/der PatientIn, die pflegerischen Maßnahmen und die Kontakte kontinuierlich verändern. Durch die große fachliche Kompetenz, die für den professionellen Umgang mit Borderline PatientInnen notwendig ist, sind kontinuierliche Weiterbildungen unabdingbar.<sup>165</sup>

Doppelhofer und Pasiecznik beschreiben vor allem die intensive Beziehung zum/zur PatientIn als wichtigsten Grund für den Erfolg der Bezugspflege für die PatientInnen. So wird die Bezugspflegekraft, die im Otto Wagner Spital acht Tage nach der Ankunft des/der PatientIn fix zugeteilt wird, von den PatientInnen oft als Mutterfigur betrachtet. Die Figuren ändern sich häufig mit Fortschreiten der Therapiedauer, denn auch hier werden die Pflegeziele und Pflegehandlungen während der Behandlungsstufen, in denen sich der/die PatientIn gerade befindet, geändert. Dadurch kann die Pflege optimal an das Befinden und den Therapieverlauf des/der PatientIn angepasst werden, und einer Über- oder Unterforderung kann entgegengewirkt werden.<sup>166</sup>

#### *Die Schwächen der Bezugspflege bei PatientInnen mit BPS*

Die von den Befragten angegebenen Schwachpunkte der Bezugspflege konnten über die Literatur nur bedingt bewiesen werden. Lotz bestätigt, dass es durch die intensive Beziehung zu den PatientInnen zu Belastungsmomenten kommen kann.<sup>167</sup> Auch Bohus beschreibt, dass es unter anderem durch die Spaltungsversuche von Seiten der PatientInnen zu einer hohen Belastung der Pflegkräfte kommen kann.<sup>168</sup> Als Lösungsvorschlag geben Pasiecznik und Doppelhofer eine umfassende Gabe von Informationen über die einzelnen PatientInnen ab Therapieanfang an, sowie die Möglichkeit der Intervention und der Supervision.<sup>169</sup>

---

<sup>165</sup> Vgl. Bohus (2002) S. 111-114

<sup>166</sup> [http://www.pflege-in-der-psychiatrie.eu/Kongressband\\_2005.pdf](http://www.pflege-in-der-psychiatrie.eu/Kongressband_2005.pdf) S. 148/149

<sup>167</sup> Lotz (2007) S. 4

<sup>168</sup> Bohus (2002) S. 111-114

<sup>169</sup> [http://www.pflege-in-der-psychiatrie.eu/Kongressband\\_2005.pdf](http://www.pflege-in-der-psychiatrie.eu/Kongressband_2005.pdf) S. 150

Wenn bereits von Anfang an zwei Bezugspflegerkräfte für eine/n PatientIn zuständig sind, kann dies die Abhängigkeit des/der PatientIn verringern, da niemals beide Pflegenden zur gleichen Zeit abwesend sind. Durch diese Maßnahme könnte es eventuell auch zu einer Verbesserung im Beziehungsaufbau zwischen Bezugspflegernde/n und PatientIn geben, da eventuell eine der Pflegekräfte leichter eine Beziehung zu dem /der PatientIn aufbauen kann.

170

## **7. Schlussfolgerungen**

Über den Aufbau von Beziehungen zwischen psychisch erkrankten PatientInnen und Pflegenden gibt bis dato wenig bis keine wissenschaftlichen Studien. Die Analyse der durchgeführten Interviews und der bearbeiteten Studien hat gezeigt, dass der Beziehungsaufbau zwischen einem/einer PatientIn mit Borderline Persönlichkeitsstörung und seiner/ihrer Bezugspflegernden nur bis zu einem gewissen Grad erwünscht und dadurch möglich wird. Einige der Befragten sprachen statt von „Beziehung aufbauen“ lieber von „Vertrauen erhalten“. Eine Befragte sagte aus, dass es für sie schon erfolgreich wäre, wenn die PatientInnen ihr vertrauen würden.

Es hat sich als äußerst wichtig herausgestellt, dass die Pflegenden eine professionelle Haltung gegenüber ihren PatientInnen aufrecht erhalten können. Einen unerwartet hohen Stellenwert hat das Setzen von Grenzen im Umgang mit Borderline PatientInnen eingenommen. Einerseits ist es wichtig, um den PatientInnen wieder ein gesundes Maß an Struktur in ihrem Leben bieten zu können, andererseits ist es aber auch notwendig, um die Professionalität in der Beziehung nicht zu gefährden.

