

**Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg**  
Fakultät Wirtschaft und Soziales  
Department Pflege & Management  
**Dualer Studiengang Pflege (BA)**

**Pflegerische Kommunikation und  
Beziehungsgestaltung mit suizidalen  
Patientinnen in der Akutpsychiatrie**

---

**Chancen und Hindernisse**

Tag der Abgabe: 01.06.2010

Vorgelegt von: Beatrice Frederich

Betreuende Prüfende: Prof. Dr. Uta Gaidys  
Zweiter Prüfer: Bernd Dobritsch

# Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	3
1.1	Überblick - Zusammenfassung .....	3
1.2	Problemstellung.....	3
1.3	Zielsetzung.....	4
1.4	Fragestellung.....	5
1.5	Methodik .....	5
2	Begriffsbestimmung: Suizidalität .....	7
3	Beziehungsaufbau mit suizidalen Patientinnen .....	8
3.1	Kommunikation mit suizidalen Patientinnen .....	9
3.2	Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene.....	12
3.3	Beziehungsgestaltung.....	14
4	Pflege von suizidalen Patientinnen .....	17
4.1	Bestimmende Faktoren und Aufgaben der Pflege von suizidalen Patientinnen..	17
4.2	Assessment bei suizidalen Patientinnen.....	20
4.3	Haltung und Verhalten gegenüber suizidalen Patientinnen.....	23
4.4	besondere Ziele und Aufgaben der Pflege dieser Patientinnengruppe.....	27
	<i>Rückführen zur Menschlichkeit .....</i>	<i>27</i>
	<i>Hoffnung geben .....</i>	<i>29</i>
	<i>Trost spenden.....</i>	<i>30</i>
5	Beschreibung der Pflege in der Akutpsychiatrie.....	32
5.1	Pflege in der Akutpsychiatrie allgemein.....	33
5.2	24h-Beobachtung .....	34
6	Fazit – Chancen und Hindernisse der Pflege in der Akutpsychiatrie.....	38
7	Literaturverzeichnis.....	41
8	Anhang.....	45

# 1 Einleitung

## 1.1 Überblick – Zusammenfassung

Die folgende Arbeit widmet sich der Frage nach den Besonderheiten des Beziehungsaufbaus zu suizidalen Patientinnen<sup>1</sup> und den Hindernissen und Chancen, die sich in der akutpsychiatrischen Versorgung für diese ergeben. Das Vorgehen ist eine systematische Literaturrecherche zu dem beschriebenen Thema.

Die Arbeit zeigt dabei auf, dass der Beziehungsaufbau durch Kommunikation und kommunikative Haltungen den Klientinnen gegenüber beeinflusst wird. Außerdem wird deutlich, dass psychoanalytische Modelle in der Behandlung suizidaler Menschen eine nicht unbedeutende Rolle spielen. Ein besonderes Augenmerk bekommen zudem die Charakteristik der Beziehung und die Phasen, in der diese abläuft. Das dient als Grundlage, um das beschriebene Patientinnenklientel zu pflegen und zu behandeln. Ziele dabei sind, den Patientinnen Hoffnung zu geben, ihnen den Weg zurück zu einer Gestaltung ihres sozialen Lebens aufzuzeigen und ihnen Trost in der Krise zu geben.

In dieser Arbeit ist ersichtlich, dass es bestimmte Faktoren gibt, welche die Pflege in der Akutpsychiatrie und damit auch die Patientinnen beeinflussen. Diese Einflussfaktoren werden auf ihre positiven und negativen Auswirkungen hin untersucht.

Das Ziel dieser Ausarbeitung soll es sein, die Pflege suizidaler Patientinnen genauer zu untersuchen, um Berufsanfängern bestimmte Erkenntnisse zur Arbeit mit diesen Patientinnen an die Hand zu geben und damit die Pflege zu verbessern.

