Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften

Gesundheit
Institut für Pflege

Bachelorarbeit

Schmerzensangelegenheit - die Haut als Spiegel der Seele

Evidenzbasierte Pflegeinterventionen bei Patienten mit selbstverletzendem Verhalten

---

Schirin Dündar

Lea Kalt

Departement:	**Gesundheit**
Institut:	**Institut für Pflege**
Studienjahr:	**2009**
Eingereicht am:	**18. Mai 2012**
Betreuende Lehrperson:	**Marion Huber**

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung 6
1.1 Fragestellung 7
1.2 Zielsetzung 7
1.3 Eingrenzung 7
2 Methode 7
3 Gegenüberstellung 10
4 Theoretischer Hintergrund 12
4.1 Begriffsklärung 12
4.2 Definition 12
4.3 Abgrenzung 12
4.3.1 Abgrenzung zu Suizidalität 13
4.3.2 Abgrenzung zu artifiziellen Störungen 13
4.3.3 Abgrenzung von indirekter Selbstverletzung 13
4.4 Klassifizierung 13
4.5 Epidemiologie 15
4.5.1 Geschlechterverteilung 15
4.6 Ursachen 16
4.6.1 Entwicklungspsychopathologisches Modell 16
4.6.2 Biologischer Ansatz 17
4.6.3 Psychologische Ansätze 18
4.6.4 Negative Emotionen 18
4.6.5 Gestörte Emotionsregulation 18
4.6.6 Gefühlsabfolge 19
4.7 Risikofaktoren 19
4.7.1 Soziale Faktoren 20
4.7.2 Trauma und Missbrauch 20

4.7.3 Psychische Störungen 20
4.8 Gründe 21
4.8.1 Selbstregulation 21
4.8.2 Bewältigung von belastenden Lebensereignissen 22
4.8.3 Exkurs Dissoziation 22
4.8.4 Soziale Funktionen 23
4.8.5 Manipulatives Verhalten 23
5 Therapeutische Möglichkeiten 24
5.1 Psychodynamische Therapien 24
5.2 Kognitive Verhaltenstherapien 24
5.2.1 Dialektisch-Behaviorale Therapie 25
6 Pflegerische Interventionen 26
6.1 Skills 26
6.1.1 Der Notfallkoffer 29
6.2 Special Observation 29
6.3 No-harm Verträge 30
6.4 Umgebungsgestaltung 31
6.5 Dissoziation beenden 31
6.6 Beziehungsaufbau 32
6.7 Teamkultur fördern 33
7 Behandlungserfahrungen aus der Praxis 33
7.1 Erfahrungen von Pflegekräften 33
7.2 Patientenerfahrung 35
7.3 Rangfolge von Pflegeinterventionen 36
8 Diskussion 38
8.1 Schlussfolgerung 42
8.2 Bezug zur Fragestellung 43

9 Theorie-Praxis-Transfer 44
9.1 Beziehung 44
9.2 Bezugspflege 45
9.3 Standard 46
9.3.1 Selbstevaluation der Pflegekräfte 47
9.3.2 Patienten-Assessment 48
9.3.3 Therapeutische Strategien 49
9.4 Skills und Spannungskurve 50
9.4.1 Skills 50
9.4.2 Spannungskurve 51
10 Abschliessende Zusammenfassung und Ausblick 52
Literaturverzeichnis 54
Abbildungsverzeichnis 57
Tabellenverzeichnis 58
Danksagung 59
Eigenständigkeitserklärung 60
Anhänge 61
Anhang A Wortzahl 61
Anhang B Searchlist 62
Anhang C Studien- und Reviewbeurteilungen 67
Anhang D Angaben der Beurteilungsvorlagen 86

Abstract

Darstellung des Themas: Auf einer psychiatrischen Abteilung leiden 20% der stationären Patienten an selbstverletzendem Verhalten (SVV). Pflegekräfte beschreiben bei deren Betreuung häufig Wissensmangel und Überforderung zu erleben.
Ziel: Um die Betreuung von SVV-Patienten zu erleichtern, werden in dieser Arbeit evidenzbasierte Empfehlungen für die Pflegepraxis formuliert.
Methode: In den Datenbanken CINAHL, PsycInfo, PsycEXTRA und PubMed wurde nach pflegerelevanter Forschungsliteratur zum Thema Selbstverletzung gesucht. Anschliessend wurden die ausgewählten Artikel analysiert und diskutiert.
Ergebnisse: Aus mehreren Forschungsartikeln wird ersichtlich, dass in der Betreuung von SVV-Patienten der Beziehungsaufbau ein zentrales Element ist. Über die Beziehungsarbeit kann eine vertrauensvolle Basis geschaffen werden, die für weitere Interventionen die Grundlage darstellt. Zur Reduktion von SVV wird das *Skills-Training* der dialektisch-behavioralen Therapie (DBT) empfohlen. Dabei ist es die Aufgabe der Pflegekräfte, SVV-Patienten bei der Ausübung der individuellen *Skills* zu unterstützen und deren Anwendung im Alltag zu fördern. Aus der Forschungsliteratur zeigt sich, dass bei SVV-Patienten ein standardisiertes Vorgehen mit dem Schwerpunkt eines Assessments notwendig ist.
Schlussfolgerung: Die Beziehungsgestaltung und der vertrauensvolle Umgang mit den SVV-Patienten sind von Bedeutung, um eine fachlich kompetente Betreuung anzustreben. Zu spezifischen Pflegeinterventionen und dem *Skills-Training*, in Bezug auf Selbstverletzung, bedarf es weiterer Forschung.

Keywords:
self-harm/ Selbstverletzung, nursing/ Pflege, intervention/ Intervention, relation/ Beziehung, adult/ Erwachsener

1 Einleitung

Ein Helm fürs Fahrradfahren, Rasierschaum fürs Rasieren und ein Topflappen für die heisse Pfanne. In der Regel geben sich die Menschen grosse Mühe körperliche Schmerzen und Verletzungen zu vermeiden. Doch einem kleinen Teil der Allgemeinheit widerstreben diese üblichen Vorkehrungen - sie verletzen sich selber.
Selbstverletzendes Verhalten (SVV) ist die vorsätzliche Zerstörung von körpereigenem Gewebe, das sozial sanktioniert wird und ohne suizidale Absicht erfolgt (Klonsky und Muehlenkamp, 2007). Die Lebenszeitprävalenz von SVV liegt in der Allgemeinbevölkerung schätzungsweise zwischen 4% und 38% (Gratz, Conrad und Roemer, 2002, zitiert nach Schmahl und Stiglmayr, 2009; Klonsky, Oltmanns und Türkheimer, 2003, zitiert nach Schmahl et al.,
2009; Muehlenkamp und Gutierrez, 2004, zitiert nach Schmahl et al., 2009; Whitlock, Eckenrode und Silverman, 2006, zitiert nach Schmahl et al., 2009). Da Selbstverletzung nicht den gewohnten Verhaltensweisen der Menschen entspricht, stösst sie in der Gesellschaft oft auf Unverständnis und Ablehnung. Zusätzlich beschreiben Schmahl et al. (2009), dass in der modernen westlichen Welt Gesundheit mit Schönheit assoziiert wird. Hierfür gilt in erster Linie ein makelloser Körper, was ebenfalls ein Grund für eine ablehnende Haltung der Bevölkerung gegen Selbstverletzung sein kann. Diese Gründe haben zur Folge, dass SVV in der Gesellschaft ein Tabuthema darstellt. Eine Tabuisierung wird auch im Alltag auf einer psychiatrischen Abteilung erlebt. Schoppmann, Schröck, Schnepp und Büscher (2007) berichten, dass sich Pflegekräfte bei der Betreuung von Patienten[1] mit SVV hilflos fühlen. Bei Pflegekräften ist Überforderung, Wissensmangel und Unverständnis zu beobachten. In der Literatur wird beschrieben, dass SVV-Patienten deshalb als schwierig eingestuft werden (Breeze und Repper, 1998, zitiert nach Schoppmann et al., 2007; Harrison, 1998, zitiert nach Sharkey, 2003).

In der Studie von Schoppmann et al. (2007) berichteten Patientinnen, dass die gemachten Erfahrungen mit den Pflegekräften nicht immer optimal waren. Eine SVV-Patientin berichtete z.B. von verbaler Belästigung während der Wundversorgung. Solche Situationen sollten vermieden werden. Mit dieser Arbeit soll ein kleiner Beitrag geleistet werden, um Hilflosigkeit und Überforderung entgegen zu wirken und eine fachlich kompetente Betreuung anzustreben.

[1] Um die Lesbarkeit zu vereinfachen wird in dieser Arbeit die maskuline Form verwendet, wobei beide Geschlechter mit eingeschlossen sind.

1.1 Fragestellung

Welche evidenzbasierten Pflegeinterventionen können bei erwachsenen Patienten (18-65 Jahre) mit selbstverletzendem Verhalten in einem stationären psychiatrischen Setting empfohlen werden?

1.2 Zielsetzung

Das Ziel dieser Arbeit ist es, evidenzbasierte Empfehlungen für die Pflegepraxis zu formulieren, um die Betreuung von SVV-Patienten zu erleichtern. Durch eine Sammlung von literaturgestützten Massnahmen soll dieses Ziel erreicht werden.

1.3 Eingrenzung

Diese Arbeit befasst sich mit erwachsenen SVV-Patienten ohne suizidale Absichten, die sich in einem stationären psychiatrischen Setting befinden. Dabei wird nicht spezifisch auf eine psychische Erkrankung eingegangen. Da diese Arbeit Pflegeinterventionen behandelt, werden jegliche ärztliche Tätigkeiten, und somit auch der pharmakologische Aspekt, ausgeschlossen.

Weil SVV ein weit verbreitetes Thema ist und aus ganz unterschiedlichen Beweggründen zustande kommt, wird die Selbstverletzung in dieser Arbeit eingegrenzt. Siebert (2007) unterscheidet drei Formen von Selbstverletzung. Die „religiöse und rituelle“ Form steht mit dem Glauben im Zusammenhang, hat meist eine lange Tradition und ist kulturell gebilligt. Die „alltägliche Selbstverletzung“ wird zur Verschönerung des äusseren Erscheinungsbildes durchgeführt und ist gesellschaftlich toleriert. Da der „religiösen und rituellen Selbstverletzung“ sowie der „alltäglichen Selbstverletzung“ kein Krankheitswert zugeschrieben werden kann, bezieht sich die vorliegende Arbeit ausschliesslich auf die Form „Selbstverletzung als Krankheit“. Die krankhafte Selbstverletzung wird oft impulsiv vollzogen und ist in der Gesellschaft nicht akzeptiert. Ausserdem unterscheidet sich die „Selbstverletzung als Krankheit“ von den anderen Formen, da meist ein innerer seelischer Konflikt im Vordergrund steht und es in erster Linie um die Verletzung an sich geht.

2 Methode

Um die Fragestellung zu beantworten, wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Die Forschungsliteratur wurde bewertet, analysiert und diskutiert. Die Literatur wurde in einem Zeitraum von vier Monaten in den Datenbanken CINAHL, PsycEXTRA, PsycInfo und PubMed gesucht. Der detaillierte Suchvorgang ist in Anhang B ersichtlich. Die Keywords wurden anhand der wichtigsten Bestandteile der Fragestellung

formuliert. Das Setting, die Population und vor allem das Phänomen wurden dabei beachtet. Die Literatursuche fand mit den in Tabelle 1 abgebildeten Keywords statt.

Tabelle 1

Keywords.

AND	
adult care cognitive behaviour therapy concept deliberate self-harm dialectical behavior therapy, dbt harm reduction inpatient intervention(s) non-suicidal nurses, nursing	nursing care, nursing intervention(s) practice guidelines prevention psychiatric, psychiatry self harm, self-harm self-help self-injuries, self-injury self-injurious behavior self-mutilate, self-mutilation self-wounding skills, skillstraining
NOT	**MESH**
adolescents childhood emergency personality disorder suicide	Self Injurious Behavior Self Mutilation

Die Suche wurde mit den Operatoren AND und NOT eingegrenzt. In dieser Arbeit wurde grundsätzlich Forschungsliteratur der letzten zehn Jahren verwendet. Insgesamt wurden zirka 50 Abstracts gelesen. Die Artikel mit passendem Abstract wurden genauer bearbeitet. Am Schluss wurden anhand der Ein- und Ausschlusskriterien sechs Studien, drei Review, ein Expertenartikel und eine Leitlinie für diese Arbeit ausgewählt. Ergänzend dazu wurden Fachbücher zur Unterstützung beigezogen.

Von den ausgewählten Forschungsartikeln wurden sechs Studien und ein Review beurteilt und bewertet. Die ausführlichen Studienbewertungen sind im Anhang C aufgeführt. Die Beurteilung erfolgte nach Preusse-Bleuler (2010a,b,c), ergänzend dazu wurde das Buch „Pflegeforschung“ von LoBiondo-Wood und Haber (2005) beigezogen. Das Evidenzlevel der ausgewählten Forschungsliteratur wurde nach Kearney (2001) bestimmt. Weitere Angaben zu diesen drei Beurteilungsvorlagen sind im Anhang D zu finden. Bei der Auswahl der Studien wurden, die in Tabelle 2 aufgeführten Ein- und Ausschlusskriterien berücksichtigt.

Tabelle 2

Ein- und Ausschlusskriterien.

Einschlusskriterien
- Qualitative und quantitative Studien und Reviews - Studien in deutscher oder englischer Sprache - Erwachsene Patienten - Stationäres akutpsychiatrisches Setting - Beschreibung von Interventionen
Ausschlusskriterien
- Suizid - Jugendliche - Eine spezifische psychische Erkrankung der Patienten - *Emergency nurse* - Geistige Behinderung der Patienten

3 Gegenüberstellung

Von der ausgewählten Forschungsliteratur werden in der Tabelle 3 sechs Studien und ein Review übersichtshalber einander gegenübergestellt.

Tabelle 3

Gegenüberstellung der einzelnen Artikel.

Autor	Forschungsfrage/ Ziel	Stichprobe	Design	Resultate	Evidenz-level
Huband, N. und Tantam, D. (2004)	Drei Forschungsfragen: 1. Welche Wege, die zur Selbstverletzung führen, erleben die Teilnehmerinnen, und was charakterisiert den Unterschied zwischen den möglichen Wegen, die zu Selbstverletzung führen können? 2. Welche Erfahrungen machen Teilnehmerinnen mit den eingesetzten Strategien, um die Selbstverletzung zu reduzieren? 3. Was macht aufgrund der Wahrnehmung der Teilnehmerinnen die Strategien hilfreich?	N= 10 SVV-Patientinnen	*Grounded Theory*	- Eine Gefühlsabfolge, wie es zu Selbstverletzung kommt, wird in einem Diagramm dargestellt - Zwei unterschiedliche Wege von SVV; *the spring* und *the switch* werden eruiert - 14 Managementstrategien werden anhand der Bewertung der Teilnehmerinnen nach ihrer Nützlichkeit in einer Rangfolge dargestellt - Es wird festgestellt, dass die Teilnehmerinnen eine Intervention als hilfreich oder nicht hilfreich wahrnehmen, je nachdem wie diese von den Pflegekräften ausgeführt wird	2
Wilstrand C., Lindgren B. M., Gilje F. und Olofsson B. (2004)	Das Ziel dieser Studie ist es, Erfahrungen von SVV-Patienten über erhaltene und erwünschte Pflege zu beschreiben.	N= 9 SVV-Patientinnen	Phänomeno-logischer Ansatz	Die Teilnehmerinnen beschrieben: - Als Menschen wahrgenommen werden zu wollen - Selbstverletzung soll wahrgenommen und angesprochen werden - Vertrauen geschenkt bekommen zu wollen - Viel ungeplante Zeit während Psychiatrieaufenthalt - Überforderung der Pflegekräfte	3

Fortsetzung Tabelle 3

Gegenüberstellung der einzelnen Artikel.

Autor	Forschungsfrage/ Ziel	Stichprobe	Design	Resultate	Evidenz-level
Wilstrand, C., Lindgren, B. M., Gilje, F. und Olofsson, B. (2007)	Forschungsfrage: Wie beschreiben Pflegekräfte die Erfahrungen bei der Pflege von SVV-Patienten?	N= 6 Pflegekräfte (3 Frauen, 3 Männer)	Qualitatives, deskriptives Design	Die Ergebnisse zeigen bei Pflegekräften: - Einen Mangel an Wissen über Selbstverletzung - Einen Mangel an Verständnis für Selbstverletzung - Überforderung bei der Betreuung von SVV-Patienten	3
Schoppmann, S., Schröck, R., Schnepp, W. und Büscher, A. (2007)	Das Ziel ist die Erfahrung von SVV-Patienten zu erforschen und dadurch das Verständnis für diese gefährdete Gruppe zu vergrössern.	N= 9 SVV-Patientinnen und 1 Pflegekraft	Hermeneu-tische, phänomeno-logische, qualitative Studie	Bei Dissoziation sollen Pflegekräfte: - In bestimmten Situationen die Führung übernehmen - Vertrauen entwickeln und verlässlich sein - Eine Beziehung aufbauen - Verständnis zeigen	3
O'Donovan, A. (2007)	Das Ziel ist es, die Behandlungen zu verstehen, die Pflegekräfte bei SVV-Patienten ohne suizidale Absichten im akuten psychiatrischen stationären Setting einsetzen.	N= 8 Pflegekräfte (6 Frauen, 2 Männer)	Qualitatives, deskriptives Design	Interventionen von Pflegekräften: - Gestalten einer sicheren Umgebung - Prävention von Selbstverletzung - Therapeutische Interaktionen	5
Ray R., Perkins E. and Meijer B. (2011)	Das Ziel ist es, herauszufinden, welche Alternativen es zur bisherigen *special Observation* gibt.	Beschreibung der Stichprobe ist nicht ersichtlich	Keine Angaben zur Methode ersichtlich	- Die Studie zeigt, dass Pflegekräfte weniger restriktiv und weniger aufdringlich sein müssen, um die Sicherheit von SVV-Patienten zu gewährleisten - Der Einsatz des *Tools* erhöht die Zufriedenheit der Pflegekräfte und deren Sicherheitsgefühl	5
Klonsky, D. E. und Muehlen-kamp, J. J. (2007)	Dieses Review fasst Forschung zusammen darüber a) wer sich selbst verletzt, b) warum Selbstverletzung gemacht wird und c) welche Behandlungen sich als wirksam erweisen.	---	Review	- Kognitive Verhaltenstherapien zeigen sich bei der Verringerung von Selbstverletzung als wirksam - Psychodynamische Therapien zeigen grösstenteils in persönlichen Beziehungen, psychiatrischen Symptomen, in suizidalem Verhalten und in SVV signifikante Verbesserungen - Es ist wichtig eine empathische, vorurteilsfreie Beziehung mit SVV-Patienten aufzubauen, um für jeden Patienten einen individuellen Therapieansatz zu erarbeiten	5

4 Theoretischer Hintergrund

Da die Selbstverletzung eine heterogene Patientengruppe betrifft und mit einer Vielfalt an Symptomen einhergeht, ist es nach Siebert (2007) schwierig, eine Definition zu finden, die der Komplexität des Phänomens gerecht wird.

4.1 Begriffsklärung

SVV und Selbstverletzung werden in der Literatur mit vielen unterschiedlichen Begriffen benannt wie Selbstschädigung, Selbstverstümmelung, Autoaggression, Automutilation, selbstdestruktives Verhalten oder parasuizidales Verhalten (Siebert, 2007). Schmahl et al. (2009) beschreiben die Schwierigkeit, dass die Begriffsklärungen oft aus Selbstberichten Betroffener stammen und es ihnen deshalb an Objektivität mangelt. Da die Begriffe „Selbstverletzung“ und „SVV“ nach Schoppmann (2003) weniger wertend und weniger negativ behaftet sind, werden sie für diese Arbeit verwendet. Diese beiden Begriffe schliessen alle im Sprachgebrauch gängigen Begriffe mit ein.

4.2 Definition

Unter Einbezug sozialer Aspekte und der Absicht von Selbstverletzung definieren Petermann und Winkel (2009) SVV folgendermassen: „Selbstverletzendes Verhalten ist gleichbedeutend mit einer funktionell motivierten Verletzung oder Beschädigung des eigenen Körpers, die in direkter und offener Form geschieht, sozial nicht akzeptiert ist und nicht mit suizidalen Absichten einhergeht“ (S. 23). Diese Definition ist umfassend und präzise und kann sich so klar von anderen Formen abweichenden Verhaltens abgrenzen. Trotzdem ist sie breit genug, um unterschiedliche Erscheinungsformen von SVV zu integrieren.

In der ICD-10 wird SVV nicht als eigenständige Diagnose aufgeführt. Nach Petermann et al. (2009) wäre SVV unter der Kategorie „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ (F6) einzuteilen. Hier müsste SVV konkret der Subkategorie „nicht näher bezeichnete abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“ (F63.9) zugewiesen werden.

4.3 Abgrenzung

Da es sich bei SVV um ein eigenständiges Störungsbild handelt, ist es wichtig, dieses von ähnlichen Störungsbildern wie Suizidalität, artifiziellen Störungen und indirekter Selbstverletzung abzugrenzen (Petermann et al., 2009).

4.3.1 Abgrenzung zu Suizidalität

Im Gegensatz zur Suizidalität besteht bei SVV keine Absicht der Selbsttötung. Laut Siebert (2007) darf SVV nicht als missglückter Suizidversuch gesehen werden oder mit ihm in Verbindung gebracht werden. Eine Differenzierung der beiden Störungsbilder ist wichtig, da sie sich laut Muehlenkamp, (2005, zitiert nach Klonsky et al., 2007) und Walsh (2006, zitiert nach Klonsky et al., 2007) in ihrer Phänomenologie, ihrer Eigenschaft und ihrer Absicht unterscheiden. SVV-Patienten haben nicht zwangsläufig ein Risiko für Suizid.

4.3.2 Abgrenzung zu artifiziellen Störungen

Artifizielle Störungsbilder unterscheiden sich deutlich von SVV, da bei artifiziellen Störungen körperliche Beschwerden vorgetäuscht oder erfunden werden (Willenberg, Eckhardt, Freyberger, Sachse und Gast, 1997, zitiert nach Petermann et al., 2009). Das Ziel von Patienten mit artifiziellen Störungen besteht darin, die Krankenrolle zu erlangen. SVV-Patienten betreiben ihr Verhalten hingegen mit dem Ziel, ihre Emotionen auszudrücken und ihre innere Anspannung zu reduzieren (Petermann et al., 2009).

4.3.3 Abgrenzung von indirekter Selbstverletzung

Bei Selbstverletzung handelt es sich um eine direkte körperliche Verletzung, die mit Absicht geschieht (Herpetz, 1995, zitiert nach Schmahl et al., 2009). Davon sind indirekte Selbstverletzungen klar ausgeschlossen, da bei diesen primär keine selbstschädigende Absicht zugrunde liegt. Zu diesen indirekten Selbstverletzungen gehören z.B. der missbräuchliche Konsum von Drogen, Alkohol oder Medikamenten (Siebert, 2007).

4.4 Klassifizierung

In der Tabelle 4 ist die Klassifizierung selbstverletzender Verhaltensweisen in Anlehnung an Favazza (1996) ersichtlich.

Tabelle 4

Klassifizierung von SVV (in Anlehnung an Favazza, 1996).

Typen	**Beschreibung**	**Klinisches Erscheinungsbild**	**Vorkommen**
Schwere Selbstverletzung	Schwere und potenziell lebensbedrohliche Selbstverletzung	- Zerstörung des Augapfels - Selbstkastration - Selbstamputation	Oft im Zusammenhang mit Psychosen, Intoxikationen und neurologischen Erkrankungen
Stereotype Selbstverletzung	Rhythmisch wiederholte, gleichförmig und starr ablaufende Selbstverletzung	- Sich beissen - Augenbohren - Kopfschlagen	Häufig bei geistig behinderten oder hospitalisierten Patienten
Moderate Selbstverletzung	1. Zwanghaftes und leichtes SVV, zeigt sich durch Wiederholung und zwanghaftem Charakter 2. Impulsives SVV episodische, leicht bis mittelschwere, aber nicht unmittelbar lebensbedrohliche Selbstverletzung, häufig als Ritual	- Nägel beissen - Haare ausreissen - Schneiden - Ritzen - Verbrennung der Haut	

4.5 Epidemiologie

Siebert (2007) beschreibt, dass gesicherte Daten zur Häufigkeit von SVV weder in der Allgemeinbevölkerung noch spezifisch bei Psychiatriepatienten vorliegen. Denn es besteht eine grosse Dunkelziffer an Menschen, die sich ausserhalb der Psychiatrie selbst verletzen, dies der öffentlich nicht zeigen und keinen Arzt aufsuchen.