Das Erleben von Krisensituationen und der Umgang mit denselben hat aufgezeigt, welchen psychischen Belastungen die Pflegenden tagtäglich ausgesetzt sind. In den Interviews beziehungsweise in den Gesprächen vor- und nachher wurde deutlich, dass sich die Pflegenden mehr Anerkennung für ihre Arbeit wünschen würden.

Die Unterstützungsmöglichkeiten wurden vom Pflegepersonal als ausreichend bezeichnet. Die Möglichkeit, Supervision zu bekommen, wurde durchwegs als positiv aufgefasst. Zwar steht bei akuten Problemen immer noch das interdisziplinäre Gespräch an vorderster Stelle, dennoch ist die Supervision bei längerfristigen Problemen mit einem/einer PatientIn von

---

<sup>170</sup> Bohus (2002) S. 111 - 114

großer Bedeutung. Sie ermöglicht es, neue Sichtweisen auf Probleme zu bekommen, oder auch, neue Methoden auszuprobieren und von den Erfahrungen anderer zu profitieren.

Das Pflegesystem der Bezugspflege wurde schließlich als beste Möglichkeit angesehen, um mit psychisch erkrankten PatientInnen arbeiten zu können. Trotz des intensiven Kontakts und der Schwierigkeit, den Balanceakt zwischen vertrauensbildenden Maßnahmen und dem Einhalten von Grenzen zu meistern, würde keine/r der Befragten auf ein anderes Pflegesystem umsteigen wollen. Alle Befragten haben die Bezugspflege erst im Psychosomatischen Zentrum kennengelernt.

Durch die Arbeit konnte gezeigt werden, dass die Möglichkeit eines gesunden Beziehungsaufbaues gerade für Menschen, die an Borderline Persönlichkeitsstörung erkrankt sind, besonders wichtig ist.

## **8. Ausblick**

Primary Nursing ist in den anglikanischen Ländern das bereits am häufigsten durchgeführte Pflegesystem. Durch die dadurch veränderten Dienstzeiten und anderen bürokratischen Umständen wäre Primary Nursing nicht in Österreich einsetzbar. Aus diesem Grund wurde das System der Bezugspflege geschaffen. Leider ist es derzeit so, dass Krankenhäuser und Pflegeheime zwar angeben, dass sie nach diesem System pflegen, dies aber in den seltensten Fällen einheitlich ist. Um die Bezugspflege in Österreich zu verbreiten, müssten die Kriterien, die erfüllt werden müssen, damit man nach dem System der Bezugspflege arbeiten kann, standardisiert werden. Auch die Aufnahme in das Curriculum der Krankenpflegeschulen wäre wünschenswert. Dadurch würden KrankenpflegeschülerInnen bereits von Anfang an damit vertraut gemacht werden, selbstständig zu arbeiten und mehr Verantwortung zu übernehmen.

Auch die Literaturrecherche nach wissenschaftlichen Texten könnte bereits in den Schulen erlernt werden. Dadurch wäre die Umschulung der Pflegenden nicht mehr notwendig. Die dadurch gewonnene Zeit könnte dafür eingesetzt werden, um vielseitige Weiterbildungsmöglichkeiten anbieten zu können.

Da die Zahl der psychische Erkrankungen in den letzten Jahren stark zugenommen haben, wäre eine Weiterbildung in diesen Bereichen sicherlich in Zukunft von großem Wert. Durch das so gewonnene Wissen, gepaart mit der Verantwortung, die mit der Einführung von Bezugspflege in Österreich einhergehen würde, könnte der gesamte Berufsstand zu mehr Ansehen gelangen.