## 1.2 Problemstellung

Laut Bundesministerium für Gesundheit starben im Jahr 2007 in Deutschland mehr als 9.000 Menschen durch vorsätzliche Selbstschädigung (BMG 2009), wobei die Zahl der Suizidversuche um das 10fache höher eingeschätzt wird (Althaus / Hegerl 2004). Nach Althaus / Hegerl (2004) finden Suizide und Suizidversuche meist im Kontext von psychischen Erkrankungen statt. Häufig kann im Nachhinein eine Depression in der Anamnese festgestellt werden. Für sich genommen ist Suizidalität aber keine Erkrankung. (Althaus / Hegerl 2004) Etwa 25% aller ambulanten psychiatrischen Patientinnen weisen in der Vorgeschichte einen Suizidversuch auf, bei hospitalisierten Patientinnen ist dieser Anteil noch höher. (Warnke 2008)

---

<sup>1</sup> In der gesamten Arbeit sind bei der Erwähnung weiblicher Formen die männlichen Formen immer mit genannt.

In der Akutpsychiatrie machen diese Menschen den Hauptteil aller Patientinnen aus, um sie hier kriseninterventorisch zu behandeln und ihre weitere Entwicklung zu beobachten. (Carlén / Bengtsson 2007) Suizidale Patientinnen stellen eine besondere Herausforderung an alle Mitglieder des multiprofessionellen Teams einer akutpsychiatrischen Station dar. Die Schwierigkeiten, die sich in der Arbeit mit diesen Patientinnen ergibt, bestehen darin, dass die Betroffenen den Wert des Lebens anders einschätzen und oftmals kommunizieren, dass sie dem Leben nicht gewachsen sind. (Sun et al. 2005) Dies von professioneller Seite aus zu verstehen und nachvollziehen zu können, birgt Herausforderungen für die Psychotherapeutinnen, Psychologinnen und das Pflegepersonal einer akutpsychiatrischen Station. So verlangt diese Arbeit vor allem von Pflegekräften viel Erfahrung und Kompetenzen in der Kommunikation und Unterstützung von psychisch Erkrankten. (Rooney 2009)

Ein Blick in die Literatur zeigt, dass die Pflege – Patientin – Beziehung im Eins – zu – Eins – Kontakt eine wichtige Rolle bei der Behandlung suizidaler Patientinnen spielt. (Sun et al. 2005, 2006a, 2006b; Koehn / Cutcliffe 2007) In dieser Beziehung sollte es darum gehen, die Probleme dieser Menschen gemeinsam zu bearbeiten, um einen anderen Weg aufzeigen zu können als den des Suizids. (Reid / Long 1993; McLaughlin 1999)

Bisher gibt es keine empirisch geprüfte Theorie, wie der Umgang und die Therapie von Suizidalität aussehen sollte. (Sun 2006a, 2006b) Es ist auch noch nicht klar, wie genau die Pflege suizidaler Menschen auszusehen hat. (Cutcliffe / Barker 2002)

Gesichert ist aber, dass die Behandlung gewisse Schwierigkeiten und Herausforderungen birgt, die sich unter anderem aus den Rahmenbedingungen einer Akutpsychiatrie ergeben. Diese haben einen nicht unwesentlichen Einfluss auf die pflegerische Beziehungsgestaltung zu den Patientinnen.

### *1.3 Zielsetzung*

Ziel dieser Arbeit ist, die Besonderheiten der psychiatrischen Pflege von suizidalen Patientinnen aufzuzeigen. Da die therapeutische Beziehung in der Psychiatrie einen hohen Stellenwert besitzt, soll der Beziehungsaufbau und die Beziehungsgestaltung zu suizidalen Patientinnen genauer betrachtet werden. Ein weiteres Augenmerk wird auf der Kommunikation, der Grundlage jeglicher Beziehungsgestaltung mit suizidalen Menschen während der akuten Krise liegen.

Die zusammengetragenen Ergebnisse sollen dazu beitragen, Berufsanfängern in der psychiatrischen Versorgung die Angst und Scheu vor dieser Patientinnengruppe zu nehmen

und ihnen Kenntnisse mit an die Hand zu geben, wie die Kontaktgestaltung und Pflege von suizidalen Patientinnen aussehen kann. Das kann und soll dazu beitragen, die Pflege dieser Patientinnengruppe zu verbessern.