SVV wird im angloamerikanischen Raum am häufigsten untersucht. Die Schätzung der Lebenszeitprävalenz in der Allgemeinpopulation liegt bei 4% und 38% (Gratz et al., 2002, zitiert nach Schmahl et al., 2009; Klonsky et al., 2003, zitiert nach Schmahl et al., 2009; Muehlenkamp et al., 2004, zitiert nach Schmahl et al., 2009; Whitlock et al. 2006, zitiert nach Schmahl et al., 2009). Im Gegensatz dazu fassten Petermann et al. (2009) zusammen, dass die Prävalenz von SVV in der Allgemeinbevölkerung zwischen 1 bis 4% angenommen werden kann. Auch Briere und Gil, (1998, zitiert nach Klonsky et al., 2007) und Klonsky et al., (2003, zitiert nach Klonsky et al., 2007) berichteten über etwa 4%ige Prävalenz von Erwachsenen in der Allgemeinbevölkerung. Moro (2007) weist bei SVV auf eine zunehmende Inzidenz in der Allgemeinbevölkerung hin.

Gründe für die breite Streuung könnten nach Schmahl et al. (2009) die unterschiedlichen Definitionen von SVV, verschiedene Erhebungsmethoden, keine repräsentativen Stichproben, Unterschiede der untersuchten Altersbereiche oder fehlende Kontrollen von psychiatrischen Auffälligkeiten sein.

Bei psychiatrischen Patienten wird in der Literatur übereinstimmend von einer höheren Selbstverletzungsrate gesprochen (Klonsky et al., 2007; Petermann et al., 2009; Siebert, 2007). Gemäss Briere et al. (1998, zitiert nach Klonsky et al., 2007) tritt Selbstverletzung bei etwa 20% der erwachsenen psychiatrischen Patienten auf. Petermann et al. (2009) sind der Meinung, dass im klinischen Bereich verschiedene Patientengruppen unterschieden werden müssen. Im angloamerikanischen Raum wird nach Schmahl et al. (2009) im Bereich der psychischen Erkrankungen das selbstverletzende Verhalten bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen (BPS) mit 73% bis 90% am höchsten gehalten. Die BPS ist ein komplexes Krankheitsbild, das mit Störungen der Emotionsregulation, des Denkens und der Identität, einhergeht. Zusätzlich kommen Defizite im zwischenmenschlichen Bereich und auf der Verhaltensebene hinzu (Merod, 2011).

4.5.1 Geschlechterverteilung

Die Geschlechterverteilung wird in der Forschung sehr kontrovers diskutiert (Petermann et al., 2009). Klonsky et al. (2007), Siebert (2007) und Schmahl et al. (2009) beschrieben,

dass von SVV mehr Frauen als Männer betroffen sind. Laut Morgan et al. (1975, zitiert nach Hicks und Hinck, 2007) sind Frauen viermal häufiger davon betroffen. Dies könnte nach Sachsse (2002, zitiert nach Siebert, 2007) auf den häufigen sexuellen Missbrauch von Mädchen zurück zu führen sein. Mehrere Autoren (Herpertz et al. 1997; Langbehn und Pfohl 1993, zitiert nach Schmahl et al., 2009) stellten fest, dass bei psychiatrischen Patienten das weibliche Geschlecht deutlich überwiegt.

Jedoch haben weitere Studien auch bei Männern ähnliche Gesamtraten wie bei den Frauen gefunden (Briere et al., 1998, zitiert nach Klonsky et al., 2007; Klonsky et al., 2003, zitiert nach Klonsky et al., 2007; Whitlock et al., 2006, zitiert nach Klonsky et al., 2007). Schmahl et al. (2009) berichteten bezüglich SVV über eine heterogene Geschlechterverteilung. Auch Pattson und Kahan (1983, zitiert nach Hicks et al., 2007) äusserten, dass SVV bezüglich dem Geschlecht fast gleichermassen aufgeteilt ist.

In der Literatur bleibt unklar, ob Selbstverletzung bei einem Geschlecht häufiger auftritt als beim anderen (Hicks et al., 2007). Petermann et al. (2009) kamen ebenfalls zum Schluss, dass der Geschlechtsunterschied bei Menschen mit SVV als uneinheitlich zu betrachten ist. Um die Geschlechterabhängigkeit genauer zu klären, sind weitere Nachforschungen notwendig.

4.6 Ursachen

Im Folgenden wird auf die verschiedenen Ursachen von SVV eingegangen. Um SVV besser zu verstehen, werden die Ursachen unter anderem anhand eines entwicklungs-psychopathologischen Modells und verschiedener anderer Erklärungsansätze dargestellt.

4.6.1 Entwicklungspsychopathologisches Modell

Das Modell von Yates (2004, zitiert nach Petermann et al., 2009) in Abbildung 1 zeigt die Entstehung von SVV in Bezug auf traumatische Erfahrungen während der Kindheit auf. Yates (2004, zitiert nach Petermann et al., 2009) geht davon aus, dass sich auf Grund früher traumatischer Erlebnisse grundlegende motivationale, instrumentelle, emotionale und soziale Kompetenzen nicht oder nur unzureichend entwickeln. Aus dem später entstehenden Mangel an Kompetenzen können notwendige Anpassungen nicht oder nur teilweise erfolgen. Altersgemässe Aufgaben können nicht genügend erfüllt werden, was wiederum zu Belastungen führt, die nicht wirksam bewältigt werden können. Nun werden kompensatorische Strategien eingesetzt, die jedoch dysfunktional sein können. Dazu gehört unter anderem das SVV.

Das Modell zeigt auf, warum SVV meistens im Jugendalter erstmals auftritt. Jedoch ist nicht klar ersichtlich, warum SVV bei akuten Belastungen als Reaktion resultiert. Der Fokus des Modells liegt vorwiegend auf den Umweltfaktoren, wobei biologische Grundlagen nicht ausreichend betrachtet werden (Petermann et al., 2009).

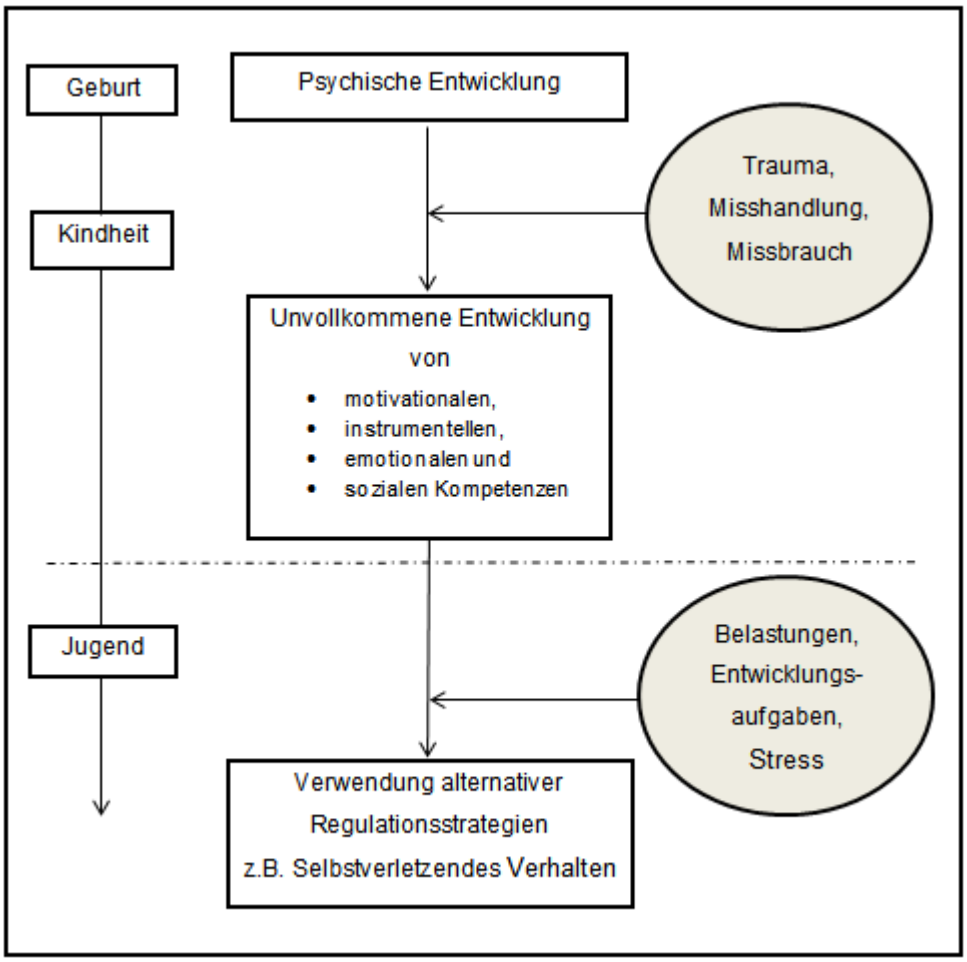

Abbildung 1. Entwicklungspsychopathologisches Modell des SVV nach Yates (2004, zitiert nach Petermann et al., 2009).

4.6.2 Biologischer Ansatz

Laut Siebert (2007) wird in der Literatur im Zusammenhang mit den biologischen Faktoren die „Endorphinhypothese“ beschrieben. Die Hypothese geht von dem allgemeinen Grundprinzip aus, dass in Stresssituationen erhöhte Mengen an Endorphin ausgeschüttet werden, die eine beruhigende, aufheiternde und schmerzmindernde Wirkung erzielen. Auch bei der Selbstverletzung kommt es zur erhöhten Endorphinausschüttung, da dieser Akt für den Körper einen Stressfaktor darstellt. Dieser Umstand kann verschiedene Folgen hervorrufen. Einerseits kann die stimmungsaufhellende und beruhigende Wirkung des

Endorphins das SVV fördern und andererseits kann von den Endorphinen ein gewisses Suchtpotenzial ausgehen, was das Wiederholen der Selbstverletzung erklären würde.

4.6.3 Psychologische Ansätze

Beim psychologischen Erklärungsansatz wird davon ausgegangen, dass sich frühere negative Erfahrungen auf die Entstehung von SVV auswirken. Durch diese negativen Erfahrungen wird die Entwicklung der Persönlichkeit beeinträchtigt. Aufgrund von Ablehnung, die Menschen erleben mussten, entstehen Aggressionen gegen sich selbst (Petermann et al., 2009). Wenn später erneut eine solche Situation wie z.B. ein Verlusterlebnis entsteht, können die daraus resultierenden Gefühle Selbstverletzung auslösen. Diese Selbstverletzung ist als Versuch der Selbstbestrafung, der Selbstbeschuldigung und als Selbstverachtung zu verstehen (Walsh und Rosen, 1988, zitiert nach Petermann et al., 2009).

4.6.4 Negative Emotionen

Nach Petermann et al. (2009) kann die Bewältigung von Belastungen und negativen Gefühlen als Ursache betrachtet werden. Studien zeigen, dass Menschen mit SVV unter spezifischen negativen Emotionen wie Wut, Reizbarkeit und Feindseligkeit leiden (Bennum und Phil, 1983, zitiert nach Petermann et al., 2009; Hillbrand, 1995, zitiert nach Petermann et al., 2009). Die vermehrte Erfahrung von negativen Emotionen kann auch nach Klonsky et al. (2007) eine Hauptursache für Selbstverletzung sein.

4.6.5 Gestörte Emotionsregulation

Nach Bradley (2000, zitiert nach Petermann et al., 2009) ist eine gestörte Emotionsregulation für die Entstehung von SVV von Bedeutung. Nach Herpertz et al. (1997, zitiert nach Petermann et al., 2009) sind Menschen mit SVV in besonderem Mass emotional erregbar. Die niedrige Reaktionsschwelle führt dazu, dass sie emotional sehr stark auf Ereignisse reagieren.

Darüber hinaus neigen Menschen mit SVV zu Gefühlsblindheit, was bedeutet, dass sie ihre Emotionen weniger bewusst erleben (Lundh, Karim und Quilisch, 2007, zitiert nach Klonsky et al., 2007; Zlotnick, Shea, Pearlstein, Simpson, Costello und Begin, 1996, zitiert nach Klonsky et al., 2007). Ausserdem haben Menschen, die sich selbst verletzen, eher Schwierigkeiten, ihre Gefühle auszudrücken (Gratz, 2006, zitiert nach Klonsky et al., 2007).

4.6.6 Gefühlsabfolge

Huband und Tantam (2004) erstellten in ihrer Studie anhand der subjektiven Wahrnehmung der Teilnehmerinnen (SVV-Patientinnen) ein Diagramm. Das in Abbildung 2 ersichtliche Diagramm konstruiert, wie eine Gefühlsabfolge am Ende zur Selbstverletzung führt. Der Spannungsaufbau/ *winding up* und die Anstrengung, Widerstand zu leisten/ *effort to resist,* wurden von den Teilnehmerinnen (SVV-Patientinnen) am häufigsten erwähnt.

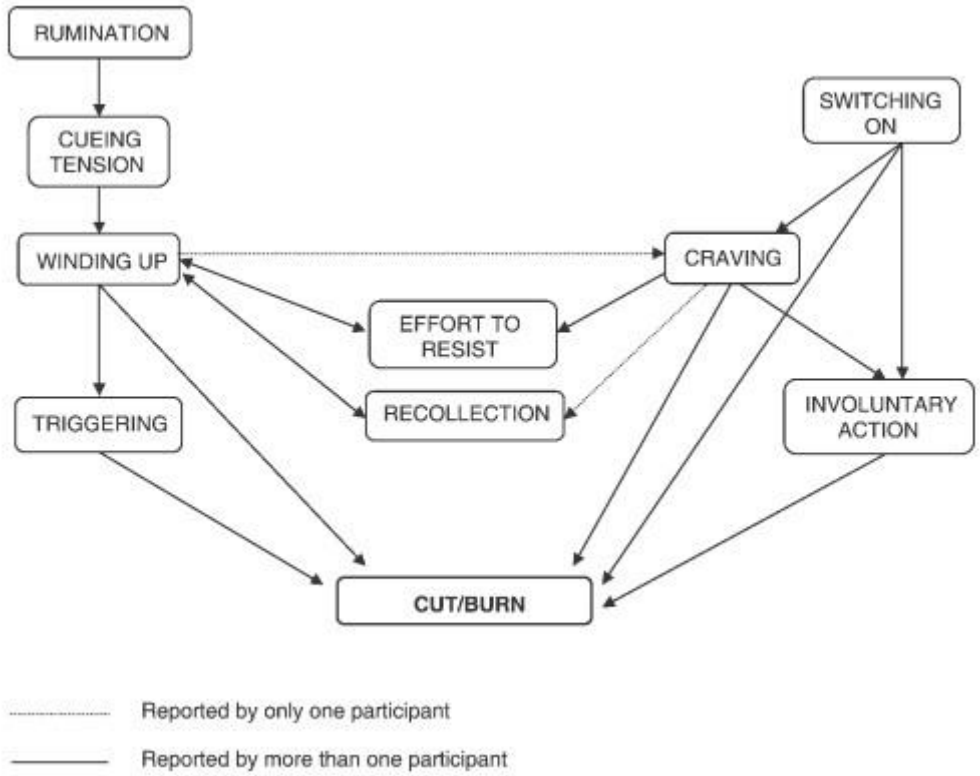

Abbildung 2. Diagramm zur Gefühlsabfolge (Huband et al., 2004).

Huband et al. (2004) eruierten bei den Teilnehmerinnen (SVV-Patientinnen) zwei Gruppen, die zwei unterschiedliche Wege von SVV repräsentierten. Der eine Weg wurde *Spring* genannt und mit dem Gefühl zunehmendem Spannungsaufbau assoziiert. Der *Switch*-Weg hingegen war mit einem plötzlichen und überwältigenden Wunsch verbunden, sich selbst zu verletzen, so als ob ein Schalter umgestellt wurde.

4.7 Risikofaktoren

In folgendem Abschnitt wird auf die Risikofaktoren eingegangen. Diese können nach Petermann et al. (2009) einen direkten oder indirekten Einfluss auf SVV haben. Die

Risikofaktoren lassen sich in soziale Faktoren, Trauma und Missbrauch sowie psychische Störungen einteilen.

4.7.1 Soziale Faktoren

Bestimmte Kennzeichen der Familie sowie der Eltern- Kind- Interaktion gelten für die Entstehung von SVV als risikoerhöhend (Petermann et al., 2009). Psychische Störungen bei den Eltern wie z.B. Depressionen oder Substanzmissbrauch erhöhen das Risiko der Kinder, SVV zu entwickeln (Levenkron, 1998, zitiert nach Petermann et al., 2009).

Konflikte in der Familie, insbesondere mit den Eltern, stellen nach Petermann et al. (2009) ebenfalls einen Risikofaktor dar. Romans, Anderson, Herbison und Mullen (1995 zitiert nach Petermann et al., 2009) zeigen auf, dass schwerwiegende zwischenmenschliche Probleme für die Entwicklung von SVV ein Risiko sein können. Soziale Bedingungen wie Stress oder soziale Isolation sind laut Petermann et al. (2009) ebenfalls mögliche Risikofaktoren.

4.7.2 Trauma und Missbrauch

Durch traumatische Erlebnisse ist die Wahrscheinlichkeit erhöht, SVV zu entwickeln (Yates, Carlson und Egeland, 2008, zitiert nach Petermann et al., 2009). Nach Zlotnick et al. (1997, zitiert nach Petermann et al., 2009) ist dabei die subjektive Belastung durch das Trauma von Bedeutung. Körperliche Misshandlung und sexueller Missbrauch in der Kindheit stellen für die Entwicklung von SVV einen der wichtigsten Risikofaktoren dar (Favazza, 1996; Clarke und Whittaker, 1998, zitiert nach Hicks et al., 2007; Strong, 1998, zitiert nach Hicks et al., 2007; Crowe und Bunclark, 2000, zitiert nach Hicks et al., 2007; Starr, 2004, zitiert nach Hicks et al., 2007; McDonald, 2006, zitiert nach Hicks et al., 2007; van der Kolk, Perry und Herman, 1991, zitiert nach Petermann et al., 2009; Briere et al., 1998, zitiert nach Petermann et al., 2009). Im Gegensatz dazu stellten Klonsky und Moyer (2007, zitiert nach Klonsky et al., 2007) aus den Ergebnissen von 43 Studien fest, dass der Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch von Kindern und Selbstverletzung gering ist. Es wird ersichtlich, dass sich die Literatur bei Missbrauch als Risikofaktor für Selbstverletzung uneinig ist.

4.7.3 Psychische Störungen

Selbstverletzung muss nicht zwangsläufig mit einer psychischen Störung einhergehen. Jedoch kann SVV in einer Reihe von psychischen Störungen auftreten, wie z.B. bei der Borderlinepersönlichkeitsstörung (BPS). Laut Andover, Pepper, Ryabchenko, Orrico und Gibb (2005, zitiert nach Rauber,

Hefti, In-Albon und Schmid, 2012), Bohus (2002, zitiert nach Rauber et al., 2012), Kleindienst et al. (2008 zitiert nach Rauber et al., 2012) und Stanly, Gemeroff, Michalsen und Mann (2001, zitiert nach Rauber et al., 2012) haben sich über 80% der Patienten mit BPS bereits selbst verletzt. Die Verbindung zwischen BPS und Selbstverletzung kommt laut Klonsky et al. (2007) zu Stande, weil beide negative Emotionalität und emotionale Dysregulation als Kerneigenschaften haben.

4.8 Gründe

Im Folgenden wird auf die verschiedenen Gründe von Selbstverletzung eingegangen, die von Selbstregulation bis hin zu manipulativem Verhalten reichen. Die aufgeführten Gründe sind meistens nicht voneinander getrennt, sondern miteinander vermischt. Es sollte berücksichtigt werden, dass SVV bei einer Person verschiedene Beweggründe haben kann und sich Betroffene oft nicht bewusst sind, was der eigentliche Grund für ihr Verhalten ist (Petermann et al., 2009).

4.8.1 Selbstregulation

Herpertz (1995, zitiert nach Petermann et al., 2009) befragte SVV-Patienten, die sich in psychiatrischer Behandlung befanden, zu den Gründen ihres Verhaltens. Dabei wurde die Regulation von Gefühlen als häufigster Grund genannt. Durch die Selbstverletzung wird den Gefühlen Ausdruck verliehen, wodurch sie kontrolliert und reguliert werden können. Die Schwierigkeit vieler Menschen mit SVV besteht darin, ihren Gefühlen normal, also verbal oder nonverbal Ausdruck zu verleihen (Petermann et al., 2009). Nach Klonsky et al. (2007) ist Selbstverletzung die häufigste Strategie, um überwältigende und negative Emotionen zu regulieren.

Weiter wird SVV als eine Strategie verwendet, um Gefühlszustände und Anspannung zu beenden, positive Gefühle zu erreichen sowie die Kontrolle über sich selber wieder zu erlangen. Diese vermeintliche Beherrschung kann zu Selbstsicherheit und Selbstwirksamkeit führen, wodurch es SVV-Patienten gelingt, den Alltag zu bewältigen. Für Betroffene wirkt SVV wie ein Ventil, um überwältigende Gefühle wie Wut und Panik abzulassen. Der Schmerz wird in physische Form umgewandelt und kann so leichter kontrolliert und ertragen werden (Petermann et al., 2009).

SVV wird von Betroffenen als beruhigend und entspannend beschrieben. Die positiven Gefühlszustände lassen sich nach Petermann et al. (2009) und Siebert (2007) durch die Freisetzung von Endorphinen erklären. Laut Hicks et al. (2007) werden die positiven Gefühle, die aus Selbstverletzung resultieren, rasch wieder durch Schuld, Verlegenheit, Selbsthass und Wut ersetzt, was einen Teufelskreis entstehen lässt. SVV

kann ausserdem helfen, die Identität betroffener Menschen zu definieren oder zu unterstützen. Dabei dient die Selbstverletzung als Versuch, die Grenzen des eigenen Körpers zu spüren (Farber, 1997, zitiert nach Petermann et al., 2009).

4.8.2 Bewältigung von belastenden Lebensereignissen

Nach Miller (1994, zitiert nach Petermann et al., 2009) stellt SVV die Reinszenierung eines Traumas dar. Durch die Wiederholung von Selbstverletzung wird versucht, das Trauma zu verarbeiten und die Kontrolle wiederzugewinnen.

Eine weitere Form im Zusammenhang mit früher erlebtem Trauma ist die Selbstverletzung als Zuwendung und Fürsorge. Da die betroffenen Kinder nicht zwischen liebevoller Fürsorge und Gewalt unterscheiden können, fassen sie Misshandlungen durch Bezugspersonen als Zuwendung auf. Damit sich Betroffene später das Gefühl von Fürsorge verschaffen können, müssen sie sich selbst verletzen (Petermann et al., 2009).

Teilweise wird die Selbstverletzung auch als Selbstbestrafung ausgeübt, vor allem im Hinblick auf Missbrauchsopfer. Diese tendieren dazu, sich selbst die Schuld am Erlebten zu geben und sich dafür bestrafen zu müssen (Siebert, 2007). Andererseits können Menschen, die einen Missbrauch erlebt haben, auch Aggressionen gegen ihr Umfeld entwickeln. Jedoch haben viele dieser Betroffenen unbewusst die Erfahrung gemacht, dass derartige Emotionen nicht nach aussen abreagiert werden sollten. Die einzige Möglichkeit um diese Aggression zu entladen, scheint für die Betroffenen die Autoaggression zu sein. Sie richten die Aggression ersatzweise auf sich selbst und entladen diese mit dem Akt der Selbstverletzung (Siebert, 2007). Nebst den vergangenen Erfahrungen können auch aktuelle Ereignisse Selbstverletzung auslösen. Dies bestätigte eine Studie von Nixon et al. (2002, zitiert nach Petermann et al., 2009).