## 9.Literaturverzeichnis

### Bücher:

- Abderhalden, Needham, et.al.(2004): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. 1.Auflage Verlag Hans Huber, Hogrefe; AG, Bern
- Bauer J.(2006): Warum ich fühle was du fühlst; Heyne
- Bogner A., Littig B., Menz W. (2005): Das Experteninterview: Theorie, Methode, Anwendung. Wiesbaden: Vs Verlag
- Bohus M.(2002): Borderline Störung; Hogrefe
- Christian K.(2007): Einführung des Organisationskonzepts Primary Nursing in einer geriatrischen Einrichtung; GRIN Verlag
- Errser, S., Tutton, E. (Hrsg.): Primary Nursing; Grundlagen und Anwendung eines Patientenorientierten Pflegesystems. Huber, Bern, 2000
- Helfferich C. (2005): Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. Wiesbaden: Vs Verlag
- Kernberg, Rummel, Vollmoeller, et.al. (2006): Handbuch Körper und Persönlichkeit; Schattauer
- Kreisman J., Straus H. (2009): Ich hasse dich - verlass mich nicht; die schwarzweiße Welt der Borderline Persönlichkeit. München: Kösel Verlag
- Kreisman J., Straus H. (2008): Zerrissen zwischen den Extremen; Leben mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung; Hilfe für Betroffene und Angehörige. München: Kösel Verlag
- Manthey M. (2005): Primary Nursing; ein personenbezogenes Pflegesystem. Verlag Hans Huber
- Mayer H. (2002): „Einführung in die Pflegeforschung.“ Facultas, Wien
- Mayring P. (2008): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Technik. Beltz
- Schädle-Deininger H. (2008): Basiswissen: Psychiatrische Pflege; Psychiatrie-Verlag
- Menche N. (2003) : Biologie Anatomie Physiologie; Urban und Fischer
- Rahn E.(2010): Basiswissen: Umgang mit Borderline Patienten; Psychiatrie Verlag
- Schoppmann S. (2003): Dann habe ich ihr einfach meinte Arme hingehalten; selbstverletzendes Verhalten aus der Perspektive der Betroffenen. Verlag Hans Huber
- Seidl E., Steppe H. (1996): Zur Sozialgeschichte der Pflege in Österreich; Krankenschwestern erzählen über die Zeit von 1920 bis 1950; Verlag Wilhelm Maudrich
- Sendera A., Sendera M.(2010): Borderline – die andere Art zu fühlen; Springer Verlag
- Sendera A., Sendera M. (2007): Skills Training bei Borderline- und Posttraumatischen Belastungsstörung; Springer Verlag

### Artikel:

- Abderhalden Christoph (2007): Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien von Primary Nursing – Effektivität messen. In: CNE (Certified Nursing Education), Heft 1. Thieme Verlag.
- Barley E. Murray J., et.al: Managing depression in primary care: A meta-synthesis of qualitative and quantitative research from the UK to identify barriers and facilitators; BMC Fam. Pract. 2011
- Chanen A. et.al.: Outcomes in Women Diagnosed With Borderline Personality Disorder in Adolescence: Early Detection and Timely Intervention are Fundamental; Orygen Youth Health Research Centre, Centre for Youth Mental Health, The University of Melbourne 2011, S. 168-174
- Gasteiner E. et.al.: Bezugspflege; Pro Care, Nr.9, 1997, S. 17-19
- Herpertz S.: Beitrag der Neurobiologie zum Verständnis der Borderline Persönlichkeitsstörung; Der Nervenarzt 2011; S.9-15
- Hoch JS, O'Reilly RL, Carscadden J.: Relationship management therapy for patients with borderline personality disorder. In: Psychiatric Serv. 2006 Feb;57(2):179-181.
- Huffman JC et.al.: The use of DBT skills in the treatment of difficult patients in the General Hospital. In: Psychosomatics. 2003 Sep-Oct;44(5):421-429.
- Kellnhauser E.: Primary Nursing – Primär-Pflege; Primary Nursing und die Interaktionstheorie von Hildegard Peplau; Die Schwester/der Pfleger, Heft 8, 1998, S.633 – 638
- Kienzer Herbert: Bezugspflege am Rehabilitationszentrum Weißer Hof; Österreichische Pflegezeitschrift, 1996, S. 30-31
- Kleine – Hörstkamp: Die Bedingungen der Implementierung von Primary Nursing für das Management; Österreichische Pflegezeitschrift; 08-09/04; Seite 29-32
- Kleine – Hörstkamp: Primary Nursing – ein Weg zur Professionalisierung in der Pflege?; Österreichische Pflegezeitschrift; 06-07/04; Seite 26 – 29
- Laakso S., Pirkko R.: Changing to primary nursing in a nursing home in Finland: experiences of residents, their family members and nurses; Journal of Advanced Nursing, Vol.33, Nr.4; 2001, S.475 – 483
- Leichsenring F., Leibling E. et.al.: Borderline personality disorder; The Lancet 2011; Vol. 377; S. 74-84
- Lin E., Peterson D., et.al.: Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses; The New English Journal of Medicine; 2010;
- Lotz: Patientenorientierte Pflege, Organisationskonzept Primary Nursing; S. 2-15 CNE 1.April 2007