#### *1.4 Fragestellung*

Welche Besonderheiten gibt es im pflegerischen Beziehungsaufbau und in der pflegerischen Kommunikation mit suizidalen Patientinnen?

Welche Chancen und Hindernisse ergeben sich aus der pflegerisch – therapeutischen Arbeit mit suizidalen Patientinnen in einer Akutpsychiatrie?

#### *1.5 Methodik*

Die zugrundeliegende Methodik der Arbeit ist eine systematische Literaturrecherche in der Datenbank pubmed mit folgendem PICO-Schema:

P = suicide, attempted suicide, inpatient

I = communication, interpersonal relations, nursing, psychiatric nursing, nursing care, prevention.

Diese Schlagworte wurden mithilfe von Mesh-Terms und durch Freitextsuche in zwei Suchstrategien (siehe Anhang 8) zusammengefügt. Aus den Treffern wurden die Abstracts nach ihrer Kompatibilität zum gewählten Thema untersucht.

Dazu wurden folgende Einschlusskriterien zugrunde gelegt: suizidale Patientinnen in der akutpsychiatrischen Versorgung, Beschreibung der Pflege auf psychiatrischen Stationen, Studien mit qualitativem und quantitativem Design. Ausgeschlossen wurden Studien, die sich mit der Pflege suizidaler Patientinnen auf somatischen Stationen beschäftigen, Studien, welche von den Auswirkungen der Therapie auf Therapeutinnen und Psychiaterinnen handeln und Studien und Artikel, die dem Abstract nach auf spezifische – Suizidalität hervorrufende – Erkrankungen gerichtet sind.

Hinzu kommt eine Handrecherche im GKV-Katalog zu den Begriffen: Suizidalität, Suizid, Pflege und Kommunikation, Beziehungsgestaltung / Beziehung in der Pflege.

Die gefundenen Studien und Artikel aus der Medline-Recherche wurden auf ihre Güte genauer untersucht. Lincoln und Guba manifestieren zur Beurteilung von Forschungsarbeiten 4 Kriterien. Das sind „Truth value, Applicability, Consistency und Neutrality“. (Prakke / Wurster 1999, 184) Da in dieser Arbeit nahezu ausschließlich Untersuchungen der qualitativen Forschung dargestellt werden, können die genannten Kriterien nicht eins zu eins übernommen werden. Lincoln und Guba haben für qualitative

Studiendesigns die Kriterien unter dem Titel „Trustworthiness“ zusammengefasst. Der Wahrheitswert wird hier zu Glaubwürdigkeit, was bedeutet, dass Realität adäquat wiedergegeben wird, was z.B. durch mindestens zwei Forscherinnen im Forschungsprozess und durch Verifizierung der gefundenen Phänomene durch die Studienteilnehmerinnen gegeben ist. Ein weiterer Vorschlag Lincoln und Guba's ist die vorübergehende Archivierung der Datensammlung, um sie zu einem späteren Zeitpunkt mit der dann aktuellen Forschungslandschaft zu vergleichen. (Prakke / Wurster 1999)

Anwendbarkeit wird mit Übertragbarkeit gleichgesetzt, was bedeutet, dass eine Beschreibung von Zeit und Kontext unabdingbar sind, um die Ergebnisse auf ähnliche Situationen und Studienteilnehmer anzuwenden. (Prakke / Wurster 1999)

Das Kriterium Beständigkeit kann nach Lincoln und Guba durch Abhängigkeit ersetzt werden. Qualitative Forschungsergebnisse müssen, da sie abhängig von Situation, Zeit und Ort sind, modifizier- und veränderbar sein. Die Ergebnisse sollen sich also mit Veränderung von Kontext, gesellschaftlichen Werten u.ä. ebenso ändern. Nachvollziehbar wird dieses Kriterium, wenn eine ausführliche Situationsbeschreibung der Studie zugrunde liegt. (Prakke / Wurster 1999)