4.8.3 Exkurs Dissoziation

Durch den Reiz der Selbstverletzung können dissoziative Zustände beendet werden, um den Kontakt zu sich selber wieder herstellen zu können (Siebert, 2007; Petermann et al., 2009; Gassmann, Marschall und Utschakowski, 2006 und Klonsky et al., 2007). Ein dissoziativer Zustand bedeutet das totale Fehlen von Kontrolle und äussert sich durch ein Taubheitsgefühl (Gassmann et al. 2006). Nach Schoppmann et al. (2007) geschieht der Übergang in die Entfremdung stufenweise. Die Gefühle eskalieren und bilden eine kontinuierlich wachsende Distanz zu sich selbst. Von aussen kann dieser Übergang unter anderem durch demotiviertes Lachen in unangepassten Situationen identifiziert werden. Teilnehmerinnen (SVV-Patientinnen) der Studie von Schoppmann et al. (2007) äusserten

während des dissoziativen Zustands Kälte zu verspüren und unter einer Sprachlosigkeit zu leiden. Diese Sprachlosigkeit wurde von den Teilnehmerinnen (SVV-Patientinnen) als häufigstes Merkmal beschrieben und hatte zur Folge, dass sie nicht in der Lage waren, Hilfe zu holen. Die Selbstverletzung wurde dann als einziger Ausweg beschrieben. Denn die visuelle und taktile Wahrnehmung des eigenen Blutes half den Teilnehmerinnen (SVV-Patientinnen), zu sich selbst zurück zu finden. Durch die Aussage einer Teilnehmerin (SVV-Patientin) aus der Studie von Schoppmann et al. (2007) kann diese Wahrnehmung besser veranschaulicht werden: „And I think the only, the only feeling I had, with lots of blood of course, when the first blood came, the feeling of blood, damp and warm, that is what I perceived“ (S. 7).

4.8.4 Soziale Funktionen

Nach Machaian (2001, zitiert nach Petermann et al., 2009) kann SVV als Mittel genutzt werden, um eine Reaktion der Umwelt zu erlangen und ernst genommen zu werden. Der Versuch, mittels Selbstverletzung Aufmerksamkeit zu erlangen, findet häufig in Umgebungen statt, in denen Zuwendung fehlt und negative Affekte vorherrschen. Beispielsweise kann dies in einer Familie, die wenig Unterstützung bietet und keinen Zusammenhalt hat, vorkommen. (Crowell et al., 2008, zitiert nach Petermann et al., 2009; Wedig und Nock, 2007, zitiert nach Petermann et al., 2009). Weiter kann die SVV von Betroffenen dazu verwendet werden, um von ihrem Umfeld Zuwendung zu erlangen (Siebert, 2007). Menschen, die sich selbst verletzen, haben oft Schwierigkeiten, eine stabile Beziehung aufzubauen. Deshalb kann die Selbstverletzung genutzt werden, um bestimmte Personen an sich zu binden. Auf der anderen Seite kann Selbstverletzung auch dem Ausdruck von Abgrenzung zu einem Menschen dienen. So kann SVV die Regulation von Nähe und Distanz unterstützen (Petermann et al., 2009).

4.8.5 Manipulatives Verhalten

Selbstverletzung kann auch als Manipulation und Beeinflussung anderer Menschen eingesetzt werden. Dies hat vor allem Einfluss auf die Gestaltung von Beziehungen. Dementsprechend tritt die Manipulation häufig im engeren Freundes- und Familienkreis auf. In Bezug auf das stationäre Betreuungsteam dient der manipulative Einsatz vor allem dazu, Aufmerksamkeit und somit verstärkte Zuwendung zu erlangen (Siebert, 2007). Nach Petermann et al. (2009) kann das Verhalten nach aussen hin manipulativ wirken, obwohl es für SVV-Patienten als eine selbstregulative Funktion gesehen wird.

5 Therapeutische Möglichkeiten

Zur Behandlung von SVV werden in der Literatur viele therapeutische Möglichkeiten beschrieben. Einige dieser Therapien werden nicht ausschliesslich von Pflegekräften, sondern in Kombination mit anderen Disziplinen durchgeführt. In dieser Arbeit werden vollständigkeitshalber alle in der zu Grunde liegenden Forschungsliteratur gefundenen Therapiemöglichkeiten aufgeführt.

5.1 Psychodynamische Therapien

Klonsky et al. (2007) erstellten ein Review, das Fachleuten als Hilfestellung bei der Betreuung von SVV-Patienten dienen soll. Das Review umfasste einen ausführlichen Überblick über die Forschung von Selbstverletzung ohne suizidale Absichten. Die Autoren fassten unter anderem wirksame Behandlungen von SVV zusammen. Die psychodynamischen Therapien und die kognitiven Verhaltenstherapien wurden als wirksam beschrieben.

Gemäss Klonsky et al. (2007) fokussieren sich die psychodynamischen Therapien auf die Entwicklung des Selbstbildes der Patienten. Diese Entwicklung wird durch die Verarbeitung vergangener Beziehungen sowie durch den Aufbau neuer, positiver zwischenmenschlichen Beziehungen erreicht. Viele der psychodynamischen Behandlungen sind entwickelt worden, um BPS zu behandeln. Bei BPS stellt die Verringerung von Selbstverletzung ein wichtiges Behandlungsziel dar.

Laut Bateman und Fonagy (2001, zitiert nach Klonsky et al., 2007), Monsen, Odland, Faugli, Daae und Eilertsen (1995, zitiert nach Klonsky et al., 2007) und Ryle (2004, zitiert nach Klonsky et al., 2007) zeigen psychodynamische Therapien eine Wirkung bei der Verringerung von Selbstverletzung. Auch Korner, Gerull, Mears und Stevenson (2006, zitiert nach Klonsky et al., 2007) berichteten, dass die psychodynamischen Therapien nicht nur signifikante Verbesserungen von SVV aufzeigen, sondern auch im Aufbau von Beziehungen, bei psychiatrischen Symptomen und bei allgemeinem Stress unterstützend wirken.

5.2 Kognitive Verhaltenstherapien

Unter die Domäne der kognitiven Therapien gehören nach Klonsky et al. (2007) die Problemlösungstherapie, die standardisierte kognitive Verhaltenstherapie, die manuell-gestützte kognitive Verhaltenstherapie (MACT) und die DBT. Nach Moro (2007) werden verschiedene Formen der kognitiven Therapien in der Behandlung mit SVV-Patienten integriert, um ihre maladaptiven Gedanken zu ändern. Unter maladaptiven Gedanken

werden Gedanken verstanden, die einst entwickelt wurden, um das Ich zu schützen, die sich aber auf die jetzige Situation oder auch auf die jetzige Altersperiode schädlich auswirken.

Die Problemlösungstherapie, die standardisierte kognitive Verhaltenstherapie und die DBT weisen Gemeinsamkeiten auf. Zu diesen gehören die Aneignung von spezifischen Fähigkeiten, wie z.B. das Erlernen von Problemlösungen, das Entwickeln von Stresstoleranz und das Erwerben von selbstsicherer Kommunikation. Da diese Elemente in allen drei oben genannten Therapien enthalten sind, äusserten Klonsky et al. (2007) die Möglichkeit, dass diese den Kernmechanismus für eine Verbesserung von SVV repräsentieren könnten. Auch die Forschung unterstützt laut Klonsky et al. (2007) die Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapien in Bezug auf die Reduzierung von Selbstverletzung. Gemäss Townsend et al. (2001, zitiert nach Klonsky et al., 2007) haben Meta-Analysen festgestellt, dass Problemlösungstherapien eine signifikante Verbesserung von SVV bewirken. Laut Crowe et al. (2000, zitiert nach Klonsky et al., 2007) zeigen auch standardisierte kognitive Verhaltenstherapien eine Wirksamkeit bei der Verringerung von SVV sowie der damit verbundenen psychiatrischen Symptome. Laut Tyrer et al. (2003, zitiert nach Klonsky et al., 2007) beweist eine Reihe von Studien, dass MACT zu einer signifikanten Reduzierung der Selbstverletzung führt und bei einer zwölf-monatigen Behandlung eine längere Zeitspanne zwischen den selbstverletzenden Handlungen eintritt.

5.2.1 Dialektisch-Behaviorale Therapie

Eine der bevorzugten Formen der kognitiven Therapien, die im psychiatrischen Setting benutzt werden, ist die DBT. Sie gehört zu den Therapieansätzen, die in der Literatur grosse Anerkennung für ihre Wirksamkeit bei der Reduzierung von Selbstverletzung erhält (Muehlenkamp, 2006, zitiert nach Klonsky et al., 2007). Die DBT wurde von Linehan im Jahre 1993 speziell zur Behandlung der BPS-Patienten entwickelt (Klonsky et al., 2007). Siebert (2007) weist darauf hin, dass ein Grossteil der BPS-Patienten ein mehr oder weniger ausgeprägtes SVV aufzeigt. Vejmola und Maetzler (2004) beschrieben, dass der Ablauf der DBT hierarchisch strukturiert ist, wobei die Reduktion von suizidalem Verhalten und SVV die obersten Prioritäten sind. Dementsprechend ist ein wichtiger Bestandteil der DBT die Reduzierung von SVV. Da die DBT bei BPS-Patienten in der Reduktion von SVV wirksam ist, kann sie nach Moro (2007) auch bei SVV-Patienten ohne BPS eine Reduktion erzielen. Untersuchungen von McKay, Wood und Brantley (2008) haben ergeben, dass

DBT die Fähigkeit eines Menschen stärkt, mit Stress umgehen zu können und die Kontrolle zu behalten.

Laut Siebert (2007) ist die DBT ein Therapiekonzept, das aus mehreren Einzeltherapiephasen und einem Gruppentherapieprogramm aufgebaut ist. Vor allem im Gruppenprogramm wird auf SVV eingegangen. Die Patienten werden in diesem Programm in selbstverletzungsreduzierenden Fertigkeiten geschult. Diese Fertigkeiten werden von Bohus (2002, zitiert nach Siebert, 2007) *Skills*[2] genannt. Im *Skills-Training* des Gruppenprogramms wird den Patienten eine Vielzahl an *Skills* angeboten, die in Stresssituationen anstelle des SVVs angewendet werden sollen. Das Ziel ist es, dass der Patient eine Auswahl an spezifischen *Skills* findet, die sich für seine individuellen Probleme am nützlichsten erweisen. Im *Skills-Training* werden laut Merod (2011) den Patienten bereits vorhandene *Skills* bewusst gemacht und neue hilfreiche *Skills* vermittelt, um diese gezielt in Krisensituationen anwenden zu können. Da es wichtig ist, dass die Pflegekräfte die SVV-Patienten beim *Skills-Training* unterstützen, wird dieses Thema im Kapitel 6 nochmals aufgegriffen.

6 Pflegerische Interventionen

Eine Definition aus dem Pschyrembel (2007) beschreibt Pflegeinterventionen folgendermassen: „Komplexes Gefüge einzelner Pflegemassnahmen zu einer sinnvollen Einheit […]“ (S. 579).

In dieser Arbeit werden unter Pflegeinterventionen Massnahmen verstanden, die eigenständig durch Pflegekräfte durchgeführt werden und individuell auf die Problematik oder Erkrankung des Patienten abgestimmt sind. Dabei soll das Wohlbefinden des Patienten gesteigert und im Fall der Selbstverletzung die Erhaltung des Körpers im Vordergrund stehen. Ressourcen des Patienten werden mit einbezogen und erhalten, ausserdem wird die Autonomie des Einzelnen gewahrt.

6.1 Skills

Ahrens (2006) führte in ihrem Artikel Alternativen zu SVV auf. Diese können den *Skills* aus dem *Skills-Training* der DBT gleichgesetzt werden. Merod (2011) beschrieb die *Skills* als „[…] kognitive, emotionale und handlungsbezogene Reaktionen, die sowohl kurz- als auch langfristig zu einem Maximum an positiven und einem Minimum an negativen Ergebnissen führen“ (S.148). Diese Definition verdeutlicht, dass alle Menschen jeden Tag eine Vielzahl

[2] In der ganzen Arbeit wird der Begriff *Skill* verwendet.

von *Skills* verwenden, ohne das Bewusstsein dafür zu haben (Merod, 2011). In der Tabelle 5 werden verschiedene *Skills* ersichtlich, die nach den fünf Wahrnehmungsbereichen aufgeteilt werden.

Tabelle 5

Auswahl an Skills (in Anlehnung an Ahrens, 2006).

Optische Reize
- Bilder und Postkarten anschauen und vom Patienten möglichst genau beschreiben lassen - Die Farbe Grün oder der Anblick eines Waldes vom Patienten wie ein Bild beschreiben lassen - Die Farbe Rot vom Patienten beschreiben lassen (Vorsicht, kann sich auch negativ auswirken)
Sensorische Reize
- Warmes Wasser verwenden - Warme rote Farbe über Arme und Hände laufen lassen - Ein sehr heisses Bad (45-47°C) nehmen - Mit Igelbällen die Innenseite der Unterarme abrollen - Wärmecreme verwenden - Eiswürfel auf die Arme und/oder Stirn pressen (höchstens 3 Minuten) - Massage mit eisgekühlter Minzöl-Mischung, von der Stirn beginnend über Schläfen Richtung Ohren und kreisend über Kopfhaut (Vorsicht bei hoher Anspannung wegen Körperkontakt am Kopf) - Gummiband am Handgelenk anlegen und an der Innenseite schnappen lassen - Drücken von Schmerzpunkten z.B. schmerzempfindliche Sehnenansätze - Kleiner Stein in Schuhe legen oder barfuss über unebene Gegenstände gehen

Fortsetzung Tabelle 5

Auswahl an Skills (in Anlehnung an Ahrens, 2006).

Geschmackliche Reize	
- In eine frische Zitrone oder in frischen Ingwer beissen - Einen Teelöffel scharfen Senf oder Tabasco einnehmen - In frischen Meerrettich oder eine Chilischote beissen - Eine Brausetablette lutschen	
Akustische Reize	**Olfaktorische Reize**
- Laute Geräusche, z.B. Windspiel, Blechfrösche oder laute Musik	- Starke Aromaessenzen, z.B. Melisse, Teebaumöl usw. mittels Watte riechen

Mit dem Einsatz der *Skills* wird versucht, eine innere Übereinstimmung herzustellen und den Stress als physiologische Reaktion auf belastende Situationen anzuerkennen. Manchmal helfen *Skills* nicht sofort, da sie nicht die gleiche Endorphinausschüttung erreichen wie die Selbstverletzung an sich. Dem bisherigen Verhalten kann nur mit viel Geduld, viel Ermutigung und kreativem Ausprobieren von anderen Methoden begegnet werden. Pflegekräfte sollen mit Empathie zum Einsatz der *Skills* ermutigen und Patienten anspornen, diese zu gebrauchen (Ahrens, 2006).

Die *Skills* werden je nach Spannungszustand des Betroffenen gewählt. Um den Spannungszustand einzuschätzen, muss er visuell erfasst und dokumentiert werden. Dafür wird der Einsatz einer Spannungskurve empfohlen. Die SVV-Patienten schätzen ihre Anspannung mit einer Zahl zwischen Null und Zehn ein. Zehn stellt die höchste und schlimmste Anspannung dar, die sich die SVV-Patienten vorstellen können. Null bedeutet, keine Anspannung zu verspüren. So können innere Zustände sichtbar gemacht werden, um Emotionen, Kognitionen und Handlungen besser zu beherrschen (Ahrens, 2006). Linehan (1996, zitiert nach Ahrens, 2006) und Schopf (2004, zitiert nach Ahrens, 2006) berichteten, dass depressive und suchtkranke Patienten sowie Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung vom Einsatz der Spannungskurve profitiert haben.

6.1.1 Der Notfallkoffer

Siebert (2007) beschreibt, dass die Patienten im Gruppentraining der DBT dazu angeleitet werden, sich einen persönlichen Notfallkoffer einzurichten. Nach Siebert (2007) beinhaltet dieser verschiedene *Skills* zur Spannungsreduktion. Ahrens (2006) rät ebenfalls dazu, mit SVV-Patienten einen persönlichen Notfallkoffer mit hilfreich erachteten *Skills* zusammenzustellen. Es kann ein Behältnis gefüllt oder eine Liste mit individuellen *Skills* erstellt werden. Zusätzlich sollten Telefonnummern von Personen, an die sich Betroffene wenden können, aufgeführt werden und im Koffer enthalten sein. Ebenfalls gehören Bedarfsmedikamente dazu.

6.2 Special Observation

Unter *special Observation* wird die ständige Beobachtung eines selbstgefährdeten Patienten verstanden (Ray, Perkins und Meijer, 2011). Diese kann mit der 1:1-Betreuung, die unter anderem in der Schweiz angewendet wird, verglichen werden. Bowers, Gourney und Duffy (2000, zitiert nach O'Donovan, 2007) beobachteten, dass *special Observation* eine der häufigsten Präventionsstrategien für Selbstverletzung im stationären Bereich ist.

Ray et al. (2011) hinterfragten in ihrer Studie die *special Observation* bei SVV-Patienten und suizidalen Patienten. Für diese Studie gründeten diplomierte Pflegekräfte eine Arbeitsgruppe, um zu analysieren, ob eine *special Observation* gelockert werden konnte, sofern der Patient von dieser nicht profitierte. Sie wollten herausfinden, welche Alternativen es gab. Die Autoren entwickelten ein *Tool* in Form einer Abmachung zwischen den SVV-Patienten und den Pflegekräften. Dieses *Tool* beinhaltete, dass für den Patienten eine klar bestimmte Pflegekraft zuständig war. Diese Pflegekraft musste sich immer in der Nähe des Patienten aufhalten und ansprechbar sein. Der Patient hatte die Anweisung, sich bei Selbstverletzungsgedanken an diese Pflegekraft zu wenden. Ausserdem musste die Tür des Patientenzimmers offen bleiben. Wenn der Patient das Bad aufsuchen wollte, musste er sich bei der Pflegekraft melden. Zudem musste der Patient einen Vertrag unterzeichnen, der beinhaltete, dass gefährliche Gegenstände der Pflege abgegeben werden mussten. Die Autoren betonten, dass der Patient diesen Vertrag für seine Sicherheit unterzeichnen musste. Die Beziehung zwischen dem Patienten und der Pflegekraft spielte eine wichtige Rolle, vor allem damit die Pflegekraft den Patienten besser einschätzen konnte. Die Autoren beschrieben, dass im Zusammenhang mit der Verwendung des *Tools* keine ernsthaften Selbstverletzungen

auftraten. Zusätzlich machten die Autoren während der Verwendung des entwickelten *Tools* eine Gallup-Umfrage zur Mitarbeiterzufriedenheit.

Ray et al (2011) kamen zum Schluss, dass Beobachtung wichtig ist und sich weiterhin am besten eignet, um die Sicherheit für Patienten zu gewährleisten. Die Pflegekräfte sollten jedoch weniger restriktiv und aufdringlich sein. Zudem konnte der Einsatz dieses *Tools* die Zufriedenheit des Personals und dessen Sicherheitsgefühl bei einer herausfordernden Patientenpopulation erhöhen. Die Autoren betonten, dass mit dem Durchführen dieses *Tools* passives Beobachten durch aktives Engagement für eine individuelle Patientenversorgung ersetzt wurde.

In O'Donovans Studie (2007) wurden präventive Massnahmen und Interventionsstrategien für SVV-Patienten ohne suizidale Absicht erfasst. Diese wurden von Pflegekräften in einem akuten psychiatrischen stationären Setting eingesetzt. Es wurden semi-strukturierte Interviews mit acht psychiatrischen Pflegekräften durchgeführt. Alle Teilnehmer (Pflegekräfte) hatten Erfahrungen mit SVV-Patienten. Nach O'Donovan (2007) gehört die *special Observation* zur Prävention von Selbstverletzung. Im Assessmentprozess wurde entschieden, ob eine *special Observation* notwendig war. Aufgrund von Selbstverletzung auf der Station konnte die *special Observation* auch als reaktive Massnahme eingesetzt werden. Die Einleitung und der Abbruch der *special Observation* waren in erster Linie eine ärztliche Entscheidung, wobei die Pflegekräfte Einfluss nehmen konnten. Die Teilnehmer (Pflegekräfte) berichteten, dass *special Observation* über eine kurze Zeitperiode nützlich sein konnte, aber als Langzeitintervention nicht hilfreich war. Zudem waren die Teilnehmer (Pflegekräfte) mit dieser Intervention unzufrieden, weil die *special Observation* in die Intimsphäre des Patienten eindringt.

6.3 No-harm Verträge

Die Begriffe „*No-harm* Verträge" und „*No-suicide* Verträge" werden in der Literatur austauschbar beschrieben als mündliche oder schriftliche Vereinbarungen zwischen den Patienten und den Pflegekräften, um entweder Selbstverletzung oder Suizid zu verhindern (Farrow, 2003, zitiert nach O'Donovan, 2007). In dieser Arbeit wird nur der Begriff *No-harm* Vertrag verwendet und bezieht sich ausschliesslich auf die Verhinderung von Selbstverletzung.

Hermann (2002, zitiert nach Ahrens, 2006) und Smith, Cox und Saradijan (2000, zitiert nach Ahrens, 2006) belegten, dass beim Einsetzen von *No-harm* Verträgen die innere

Anspannung signifikant ansteigen kann. Ein Problem dieser Verträge ist nach Ahrens (2006), dass sich die Klinik sowie das Personal zu nichts verpflichtet, wodurch die Vertragslast beim Patienten liegt. Viele dieser Verträge sind mit niedrigen Sanktionen verbunden, was oft mit Beziehungsabbrüchen gekoppelt ist. Dadurch besteht die Gefahr, dass sich dieser pathologische Kreislauf wiederholt. Ahrens (2006) rät an dieser Stelle, besser von Absichtserklärungen zu sprechen und mit Instrumenten wie der Spannungskurve und dem Notfallkoffer zu arbeiten.

In der Studie von O'Donovan (2007) legten die Teilnehmer (Pflegekräfte) die Priorität unter anderem auf die Verwendung von *No-harm* Verträgen, um der Selbstverletzung vorzubeugen. Jedoch kam O'Donovan (2007) mittels Forschungsliteratur zum Schluss, dass die *No-harm* Verträge bei der Verhinderung von Selbstverletzung nicht wirksam sind.

6.4 Umgebungsgestaltung

In O'Donovans Studie (2007) beschrieben die Teilnehmer (Pflegekräfte) das Entfernen von scharfen Gegenständen als wichtigste Methode, um eine sicherere Umgebung zu gewährleisten. Jedem Patient wurden Rasiermesser und Scheren abgenommen. Die Entfernung von weiteren Gegenständen wurde individuell und je nach Situation entschieden. Die Entscheidung darüber, welche Gegenstände entfernt wurden, basierte auf der Erzählung der Betroffenen. Die Pflegekräfte erlebten diese Entscheidung als sehr anspruchsvoll, da anhand der subjektiven Erzählung des Patienten eine Einschätzung erfolgen musste (O'Donovan, 2007).

6.5 Dissoziation beenden

Da die Dissoziation ein häufiger Zustand ist, welcher der Selbstverletzung vorausgeht und diese auch auslösen kann, wird in diesem Kapitel näher auf Interventionen bei SVV-Patienten mit dissoziativen Zuständen eingegangen.

Schoppmann et al. (2007) führten eine hermeneutische phänomenologische Studie durch, um Erfahrung von SVV-Patientinnen mit dissoziativen Zuständen aufzuzeigen. Das Ziel war es, mit den gewonnenen Erkenntnissen das Verständnis für diese gefährdete Gruppe zu vergrössern. In dieser Studie wurden SVV-Patientinnen und eine Pflegekraft mittels qualitativen *in-depth* Interviews befragt. Die Teilnehmerinnen (SVV-Patientinnen) erzählten, wie sich ein dissoziativer Zustand anfühlte und welche Pflegeinterventionen hilfreich waren. Erfahrungen der Patienten zu kennen und deren Expertise und Autonomie zu respektieren, stellten nach Schoppmann et al. (2007) Voraussetzungen dar, damit Pflegeinterventionen für die Teilnehmerinnen (SVV-Patientinnen) hilfreich waren.

Um das Beenden einer Dissoziation zu unterstützen, war es hilfreich, als Pflegekraft eine persönliche Führung zu übernehmen. Dies bedeutete, dass die Pflegekräfte für eine gewisse Zeit die Leitung übernahmen und klare Anweisungen gaben. Wenn in einem dissoziativen Zustand z.B. eine Sprachlosigkeit auftritt, kann eine physikalische Präsenz, wie das Halten der Hände, indiziert sein. Diese körperliche Intervention dient einerseits dazu, mit dem Patienten in Kontakt zu treten, wenn verbale Kommunikation nicht möglich ist und andererseits kann dadurch Sicherheit vermittelt werden. Die Teilnehmerinnen (SVV-Patientinnen) empfanden körperliche Berührungen als hilfreich, wenn diese warm und fürsorglich waren sowie Schutz und Sicherheit vermittelten (Schoppmann et al., 2007).