- Mercer S., Reynolds W.: Empathy and quality of care; British Journal of General Practice, 2002; S. 9-12
- Melchior M. et.al.: The effects of primary nursing on work related factors; Journal of Advanced Nursing, Vol. 29, No.1, 1999, S. 88-96
- Melchior M. et.al.: The effectiveness of primary nursing on burnout among psychiatric nurses in long stay settings; Journal of Advanced Nursing; Vol.24, 1996, S.694 - 702
- Nissen J. et.al.: Primary Nursing and the quality of care: a Dutch study; Journal of Nursing Studies; Vol.34, No.2; 1997 S.93-102
- Pontin David: Primary Nursing: a mode of care or a philosophy of nursing?; Journal of advanced nursing; Vol.29, No.3 1999, S.584 – 591
- Sansone R., Sansone L.: Substance Use Disorders and Borderline Personality: Common Bedfellows; Innovation in Clinical Neuroscience; 2011; S.10-13
- Sansone R., Sansone L.: Gender patterns in Borderline Personality Disorder; Innovation in Clinical Neuroscience; 2011; S. 16-20
- Schmitz F.: Einführung der Bezugspflege auf einer psychiatrischen Langzeitstation; Möglichkeiten, Schwierigkeiten, Grenzen; Die Schwester/Der Pfleger, 1996, S.73-76
- Walser M., Settelen – Strub C.: Projekt Bezugspflege; Pflegemanagement, Heft 5, 1998, S.8 – 17
- Webb C., Pontin D.: Introducing primary nursing: nurses opinions; Journal of Clinical Nursing, 1996, S.351 – 358
- Weidemann K.: Das Organisationsmodell “primary nursing”. Teil I; Pflegezeitschrift, 1999, Heft 8, S. 575 - 580
- Weidemann K.: Das Organisationsmodell „primary nursing“. Teil II; Pflegezeitschrift, 1999, Heft 9, S. 647 – 650

## Internet

<http://arbeitsblaetter.stang-taller.at/ERZIEHUNG/Bindung.shtml>

[http://www.pflege-in-der-psychiatrie.eu/Kongressband\\_2005.pdf](http://www.pflege-in-der-psychiatrie.eu/Kongressband_2005.pdf)

[http://www.pflege-in-der-psychiatrie.eu/Kongressband\\_10\\_100918.pdf](http://www.pflege-in-der-psychiatrie.eu/Kongressband_10_100918.pdf)

<http://www.integra.at/files/Ruediger%20Bauer-Kongruente%20Beziehungspflege.pdf>

<http://www.ibi-institut.com/dl/Praesentation%20Beziehungspflege%20%20Master.pdf>

## **10. Curriculum Vitae**

### **1. Persönliche Daten:**

Name: Makrandreou

Vorname: Andrea

Geburtsdatum: 04.05.1986

Geburtsort: Wien

Staatsbürgerschaft: Österreich

Familienstand: ledig

### **2. Ausbildung**

Bildungseinrichtung: Neulandschule Laaerberg/Wien

Besuch des neusprachlichen Gymnasialzweiges der AHS

Zeitraum: September 1996 – Juni 2004

Abschluss: Matura

Bildungseinrichtung: Veterinärmedizinische Universität Wien

3. Semester Studium der Veterinärmedizin

Zeitraum: Oktober 2004 – Juni 2006

Universitätslehrgang für tiergestützte Therapie und Tiergestützte

Fördermaßnahmen

Beginn: Oktober 2010

Bildungseinrichtung: Studium der Pflegewissenschaft an der Universität Wien

Studienbeginn: Oktober 2004

### **3. Berufserfahrung**

Zeit: 1.5. 2012-1.9.2012

Dienstort: 400 Doansburg Road, 10509 Brewster, New York, United States of America

Unternehmen: Green Chimneys-Farm and Wildlife Center

Aufgaben- und Verantwortungsbereich: Selbstständige Leitung einer Gruppe von Kindern/Jugendlichen im Bereich tiergestützter Aktivitäten mit landwirtschaftlichen Nutztieren, Mithilfe beim Versorgen der Tieren, Unterstützung der MitarbeiterInnen, Schreiben eines Essays.