Das vierte Kriterium der Neutralität wird mit Bestätigung gleichgesetzt, das heißt Datenmengen der Studienteilnehmer, z.B. Interviewbeiträge werden unkommentiert gelassen und bleiben im Original bestehen. Die Bestätigung kann aber auch gewährleistet sein, durch eine Mentorin, die den Forschungsprozess verfolgt, kritisch hinterfragt und diskutiert. (Prakke / Wurster 1999)

Nach diesen vier Kriterien werden in dieser Arbeit die verwendeten Studien genauer untersucht und ihrer Güte nach verwendet. Ergänzend hinzugezogen werden dazu die Fragen, die Behrens und Langer als relevant einstufen. Darunter fallen Fragen nach der Plausibilität und Klarheit der Fragestellung, nach der untersuchten Gruppe, nach der Beschreibung von Situation, den Forscherinnen, der Datensammlung und der Datenanalyse. Wichtig erscheinen Behrens und Langer auch die Fragen nach der Ausführlichkeit und Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse und die der Anwendbarkeit der Ergebnisse für die Pflege einer bestimmten Patientengruppe, z.B. im Sinne des besseren Verstehens dieser Gruppe. (Behrens / Langer 2004)

Die Beschreibungen und Einstufungen der Gütekriterien und –fragen für die verwendeten Studien finden sich in einer tabellarischen Darstellung wieder. (siehe Anhang 8)

Die Studien mit quantitativem Design, gemischtem Design oder Reviews wurden nach den Kriterien, die Behrens / Langer für die jeweilige Form formuliert haben, genauer

untersucht. (Behrens / Langer 2004) Auch diese Beschreibung findet sich in tabellarischer Form im Anhang. (siehe Anhang 8)

## **2 Begriffsbestimmung: Suizidalität**

Suizidalität ist keine behandlungswürdige eigenständige Erkrankung, sondern zeichnet sich eher durch eine zugespitzte Krisensituation höchster Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit aus. (Eink / Haltenhof 2009) Gleichzeitig tritt Suizidalität häufig im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen auf. So stellen Althaus und Hegerl fest, dass bei 90% aller vollendeten Suizide eine psychiatrische Erkrankung vorliegt. (Althaus / Hegerl 2004) In den meisten Fällen handelte es sich dabei um eine depressive Erkrankung. (ebd.) Auch bei psychischen Erkrankungen ist dem Suizid meist eine Krise vorausgehend, die für die Betroffenen unerträglich scheint, weshalb sie dieser entfliehen wollen. Je höher dabei der Handlungsdruck, umso höher auch das Risiko für den Suizid. Nur ein Teil aller Betroffenen wollen sich suizidieren, sie haben das Ziel ihrem Zustand zu entfliehen und sehen keinen anderen Ausweg als die Suizidalität. Althaus / Hegerl (2004) unterscheiden hierbei die suizidale Pause als Unterbrechung des unerträglichen Zustands, die suizidale Geste mit eher appellativem Charakter und die suizidale Handlung im engeren Sinn, bei welcher der Todeswunsch vorherrscht, voneinander. Oft ist eine Entwicklung der Suizidalität beobachtbar, so wie von Pöldinger beschrieben in den Phasen der Erwägung, Ambivalenz und dem Entschluss, die nicht zwangsläufig streng chronologisch aufeinander folgen (Althaus / Hegerl 2004; Eink / Haltenhof 2009) Diese drei Phasen können in unterschiedlichen Tempi ablaufen, von Minuten bis zu Wochen und Monaten. Der raptusartige Ausbruch kommt eher bei depressiven und schizophrenen Patientinnen vor. Oftmals tritt aber auch das präsuizidale Syndrom, welches sich nach Ringel aus 3 Komponenten zusammensetzt, auf. Diese Komponenten können gleichzeitig oder nacheinander erscheinen. Dazu zählen ein stärkeres Eingengtsein des Erlebens der eigenen Person und der sie umgebenden Umwelt, aggressive Gefühle und Impulse – teils aufgestaut, teils autoaggressiv vorkommend – und Suizidphantasien – zunächst aktiv herbeigeführt, später auch sich aufdrängend. (Eink / Haltenhof 2009)