Damit körperliche Berührung zugelassen wird und wirksam sein kann, sind die persönliche Beziehung und das Vertrauen der Patienten zu den Pflegekräften wichtig. Dies setzt voraus, dass die Patienten Hilfe suchen und annehmen können. Die Teilnehmerinnen (SVV-Patientinnen) dieser Studie beschrieben, dass unbekannte Pflegekräfte wenig Einfluss hatten und nicht als Hilfe beigezogen wurden. Da das Vertrauen und die Zuverlässigkeit eng miteinander in Verbindung stehen, spielen beide beim Aufbau einer Beziehung eine wichtige Rolle (Schoppmann et al., 2007).

6.6 Beziehungsaufbau

Der Kernpunkt einer effektiven Behandlung von SVV stellt eine empathische, vorurteilsfreie Beziehung zum Patienten dar (Klonsky et al., 2007).

Nach Ahrens (2006) ist nicht die Beendigung von SVV das primäre Ziel, sondern eine vertrauensvolle, funktionierende Pflege-Patienten-Beziehung. Siebert (2007) stimmt der Wichtigkeit einer positiven Beziehungsgestaltung bei SVV-Patienten zu. Grundlagen für eine pflegerische Beziehung sind Fachwissen und Pflegefertigkeiten sowie ein gewisses Interesse am Patienten. Ebenso wichtig sind Verantwortungsübernahme, Abwägen von Nähe und Distanz und Akzeptanz des Patienten als vollwertigen Partner. Ergänzend sind der Einbezug des SVV-Patienten in den Pflegeablauf sowie die Planung der Behandlung von grosser Bedeutung (Ahrens, 2006). Pflegekräfte sollen laut Siebert (2007) aktiv auf SVV-Betroffene zugehen, mit ihnen das Gespräch suchen und sie anregen, an Stationsaktivitäten teilzunehmen. Dabei sind die Pflegekräfte dafür verantwortlich, Bedingungen für eine gelingende Kommunikation zu schaffen und Hindernisse aufzuheben. Milieugestaltung, menschliches Verhalten, Reflexion, Teamarbeit, Kooperation und eine umfängliche Patientenbeobachtung tragen zu einem Zugang zum

Patienten bei (Schädle-Deininger, 2006). Nach Rogers (2004) erfordert eine Beziehung von der Pflegekraft Authentizität und Transparenz sowie das Zeigen wahrer Gefühle. Der Umgang mit SVV-Patienten sollte von Empathie und Akzeptanz geprägt sein (Siebert, 2007).

Druckaufbau auf den SVV-Patienten ist möglichst zu vermeiden, es soll eher eine ressourcenorientierte Sichtweise erfolgen. Trotzdem dürfen Pflegekräfte Selbstverletzung weder gut heissen noch unterstützen. Für den Hintergrund des SVV und die spezifische Problematik des Patienten sollte das Gefühl von Verständnis aufgebracht und Unterstützung angeboten werden (Siebert, 2007). Nichternstnehmen, Beziehungsabbruch, mangelnde Empathie, Ratlosigkeit und Überforderung gilt es als Reaktion auf Selbstverletzung stets zu vermeiden (Siefen, Ries und Murafi, 2002, zitiert nach Siebert, 2007).

6.7 Teamkultur fördern

Die Betreuung von SVV-Patienten ist in der Frage der Angemessenheit immer eine Gratwanderung und stellt eine Herausforderung dar. Dies kann auch in einem Team zu Konflikten führen (Siebert, 2007). Deshalb sind Gespräche im Team und Supervisionen von grosser Wichtigkeit und können entlastend wirken (Ahrens, 2006; Schoppmann et al., 2007). Denn Pflegekräfte dürfen ihre Psychohygiene nicht ausser Acht lassen (Schoppmann et al., 2007). Wenn Pflegekräfte mit einer Situation nicht klar kommen, sollten sie ehrlich zugeben, dass es sie belastet. Patienten sollen nicht für die Gefühle von Pflegekräften verantwortlich gemacht werden (Ahrens, 2006; Schoppmann et al., 2007). Die Kommunikation und der Austausch innerhalb des Teams fördern die gesamte Teamkultur (Siebert, 2007).

7 Behandlungserfahrungen aus der Praxis

In diesem Kapitel werden auf Erfahrungen aus der Perspektive der Pflegekräfte und der SVV-Patienten eingegangen. Die aufgeführten Erfahrungen sind wichtige Anhaltspunkte, die von Pflegekräften beim Ausführen von Interventionen berücksichtigt werden sollten.

7.1 Erfahrungen von Pflegekräften

Da die Pflegekräfte als einzige Disziplin in ständigem Kontakt mit den Patienten stehen, können sie SVV-Patienten stets beobachten, täglich ihr Befinden wahrnehmen und Veränderungen erkennen. Deshalb ist es wichtig, auch die Seite der Pflege zu betrachten.

In der Studie von Wilstrand, Lindgren, Gilje und Olofsson (2007) war es das Ziel, Erfahrungen von Pflegekräften bei der Betreuung von psychiatrischen Patienten mit SVV zu beschreiben. Hierfür wurden sechs Pflegekräfte, die auf einer akut psychiatrischen Abteilung arbeiteten und Erfahrungen mit SVV-Patienten hatten, befragt. Die Teilnehmer (Pflegekräfte) mussten eine befriedigende und eine unbefriedigende Erfahrung bei der Betreuung eines SVV-Patienten nennen.

Die Teilnehmer (Pflegekräfte) beschrieben die Angst und die Machtlosigkeit, dass sich der Patient jederzeit verletzen konnte. Ausserdem erkannten die Teilnehmer (Pflegekräfte), dass sie zu wenig Verständnis für die Probleme der Patienten hatten und äusserten nicht zu wissen, wie sie sich um deren Probleme kümmern sollten. Die Teilnehmer (Pflegekräfte) erzählten, dass sie bei überfordernden Situationen Frustration verspürten und die entstandene Wut nicht abbauen konnten. Dabei wurde beschrieben, dass einige Pflegekräfte die Kontrolle über ihre Emotionen verloren (Wilstrand et al., 2007).

Weiter berichteten die Teilnehmer (Pflegekräfte), dass die Betreuung von SVV-Patienten einerseits eine Herausforderung darstellte und andererseits eine Möglichkeit war, hilfreich zu sein oder Hoffnung geben zu können. Für das Festlegen von Nähe und Distanz wurde Feingefühl und Sensibilität als nötig erachtet. Teilnehmer (Pflegekräfte) erzählten, dass sich der Umgang mit den eigenen Gefühlen als schwierig erweisen konnte, vor allem, wenn diese während der Betreuung aufkamen. Durch die Unterstützung und den Austausch mit den Mitarbeitern fühlten sich die exponierten Pflegekräfte bestätigt und nicht alleine, was als wichtig empfunden wurde. Die Bedeutung sowie die Notwendigkeit einer Nachbesprechung nach schwierigen Ereignissen wurden ebenfalls beschrieben. Für die Pflegepraxis wünschten sich die Teilnehmer (Pflegekräfte) kleinere Einheiten, die nur SVV-Patienten betreuen sowie ausreichend Finanzen, geschulte Pflegekräfte und genügend Zeit. In dieser Studie wurde ein Mangel an Wissen und Verständnis über SVV ersichtlich und die Ergebnisse zeigten eine Belastung der Pflegekräfte bei der Betreuung von Patienten mit SVV (Wilstrand et al., 2007).

In der Studie von O'Donovan (2007) wendeten die Teilnehmer (Pflegekräfte) die therapeutische Interaktion bei SVV-Patienten als Interventionsstrategie an. Dies beinhaltete ein tägliches Treffen zwischen der Pflegekraft und dem Patienten. Für die Gestaltung dieser Treffen wurden von den Teilnehmern (Pflegekräfte) verschiedene Strategien angewendet. Beispiele dafür waren, sich auf das Leben ausserhalb der Institution zu konzentrieren, die Hoffnung des Betroffenen zu wecken, ermutigende Sätze

auf ein Papier zu schreiben oder Stressmanagement und Durchsetzungsvermögen mittels Rollenspielen zu üben. Der Einsatz von therapeutischen Interaktionen wurde auch von Barker (2001, zitiert nach O'Donovan, 2007) empfohlen.

In O'Donovans Studie (2007) berichteten drei Teilnehmer (Pflegekräfte), dass sie als präventive Massnahme negative Konsequenzen einsetzten. Die Patienten wurden nach einer Selbstverletzungsaktion auf der Station sanktioniert, was weitere Episoden der Selbstverletzung verringerte. Gemäss O'Donovan (2007) zählen Ablenkungsstrategien einschliesslich der Entspannungstechniken, wie spazieren gehen oder ein Bad nehmen, ebenfalls zur Prävention von Selbstverletzung.

7.2 Patientenerfahrung

Die Sicht des Patienten und dessen Wünsche sind wichtig und relevant, um eine angemessene Pflege zu erreichen. Der Patient ist der Experte und soll als solcher betrachtet werden (Siebert, 2007). Niemand kennt seine Gefühle und seinen Körper besser als der Patient selbst, deshalb soll auf die Patientenmeinung Wert gelegt werden.

Wilstrand, Lindgren, Gilje und Olofsson (2004) befragten neun schwedische Frauen, die eine Vorgeschichte mit Selbstverletzung hatten. Ziel war es, ihre Erfahrungen zu erhaltener und gewünschter Pflege zu beschreiben. Die Datensammlung erfolgte mittels narrativen Interviews.

Die Teilnehmerinnen (SVV-Patientinnen) beschrieben, dass sie von den Pflegekräften Beachtung geschenkt bekommen möchten. Dabei wünschten sie sich, dass ihre emotionale Belastung wahrgenommen wurde. Dies bedeutete, dass die Menschlichkeit und Einzigartigkeit des Patienten geschätzt wurde. Wenn den Teilnehmerinnen (SVV-Patientinnen) keine Wertschätzung entgegengebracht wurde, erschwerte dies für sie jegliche Kommunikation mit den Pflegekräften. Die Teilnehmerinnen (SVV-Patientinnen) erwarteten, als Mensch mit Wünschen und Bedürfnissen und nicht als Mensch mit Schwierigkeiten angesehen zu werden. Freundlichkeit, Offenheit und Zeit geschenkt zu bekommen, erlebten die Teilnehmerinnen (SVV-Patientinnen) als positiv. Die Pflegekräfte sollten den Mut haben, die Selbstverletzung anzusprechen und die SVV-Patienten nach ihrem Befinden zu fragen. Denn die Teilnehmerinnen (SVV-Patientinnen) fühlten sich geschätzt, wenn die Pflegekräfte ihre Probleme ernst nahmen und sie bei der Problemlösung unterstützten. Nur so konnten die Teilnehmerinnen (SVV-Patientinnen) sich selbst schätzen lernen. Ein sicheres Umfeld und der Kontakt mit den Pflegekräften beschrieben die Teilnehmerinnen (SVV-Patientinnen) als wichtig. Für die Teilnehmerinnen

(SVV-Patientinnen) war es von grosser Bedeutung, von den Pflegekräften Vertrauen geschenkt zu bekommen und sich auf sie verlassen zu können. Zusätzlich erwarteten sie, dass Pflegekräfte Verständnis für ihr SVV, die individuellen Gründe und die damit verbundenen Gefühle entgegenbrachten (Wilstrand et al., 2004).

Die Teilnehmerinnen (SVV-Patientinnen) beschrieben, dass ihr Verhalten von den Pflegekräften stigmatisiert wurde. Dies führte dazu, dass sich die Teilnehmerinnen (SVV-Patientinnen) nicht wertvoll, sondern einsam und verlassen fühlten, obwohl sie ursprünglich Hilfe in Anspruch nehmen wollten. Die Teilnehmerinnen (SVV-Patientinnen) erlebten überbeanspruchte Pflegekräfte, die nicht zur Verfügung standen und ihnen keine Zeit widmeten. Ausserdem erzählten die Teilnehmerinnen (SVV-Patientinnen) von viel ungeplanter Zeit auf der Abteilung ohne jegliches Behandlungsangebot. Sie hatten das Gefühl, wenig Einfluss auf die Pflegekräfte zu haben und wenig Wünsche oder Veränderungen einbringen zu dürfen. Zudem fanden es die Teilnehmerinnen (SVV-Patientinnen) ungerecht, dass therapeutische Beziehungen ohne ihr Wissen abgebrochen wurden. Allgemein fühlten sich die Teilnehmerinnen (SVV-Patientinnen) zu wenig beachtet und vernachlässigt. Die Teilnehmerinnen (SVV-Patientinnen) beschrieben, Überforderung der Pflegekräfte erlebt zu haben. Sie erzählten z.B. eine Situation, wo ein Mitpatient von einer Pflegekraft angeschrien wurde (Wilstrand et al., 2004).

7.3 Rangfolge von Pflegeinterventionen

In der Studie von Huband et al. (2004) wurden zehn SVV-Patientinnen über ihre Erfahrungen befragt. In den semi-strukturierten Interviews schilderten die Frauen, wie sie von Pflegekräften erhaltene Interventionen gegen Selbstverletzung wahrnahmen. Die Antworten wurden von den Forschern in 14 Managementstrategien eingeteilt, woraus die in Abbildung 3 ersichtliche Rangfolge entstand.

	Participants' views		Clinicians' views[a]	
Strategy	Rank	*M*	Rank	*M*[b]
Having available a long-term relationship with one key worker	1	3.9	8	1.2
Being encouraged to talk about and express feelings from your past	2	3.4	2	2.4
Being given a 24-hour emergency contact telephone number	3	2.2	11	0.2
Getting counselling or psychotherapy	4	2.1	5	1.6
Taking prescribed medication	5	2.0	13	−1.2
Having contact with staff who don't show a lot of emotion about self-injury	6	1.6	6	1.6
Being asked about any sexual problems in your past	7	1.5	7	1.4
Regular discussions taking place between all staff involved in your care	8	1.1	1	3.9
Being admitted to hospital	9	1.0	14	−1.8
Having staff pay minimum attention to your wounds	10	1.0	9	2.0
Having others take charge of sharp objects	11	0.5	12	−1.2
Being encouraged to care for your own wounds yourself	12	0.1	4	1.8
Being encouraged to have contact with only certain staff	13	0.0	10	0.8
Being taught relaxation techniques	14	−1.7	3	2.0

Notes: [a]data from Huband and Tantam (1999); [b]mean scores scaled to range −4 to +4.

Abbildung 3. Rangfolge der Managementstrategien (Huband et al., 2004).

Eine Langzeitbeziehung zu einer Bezugsperson und Gefühle über die Vergangenheit auszudrücken, wurde von den Teilnehmerinnen (SVV-Patientinnen) für die Reduzierung von Selbstverletzung insgesamt als hilfreichste Methoden bewertet. Die Beratung und die Psychotherapie empfanden die Teilnehmerinnen (SVV-Patientinnen) ebenfalls als geeignete Intervention. Gelehrte Entspannungstechniken wurden am wenigsten hilfreich erlebt. Einzelne Teilnehmerinnen (SVV-Patientinnen) beschrieben, dass Entspannung sogar den Drang nach Selbstverletzung förderte (Huband et al., 2004).

Die Autoren erstellten mit den Ergebnissen einer früheren Studie (1999) eine weitere Rangfolge aus Sicht der Pflegekräfte. Die Pflegekräfte dieser früheren Studie und die Teilnehmerinnen (SVV-Patientinnen) der aktuellen Studie hatten eine ähnlich positive Meinung über das Ausdrücken von Gefühlen der Vergangenheit. Die Nützlichkeit bestimmter Strategien wurden in den beiden Rangfolgen unterschiedlich bewertet. Die Teilnehmerinnen (SVV-Patientinnen) der aktuelleren Studie empfanden die

Spitaleinweisung, die Medikamente und eine Langzeitbeziehung zu einer Bezugsperson hilfreicher, während die Pflegekräfte der früheren Studie regelmässige interdisziplinäre Gespräche und die Entspannungstherapie als nützlicher bewerteten. Die Autoren stellten fest, dass die Nützlichkeit einer Pflegeintervention von der Art und Weise der Ausführung abhing. So wurden die Interventionen als hilfreicher beschrieben, wenn sie von den Pflegekräften fürsorglich, Autonomie fördernd und kompetent umgesetzt wurden (Huband et al., 2004).

8 Diskussion

Im Folgenden werden die Ergebnisse der verwendeten Forschungsliteratur diskutiert. Dazu werden die Pflegeinterventionen nach ihrer Evidenz beurteilt. Die Evidenz einer Intervention wird höher bewertet, wenn diese in mehreren Artikeln empfohlen wird.

Zur Reduktion von SVV werden nach Klonsky et al. (2007) die psychodynamischen und kognitiven Verhaltenstherapien als wirksam beschrieben. Muehlenkamp (2006, zitiert nach Klonsky et al., 2007) betont in diesem Zusammenhang, dass die DBT in der Forschung grosse Anerkennung für ihre Wirksamkeit bei der Reduzierung von Selbstverletzung erhalten hat. Die meisten Studien sind jedoch über die Wirksamkeit von DBT mit dem Fokus auf BPS-Patienten erstellt worden. Das Review von Klonsky et al. (2007) erforscht die Wirkung von DBT bei SVV-Patienten ohne konkretes Krankheitsbild. Jedoch zeigen die Autoren nicht auf, wie sie die dem Review zu Grunde liegende Forschungsliteratur gefunden haben. Deshalb ist die Wirksamkeit von DBT im Zusammenhang mit SVV mit Vorsicht zu betrachten.

Nach Rauber et al. (2012) verletzen sich 80% der BPS-Patienten selbst. Ausserdem ist auffällig, dass BPS- und SVV-Patienten negative Emotionen und gestörte Emotionsregulation gemeinsam haben (Klonsky et al., 2007). Weiter berichtet Moro (2007), dass DBT bei BPS-Patienten eine Reduktion von SVV erzielt. Daraus lässt sich schliessen, dass DBT auch bei SVV-Patienten ohne BPS wirksam ist (Moro, 2007).
Im Rahmen der DBT befasst sich vor allem das *Skills-Training* mit dem Thema Selbstverletzung (Siebert, 2007). Über die Anwendung von *Skills* bei SVV-Patienten ohne konkretes Krankheitsbild wurden keine verwertbaren Studien gefunden.

Im Weiteren wird der Fokus auf die pflegerelevanten Forschungsergebnisse gelegt. Ray et al. (2011) hinterfragen in ihrer Studie die s*pecial Observation*. Die Autoren entwickeln ein *Tool*, womit eine gelockerte Form der *special Observation* getestet wird. Sie kommen zum Ergebnis, dass sich die *special Observation* weiterhin am besten eignet, um

die Sicherheit von SVV-Patienten zu gewährleisten. Die Autoren betonen jedoch, dass die *special Observation* bisher zu intensiv und aufdringlich durchgeführt wird. Da das entwickelte *Tool* nur in einer Gallup-Umfrage getestet wird und keine Analyseschritte aufgezeigt werden, ist die Nachvollziehbarkeit und Glaubwürdigkeit dieser Studie kaum beurteilbar und es muss von einer niedrigen Evidenz ausgegangen werden.

In O'Donovans (2007) Studie berichten die Teilnehmer (Pflegekräfte), dass *special Observation* über eine kurze Zeitperiode nützlich sein kann. Sie betont jedoch, dass *special Observation* als Langzeitintervention nicht hilfreich ist. Die Wirksamkeit der Interventionen aus der Studie von O'Donovan wird aus Sicht der Teilnehmer (Pflegekräfte) beschrieben und mit bereits vorhandener Forschungsliteratur gestützt. Somit werden die einzelnen Interventionen nicht getestet, sondern nur durch die Erzählung der Teilnehmer (Pflegekräfte) festgelegt. Diese Art der Beurteilung über die Wirksamkeit der Interventionen weist eine geringe Übertragbarkeit auf. Die Glaubwürdigkeit kann durch *Member-Checks* und *Peer*-Supervision gewährleistet werden. Daraus wird mit Vorbehalt abgeleitet, dass die *special Observation* kurzfristig zur Gewährleistung von Sicherheit verwendet werden kann, aber nicht als Therapie für SVV eingesetzt werden soll.

Ähnliches gilt auch für die negativen Konsequenzen, die von den Teilnehmern (Pflegekräften) in O'Donovans Studie (2007) als Massnahme eingesetzt werden. Es kann angenommen werden, dass diese Intervention die Episoden der Selbstverletzung nur durch den Effekt der Bestrafung verringert und nicht das eigentliche Problem behoben wird. Deshalb werden negative Konsequenzen als pflegerische Intervention nicht empfohlen.

In den Studien von Ray et al. (2011) und O'Donovan (2007) wird durch die Lockerung der *special Observation* und deren kurzfristigen Einsatz ersichtlich, dass vermehrt auf den Patient zugegangen werden soll. Es ist allgemein auffallend, dass der Fokus der Forschungsliteratur immer mehr auf Interventionen gelegt wird, die den SVV-Patienten in den Mittelpunkt rücken, seine Gründe für SVV in die Behandlung mit einbeziehen und individuelle Unterstützung leisten.

Die Teilnehmer (Pflegekräfte) in der Studie von O'Donovan (2007) setzen *No-harm* Verträge bei SVV-Patienten ein. O'Donovan (2007) rät hingegen vom Einsatz der *No-harm* Verträge ab. Da die Autorin in ihrer Studie den Einsatz dieser Verträge nicht direkt untersucht, sondern mittels ausgewählter Forschungsliteratur beurteilt, kommt eine geringe Evidenz zu Stande. Durch die beim Patienten liegende Vertragslast und weil die Pflegekräfte dabei keine Verpflichtungen eingehen, ist Ahrens (2006) ebenfalls der

Ansicht, das *No-harm* Verträge bei SVV-Patienten keinen Nutzen erzielen. Da es sich dabei um eine Expertenmeinung handelt, muss von einer niedrigen Evidenz ausgegangen werden. Insgesamt ist der Nutzen von *No-harm* Verträgen bei SVV-Patienten fragwürdig und kann somit nicht zu den evidenzbasierten Pflegeinterventionen gezählt werden.

Als wichtigste Intervention zur Gewährleistung einer sicheren Umgebung nennen alle Teilnehmer (Pflegekräfte) der Studie von O'Donovan (2007) das Entfernen von scharfen Gegenständen. Auch in der Studie von Ray et al. (2011) werden im Rahmen des entwickelten *Tools* scharfe Gegenstände entfernt. In beiden Studien werden diese Interventionen nicht weiter untersucht, und es erfolgt keine Stellungnahme. Dadurch ist die Wirksamkeit nicht gewährleistet. Einerseits kann argumentiert werden, dass das Vorhandensein eines scharfen Gegenstandes bei SVV-Patienten wegen ihrer Impulsstörung verstärkt dazu verleiten kann, Selbstverletzung durchzuführen. Andererseits kann angenommen werden, dass SVV-Patienten mit einem starken Drang zur Selbstverletzung immer einen Weg dazu finden werden. Ausserdem kann diese Intervention höchstens zur kurzfristigen Erhöhung der Sicherheit beitragen, nicht aber der Ursache entgegenwirken.

Schoppmann et al. (2007) beschreiben in ihrer Studie zwei wichtige Interventionen, um SVV-Patienten mit dissoziativen Zuständen zu begegnen. Bei diesen Interventionen handelt es sich um die Verlässlichkeit der Pflegekräfte und das Übernehmen der Führung. Die Nachvollziehbarkeit dieser Studie wird durch das Beschreiben der einzelnen Analyseschritte und das Begründen durch Forschungstheorie erfüllt. Die Glaubwürdigkeit wird mittels kommunikativer Validierung erreicht. Die Übertragbarkeit ist durch die nicht ersichtliche Datensättigung etwas eingeschränkt. Zusammenfassend können diese beiden Interventionen für die Betreuung von SVV-Patienten mit dissoziativen Zuständen empfohlen werden. Da die Dissoziation nicht bei allen SVV-Patienten auftritt, wird in dieser Arbeit nicht weiter darauf eingegangen.