Zeit: 10.2011

Dienstort: Wildpark Ernstbrunn; Dörfles, 2115 Ernstbrunn

Unternehmen: Wolf Science Center

Aufgaben und Verantwortungsbereich: Mitarbeit bei Management Training, Verhalten der einzelnen Wölfe und Rudeldynamik beobachten

Zeit 8.2011

Dienstort: Großklein, Steiermark

Unternehmen: Weiberhof

Aufgaben und Verantwortungsbereich: Praktikum im Bereich tiergestützter Therapie, Mitarbeit bei therapeutischen Settings, selbstständige Versorgung der Tiere inklusive medikamentöse Versorgung, Mithilfe bei tierärztlichem Besuch, Mithilfe bei Heuernte, Literaturrecherchen über Haltung, Ausbildung, Training landwirtschaftlicher Nutztiere, im Besonderen von Schafen, Lamas und Ziegen.

Zeit 7.2011

Dienstort: St. Ulrich am Waasen

Unternehmen: Landeskompetenzzentrum für Mensch Tier Beziehung

Aufgaben und Verantwortungsbereich: Praktikum im Bereich tiergestützter Therapie-Aktivitäten; Mithilfe bei Betreuung von Kindern zwischen 8 und 17 Jahren mit unterschiedlichen besonderen Bedürfnissen. Selbstständiges Versorgen der Tiere mit Kindern, Mithilfe bei Aktivitäten rund um den Bauernhof. Assistenz bei Übungen im Bereich tiergestützter Therapie

Zeit 18.2 – 1.3.2011

Dienstort: Bad Kissingen, Deutschland

Unternehmen: Orenda Ranch

Aufgaben und Verantwortungsbereich: Praktikum im Bereich tiergestützter Therapie mit psychosomatisch erkrankten Erwachsenen; Assistenz während tiergestützter Settings; Selbstständige Versorgung der Tiere, Mithilfe beim Training der Tiere;

Zeit 13.7-27.8.2009 + 30.8-7.10.2010

Dienstort: Eggenburg

Unternehmen: Psychosomatisches Zentrum Waldviertel

Aufgaben und Verantwortungsbereich: Praktikum im Bereich tiergestützter Therapie mit psychosomatisch erkrankten Erwachsenen; Assistenz während tiergestützter Settings; Mithilfe bei Vorbereitungen für tiergestützte Therapie, Schreiben von Protokollen während Vor- und Nachbesprechungen, Mithilfe bei organisatorischen Tätigkeiten, Schreiben eines Essays, Teilnahme an Plenar-Sitzungen sowie Interdisziplinären Meetings.

Zeit: 08.2008

Dienstort: 10. Bezirk, Wien

Unternehmen: Seniorenresidenz am Kurpark Oberlaa, Pflegeabteilung: Andante

Aufgaben und Verantwortungsbereich: Mithilfe bei verschiedensten Pflegehandlungen, Mitfahrt mit PatientInnen in Krankenhäuser

Zeit: 04.2008-04.2012

Dienstort: 10. Bezirk Wien

Unternehmen Tierärztliche Ordination Martin Schlinke

Aufgaben und Verantwortungsbereich: Assistenz während Behandlungen und Operationen, Organisatorische Tätigkeiten

Zeit: 04-11.2006 + 07.2007

Dienstort: Museum Moderner Kunst Wien, Leopold Museum, Museum Oberes Belvedere

Unternehmen: SIWACHT

Aufgaben und Verantwortungsbereich: Aufsichtsdienst

#### **4.Weitere Qualifikationen**

- Teilnahme am Symposium für tiergestützte Therapie und tiergestützte Fördermaßnahmen an der Veterinärmedizinischen Universität Wien im Oktober 2010.
- Teilnahme und Mithilfe beim Symposium für Psychosomatik im Psychosomatischen Zentrum Waldviertel in Eggenburg im Mai 2011
- Erste Hilfe Kurs 16 Stunden November 2011
- Kriseninterventionstraining 35 Stunden im Mai 2012 in Brewster (USA)

#### **5.Sprachkenntnisse**

- Deutsch: Muttersprache
- Englisch: Ausgezeichnet in Wort und Schrift
- Italienisch: Grundkenntnisse
- Latein

#### **6.Erreichbarkeit**

andrea.makrandreou@yahoo.de