Eine besondere Gruppe der psychisch Erkrankten, die suizidal werden, stellen die Menschen mit chronischer Suizidalität dar. Zu nennen sind hier Menschen mit Persönlichkeitsstörungen, vor allem mit dissozialer, impulsiver und emotional-instabiler Persönlichkeitsstörung. Diese Erkrankungen gehen zumeist mit einem erhöhten Spannungspotenzial, höherer Aggressivität und Impulsivität einher. (Kelleher et al. 2000)

Vor allem bei Menschen mit der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus sind Suizidversuche mit eher appellativem und manipulativem Charakter beobachtbar. (Althaus / Hegerl 2004) Ebenso auftretend bei dieser Personengruppe ist parasuizidales – selbstschädigendes Verhalten, welches teilweise nicht klar von Suizidversuchen getrennt werden kann, vor allem dann nicht, wenn die Selbstverletzungen auch eine tödliche Wirkung hätten haben können. (Warnke 2008; Wolfersdorf / Schmidtke 2006) So sagt Warnke zum Beispiel, dass der Parasuizid eine nichthabituelle Selbstschädigung mit einer potenziellen, aber nicht intendierten Lebensbedrohung ist. (Warnke 2008)

Neben den Menschen mit psychischer Erkrankung gibt es weitere Risikogruppen, die besonders gefährdet sind. Zu nennen sind laut Eink / Haltenhof allein lebende, einsame und isolierte oder arbeitslose Menschen, Personen mit traumatischen Erlebnissen in der Anamnese. Außerdem nennen die Autoren Personen, die in ihrem näheren Umfeld Suizide erlebt haben oder aber selbst Suizidversuche in der Vorgeschichte aufweisen. Ein weiteres Augenmerk ist auf Menschen zu legen, die mehrmals und in der näheren Vergangenheit in immer kürzeren Abständen psychiatrisch behandelt wurden. Weiterhin stellen Menschen mit lebensbedrohlichen, schmerzhaften und beeinträchtigenden Krankheiten eine Risikogruppe dar. (Eink / Haltenhof 2009)

Ein weiterer Indikator für Suizidalität ist meist in der nächsten Vergangenheit direkt vor dem Suizidversuch zu sehen, dies wird von Eink / Haltenhof als Risikosituation bezeichnet. Das sind zum Beispiel Verluste, Kränkung und Zurückweisung, physische, seelische oder psychische Veränderungen, Überforderung oder Überlastung, Entwurzelung, Auswirkungen wirtschaftlicher Probleme oder Verkehrsunfälle. (Eink / Haltenhof 2009)

### **3 Beziehungsaufbau mit suizidalen Patientinnen**

Nach Schädle-Deininger und Villinger (1996) „können wir nicht keine Beziehung zu einem Patienten haben, sondern höchstens eine schlechte oder gestörte. Der psychiatrische Patient kommt in unsere Betreuung, weil seine Beziehung zu sich selbst und zu anderen gestört ist.“ (Schädle-Deininger / Villinger 1996, 118) Aus diesem Grunde sollte die Beziehung zu diesen Patientinnen so gestaltet werden, dass diese ihr nützt oder dass sie diese nutzen kann. (ebd.) Nach Milch (1999), Modestin (1987) und Pourshirazi (2008) weisen gerade suizidale Patientinnen große Probleme in der Beziehung zu anderen



Menschen auf. Sie ziehen sich oftmals mehr und mehr zurück und wiederholen frühere Beziehungserfahrungen. Damit bestätigen sie sich, dass sie zu Beziehungen nicht in der Lage sind. Aus diesem Grund sollte ihnen eine vertrauensvolle, zuverlässige und tragfähige Person gegenüberstehen, mit welcher die Patientin eine Beziehung mit ebendiesen Qualitäten aufbauen kann. (Milch 1999; Modestin 1987; Pourshirazi 2008) Paradoxerweise scheint sich die Schwere der Suizidalität günstig auf die Beziehungsgestaltung und die Offenheit der Patientin auszuwirken. (Modestin 1987) Positiv für den Aufbau einer therapeutischen Beziehung ist der Kontakt in der akuten Krise bzw. direkt nach einem Suizidversuch, da hier die Patientinnen am ehesten dazu bereit sind, sich mitzuteilen. (Henseler / Reimer 1981)