In der Studie von Huband et al. (2004) wird von den Teilnehmerinnen (SVV-Patientinnen) die Langzeitbeziehung zu einer Bezugsperson als wichtigste Pflegeintervention beschrieben. Auch für die Teilnehmerinnen (SVV-Patientinnen) aus der Studie von Wilstrand et al. (2004) ist das von den Pflegekräften geschenkte Vertrauen und die Gewissheit, sich immer auf sie verlassen zu können, von grosser Bedeutung. Zusätzlich wünschen sich die Teilnehmerinnen (SVV-Patientinnen), als Mensch ernst genommen und geschätzt zu werden. Die Teilnehmer (Pflegekräfte) in O'Donovans Studie (2007) empfinden den täglichen Kontakt in Form eines Gespräches als wichtige

Massnahme, um eine Beziehung zum SVV-Patienten zu entwickeln. Weiter nutzen sie diese Gespräche, um die individuellen Gründe für das SVV bei Patienten herauszufinden. In der Studie von Wilstrand et al. (2004) legen die Teilnehmer (SVV-Patienten) ebenfalls Wert darauf, von den Pflegekräften auf ihr SVV angesprochen zu werden. Auch in der Rangfolge von Huband et al. (2004) wird ersichtlich, dass die Teilnehmerinnen (SVV-Patientinnen) ermutigt werden wollen, die Gefühle aus der Vergangenheit auszudrücken. An dieser Stelle betonen die Teilnehmerinnen (SVV-Patientinnen) der Studie von Wilstrands et al. (2004), dass die Pflegekräfte Verständnis für SVV, die dazu führenden individuellen Gründe und die damit verbundenen Gefühle entgegenbringen sollen. In einer weiteren Studie von Wilstrand et al. (2007) erkennen die Teilnehmer (Pflegekräfte), dass sie zu wenig Verständnis für SVV-Patienten aufbringen. Neben dem geringen Verständnis beschreiben sie einen Mangel an Wissen über SVV und Gefühle von Machtlosigkeit und Angst, dass sich der Patient jederzeit selbst verletzen kann. Dadurch kommen die Autoren zum Ergebnis, dass eine Überforderung der Pflegekräfte vorliegt. Die Teilnehmer (Pflegekräfte) sind in überfordernden Situationen frustriert, woraus Wut entsteht, was wiederum zu einem Kontrollverlust ihrer Emotionen führt. Die Teilnehmer (SVV-Patienten) der Studie von Wilstrand et al. (2004) nehmen diese Überforderung der Pflegekräfte ebenfalls wahr. Ausserdem erleben sie überbeanspruchte Pflegekräfte, was sich vorwiegend in einer Vernachlässigung der Patienten ausdrückt.

Das Vermitteln von Hoffnung wird von den Teilnehmern (SVV-Patienten) in der Studie von Wilstrand et al. (2004) als wichtig empfunden. Auch die Teilnehmer (Pflegekräfte) von O'Donovans Studie (2007) finden die Intervention „Hoffnung zu wecken" sinnvoll.

Bezüglich der Intervention „Entspannungstechniken" wird in der Studie von Huband et al. (2004) eine klare Diskrepanz zwischen den Aussagen der SVV-Patienten und denjenigen der Pflegekräfte ersichtlich. Die Teilnehmer (SVV-Patienten) weisen dieser Intervention in der Rangfolge den schlechtesten Platz zu. Einzelne Teilnehmer (SVV-Patienten) berichten, dass Entspannungstechniken sogar den Drang nach Selbstverletzung fördern. Die Pflegekräfte hingegen bewerten diese Intervention als wichtig und teilen sie dem dritten Rang zu. Eine denkbare Erklärung hierfür wäre, dass die Pflegekräfte Entspannungstechniken bei eigener Anspannung als hilfreich empfinden. Möglicherweise beurteilen Pflegekräfte diese Intervention deshalb als wichtig.

Allgemein stellen Huband et al. (2004) fest, dass die Nützlichkeit einer Pflegeintervention von der Art und Weise der Ausführung abhängt. Dies zeigt auf, dass die

Pflegekräfte ihren Einfluss nicht unterschätzen dürfen und ihr Auftreten eine wichtige Rolle spielt.

Grundsätzlich kann bei den beiden Studien von Wilstrand et al. (2004; 2007) und der Studie von Huband et al. (2004) von einer guten Evidenz gesprochen werden. Bei der Studie von Wilstrand et al. (2007) ist die Glaubwürdigkeit gewährleistet, da die Autoren die Analyse fortgesetzten, bis sie einen Konsens gefunden hatten. Die Schritte des Analyseprozesses sind nachvollziehbar beschrieben. Durch den erreichten Konsens kann von einer Übertragbarkeit ausgegangen werden. Auch in der zweiten Studie von Wilstrand et al. (2004) sind die Glaubwürdigkeit und die Nachvollziehbarkeit durch einen Konsens erreicht. Als einziges ist der Aussage der Patienten, dass sie sich vernachlässigt fühlen, kritisch gegenüberzutreten. Denn während der Behandlung schenken Pflegekräfte den Patienten teilweise bewusst weniger Aufmerksamkeit, um mögliches manipulatives Verhalten gering zu halten. SVV-Patienten können dies als Vernachlässigung empfinden. Wenn dieser Bias beachtet wird, können die Forschungsergebnisse trotzdem als übertragbar betrachtet werden. Unter Bias wird nach Rumsey (2010) eine Verzerrung oder ein systematischer Fehler verstanden.

Durch die kommunikative Validierung kann die Glaubwürdigkeit der Studie von Huband et al. (2004) sichergestellt werden. Zudem sind die codierten Daten auf Basis der *Grounded Theory* durch einen unabhängigen verblindeten Forscher überprüft worden. Die erreichte Datensättigung führt zur Übertragbarkeit der Ergebnisse. Somit kann der Intervention „eine Langzeitbeziehung zu einer Bezugsperson“ eine hohe Evidenz angerechnet werden. Bei der Rangfolge dieser Studie muss beachtet werden, dass die Wertung der Pflegekräfte nicht innerhalb derselben Studie erhoben worden sind. Ausserdem können die unterschiedlichen Gruppengrössen für den Vergleich der Interventionen eine Schwierigkeit darstellen. Trotzdem wird die Uneinigkeit von SVV-Patienten und Pflegekräften bezüglich der Wirksamkeit von Pflegeinterventionen klar ersichtlich. Diese unterschiedlichen Vorstellungen können in der Praxis zu einer Reibungsfläche führen, was wenig positive Ergebnisse zulässt.

8.1 Schlussfolgerung

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es wichtig ist, die SVV-Patienten als Menschen wahrzunehmen und den Mut zu haben, sie auf ihr destruktives Verhalten anzusprechen. Die in der Studie von Wilstrand et al. (2004) beschriebenen Anliegen der Teilnehmer (SVV-Patienten), wie Vertrauen, Verlässlichkeit sowie den Patienten ernst zu

nehmen und zu schätzen, zählen zu den Grundlagen einer Beziehung (Siebert, 2007). Auch in den Studien von O'Donovan (2007), Wilstrand et al. (2007) und Huband et al. (2004) kommt die Wichtigkeit der Pflege-Patienten-Beziehung klar zum Ausdruck. Es kann angenommen werden, dass bei der Anwendung einer Bezugspersonenpflege viele der Anliegen von SVV-Patienten sowie von Pflegekräften umgesetzt werden können.

Bei der DBT besteht die Hauptaufgabe der Pflegekräfte darin, die SVV-Patienten bei ihren *Skills* zu unterstützen. Da die Pflegekräfte am meisten Kontakt mit den SVV-Patienten haben und ihnen ausserhalb der Therapien am nächsten stehen, müssen sie den SVV-Patienten bei der Umsetzung ihrer *Skills* Hilfe leisten können. Um die individuellen *Skills* für den einzelnen Patienten zu finden, ist es wichtig den Beweggrund seines SVVs zu kennen (O'Donovan, 2007). Dafür würde ein Assessment ein optimales Instrument darstellen. In der verwendeten Literatur ist jedoch kein standardisiertes Vorgehen ersichtlich. O'Donovan (2007) bestätigt diese Erkenntnis und beschreibt, dass trotz hilfreichen Pflegeinterventionen viele Handlungen nach dem *Ad hoc* Prinzip durchgeführt werden. Darunter werden mittels Erfahrung improvisierte Massnahmen verstanden. Um dem *Ad hoc* Prinzip entgegen zu wirken, ist es wichtig für Betreuung von SVV-Patienten einen Standard einzuführen.

8.2 Bezug zur Fragestellung

Nur wenig Forschungsliteratur kann bei der Fragestellung dieser Arbeit, „Welche evidenzbasierten Pflegeinterventionen können bei erwachsenen Patienten (18-65 Jahre) mit selbstverletzendem Verhalten in einem stationären psychiatrischen Setting empfohlen werden?", zu einer umfassenden Antwort beitragen. Eine Schwierigkeit ist, dass nur ein kleiner Teil der Forschung die Aufmerksamkeit auf pflegespezifische Interventionen bei erwachsenen SVV-Patienten ohne konkretes Krankheitsbild richtet. Vielmehr befassen sich die Studien zum Thema Selbstverletzung mit jugendlichen SVV-Patienten oder Patienten mit BPS. Um die Zielsetzung dieser Arbeit zu erreichen, werden teilweise die pflegerelevanten Anteile eines Behandlungskonzeptes auf das in der Fragestellung beschriebene Phänomen übertragen. Die meisten Studien berichten über die Wichtigkeit der Pflege-Patienten-Beziehung. Sie stellt in der verwendeten Forschungsliteratur die bedeutendste Intervention mit einer hohen Evidenz dar.

In der Diskussion wird auch ersichtlich, dass die Unterstützung bei den *Skills* eine wichtige Aufgabe der Pflegekräfte ist. Um eine individuelle Unterstützung gewährleisten zu können, ist zuerst ein Assessment über das SVV erforderlich. Bei diesen beiden

Interventionen muss beachtet werden, dass diese aus dem Konzept der DBT übertragen werden. Daher ist es notwendig weitere Forschung über Pflegeinterventionen bei erwachsenen SVV-Patienten ohne konkretes Krankheitsbild durchzuführen.

9 Theorie-Praxis-Transfer

Wenn man als Pflegekraft mit traumatisierenden Situationen konfrontiert ist, in denen sich Patienten selber verletzen, besteht die Gefahr einer Sekundärtraumatisierung. Darunter wird verstanden, dass jemand durch das Erleben traumatischer Handlungen einer anderen Person traumatisiert wird (Hudnall und Stamm, 2002, zitiert nach Ahrens, 2006). Dabei ist es laut Ahrens (2006) wichtig, dass Pflegende handlungsfähig bleiben. Durch fehlendes Wissen über SVV kann die Handlungsfähigkeit bei Pflegekräften enorm erschwert werden. Somit kann die Beziehungsarbeit mit dem Patienten sehr belastet werden. Deshalb ist es von grosser Bedeutung, dass Pflegekräfte gut informiert sind und Interventionsstrategien entwickeln, um auch sich selbst vor Handlungsunfähigkeit zu schützen.

In Anlehnung an die Diskussion werden in diesem Kapitel Empfehlungen für die Betreuung von SVV-Patienten ausformuliert. So wird versucht, der Entstehung einer Handlungsunfähigkeit im Pflegealltag ein Stück entgegen zu wirken. Eine Pflege-Patienten-Beziehung, die Durchführung eines Assessments und die Unterstützung bei den *Skills* sind wichtige Schlüsselpunkte, um eine individuelle Pflege von SVV-Patienten erreichen zu können.

9.1 Beziehung

„[...] auf Basis einer von Vertrauen und Verständnis geprägten Beziehung [ist] eine erfolgreiche Behandlung von SVV-Patienten möglich“ (Siebert, 2007, S. 83). Nach Schädle-Deininger (2006) baut Pflege auf Beziehungen auf und deren Gestaltung gehört zu den zentralen Aufgaben der Pflege.

Wechselnde Bezugspersonen können bei psychisch kranken Menschen eine Schwierigkeit darstellen. Patienten benötigen eine Vertrauensperson, auf die sie sich verlassen können. Nur so kann eine professionelle Beziehung entstehen und längerfristig gepflegt werden (Schädle-Deininger, 2006).

Sauter, Abderhalden, Needham und Wolff (2006) betonten, dass Patienten häufige Wechsel ihrer Bezugspersonen als störend erleben. Wenn Patienten emotional angespannt sind, ist die Gefahr erhöht, dass sie das Vertrauen zu ihrer Bezugsperson verlieren. Wenn ein Beziehungswechsel stattfindet, bedeutet dies für die Patienten eine

Umstellung. Nach Sauter et al. (2006) entstehen für die Patienten, die in Tabelle 6 aufgeführten Aufgaben.

Tabelle 6

Auswirkungen eines Beziehungswechsels (in Anlehnung an Sauter et al. 2006)

Aufgaben der Patienten bei einem Beziehungswechsel:
- Erneut Vertrauen finden - Die eigene Geschichte erneut erzählen müssen - Sich gegenüber der neuen Bezugsperson emotional öffnen - Die neue Bezugsperson kennen und einschätzen lernen - Gemeinsamkeiten und Abweichungen erkunden - Gemeinsame Ziele vereinbaren - Einen gemeinsamen Arbeitsstil finden

Durch die von Sauter et al. (2006) beschriebenen Aufgaben der Patienten zeigt sich, dass bei der Pflege von SVV-Patienten ein Bezugspflegesystem angebracht ist. Dadurch können die Aufgaben des Patienten verhindert oder zumindest gering gehalten werden. Gerade bei Patienten mit SVV, die emotional sensibel sind, ist eine Vertrauensbasis wichtig, damit eine gute Zusammenarbeit erfolgen kann.

9.2 Bezugspflege

Bei der Bezugspflege ist jedem Patienten eine für ihn zuständige Pflegekraft zugeteilt. Normalerweise wird darunter die kontinuierliche Zuständigkeit einer Pflegekraft von der Aufnahme bis zur Entlassung verstanden. Eine Übernahme eines Bezugspatienten beinhaltet die volle Verantwortung für den ganzen Pflegeprozess. Mit diesem System kann eine individuelle Pflege ermöglicht werden. Die Bezugspflegekraft lernt den Patienten mit seinen Ressourcen, Anliegen und Problemen kennen und kann so die Pflege individuell planen und abschätzen. In der Bezugspflege stellen die Beziehung und die Verantwortung die zwei wichtigsten Grundelemente dar. Im Vergleich zu funktioneller Pflege wird bei der Bezugspflege patientenorientiert gearbeitet. Da bei der Funktionspflege mehrheitlich eine ganzheitliche Betrachtungsweise erfolgt und keine Kontinuität gewährleistet wird, ist es schwieriger, zum Patienten eine Beziehung aufzubauen. Ausserdem kann die funktionelle

Pflege eine volle Verantwortungsübernahme nicht gewährleisten (Schlettig und von der Heide, 1995). Da die Beziehung bei SVV-Patienten von grosser Bedeutung ist, stellt sich das Bezugspflegesystem vor allem bei dieser Patientenpopulation als äusserst geeignet heraus. Die Kontinuität fördert einerseits die Vertrauensbildung vom Patienten zur Pflegekraft und andererseits kann eine Beziehung an Stabilität erlangen. Ausserdem lernen sich Patient und Pflegekraft durch den regelmässigen Kontakt besser kennen. Durch die Vertrauensbasis und den kontinuierlichen Kontakt, die aus der Bezugspflege resultieren, kann erreicht werden, dass Hemmungen verringert werden und die Bezugspflegekraft zur Hilfe gezogen wird.

Laut Sauter et al. (2006) liegt eine gute Beziehung vor, wenn die in der Tabelle 7 enthaltenen Kriterien erfüllt sind.

Tabelle 7

Beziehungsqualität (in Anlehnung an Sauter et al., 2006).

Kriterien zur Qualität einer Beziehung
- Der Patient kann mit der Pflegekraft über das reden, was ihn beschäftigt - Der Patient erlebt die Pflegekraft positiv und unterstützend - Der Patient hat das Gefühl, dass sich die Pflegekraft für ein Gespräch die Zeit nimmt

Diese Kriterien können für Pflegekräfte insofern eine Hilfe sein, dass der Patient direkt darauf angesprochen werden kann, ob diese Kriterien seiner Meinung nach erfüllt werden. Weiter soll sich auch die Pflegekraft selbst Gedanken darüber machen und diese Kriterien unter Einbezug von Empathie beachten. Als Pflegekraft daraus Fragen abzuleiten und die eigenen Handlungen stets zu reflektieren, sind wichtige Eigenschaften, um den gemeinsamen Prozess der Beziehungsgestaltung positiv zu beeinflussen.

9.3 Standard

In der Diskussion wird ersichtlich, dass in der Forschungsliteratur bis anhin kein standardisiertes Vorgehen erkennbar ist. Da es sich aber bei SVV-Patienten um eine herausfordernde Patientenpopulation handelt und die Pflegekräfte teilweise an ihre Grenzen stossen, ist es wichtig, einen Standard für die Betreuung von SVV-Patienten einzuführen.

Ein möglicher Standard könnte die Leitlinie mit *Best-Practice*-Interventionen für die Versorgung von SVV-Patienten von Hicks und Hinck (2008) sein. *Best-Practice* ist ein Zusammenspiel der drei Aspekte „Werte“, „Wissen“ und „Kontext“ mit dem Ziel das Bestmögliche zu erreichen. Wenn die relevanten Kriterien der drei Aspekte grundlegend berücksichtigt werden, kann von *Best-Practice* gesprochen werden (Gesundheitsförderung Schweiz, 2010). Nach Hicks et al. (2008) ist die Absicht dieser Leitlinie, den Patienten zu helfen, ihre Emotionen zu kontrollieren und die Selbstverletzung zu stoppen. In Abbildung 4 wird ersichtlich, dass mittels eines konzeptionellen Modells das Vorgehen in drei Schritte eingeteilt wird.

Vorgehen anhand eines konzeptionellen Modells

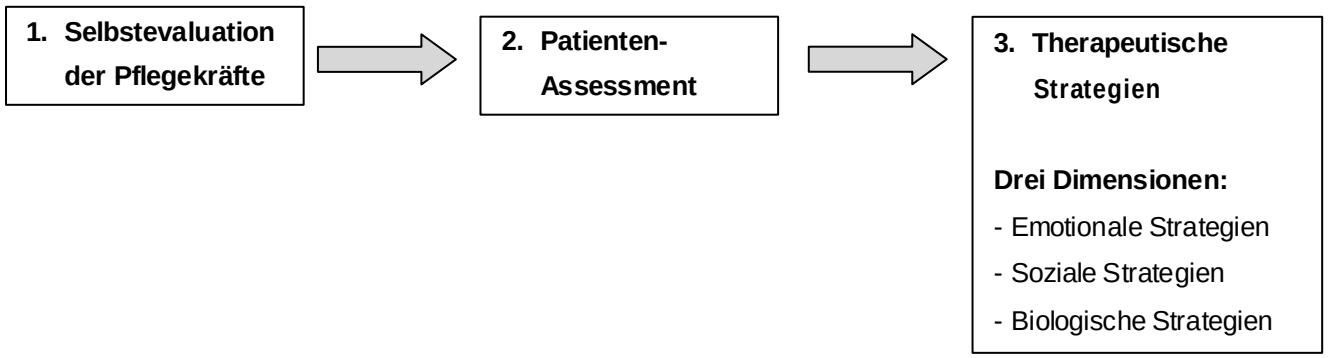

Abbildung 4. Konzeptionelles Modell (in Anlehnung an Hicks et al. 2008).

9.3.1 Selbstevaluation der Pflegekräfte

Der erste Schritt dieses Modells beinhaltet, dass Pflegekräfte eine eigene Beurteilung ihrer Werte, Überzeugungen und Annahmen über SVV vornehmen (Burrow, 1994, zitiert nach Hicks et al., 2008). Da aus Berichten von SVV-Patienten entnommen werden konnte, dass sie empfindlich auf das Verhalten von Pflegekräften reagieren, ist es wichtig, in diesem ersten Schritt eine vorurteilsfreie Haltung der Pflegekräfte zu schaffen (Clarke et al., 1998, zitiert nach Hicks et al., 2008; Huband und Tantam, 1999, zitiert nach Hicks et al., 2008; MacKay und Barrowclough, 2005, zitiert nach Hicks et al., 2008). Denn durch Vorurteile der Pflegekräfte können wirksame Interventionen für SVV-Patienten erfolglos werden (McAllister, Creedy, Moyle und Farrugia, 2002, zitiert nach Hicks et al., 2008; MacKay et al., 2005, zitiert nach Hicks et al., 2008). Eine bevorzugte Strategie, um das Verhalten der Pflegekräfte gegenüber der Betroffenen zu verbessern, sind *Peer*-Diskussionen (Huband et al., 1999, zitiert nach Hicks et al., 2008).

9.3.2 Patienten-Assessment

Im zweiten Schritt soll ein fokussiertes und detailliertes Patienten-Assessment durchgeführt werden (Derouin und Bravender, 2004, zitiert nach Hicks et al., 2008). Das Ziel des Assessments ist die frühzeitige Erkennung und die Einschätzung des SVV.

Da SVV bis anhin nicht als Krankheitsbild gesehen wird, gibt es im ICD10 keine spezifischen Diagnosekriterien (Petermann et al. 2009). Diese Tatsache hat zur Folge, dass kein standardisiertes Assessment zur Erfassung von SVV vorliegt. Nach Merod (2011) ist eine differenzierte Anamnese aber unbedingt notwendig, um das Ausmass des SVVs einzuschätzen und eine individuelle an den Beweggrund angepasste Behandlung zusammenzustellen. Aus diesem Grund wird in Tabelle 8 ein mögliches Assessment aufgezeigt.

Tabelle 8

Assessment zu SVV (in Anlehnung an Petermann et al., 2009).

Individuelle Geschichte des SVVs	
- Alter zu Beginn - Formen der Selbstverletzung - Funktionen, Beweggründe - Anzahl der Wunden pro Episode - Häufigkeit der Episoden	- Dauer der Episoden - Betroffene Körperregionen - Ausmass der körperlichen Schädigung - Indirekte Selbstschädigung (z.B. Drogenmissbrauch)
Details der aktuellen Episode	
- Form von SVV (z.B. moderate Selbstverletzung) - Methoden - Funktionen, Beweggründe - Anzahl der Wunden - Zeitliche Aspekte - Betroffene Körperregionen	- Ausmass der körperlichen Schädigung - Muster der Verletzungen - Benutzung von Instrumenten (z.B. Messer, Rasierklinge) - Wann und wo findet die SVV statt - Sozialer Kontext

Fortsetzung Tabelle 8

Assessment zu SVV (in Anlehnung an Petermann et al., 2009).

Vorausgehende Bedingungen	
- Persönliche Lebensgeschichte - Soziale Bedingungen - Körperliche Bedingungen	- Kognitive Bedingungen - Affektive Bedingungen - Verhaltensbezogene Bedingungen
Konsequenzen des SVVs	
- Soziale Konsequenzen - Körperliche Konsequenzen - Kognitive Konsequenzen	- Affektive Konsequenzen - Verhaltensbezogene Konsequenzen

Nach Walsh (2007, zitiert nach Petermann et al., 2009) werden mit einem strukturierten Assessment nicht nur detaillierte Informationen über SVV erhoben, sondern auch eine Beziehung zum SVV-Patienten aufgebaut. Merod (2011) empfiehlt während dem Anamnesegespräch gegenüber dem SVV-Patienten eine neutrale, interessierte und ruhige Haltung einzunehmen. Denn es kann dem Beziehungsaufbau schaden, wenn die Pflegekraft starke negative Emotionen, wie z.B. Verärgerung oder Ablehnung, zeigt und von Beginn an die Meinung vertritt, dass SVV gestoppt werden muss. Durch eine abweisende Haltung besteht zudem die Gefahr, dass der Patient nicht das vollständige Ausmass seines SVVs preisgibt.

9.3.3 Therapeutische Strategien

Die Umsetzung von therapeutischen Strategien wird von Hicks et al. (2008) als dritter Schritt des Modells in drei Dimensionen beschrieben.

Die erste Dimension beinhaltet emotionale Strategien, die das Ziel haben, das Selbstwertgefühl des SVV-Patienten zu steigern (Hicks et al., 2008). Dabei werden vor allem Möglichkeiten eingesetzt, wie z.B. kreatives Schreiben oder Kunst- und Dramatherapie, um die Gefühle der SVV-Patienten auf produktive Art zum Ausdruck zu bringen (Crowe et al., 2000, zitiert nach Hicks et al., 2008; McAllister et al., 2002, zitiert nach Hicks et al., 2008; Glenn und DeNisco, 2006, zitiert nach Hicks et al., 2008; Shaw, 2006, zitiert nach Hicks et al., 2008). In der zweiten Dimension werden laut Hicks et al.