### *3.1 Kommunikation mit suizidalen Patientinnen*

Das folgende Kapitel stützt sich sowohl auf pflegewissenschaftliche, als auch auf medizinische und psychologische Literatur. Da zweit- und drittgenannte auf eine längere Entwicklung ihrer Forschung zurückschauen können, als die deutsche Pflegewissenschaft und alle Berufsgruppen in der Psychiatrie im Team zusammenarbeiten sollten, können diese Inhalte in leichter Abwandlung auch auf die Pflege angewendet werden.

#### *3.1.1 Kommunikation in der akuten Krise*

In einer akuten Krise sind die Menschen meist noch in ihrem persönlichen Umfeld anzutreffen, also im ambulanten Versorgungsbereich. Wird ein suizidaler Mensch in seinem Umfeld in einer suizidalen Krise vorgefunden, empfiehlt sich nach Hausmann (2005) folgendes Vorgehen. Zunächst geht es um einen Beziehungsaufbau, der durch genaues Zuhören, durch Reflektieren von Gefühlen und Fakten, sowie durch Akzeptanz gekennzeichnet ist. Dann geht es darum den Krisenanlass durch offene Fragen zu erkunden, dabei wird die Betroffene gebeten, so konkret wie möglich zu bleiben. Wichtig bei diesem Schritt ist die Einschätzung der Gefährdung des suizidalen Menschen. Nach dieser Klärung sollte die Betroffene entlastet werden, indem ihre dringendsten Bedürfnisse festgestellt und ein Plan für die nächsten Stunden erstellt werden. Dabei ist es bedeutsam, dass die Betroffene zur eigenen Lösungsfindung animiert wird. Was danach kommen muss, ist das Besprechen der weiteren Perspektive für die nächsten Tage, die so direktiv wie möglich erfragt werden sollte. Zu guter Letzt werden Termine für weitere Gespräche und die Nachsorge geklärt. (Hausmann 2005) Auch wenn diese Schritte für ein

Krisengespräch für die ambulante Versorgung angedacht ist, kann sie zu weiten Teilen auch für die stationäre Versorgung suizidaler Patientinnen übernommen werden.

Es kommt bei zu hoher Gefährdungseinschätzung zumeist zu einer kurzen Krisenintervention in der Akutpsychiatrie, welche sowohl durch das Ausdrücken von Gefühlsinhalten, das Verstehen der derzeitigen Situation und deren Gründe, als auch durch das Finden von Lösungswegen aus dieser Krise gekennzeichnet ist. (Stricker-Jannan 2008) Nach Backs/Lenz (1998) und Pourshirazi (2008) kann erst das Verbalisieren der Gefühle zu einem Spüren der Patientin führen. Ist dabei das Verhalten der Helferin echt und akzeptierend, kann das eine gute Beziehungsgrundlage für die spätere Therapie sein.

Spezielle Empfehlungen für die Kommunikation mit akut suizidalen Patientinnen geben Rupp (2010) und Eink / Haltenhof (2009). Diese erstrecken sich von der Forderung, Heikles zu benennen, Ambivalenz der Patientin zum Leben und zum Tod anzusprechen, Wut und Ärger zuzulassen, bis hin zum Bewusstmachen der Gefühle, Benennen von Schwierigkeiten und Konflikten und der Forderung, realistische Therapieziele zu entwerfen, um die Patientin nicht zu überfordern. Besonders zu unterstreichen ist der Hinweis, dass Schuld, Verlust, Kränkung und Beziehungsverantwortung als verborgener Problemlösungsversuch gewürdigt werden. (Rupp 2010; Eink / Haltenhof 2009) Laut Henseler / Reimer (1981) sollte im Laufe der Krise eruiert werden, welche Gemeinsamkeiten sich erkennen lassen bei wiederholtem Suizidversuch im Vergleich zur jetzigen Suizidalität. Wichtig erscheint den Autoren dabei auch eine genaue Beobachtung von Verhalten und Gebahren inner- und außerhalb der Gesprächssituationen.