(2008) soziale Strategien beschrieben. Diese bestehen aus Aktivitäten mit der bewussten Absicht, das Verhalten zu ändern, und beinhalten z.B. die kognitive Therapie. In der dritten Dimension werden biologische Strategien dargestellt, die fast ausschliesslich pharmakologische Interventionen enthalten.

Zwar handelt es sich bei den ersten beiden Dimensionen um therapeutische Interventionen, was aber nicht bedeutet, dass diese nicht von Pflegekräften übernommen werden können. Denn ein Grossteil der Pflegeinterventionen ist auch therapeutisch und kann deshalb ebenfalls diesen beiden Dimensionen zugeteilt werden. Zukünftig wäre es eine wertvolle Ressource, wenn Pflegekräfte weitere therapeutische Interventionen übernehmen. Ein Beispiel hierfür ist das *Skills-Training* der DBT, das immer mehr Anwendung in der Pflegepraxis findet.

9.4 Skills und Spannungskurve

Für die Umsetzung in der Praxis ist es wichtig, nochmals genauer auf die *Skills*, die Spannungskurve und deren Zusammenhang einzugehen.

9.4.1 Skills

SVV-Patienten wenden die Selbstverletzung vor allem bei emotionaler Belastung als dysfunktionale Bewältigung an. Das *Skills-Training* dient einerseits dazu, dem Patienten bereits vorhandene „Fertigkeiten“ bewusst zu machen, damit er diese in Krisensituationen einsetzen kann. Andererseits werden im *Skills-Training* neue *Skills* erlernt, trainiert und automatisiert. Es ist wichtig, dass den Pflegekräften und den Patienten bewusst ist, dass nicht das theoretische Wissen, sondern die Anwendung der *Skills* eine Veränderung ihres destruktiven Verhaltens und ihres Erlebens bewirkt (Bohus und Wolf, 2009).

Tabelle 9

Skillsvermittlung (in Anlehnung an Bohus et al., 2009).

Vier Schritte der *Skills*vermittlung	
Schritt 1	Vermittlung von theoretischem Wissen
Schritt 2	Individuelle Anpassung der *Skills*
Schritt 3	Übungen mit den *Skills* unter Non-Stress-Bedingungen
Schritt 4	Einsatz der *Skills* als zielförderndes Alternativverhalten

In der Tabelle 9 wird das *Skills-Training* in vier Schritte aufgeteilt. Es wird ersichtlich, dass sich die Schwerpunkte im Laufe der Therapie leicht verändern. So wird angestrebt, dass der Patient nach der Therapie dafür gewappnet ist, Alltagsituationen zu meistern.

Die Verwendung der individuell ausgesuchten *Skills* kann anhand einer Spannungskurve stattfinden. Je nach innerer Anspannung wird ein anderer *Skill* ausgewählt und angewendet. Der für den SVV-Patienten hilfreichste *Skill* wird bei der stärksten Anspannung verwendet (Ahrens, 2006).

9.4.2 Spannungskurve

Die Spannungskurve ist ein Instrument, womit Spannungszustände zwischen Null und Zehn eingeschätzt werden können. Der Patient sollte angeleitet werden, die Spannungskurve selbst zu führen. Mindestens zwei Mal pro Woche wird sie mit einer Pflegekraft ausgewertet und besprochen. Diese Auswertung sollte wenn möglich mit der Bezugspflegekraft stattfinden. Bei Spannungszuständen bis vier werden Achtsamkeitsübungen eingesetzt. Diese helfen dem SVV-Patienten, die Aufmerksamkeit und die Konzentration für den Augenblick zu halten. Bei einer inneren Anspannung über vier müssen stärkere Reize verwendet werden. Bei sehr hoher Anspannung muss sich der Patient z.B. durch Joggen abreagieren können. Abbildung 5 zeigt eine mögliche Spannungskurve, in der bereits eine Auswahl von *Skills* enthalten ist. Für den Gebrauch in der Praxis könnten an dieser Stelle persönliche *Skills* aufgeführt werden (Gassmann et al., 2006).

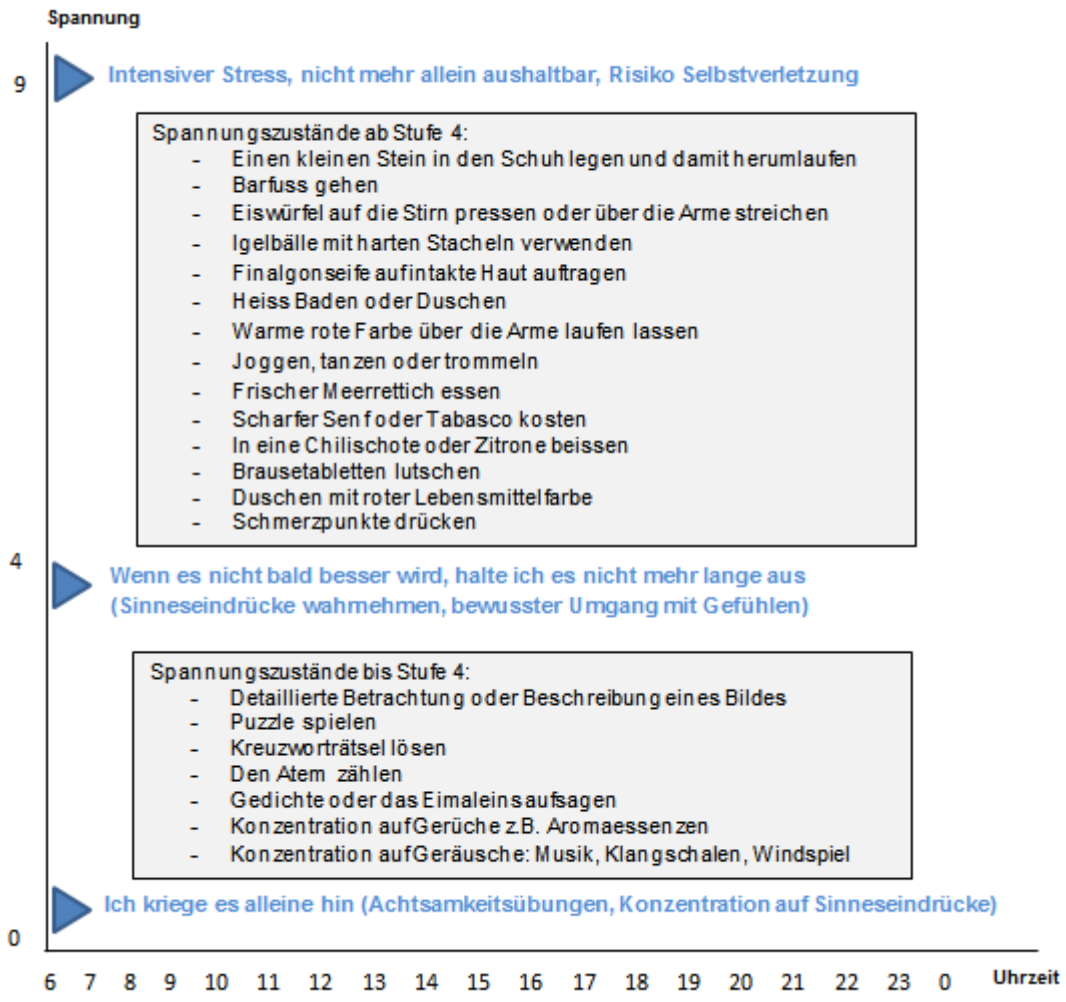

Abbildung 5. Spannungskurve (in Anlehnung an Gassmann et al., 2006).

10 Abschliessende Zusammenfassung und Ausblick

Aus der gestellten Fragestellung heraus können abschliessend drei Empfehlungen formuliert werden. Der Beziehungsaufbau mit SVV-Patienten ist durch seine hohe Evidenz eine wichtige Pflegeintervention. Er stellt die Grundlage dar, um eine positive Behandlung zu gestalten. Wegen dem hohen Anklang der *Skills* in der DBT werden diese als Pflegeintervention bei SVV-Patienten grundsätzlich empfohlen. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass es sich um eine Adaption aus dem DBT-Konzept handelt und darum nur mit Vorbehalt eingesetzt werden kann. Zuletzt werden ein standardisiertes Vorgehen und ein einheitliches Assessment empfohlen. Dadurch können Pflegekräfte bei der Betreuung von SVV-Patienten unterstützt werden.

In dieser Arbeit wird ersichtlich, dass es für die vollständige Beantwortung der Fragestellung weiterer Forschung bedarf. Für zukünftige Studien sollte der Schwerpunkt

ausschliesslich auf das *Skills-Training* sowie auf Pflegeinterventionen bei erwachsenen SVV-Patienten ohne konkretes Krankheitsbild gelegt werden. Die Fragestellung kann oberflächlich beantwortet werden, jedoch braucht es gezieltere Forschung, um umfassende evidenzbasierte Empfehlungen zu erarbeiten.

Literaturverzeichnis

Ahrens, R. (2006). Pflege von Menschen mit selbstverletzendem Verhalten unter salutogenetischen Gesichtspunkten. *Psych Pflege, 12,* 100-107.

Bohus, M. und Wolf, M. (2009*). Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten: Manual zu CD-ROM für die therapeutische Arbeit.* Stuttgart: Schattauer.

Favazza, A. R. (1996). *Bodies under siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry* (2nd ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Gassmann, M., Marschall, W. und Utschakowski, J. (Hrsg.). (2006). *Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege: Mental Heath Care.* Heidelberg: Springer Verlag.

Hicks K. M. und Hinck S. M. (2007). Concept analysis of self-mutilation. *Jan Theoretical Paper. 64 (4),* 408-413.

Hicks, K. M. und Hinck, S. M. (2008). Best-practice intervention for care of clients who self-mutilate. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 21,* 431-436.

Huband, N. und Tantam, D. (2004). Repeated self-wounding: Women's recollection of pathways to cutting and of the value of different interventions. *The British Psychological Society, 77,* 413-428.

Klonsky, D. E., Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-Injury: A Research Review for the Practitioner. *Journal of Clinical Psychology, 63 (11),* 1045-1056.

McKay, M., Wood J. C. und Brantley J. (2007). *Starke Emotionen meistern: Dialektische Verhaltenstherapie in der Praxis.* Paderborn: Junfermann Verlag.

Merod, R. (2011). *Dialektisch-behaviorale Therapie mit Jugendlichen (DBT-A): Therapiemanual für Einzeltherapie und Skills-Training bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen.* Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Moro, C. D. (2007). Self-Injury: A Comprehensive Literature Review Defining Self-Mutilation and Occupational Therapy Intervention Approaches. *Occupational Therapy in Mental Health, 23 (1)*, 55-67.

O'Donovan, A. (2007). Pragmatism rules: the intervention and prevention strategies used by psychiatric nurses working with non-suicidal self-harming individuals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 14,* 64-71.

Petermann, F. und Winkel, S. (2009). *Selbstverletzendes Verhalten: Erscheinungsformen, Ursachen und Interventionsmöglichkeiten* (2., vollständig überarb. und erw. Aufl.). Göttingen: Hogrefe Verlag.

Pschyrembel (Hrsg.). (2007). *Pschyrembel: Klinisches Wörterbuch* (261. Aufl.). Berlin: Walter de Gruyter.

Ray R., Perkins E. und Meijer B. (2011). The Evolution of Practice Changes in the Use of Special Observations. *Archives of Psychiatric Nursing. 25 (2),* 90-100.

Rogers, C. R. (2004). *Therapeut und Klient: Grundlagen der Gesprächspsychotherapie.* Frankfurt am Main: Fischer Verlag.

Rumsey, D. (2010). *Statistik für Dummies* (2., überarbeitete Aufl.). Weinheim: WILEY-VCH Verlag.

Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (2011). *Lehrbuch Psychiatrische Pflege* (3., vollständig überarb. und erw. Aufl.). Bern: Hans Huber Verlag.

Schädle-Deininger, H. (2006). *Fachpflege Psychiatrie.* München: Urban und Fischer Verlag.

Schlettig, H. und von der Heide, U. (1995). *Bezugspflege* (2., korrigierte Aufl.). Heidelberg: Springer Verlag.

Schmahl, C. und Stiglmayr, C. (2009). *Selbstverletzendes Verhalten bei stressassoziierten Erkrankungen.* Suttgart: W. Kohlhammer Verlag.

Schoppman, S. (2003). *„Dann habe ich ihr einfach meine Arme hingehalten“: Selbstverletzendes Verhalten aus der Perspektive der Betroffenen.* Bern: Hans Huber Verlag.

Schoppmann, S., Schröck, R., Schnepp, W. und Büscher, A. (2007). „Then I just showed her my arms…“ Bodily sensations in moments of alienation related to self-injurious behaviour: A hermeneutic phenomenological study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 14,* 587-597.

Sharkey, V. (2003). Self-wounding: A literature review. *Mental health practice, 6,* 35-37.

Siebert, K. (2007). *Selbstverletzung als Krankheit: Symptome, Hintergründe, Therapie.* Saarbrücken: VDM Verlag.

Vejmola, D. und Maetzler, N. (2004). Das Skills-Training: Borderline-Persönlichkeitsstörung: Fertigkeiten einüben, Verhaltensweisen modifizieren. *Psychoscpoe, 6*, 13-17.

Wilstrand C., Lindgren B. M., Gilje F. und Olofsson B. (2004). Struggling for hopefulness: a qualitative study of Swedish women who self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 11,* 284-291.

Wilstrand C., Lindgren B. M., Gilje F. und Olofsson B. (2007). Being burdened and balancing boundaries: a qualitative study of nurses' experiences caring for patients who selfharm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 14,* 72–78.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Entwicklungspsychopathologisches Modell des SVV nach Yates (2004, zitiert nach Petermann, F. und Winkel, S. (2009). *Selbstverletzendes Verhalten: Erscheinungsformen, Ursachen und Interventionsmöglichkeiten.* Göttingen: Hogrefe Verlag.). 17

Abbildung 2. Diagramm zur Gefühlsabfolge (Huband, N. und Tantam, D. (2004). Repeated self-wounding: Women's recollection of pathways to cutting and of the value of different interventions. *The British Psychological Society, 77,* 413-428.). 19

Abbildung 3. Rangfolge der Managementstrategien (Huband, N. und Tantam, D. (2004). Repeated self-wounding: Women's recollection of pathways to cutting and of the value of different interventions. *The British Psychological Society, 77,* 413-428.). 37

Abbildung 4. Konzeptionelles Modell (in Anlehnung an Hicks, K. M. und Hinck, S. M. (2008). Best-practice intervention for care of clients who self-mutilate. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 21,* 431-436.). 47

Abbildung 5. Spannungskurve (in Anlehnung an Gassmann, M., Marschall, W. und Utschakowski, J. (2006). *Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege: Mental Heath Care.* Heidelberg: Springer Verlag.). 52

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. *Keywords* 8

Tabelle 2. *Ein- und Ausschlusskriterien*..... 9

Tabelle 3. *Gegenüberstellung der einzelnen Artikel* 10

Tabelle 4. *Klassifizierung von SVV* (in Anlehnung an Favazza, A. R. (1996). *Bodies under siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry* (2nd ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.). 14

Tabelle 5. *Auswahl an Skills* (in Anlehnung an Ahrens, R. (2006). Pflege von Menschen mit selbstverletzendem Verhalten unter salutogenetischen Gesichtspunkten. *Psych Pflege, 12,* 100-107.). 27

Tabelle 6. *Auswirkungen eines Beziehungswechsels* (in Anlehnung an Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (2011). *Lehrbuch Psychiatrische Pflege.* Bern: Hans Huber Verlag.)..... 45

Tabelle 7. *Beziehungsqualität* (in Anlehnung an Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (2011). *Lehrbuch Psychiatrische Pflege.* Bern: Hans Huber Verlag.). 46

Tabelle 8. *Assessment zu SVV* (in Anlehnung an Petermann, F. und Winkel, S. (2009). *Selbstverletzendes Verhalten: Erscheinungsformen, Ursachen und Interventionsmöglichkeiten.* Göttingen: Hogrefe Verlag.)..... 48

Tabelle 9. *Skills*vermittlung (in Anlehnung an Bohus, M. und Wolf, M. (2009). *Interaktives SkillsTraining für Borderline-Patienten: Manual zu CD-ROM für die therapeutische Arbeit.* Stuttgart: Schattauer.)..... 51

Danksagung

Wir bedanken uns herzlich bei Marion Huber für ihre kompetente Betreuung und ihr Engagement. Trotz kurzfristiger Übernahme unserer Bachelorarbeit hat sie uns stets mit Rat und Tat beigestanden und hat uns beim Umsetzen unserer Ideen unterstützt. Unser spezieller Dank geht an Ciril Fuchs und Christian Schär für ihr ausführliches Gegenlesen sowie an Hanni Dündar und Peter Kubli für ihre fleissigen Korrekturarbeiten. Mit ihren wertvollen Anregungen und der investierten Zeit haben sie eine grossartige Unterstützung geleistet. Ein grosses Dankeschön geht an Dario Dündar für das aufwändige Formatieren und die hilfreichen Informatiktipps. Schliesslich danken wir unseren Familien und Freunden für ihre Geduld, die aufmunternden Worte und liebevollen Gesten, womit sie uns tatkräftig zur Seite gestanden haben.

Eigenständigkeitserklärung

„Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbstständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.“

Zürich, 16.05.2012

Schirin Dündar

_____

Lea Kalt

_____

Anhänge

Anhang A Wortzahl

Das Abstract umfasst 191 Wörter.

Die Arbeit umfasst 11‘967 Wörter.

Anhang B Searchlist

Datum	Datenbank	Suchstrategie (Begriffe, Kombinationen)	Hits	Abstract	Relevante Artikel
16.10.2011	CINAHL	Self-mutilation AND concept	9	1	1
		Self-wounding AND interventions	2	1	0
		Nurses AND self-harm	114	5	2
		Self-mutilate	10	1	1
19.10.2011	CINAHL	Self-harm AND nursing AND intervention NOT childhood	23	3	0
14.11.2011	PsychInfo	Delibrate self-harm AND care AND inpatient	0		
		Deliberate self-harm AND care	1935	0	
		Deliberate self-harm AND care AND inpatient	543	0	
		Deliberate self-harm AND care AND inpatient AND adult	248	0	
		Deliberate self-harm AND care AND inpatient AND adult AND nursing	117	0	
		Deliberate self-harm AND care AND inpatient AND adult AND nursing AND intervention	98	2	0
		Self-mutilation NOT childhood NOT suicide NOT personality disorder AND adult AND care	0		
		Self-mutilation NOT childhood NOT suicide NOT personality disorder	0		
		Deliberate self-harm NOT childhood NOT suicide NOT personality disorder	351	0	

Datum	Datenbank	Suchstrategie (Begriffe, Kombinationen)	Hits	Abstract	Relevante Artikel
14.11.2011	PsychInfo	Deliberate self-harm NOT childhood NOT suicide NOT personality disorder) AND adult AND care	42	1	0
		Self-injurious NOT childhood NOT suicide NOT personality disorder AND nursing intervention AND adult	0		
		Self-injurious NOT childhood NOT suicide NOT personality disorder AND intervention AND adult	201	0	
		Self-injurious NOT childhood NOT suicide NOT personality disorder AND intervention AND adult AND nurse	7	1	0
		Self-injurious NOT childhood AND nursing AND intervention AND adult	58	1	1
		Prevention AND self-harm AND nursing	699	0	
		Prevention AND self-harm AND nursing AND intervention AND adult	250	0	
		Prevention AND self-harm AND nursing AND intervention AND adult NOT suicide NOT childhood	15	2	0
07.12.2011	PsycInfo	Self Mutilation (MESH) AND intervention NOT adolescents	53	3	0
		Self Mutilation (MESH) AND intervention NOT adolescents NOT personality disorder	45	1	0
		Self Mutilation (MESH) AND intervention NOT adolescents NOT personality disorder AND nursing	2	0	
		Self Mutilation (MESH) AND nursing	51	0	
		Self Mutilation (MESH) AND nursing NOT adolescents	17	3	1

Datum	Datenbank	Suchstrategie (Begriffe, Kombinationen)	Hits	Abstract	Relevante Artikel
07.12.2011	PsycInfo	Self Mutilation (MESH) AND nursing AND intervention	19	3	0
		Self Injurious Behavior (MESH) AND nursing	109	0	
		Self Injurious Behavior (MESH) AND nursing NOT emergency	77	0	
		Self Injurious Behavior (MESH) AND nursing NOT emergency NOT adolescents	15	2	1
		Self Injurious Behavior (MESH) AND self-harm	407	0	
		Self Injurious Behavior (MESH) AND self-harm AND nursing AND inpatient	28	4	1
		Self Injurious Behavior (MESH) AND inpatient NOT emergency NOT childhood NOT adolescents	34	0	
12.12.2011	PsycInfo	Deliberate self-harm AND adult AND practice guidelines	93	0	
		Deliberate self-harm AND adult AND practice guidelines	8	1	0
		Deliberate self-harm AND cognitive behaviour therapy	296	0	
		Deliberate self-harm AND cognitive behaviour therapy	11	1	0
14.12.2011	PubMed	Self Injurious Behavior (MESH) AND nursing	109	0	
		Self Injurious Behavior (MESH) AND nursing NOT emergency	77	0	
		Self Injurious Behavior (MESH) AND nursing NOT emergency NOT adolescents	15	2	0

Datum	Datenbank	Suchstrategie (Begriffe, Kombinationen)	Hits	Abstract	Relevante Artikel
14.12.2011	PubMed	Self-harm behavior AND intervention AND inpatient AND nurses	4	1	1
		Self-wounding	12	1	1
		Self-mutilate	23	0	
03.01.2012	PsycExtra	Self-harm	104	0	
		Self-harm AND intervention	8	0	
		Self-harm AND care	14	1	0
		Self-harm AND inpatient	6	0	
		Self-harm AND psychiatry	5	0	
		Deliberate self-harm	15	0	
		Self-harm AND nursing care	0		
		Self-harm AND nursing	0		
		Self-injurious AND nursing	0		
		Self-injury	97	0	
		Self-injury AND nursing	0		

Datum	Datenbank	Suchstrategie (Begriffe, Kombinationen)	Hits	Abstract	Relevante Artikel
03.01.2012	PsycExtra	Self-injury AND inpatient	1	0	
		Self-injury AND nurses	1	0	
		Self-injury AND intervention	8	1	0
		Self-injury NOT adolescent	73	0	
		Self-injury NOT adolescent NOT suicide	55	4	1
		Self-harm AND non-suicidal	3	1	0
		Self-injury AND non-suicidal	17	0	
		Self-injury AND nonsuicidal	22	0	
		Self-mutilate	4	1	0
25.01.2012	PsycExtra	Skills AND selfharm	0		
		Dbt AND skillstraining	0		
		Skills	7699	0	
		Skills AND borderline	17	2	0
		Dialectical behavior therapy AND skillstraining	0		
		Dialectical behavior therapy AND skills	16	4	0
		Skillstraining	1	0	
		Skillstraining AND dialectical behavior therapy	1	0	
		Skills AND dialectical behavior therapy	21	2	0

Anhang C Studien- und Reviewbeurteilungen

Referenz:

Huband, N. und Tantam, D. (2004). Repeated self-wounding: Women's recollection of pathways to cutting and of the value of different interventions. *The British Psychological Society, 77,* 413-428.

1. Sample	
Stichprobe	Für die Stichprobenziehung werden Informationen der Studie in einer Broschüre zusammengefasst und durch die relevante medizinische Ethik-Kommission genehmigt. Um potenzielle Teilnehmer zu finden, werden diese Studieninformationen in einer lokalen Tagesklinik und bei sechs psychiatrischen Beratern zur Verfügung gestellt. Die Frauen, die sich freiwillig melden, werden nur akzeptiert, wenn sie das Flugblatt gelesen haben und ihr schriftliches Einverständnis geben. Zehn Frauen werden mittels Einschlusskriterien ausgesucht. Alle stammen aus einer psychiatrischen Abteilung des staatlichen Gesundheitssystems in England. Die Teilnehmerinnen befinden sich im Alter zwischen 21 und 48 Jahren. Einschlusskriterien: – mindestens 2 Episoden von Selbstverletzung erlebt zu haben – ausreichend in Kontakt mit akuten psychiatrischen Dienstleistungen gestanden zu haben, um in der Lage zu sein, klinische Interventionen zu kommentieren – Selbstverletzung ohne suizidale Absicht
Phänomen	Das Erleben, die Erfahrung und die Wahrnehmung von Teilnehmerinnen mit SVV in Bezug auf die Entstehung von Selbstverletzung und auf Interventionsstrategien.
Forschungsfrage	1. Welche Wege der Selbstverletzung, erleben die Teilnehmerinnen, und was charakterisiert den Unterschied zwischen den möglichen Wegen, die zu Selbstverletzung führen können? 2. Welche Erfahrungen machen die Teilnehmerinnen mit den eingesetzten Strategien, um die Selbstverletzung zu reduzieren? 3. Was macht aufgrund der Wahrnehmung der Teilnehmerinnen die Strategien hilfreich?
Beurteilung	Die Studie beantwortet mehrere wichtige Fragen, die den Pflegekräften Aufschluss über das Verstehen von SVV, hilfreiche Behandlungsstrategien, das nützliche Umsetzen dieser Strategien und die Zusammenarbeit mit dem Patienten geben. Das Phänomen ist nützlich für die Pflegekräfte, da es die Sicht der Betroffenen darstellt, um möglichst konkret auf deren Bedürfnisse einzugehen. Das Ziel der Studie wird nicht explizit dargestellt, jedoch wird stattdessen die Forschungsfrage ausführlich und verständlich aufgezeigt. Das Thema wird mit bereits vorhandener Literatur ausreichend eingeführt. Hypothesen werden nicht diskutiert. Die Auswahl der Teilnehmerinnen sowie das Setting werden ausreichend beschrieben und begründet.
2. Design/ Methode	
Qualitativer Ansatz	Qualitativer Ansatz: *Grounded Theory*
Beurteilung	Die Autoren erklären nicht, warum sie sich für diese Methode entscheiden. Die *Grounded Theory* ist jedoch die passende Methode, da hiermit Muster von Aktivitäten der Menschen mit SVV verstanden und erklärt werden können. Zudem können neue Theorien zu grundlegenden Prozessen des SVVs entwickelt werden.

3. Datenerhebung	
Vorgehensweise	Mittels einmaligen semi-strukturierten Interviews werden die Erfahrungen der Teilnehmerinnen erhoben und dann auf Basis der *Grounded Theory* eine Analyse durchgeführt. Es entstehen zehn Themen aus dieser Inhaltsanalyse. Zudem werden aus der Literatur 18 Strategien zur Steuerung der Selbstverletzung eruiert, welche die Teilnehmerinnen in ihren Interviews kommentieren, sofern sie diese Strategien kennen. Anschliessend müssen die Teilnehmerinnen jede Strategie, die sie kennen, anhand einer visuellen Analogskala bewerten. Die Skala reicht von -4 bis +4 und die Antworten der Teilnehmerinnen werden genutzt, um eine Rangabfolge von hilfreichen Strategien zu erstellen. Alle Interviews folgen dem gleichen Format, werden wörtlich transkribiert und dauern nicht länger als eine Stunde. Die Grösse der Stichprobe wird nicht vorbestimmt, jedoch werden die Daten nach dem Prinzip der Sättigung gesammelt. Bei jeder Teilnehmerin wird die Anonymität gewährleistet. Mehrere Vorsichtsmassnahmen werden getroffen, um emotionales Wohlbefinden für die Teilnehmerinnen zu gewährleisten.
Beurteilung	Der Vorgang der Datenerhebung wird detailliert und übersichtlich beschrieben. Die Selbstbestimmung der Teilnehmerinnen wird ausführlich diskutiert. Auch die Datensättigung wird von den Autoren angesprochen und aufgezeigt. Dadurch kann auch die eher geringe Anzahl Teilnehmerinnen (N=10) für eine *Grounded Theory*-Methode nachvollzogen werden.
4. Analyse	
Analyseprozess	Die Transkripte werden im Anschluss mit den wichtigsten Schritten der *Grounded Theory* analysiert. Zunächst werden Sätze und Phrasen im Text inspiziert, mit dem Versuch die wichtigsten beschreibenden Kategorien zu ermitteln, hier bezeichnet als „Themen“. Dieser Prozess erlaubt materielle Codes, um die zentralen Themen zuzuordnen. Schliesslich werden die Rohdaten erneut überprüft und auf der Grundlage der entstehenden Gruppen von Schlüsselthemen neu kodiert.
Qualität der Datenanalyse	Um die Vertrauenswürdigkeit der Ergebnisse aufzuzeigen werden erstens eine Reihe von Zitaten der Teilnehmerinnen wörtlich transkribiert. Zweitens wird die Genauigkeit der erhobenen Daten verstärkt durch die kommunikative Validierung mit den Teilnehmerinnen. Drittens wird die Wirksamkeit der Codierung durch einen unabhängigen Forscher überprüft, um die Stichprobe von transkribierten Daten zu kodieren, während dieser blind ist für die Ergebnisse etwaiger vorheriger Codierungen.
Beurteilung	Die Datenanalyse und ihre analytischen Schritte werden klar und nachvollziehbar beschrieben. Die Glaubwürdigkeit der Daten wird sichergestellt, es fehlt an keinerlei Informationen.

5. Resultate	
Ergebnisse	Zu den Ergebnissen zählt ein Diagramm, dass die Emotionsabfolge bis zur Selbstverletzung darstellt. Weiter werden zwei Wege eruiert, wie eine Selbstverletzung entstehen kann. Zudem werden Vergleiche angestellt zwischen der Wirksamkeit von Interventionsstrategien aus Sicht der Teilnehmerinnen und aus Sicht der Pflegekräfte. Ausserdem kommen die Autoren zur Erkenntnis, dass Interventionen von den Teilnehmerinnen als hilfreicher erlebt werden, wenn sie von Pflegekräften fürsorglich, Autonomie fördernd und kompetent umgesetzt werden. Die Resultate sind mit wörtlichen Zitaten der Teilnehmerinnen gestützt.
Diskussion	Alle Ergebnisse der Autoren werden in der Diskussion wieder aufgenommen. Mittels vorhandener Forschungsliteratur werden die einzelnen Erkenntnisse dieser Studie kritisch diskutiert und ein Bezug zur Forschungsfrage dieser Studie wird aufgenommen.
Beurteilung	Die Ergebnisse werden vielseitig und schön ausgearbeitet. Sie werden mittels tabellarischen Ansichten, einem Diagramm, Zitaten der Teilnehmerinnen und Beschreibungen der Autoren übersichtlich und verständlich dargestellt. So werden die Daten differenziert im Kontext verankert. In der Diskussion werden die Ergebnisse dieser Studie reichhaltig mit vorhandener Literatur überprüft und gestützt. Zudem wird ein Bezug zum Phänomen und zur Forschungsfrage hergestellt und die Relevanz der Ergebnisse für die Pflegepraxis wird aufgezeigt.
6. Bedeutung für die Praxis	
Beurteilung	In der Studie wird klar aufgezeigt, wo die Grenzen der heutigen Forschung in diesem Themengebiet liegen. Die Autoren zählen auf, welche Themen zukünftig in der Praxis geschult werden sollen. Dazu gehört, dass im Assessment geprüft werden soll, ob Betroffene, die sich regelmässig schneiden, Zustände von Dissoziation erleben. Weiter soll den Pflegekräften, die mit SVV-Patienten arbeiten, bewusst sein, dass Entspannungstherapien möglicherweise kontraindiziert sind.
7. Evidenzlevel (1-5) [3]	
Level: 2	Diese Studie wird in das Evidenzlevel 2 eingestuft, da die Essenz geteilter Erfahrungen beschrieben wird und neue Erkenntnisse und Wege der Selbstverletzung eruiert werden. Durch die kommunikative Validierung kann die Glaubwürdigkeit der Studie sichergestellt werden. Zudem werden die codierten Daten auf Basis der *Grounded Theory* durch einen unabhängigen verblindeten Forscher überprüft. Die erreichte Datensättigung führt zur Übertragbarkeit der Ergebnisse, und durch die detaillierte Beschreibung des Vorgehens kann die Nachvollziehbarkeit gewährleistet werden.

[3] Evidenzlevel 1-5: Ein Evidenzlevel von 1 stellt den höchst erreichbaren Level dar und die tiefste Evidenz wird durch eine 5 gekennzeichnet.

Referenz:

O'Donovan, A. (2007). Pragmatism rules: the intervention and prevention strategies used by psychiatric nurses working with non-suicidaö self-harming individuals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 14,* 64-71.

1. Sample	
Stichprobe	Die Stichprobe wird mit acht psychiatrischen Pflegekräften durchgeführt (sechs Frauen, zwei Männer) im Alter zwischen 25 und 55 Jahren. Ihre Erfahrungen im akuten psychiatrischen stationären Setting variieren von 6 Monaten bis 15 Jahren. Alle Teilnehmer (Pflegekräfte) haben Erfahrung im Umgang mit SVV-Patienten im akuten psychiatrischen stationären Setting während den letzten 12 Monaten.
Phänomen	Das Phänomen bezieht sich auf psychiatrische Pflegekräfte, die mit SVV-Patienten ohne suizidale Absichten zusammenarbeiten. Es wird klar beschrieben, dass sich die Autorin spezifisch auf das akute psychiatrische stationäre Setting konzentriert, da dies ein noch unerforschtes Gebiet ist.
Ziel	Das Ziel der Studie ist das Verstehen der Behandlungen, die psychiatrische Pflegekräfte bei SVV-Patienten ohne suizidale Absichten im akuten psychiatrischen stationären Setting einsetzen. Der Schwerpunkt wird auf Präventions- und Interventionsstrategien gelegt.
Beurteilung	Das Aufnahme- oder Ausschlussverfahren der Teilnehmer wird nicht begründet. Die Studie hat keine konkrete Fragestellung, aber das Ziel der Studie wird beschrieben. Die Studie wird aus zwei nachvollziehbaren Gründen durchgeführt, die klar und verständlich beschrieben werden. Es werden keine Hypothesen aufgestellt. Das Thema wird mit vorhandener Literatur eingeführt und ist relevant für die Pflegepraxis.
2. Design/ Methode	
Qualitativer Ansatz	eine qualitative deskriptive Studie
Beurteilung	Es wird nicht beschrieben, nach welcher qualitativen Methode die Studie durchgeführt wird und das Vorgehen wird auch nicht begründet. Auf jeden Fall ist der qualitative Ansatz für den Zweck der Studie logisch nachvollziehbar.
3. Datenerhebung	
Vorgehensweise	Die Daten werden mittels *in-depth* semi-strukturierten Interviews erhoben. Dazu benutzt die Autorin einen selbst zusammengestellten Fragebogen.
Beurteilung	Die Interviewfragen sind in einer Tabelle genau ersichtlich. Es wird nicht beschrieben, ob die Interviews einmalig stattfinden oder mehrmals in einem bestimmten Zeitraum. Die Datensättigung wird nicht diskutiert und auch die Selbstbestimmung der Teilnehmer wird nicht explizit erwähnt. Hierzu wird von der Autorin nur gesagt, dass fiktive Namen verwendet werden zum Schutz der Anonymität der Teilnehmer und dass die Autorin eine ethische Genehmigung durch das *„Teaching Hospitals Ethical Committee"* erhalten hat.

4. Analyse	
Analyseprozess	Die Daten werden mittels der Inhaltsanalyse und der Themenanalyse analysiert, wobei kategorisierte Schemen aus den Rohdaten entwickelt werden. Muster von Ideen, Gedanken und Überzeugungen werden gesucht, um die Kategorien zu verbinden und daraus dann Themen zu entwickeln. Sechs Themen entstehen aus den Ergebnissen.
Qualität der Datenanalyse	Die Autorin nimmt Stellung zur Qualität der Datenanalyse. Sie beschreibt, dass die Glaubwürdigkeit gefördert wird durch eine verbesserte Verwendung von *Member-Checks* und durch einen Entscheidungsweg, der dokumentiert und präsentiert wird während der *Peer*-Supervision.
Beurteilung	Die Datenanalyse als auch die Glaubwürdigkeit der Daten wird nur kurz beschrieben. Zudem sind die sechs Themen nicht klar ersichtlich.
5. Resultate	
Ergebnisse	Die Ergebnisse werden von der Autorin beschrieben, gestützt von Zitaten der Teilnehmer. Zu den Ergebnissen gehören Interventionen, welche die Teilnehmer anwenden, und deren Meinung und Verständnis zu diesen Interventionen. Zudem werden die Wirksamkeiten dieser Interventionen in diesem Studiensetting aus Sicht der Teilnehmer beschrieben.
Diskussion	In der Diskussion werden die Ergebnisse anhand bestehender Literatur diskutiert. Es wird Bezug genommen auf den Zweck der Studie und aus der Diskussion wird die Praxisrelevanz ersichtlich.
Beurteilung	Die Ergebnisse sind durch das gezielte Einsetzen von Zitaten der Teilnehmer im Kontext verankert. Die Resultate sind vielseitig, vertieft und sensibel ausgearbeitet. Die Diskussion baut sich strukturiert auf und ist übersichtlich dargestellt durch den stetigen Vergleich mit bereits vorhandener Literatur. Diese Diskussion leistet einen Beitrag zum besseren Verständnis des Phänomens und dessen theoretischen Eigenschaften.
6. Bedeutung für die Praxis	
Beurteilung	Es sind klare Implikationen für die Praxis und die zukünftige Forschung beschrieben. Die ganze Studie ist sehr praxisnah aufgebaut, anhand der Zitate der Teilnehmer, die sich durch die ganze Studie ziehen. Trotzdem sind wichtige Erkenntnisse für die Praxis eruierbar. Zudem wird von der Autorin empfohlen, dass eine solche Studie wiederholt werden soll in einem grösseren Setting und mit dem Einbezug von den Betroffenen und deren Angehörigen.

7. Evidenzlevel (1-5)	
Level: 5	Da die Daten einem bereits bestehenden Rahmen zugeordnet werden und keine neuen Erkenntnisse in der Arbeit mit SVV-Patienten aufzeigen, wird das Evidenzlevel auf 5 gelegt. Ausserdem ist die Datensättigung nicht ersichtlich. Zudem wird die Wirksamkeit dieser Interventionen in diesem Studiensetting aus Sicht der Teilnehmer beschrieben und mit bereits vorhandener Forschungsliteratur gestützt. Das heisst, die tatsächliche Wirksamkeit der einzelnen Interventionen wird nicht getestet, sondern nur durch die Beurteilung der Teilnehmer festgelegt. Diese Art der Beurteilung der Wirksamkeit der Interventionen weist eine geringe Übertragbarkeit auf. Die Glaubwürdigkeit kann mittels *Member-Checks* und *Peer-*Supervision gewährleistet werden. Da die Studie in einem irischen Gesundheitssystem durchgeführt wird und somit sozial und kontextuell gebunden ist, schränkt dies die Übertragbarkeit ein.

Referenz:

Ray R., Perkins E. und Meijer B. (2011). The Evolution of Practice Changes in the Use of Special Observations. *Archives of Psychiatric Nursing. 25 (2),* 90-100.

1. Sample	
Stichprobe	Es ist keine Stichprobe beschrieben. Beim ersten Pflegeinterventionsversuch wird von Patienten geschrieben. Es fehlen jedoch die weiteren Angaben dazu. Es werden keinerlei Merkmale beschrieben und es sind keine Ein- sowie Ausschlusskriterien ersichtlich. An der Studie nehmen Patienten und Pflegekräfte einer Abteilung in der Psychiatrie teil. Ansonsten sind keine weiteren Angaben aufgeführt
Phänomen	Bei dieser Studie handelt es sich um das Phänomen der *special Observation.*
Ziel	Es ist keine Forschungsfrage aufgeführt und das Ziel wird nur indirekt beschrieben; Die Autoren wollen herausfinden, welche Alternativen es zur bisherigen *special Observation* gibt. Hypothesen: Im Diskussionsteil werden Hypothesen besprochen, die zuvor im Text nicht aufgeführt sind.
Beurteilung	Diese Studie wirkt sehr unübersichtlich. Es ist kein strukturierter Aufbau ersichtlich. Im ganzen Artikel wird keine Forschungsfrage aufgezeigt. Ausserdem wird weder eine Stichprobe noch eine Stichprobenziehung beschrieben. Aus dem Text heraus lässt sich vermuten, dass die Stichprobe willkürlich bei einer einzigen Abteilung einer Psychiatrie durchgeführt wird. Es sind keine Merkmale aufgeführt. Vereinzelt werden Aussagen oder Auswertungen von Mitarbeitenden oder Patientenmeinungen erwähnt.
2. Design/ Methode	
Qualitativer Ansatz	Wird im Text nicht ersichtlich.
Beurteilung	Die Autoren dieser Studie geben keinerlei Angaben oder Hinweise zur Methode, die sie verwenden. Einzig im Diskussionsteil erwähnen die Autoren, dass sie eine Gallup-Umfrage zur Mitarbeiterzufriedenheit gemacht haben. Weitere Angaben sind nicht ersichtlich.

3. Datenerhebung	
Vorgehensweise	Der Artikel beginnt mit zwei Erzählungen von Patienten, die eine *special Observation* auf einer psychiatrischen Abteilung erhalten. Das Problem der *special Observation* und deren verschiedene Formen werden beschrieben. Es folgt der erste und der zweite Pflegeinterventionsversuch, anhand derer die Autoren zwei *Tools* entwickeln, um neue Methoden von *special Observation* auszuüben. Im Folgenden wird nur noch auf den ersten Pflegeinterventionsversuch eingegangen, da sich dieser auf Patienten mit SVV bezieht. Diplomierte Pflegekräfte gründen eine Arbeitsgruppe und entwickeln ein Tool, um suizidale Patienten und SVV-Patienten zu betreuen. Dieses Tool beinhaltet einen Vertrag, der mit dem Patient abgeschlossen wird. Die Autoren stellen das entwickelte Tool den bisherigen Formen der *special Observation* gegenüber und zeigen Vorteile auf.
Beurteilung	Es ist nachvollziehbar beschrieben, wie das entwickelte Tool eingesetzt wird. Jedoch ist nur das Resultat und nicht der Weg dazu formuliert. Die Gründe und der Prozess, wie diese diplomierten Pflegekräfte oder die Autoren zum Tool gekommen sind, werden nicht aufgezeigt.
4. Analyse	
Analyseprozess	Die Autoren schreiben, dass die direkte Verwendung des Tools nicht untersucht wird. Im Ergebnisteil beschreiben die Autoren, dass sie während der Verwendung des Tools eine Gallup-Umfrage zur Mitarbeiterzufriedenheit durchführen. Dem Text ist zu entnehmen, dass die Mitarbeiter an sie gestellte Fragen mit einer Skala von 1 bis 5 (5 ist dabei das Beste) beantwortet haben.
Qualität der Datenanalyse	Die Autoren nehmen zur Qualität der Datenanalyse keine Stellung.
Beurteilung	Die Aussagen der Autoren widersprechen sich. Zudem ist es nicht korrekt, dass diese Gallup-Umfrage nicht beschrieben und erst bei den Resultaten aufgeführt wird. Es wäre besser, wenn die Autoren das Tool an einer Interventionsgruppe testen und an einer Kontrollgruppe überprüfen. So würden die Forscher mit ihrer Studie mehr Evidenz und Übertragungswert erreichen.

5. Resultate	
Ergebnisse	Die Gallup- Umfrage zum Thema Mitarbeiterzufriedenheit während der Verwendung des *Tools* zeigt eine Erhöhung von 4.04 Zoll 2005 bis 4,65 im Jahr 2009 (auf einer Skala von 1 bis 5, wobei 5 das Beste ist). Bei dieser Umfrage wird zudem die Frage gestellt, ob die Personalausstattung eine sichere Versorgung der Patienten zulässt. Im Jahre 2005 war die Mitarbeiterwahrnehmung im Durchschnitt bei 3.54 und im Jahre 2009 bei 3.88. Dies zeigt, dass die Mitarbeiter das Gefühl einer besseren Personalausstattung haben, obwohl im Verhältnis nicht mehr Mitarbeiter angestellt sind. Die Autoren vermuten, dass dies durch die produktivere und sichtbare Interaktion mit dem Patienten zustande kommt. Am Schluss des Artikels ist ein Beispiel eines Vertrages angefügt.
Diskussion	Die Studie zeigt, dass Pflegefachpersonen weniger restriktiv und weniger aufdringlich zu sein brauchen, um die Sicherheit des Patienten zu gewährleisten. Zudem erhöhe der Einsatz des entwickelten Tools die Zufriedenheit des Personals und das Sicherheitsgefühl bei einer schwierigen Patientenpopulation. Man komme hin zum aktiven Engagement und zur individuellen Patientenversorgung. Für die Zukunft möchten die Autoren vor der Entwicklung und Durchführung des Tools zuerst eine retrospektive Auswertung der Ausführung, Länge und Häufigkeit der bisherigen *special Observation* durchführen.
Beurteilung	Im Nachhinein erkennen die Autoren weitere Einschränkungen in Bezug auf die Verwendung des *Tools*. Da diese nur in einem einzigen Krankenhaus durchgeführt werden, ist die Übertragbarkeit kaum gewährleistet.
6. Bedeutung für die Praxis	
Beurteilung	Die *special Observation* und Betreuung von selbst- und fremdgefährdeten Patienten spielt in der Psychiatrie eine grosse Rolle. Dabei stellt das Einschätzen eine grosse Herausforderung dar, wobei seitens der Pflege Feingefühl und Erfahrung gefordert wird. Die Anwendung des beschriebenen Tools ist in der Umsetzung auf einer psychiatrischen Abteilung realistisch. Trotzdem geht in jeglichen Situationen die Sicherheit des Patienten, der Mitpatienten und der Mitarbeiter vor.
7. Evidenzlevel (1-5)	
Level: 5	Die Ergebnisse dieser Studie können einem bereits bestehenden theoretischen Rahmen zugeordnet werden, da nichts Neues untersucht wird. Deshalb erreicht diese Studie ein Evidenzlevel von 5. Das entwickelte Tool wird nur in einer Gallup-Umfrage getestet. Ausserdem werden keine Analyseschritte aufgezeigt, deshalb ist diese Studie weder nachvollziehbar noch glaubwürdig und kann kaum auf die Allgemeinheit übertragen werden.

Referenz:

Schoppmann, S., Schröck, R., Schnepp, W. und Büscher, A. (2007). „Then I just showed her my arms…“ Bodily sensations in moments of alienation related to self-injurious behaviour. A hermeneutic phenomenological study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 14,* 587-597.

1. Sample	
Stichprobe	Neun Frauen zwischen 18 und 35 Jahre alt mit moderater Selbstverletzung und eine Pflegekraft, alle befinden sich auf einer stationären Abteilung, die sich mit SVV befasst.
Phänomen	die Erfahrung von SVV-Patienten
Ziel	Das Ziel dieser Studie ist, die Erfahrung von Personen mit SVV aufzuzeigen, zu erforschen und durch die gewinnenden Erkenntnisse das Verständnis für diese gefährdete Gruppe zu vergrössern.
Beurteilung	Da mittels einer Gelegenheitsstichprobe die Daten erfasst werden, ist nicht genau ersichtlich, wie viele Frauen tatsächlich an der Studie teilnehmen. Dadurch, dass 10 Interviews aus der Datenerhebung entstehen, kann davon ausgegangen werden, dass 10 Frauen interviewt werden. Die Anzahl der Stichprobe wird durch die hermeneutische phänomenologische Forschung begründet, die keinen Standard für eine bestimmte Anzahl Teilnehmer vorgibt. Die Stichprobenziehung wird nur kurz angeschnitten. Das Thema wird vorgängig mit bereits vorhandener Literatur eingeführt. In der Einführung wird auch die Signifikanz der Arbeit klar ersichtlich und zusätzlich wird diese in einem separaten Abschnitt noch explizit erwähnt. Es wird keine Forschungsfrage gestellt, sondern ein klar ausformuliertes Ziel beschrieben. Es sind keine Hypothesen aufgeführt.
2. Design/ Methode	
Qualitativer Ansatz	hermeneutische phänomenologische Studie
Beurteilung	Das gewählte Design wird mittels Theorie erklärt, begründet und passt zum Ziel der Studie.
3. Datenerhebung	
Vorgehensweise	Die Daten werden mittels *in-depth* Interviews und der Teilnehmerbeobachtung erhoben. Die Interviews finden einmalig mit Teilnehmerinnen statt, welche nicht in die Beobachtung involviert sind. Die Teilnehmerbeobachtung findet auf zwei stationären Abteilungen in einer psychiatrischen Institution in Deutschland statt. Eine weitere Patientin schickt ihre Erfahrung als Bericht per E-Mail. Die ganze Datenbank besteht aus 10 Berichten über Selbstverletzung, vermittelt durch eine E-Mail, fünf qualitative Interviews in der Dauer von 45 Min. bis zu 3 Std., 99 Datensätze über die Teilnehmerbeobachtung sowie umfangreiche Feldnotizen und Memos, die von den Autoren geschrieben werden.
Beurteilung	Die Datenerhebung wird explizit dargestellt. Die Theorie zur Datenerhebung wird erklärt und erläutert. Die Selbstbestimmung der Teilnehmerinnen wird im Abschnitt „Ethische Aspekte“ diskutiert. Die Datensättigung wird nicht beschrieben.

4. Analyse	
Analyseprozess	Als Verarbeitungstechnik werden die drei Ansätze zur Textanalyse von Van Manens (1990) verwendet, um thematische Aspekte des Phänomens zu isolieren. Die neu aufkommenden Themen oder thematischen Aussagen werden durch die Autoren aufgeschrieben.
Qualität der Datenanalyse	Die Analyse wird zusätzlich durch eine Diskussion mit den Teilnehmerinnen gestaltet, um das Verständnis der Autoren direkt mit den Teilnehmerinnen zu vergleichen. Um die Bias und Vorurteile der fremden Personen, die bei der Überprüfung mithelfen zu reduzieren, nutzen die Autoren *Peer*-Gruppen. In diesen *Peer*-Gruppen werden die Daten reflektiert, analysiert und interpretiert. Darüber hinaus wird ein Forschungstagebuch geführt. Supervisionen erlauben weitere Möglichkeiten, um die Annahmen der Autoren aus den Erfahrungen der Teilnehmerinnen zu reflektieren und differenzieren.
Beurteilung	Die Datenerhebung wird sehr ausführlich beschrieben. Einerseits wird ein theoretischer Input dazu verfasst, andererseits wird das genaue Vorgehen in dieser Studie detailliert beschrieben. Auch die Qualität der Datenanalyse wird gründlich diskutiert und mit der kommunikativen Validierung gestützt.
5. Resultate	
Ergebnisse	Die Ergebnisse sind übersichtlich dargestellt und anhand von Zitaten der Teilnehmerinnen und der dazugehörigen Erklärungen der Autoren strukturiert. Sie beinhalten Erfahrungen von den Teilnehmerinnen und hilfreiche Pflegeinterventionen, die von ihnen als nützlich beurteilt werden.
Diskussion	Alle Ergebnisse dieser Studie werden in der Diskussion anhand bereits vorhandener Literatur geprüft und mit direkten Zitaten der Teilnehmerinnen verständlich aufgezeigt.
Beurteilung	Die Ergebnisse werden vielseitig dargestellt. Mit grosser Sensibilität sind sie ausgearbeitet und durch die direkten Zitate im Kontext verankert. In der Diskussion nehmen die Autoren Bezug auf das Forschungsziel, und auch die Bedeutung für die Pflege wird diskutiert.
6. Bedeutung für die Praxis	
Beurteilung	Die Erkenntnisse und Ergebnisse dieser Studie sind relevant für die Praxis, da sie direkt aus den Erfahrungen der Betroffenen entstehen und durch deren direkte Zitate praxisnah aufgebaut sind. Zudem sind die Ergebnisse so dargestellt, dass sie für die Pflegekräfte in der Praxis gut umsetzbar sind.
7. Evidenzlevel (1-5)	
Level: 3	Da die Studie über neue Aspekte zum Thema SVV berichtet und die Essenz der Erfahrungen der Teilnehmerinnen beschrieben wird, kann dieser Studie ein Evidenzlevel von 3 zugeteilt werden. Die Nachvollziehbarkeit dieser Studie wird durch das Beschreiben der einzelnen Analyseschritte und dem Begründen durch Forschungstheorie erfüllt. Die Glaubwürdigkeit wird mittels kommunikativer Validierung erreicht. Die Übertragbarkeit ist durch die nicht ersichtliche Datensättigung etwas eingeschränkt.

Referenz:

Wilstrand C., Lindgren B.M., Gilje F. und Olofsson B. (2004). Struggling for hopefulness: a qualitative study of Swedish women who self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing,11*, 284-291.

1. Sample	
Stichprobe	In dieser Studie nehmen neun schwedische Frauen zwischen 19 und 35 Jahren mit SVV teil. Alle Teilnehmerinnen waren bereits in einer psychiatrischen Klinik in Nordschweden in Behandlung. Fünf der neun Teilnehmerinnen erhielten im letzten Jahr eine psychiatrische Versorgung. Psychiatrische und soziale Mitarbeiter informieren die Patientinnen über den Zweck und die Kriterien dieser Studie und erfragen ihre Teilnahme. Einschlusskriterien: Erwachsene Männer und Frauen mit einer Vorgeschichte von Selbstverletzung mit widerholt stationärer oder ambulanter Behandlung mit einem Entlassungsstatus. Sie müssen fliessend schwedisch sprechen Freiwilliges Einverständnis einer Teilnahme
Phänomen	Das Phänomen sind die Erfahrungen von SVV-Patienten über erhaltene und erwünschte Pflege. Dabei bezieht sich diese Studie auf: „moderate oder oberflächliche Selbstverletzung, die episodisch ist oder sich wiederholt.“
Ziel	Das Ziel dieser Studie ist es, Erfahrungen von SVV-Patienten zu erhaltener und erwünschter Pflege zu beschreiben.
Beurteilung	In dieser Studie wird keine konkrete Fragestellung aufgeführt. Das Ziel wird klar und verständlich beschrieben. Es sind keine Hypothesen formuliert. Zur Stichprobe werden genügend Angaben gemacht und Kriterien sind vorhanden. Die Stichprobe wird bewusst erhoben, jedoch werden nur Patienten einer bestimmten Klinik in Schweden in Erwägung gezogen. Somit ist die Studie sozial und kontextuell gebunden. Teilnehmer aus verschiedenen Institutionen hätten mehr Aussagekraft und Übertragungswert bewirkt. In der Studie wird belegt, dass über das Thema der Selbstverletzung wenig Pflegeforschung vorliegt. In der Einleitung ist vorhandene Literatur beschrieben.
2. Design/ Methode	
Qualitativer Ansatz	Es handelt sich um einen phänomenologischen Ansatz.
Beurteilung	Die gewählte Methode wird im Text nicht begründet und ist nur zu interpretieren. Die gewählte Methode passt jedoch zum Ziel der Studie.

3. Datenerhebung	
Vorgehensweise	Es werden narrative Interviews durchgeführt. Die Daten werden einmalig erhoben. Dabei werden den Teilnehmerinnen vier Fragen eines Interview-Leitfadens gestellt. Das Interview wird aufgenommen und von einer Sekretärin transkribiert und anschliessend durch die Autoren codiert. Der erste Autor hat während der Behandlung mit zwei der teilnehmenden Personen in Kontakt gestanden, deshalb werden diese beiden Teilnehmerinnen vom zweiten Autor interviewt. Die Absicht ist, dass die Analyse unvoreingenommen bleibt.
Beurteilung	Da es im Interview um menschliches Erleben geht, werden offene Fragen gestellt, was sich gut eignet. Die Vorgehensweise der Autoren ist nachvollziehbar beschrieben. Die Studie wird auf ihre Ethik geprüft. Die Absicht der Forscher, dass die Analyse unvoreingenommen bleibt, kann in Frage gestellt werden, da der erste Autor trotzdem mit den ihm bekannten Patientinnen in Kontakt kommt. Die Selbstbestimmung der Teilnehmerinnen ist gewährleistet.
4. Analyse	
Analyseprozess	Die Daten werden anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse (Baxter, 1991) analysiert. Der Text wird von den Autoren immer wieder gelesen und anschliessend mit den Audiobändern auf seine Konsistenz geprüft. Der gesamte Text wird in mehrere Wörter, Sätze oder Ausdrücke in Bezug auf das Ziel unterteilt. Später werden diese in Sinn-Einheiten kondensiert. Danach werden alle kondensierten Sinn-Einheiten auf der Grundlage der vier Interview-Fragen zusammengefasst. Darüber hinaus werden die Einheiten mit positiven und negativen Beschreibungen versehen und mit einem Schwerpunkt markiert. Durch weitere Abstraktionen werden zwei Themen und fünf Unterthemen formuliert. Diese Bearbeitung vergleichen die Autoren solange mit dem ursprünglichen Text, bis ein Konsens erreicht wird.
Qualität der Datenanalyse	Die Forscher nehmen keine Stellung zur Qualität der Datenanalyse.
Beurteilung	Die Schritte des Analyseprozesses sind sehr genau beschrieben. Die Inhaltsanalyse eignet sich für die Verarbeitung der Interviews. Es handelt sich um einen komplexen Prozess, der nur durch die genaue Beschreibung nachvollziehbar wird. Eine zusätzliche Veranschaulichung erfolgt in einer Tabelle mit Zitaten der Teilnehmerinnen. Diese fördert das Verständnis. Die Glaubwürdigkeit wird in diesem Artikel nicht diskutiert.
5. Resultate	
Ergebnisse	Die Ergebnisse werden in die zwei Themen und die jeweiligen beschriebenen Unterthemen eingeteilt. Dabei werden die Gedanken und Zusammenfassungen der Autoren mit Zitaten der Teilnehmerinnen gestützt.
Diskussion	Die in den Interviews von den Teilnehmerinnen gewünschte Vermittlung von Hoffnung und Bestätigung wird besprochen. Ausserdem wird die Diskussion mit Literatur ergänzt.
Beurteilung	Die Ergebnisse reflektieren die Reichhaltigkeit der Daten. Sie vertiefen die Thematik der Pflege von SVV-Patienten. Die Zitate erlauben eine Verankerung im Kontext. Allerdings sind die Aussagen teilweise ungenau. Die Aufteilung der Ergebnisse in die jeweiligen Themen erklärt das Phänomen näher. Im Diskussionsteil werden die Erfahrungen erneut erwähnt. Dass diese Studie nur ein Ziel und keine konkrete Fragestellung verfolgt, bringt ein weites Spektrum mit sich, das es zu erreichen gilt. Die Bedeutung für die Pflege wird im Teil der Ergebnisse sowie der Diskussion beschrieben.

6. Bedeutung für die Praxis	
Beurteilung	Die Autoren beschreiben die Notwendigkeit, weitere Forschungen zu diesem Thema durchzuführen. Sie berichten darüber, dass die Anwesenheit einer Psychologin während den Interviews gegebenenfalls einen Einfluss hatte. Die Autoren beschreiben, dass es sich in ihrer Studie um eine eher kleine Anzahl Teilnehmerinnen handelt. Implikationen mit der Praxis werden in dieser Studie beschrieben. Die Resultate sind praxisrelevant und in der Psychiatrie von aktueller Wichtigkeit. Die Erfahrungen von SVV-Patienten enthalten wertvolle Anhaltspunkte, die zur Verbesserung von deren Betreuung beachtet werden sollten. Die Anwesenheit einer Psychologin im selben Raum wird erst ganz zum Schluss beschrieben.
7. Evidenzlevel (1-5)	
Level: 3	Da in dieser Studie neue Aspekte zum Thema SVV und die Essenz der Erfahrung von SVV-Patienten aufgezeigt werden, erreicht dieser Artikel das Evidenzlevel 3. Die Glaubwürdigkeit und die Nachvollziehbarkeit werden durch den beschriebenen Konsens erreicht. Die Patientinnen berichten, sich von den Pflegekräften vernachlässigt gefühlt zu haben. Dies kann auf ein Bias hinweisen, da ein solches Verhalten von den Pflegekräften therapeutischer Hintergrund haben kann, um mögliches manipulatives Verhalten der SVV-Patienten zu verhindern. Unter Berücksichtigung dieses möglichen Bias können die Forschungsergebnisse als übertragbar betrachtet werden.

Referenz:

Wilstrand C., Lindgren B.M., Gilje F. und Olofsson B. (2007). Being burdened and balancing boundaries: a qualitative study of nurses' experiences caring for patients who selfharm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 14, 72–78.

1. Sample	
Stichprobe	Die Teilnehmer sind sechs Pflegekräfte, die auf einer akut psychiatrischen Station in Nordschweden arbeiten. Einschlusskriterien: – registrierte Pflegekräfte, die auf einer akut psychiatrischen stationären Abteilung arbeiten – Erfahrung mit der Fürsorge von Pat mit SVV – Bereitschaft, über die gemachten Erfahrungen in einem Interview zu erzählen Ausschlusskriterien: – Pflegekräfte, die schon an einer DBT- Ausbildung oder -Schulung teilgenommen haben Stichprobenziehung: Es wird eine gezielte Stichprobe verwendet. Die Pflegekräftewerden über die mögliche Teilnahme an dieser Studie informiert und können freiwillig mitmachen.
Phänomen	Erfahrung mit SVV-Patienten
Fragestellung und Ziel	Fragestellung: „Wie beschreiben Pflegekräfte ihre Erfahrungen bei der Pflege von Patienten mit selbstverletzendem Verhalten?“ Ziel: Ziel dieser Studie ist es, die Erfahrungen von Pflegekräften bei der Betreuung von SVV-Patienten zu beschreiben.
Beurteilung	Das Phänomen ist klar ersichtlich. Wenn Pflegekräfte aus unterschiedlichen Institutionen einbezogen worden wären, hätte dies zu mehr Aussagekraft und Übertragungswert geführt, da je nach Institution unterschiedliche Standards und Regeln gelten. Die Stichprobenerhebung wird in der Studie genau beschrieben, wodurch der Ablauf gut nachvollziehbar ist. Setting und Teilnehmer werden reichhaltig beschrieben. Das Ziel der Studie sowie die Forschungsfrage werden explizit dargestellt. Im Text sind jedoch keine Hypothesen erwähnt. Die Einleitung ins Thema erfolgt durch Erläuterungen aus früheren Studien, wodurch der Leser optimal ins Thema eingeführt wird.
2. Design/ Methode	
Qualitativer Ansatz	Für diese Studie wird ein qualitatives deskriptives Design verwendet.
Beurteilung	Der qualitative Ansatz wird in dieser Studie nicht beschrieben, das Vorgehen wird nicht begründet. Dieser Ansatz passt jedoch zur beschriebenen Forschungsfrage.

3. Datenerhebung	
Vorgehensweise	In dieser Studie werden die Daten mittels narrativen Interviews einmal erhoben. Die Interviews werden von einer Sekretärin transkribiert.
Beurteilung	Das Erheben der narrativen Interviews ist in Bezug auf die Forschungsfrage und den phänomenologischen Ansatz korrekt. Es werden keine eindeutigen Hinweise beschrieben, ob alle Teilnehmer die Fragen verstanden haben. Beim Interview stellen die Forscher zwei offene Fragen, die im Text aufgeführt sind. Die Datenerhebung ist klar nachvollziehbar. Jedoch begründen die Forscher die Auswahl dieser verwendeten Datenerhebung nicht. Die Selbstbestimmung der Teilnehmer wird diskutiert.
4. Analyse	
Analyseprozess	1. Narrative Interviews mit Tonaufnahmen 2. Transkribieren 3. Lesen und Wiederlesen 4. Alle Texte werden aufgeteilt in Sinn-Einheiten, Wörter, Sätze und Redewendungen 5. Sinneinheiten werden in drei Kategorien verdichtet 6. Daraus werden zwei Themen und sieben Unterthemen formuliert Diese Schritte beschreiben die Autoren als Kondensations-Abstraktions-Prozess. Die Texte werden anhand qualitativer Inhaltsanalysen nach Graneheim und Lundman (2004) analysiert.
Qualität der Datenanalyse	Die Autoren nehmen zur Qualitätssicherung der Studie keine Stellung.
Beurteilung	Die phänomenologische Methode versucht die Bedeutung einer Erfahrung zu erkennen, was bei dieser Studie angebracht ist. Die gewählte Methode passt zum genannten Ziel, das die Forscher verfolgen. Die analytischen Schritte werden genau beschrieben und sind glaubwürdig. Qualität wird von den Forschern nicht explizit sichergestellt.

5. Resultate	
Ergebnisse	Es wird die Angst und die Machtlosigkeit seitens der Pflegekräfte beschrieben, dass sich der Patient jederzeit verletzen könnte. Ausserdem erkennen die Teilnehmer bei sich selber ein Mangel an Verständnis für die Probleme der Patienten und äussern, nicht zu wissen, wie man sich um deren Probleme kümmern soll. Die Teilnehmer berichten, bei überfordernden Situationen Frustration zu verspüren und dass einige Mitarbeiter deshalb die Kontrolle über ihre Emotionen verlieren. Teilnehmer erzählen, dass der Umgang mit den eigenen Gefühlen schwierig sein kann. Vor allem wenn Gefühle während dem Handeln aufkommen. Ausserdem sind die Unterstützung und der Austausch mit den Mitarbeitern wichtig, um sich bestätigt und nicht alleine zu fühlen. Die Teilnehmer wünschen sich für die Betreuung kleinere Einheiten, kein Mischen der Diagnosen ausreichend Finanzen, geschultes Pflegepersonal sowie genügend Zeit. Die Autoren schreiben, dass die Teilnehmer einen Mangel an Wissen und Verständnis über Selbstverletzung und deren Gefühle erkennen. Die Ergebnisse zeigen eine Belastung von Pflegepersonen bei der Betreuung von SVV-Patienten.
Diskussion	Diese Studie weist auf die Belastung bei der Pflege von SVV-Patienten in der Psychiatrie hin. Zudem beschreibt sie, wie wichtig es ist, diese Belastungen zu lösen. Die Bedeutung von mehr Wissen für das Pflegepersonal bei der Betreuung von SVV-Patienten muss in der Forschung und der Bildung angesprochen und in der Praxis entwickelt werden.
Beurteilung	Die Ergebnisse werden durch Originalzitate unterstützt, wodurch diese wie auch die Synthese besser nachvollziehbar werden. Die direkten Zitate der Teilnehmer ermöglichen dem Leser, die Beziehung zwischen diesen Äusserungen der Teilnehmer und der begrifflichen Einordnung durch die Forscher zu beurteilen. Die zwei Themen und sieben Unterthemen werden alle kurz erläutert, was dem Leser einen optimalen Überblick verschafft. Zwei Tabellen lassen die Überlegungen und die Ausarbeitung der Themen durch die Forscher nachvollziehen. Es wird festgestellt, dass beim Pflegepersonal ein Mangel an Wissen zum Thema Selbstverletzung besteht. Dieser Schluss ist pflegerelevant und kann mit neuen Forschungen weiterverfolgt werden.
6. Bedeutung für die Praxis	
Beurteilung	Es wichtig, dass Überforderung und Wissensmangel über SVV bei den Pflegekräften erkannt wird. Nur so können Massnahmen ergriffen und Unterstützung angeboten werden. Zudem will die Forschung erfahren, wo es genau Wissensmangel und Unsicherheiten gibt und welche Auswirkungen das hat. So können gezielt Weiterbildungen angeboten und Schulungen durchgeführt werden, um die Pflege von SVV-Patienten zu verbessern.
7. Evidenzlevel (1-5)	
Level: 3	Da in dieser Studie neue Aspekte zu SVV und die Essenz der Erfahrung von Pflegekräften bei der Betreuung von SVV-Patienten aufzeigt, erreicht diese Studie das Evidenzlevel 3. Die Glaubwürdigkeit dieses Artikels ist gewährleistet, da die Autoren die Analyse fortsetzen, bis ein Konsens erreicht wird. Die Schritte des Analyseprozesses sind nachvollziehbar beschrieben. Durch den erreichten Konsens kann von einer Übertragbarkeit ausgegangen werden.

Referenz:

Klonsky, D. E., Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-Injury: A Research Review fort he Practitioner. *Journal of Clinical Psychology, 63 (11),* 1045-1056.

Fragen	**Beurteilung**
1. Welche Frage wurde gestellt?	Das Ziel dieses Reviews ist Forschung zusammenzufassen, darüber a) wer sich selbst verletzt, b) warum Selbstverletzung ausgeübt wird und c) welche Behandlungen sich als wirksam erweisen.
2. Welches sind die zentralen Variablen/ Konzepte?	Es handelt sich bei diesem Review um eine Übersichtsarbeit, in der qualitative Forschung zusammengefasst wird. Die Autoren wollen mit dieser Arbeit einen umfassenden und benutzerfreundlichen Überblick über die Forschung zum Thema SVV bieten.
3. Wie/ wo wurden die Artikel gesucht?	Keine Beschreibung. Die Empfehlungen und Interventionen, die die Autoren aus der Forschungsliteratur zusammenfassen, sind laufend genau verzeichnet. So kann gut nachvollzogen werden, aus welcher Literatur welche Aussagen oder Interventionen stammen. Zudem werden die Ergebnisse der einzelnen Studien miteinander verglichen und einander gegenübergestellt.
4. Werden nachvollziehbare Kriterien der Auswahl genannt?	Keine Beschreibung
5. Werden die Artikel übersichtlich dargestellt?	Keine Beschreibung
6. Ist die wichtigste Information enthalten?	Keine Beschreibung
7. Welche wissenschaftlichen Kriterien werden zur Beurteilung verwendet?	Keine Beschreibung
8. Wird eine nachvollziehbare Synthese gemacht?	Die Autoren beschreiben, dass der Schlüssel zur effektiven Behandlung von Selbstverletzung in der Fähigkeit liege, eine empathische, vorurteilsfreie Beziehung zum Patienten aufzubauen, und flexibel zu sein in der Anpassung empirisch gestützter Behandlungen in einem individuellen, multimodalen Ansatz. Diese Synthese wird durch den Aufbau dieser Übersichtsarbeit ersichtlich und ist logisch nachvollziehbar.
9. Beantwortet diese Synthese die Fragestellung?	Alle Themen, die diese Übersichtsarbeit zum Ziel hat, werden aufgegriffen und beantwortet. Diese Synthese beinhaltet wichtige Punkte, die das Ziel dieser Übersichtsarbeit beantworten.

10. Werden Schlussfolgerungen/ Empfehlungen für die Praxis und die Pflegeforschung beschrieben?	Die Autoren beschreiben folgende Empfehlung für die Praxis: Selbstverletzung ist ein komplexes Verhalten, das in seiner Präsentation, Funktion und Eigenschaft heterogen ist. Als Folge sind viele Fachpersonen ratlos und unsicher über die beste Behandlungsart dieses Verhaltens. Basierend auf das Forschungsreview schliessen die Autoren, dass ein vielversprechender Weg, um eine erfolgreiche Behandlung zu erreichen, das Verstehen des Verhaltens aus der Patientenperspektive ist. Sobald bei einem Patienten bestimmte pathogene Eigenschaften der Selbstverletzung identifiziert werden, können Fachpersonen auf die evidenzbasierten Beziehungen und Behandlungen zurückgreifen. Der Schlüssel zur effektiven Behandlung von Selbstverletzung liegt in der Fähigkeit, eine empathische, vorurteilsfreie Beziehung zum Patienten aufzubauen und flexibel zu sein in der Anpassung empirisch gestützter Behandlungen, in einem individuellen, multimodalen Ansatz.
11. Berücksichtigen diese Empfehlungen die Auswahlkriterien und die Beurteilung der Artikel?	Keine Beschreibung
12. Evidenzlevel (1-5)	Der Inhalt ist zwar aufschlussreich, umfassend und übersichtlich dargestellt, jedoch wird nicht aufgezeigt, wie die Autoren die zugrunde liegende Forschungsliteratur gefunden haben. Aus diesem Grund handelt es sich hierbei um eine Übersichtsarbeit, der nur eine Evidenz von 5 zugewiesen werden kann.

Anhang D Angaben der Beurteilungsvorlagen

Kearney, M. H. (2001). Levels and applications of qualitative research evidence. *Res Nurs Health, 24 (2)*, 145-153.

LoBiondo-Wood, G. und Haber, J. (2005). *Pflegeforschung: Methoden, Bewertung und Anwendung* (2. Aufl.). München: Urban und Fischer Verlag.

Preusse-Bleuler, B. (2010a). *Artikel kritisch Lesen: Beurteilungskriterien, Evidence* Winterthur: ZHAW.

Preusse-Bleuler, B. (2010b). *Beurteilungskriterien: Qualitative Forschung.* Winterthur: ZHAW.

Preusse-Bleuler, B. (2010c). *Pflegeforschung: Beurteilungskriterien.* Winterthur: ZHAW.