Eine Gefahr in der Kommunikation liegt in der Bagatellisierung der Suizidalität, sowohl auf Seiten des Therapeuten als auch auf Patientenseite. Dieses Bagatellisieren führt nach Pourshirazi (2008) zu einer verstärkten Isolation der Patientin. Auch ist es falsch von der Schwere und der Häufigkeit der Suizidversuche auf das Leiden einer Patientin zu schließen. Allgemein wichtig ist zu beachten, dass für die Betroffene das Sprechen über die Suizidalität hilfreich sein, aber auch erneute Verzweiflung oder Wut ob der Mitwisserschaft auslösen kann. (Pourshirazi 2008)

### 3.1.2 Rollen in der Kommunikation

Laut Rupp (2010) gibt es für eine Therapeutin bzw. für das Gegenüber eines suizidalen Menschen bestimmte Rollen in der Kommunikation. Diese unterteilt der Autor nach ihren Merkmalen. So gehören zur empathischen Kommunikation die Rollen der Begleiterin (zuhören), der Zeugin (kommentarlos zuhören), der aktiven Zuhörerinnen (zuhören und

Rückmeldungen geben), der nüchternen Beobachterin (Ereignisse und Zusammenhänge aufgreifen) und des Coaches, welcher unterstützt. Als gegenüberstellend bezeichnet Rupp die Rollen der Schiedsrichterin, die Spielregeln festlegt und der Forscherin, welche die Aufmerksamkeit vorübergehend verschiebt. Entlastend sind nach Rupp die Rollen der Beraterin, der Supporterin (bestätigen), der Helferin (entlasten), der Seelsorgerin (trösten) und der Hausärztin (verordnen). Eine letzte Unterteilung ist die der schützenden Rollen. Da sind zu nennen der Beistand, der entscheidet, die Hüterin, die überwacht und die Wächterin, welche handelnd Grenzen setzt. Diese Rollenzuweisungen sind formuliert worden für Psychiaterinnen und Psychologinnen in der Krisenintervention, dürften aber ebenso für Pflegende im Umgang mit akut Suizidalen zutreffen. (Rupp 2010) Backs und Lenz (1998) fügen für die Pflege noch weitere Rollen hinzu, die der Zwischenträgerin, der Übersetzerin und der Stellvertreterin.

Eine andere Betonung bekommt die Kommunikation zu suizidalen Patientinnen bei Modestin (1987). Hier wird vor allem die Qualität der Kommunikation beschrieben, indem gesagt wird, dass es besonders wichtig sei, eine signifikant Andere in der Beziehung zu sein und damit eine Subjekt-Subjekt-Beziehung mit der Patientin aufzubauen. (Modestin 1987)

### 3.1.3 Kommunikationsstörungen

Beachtung in dieser Arbeit sollen auch die Störungen bekommen, die in der Kommunikation mit suizidalen Patientinnen im stationären Setting vorkommen. Hier sind nach Modestin (1987) verschiedene Kombinationen möglich. Zum einen wird die Kommunikation zwischen Therapeutin und Patientin genannt. Dort kommt es vor allem dann zu Störungen, wenn es häufig zu einem Wechsel in der Behandlung gekommen ist, z.B. durch Urlaub oder Erkrankung der Bezugstherapeutin. Nicht nur aus diesem Grund kann die Kommunikation zwischen den beiden Parteien gestört sein. Milch (1999) sagt, dass „Patienten in laufenden Psychotherapien ihre suizidalen Gedanken und Absichten [häufig] nicht [erwähnen]“. (Milch 1999, 140) Der Autor führt das auf eine vertikale Spaltung bei der Patientin selbst zurück, die dazu führt, dass bestimmte Persönlichkeitsbereiche nicht wahrgenommen werden oder dass sie zur Kenntnis genommen werden, ohne dass sie eine emotionale Bedeutung für die Patientin haben. (Milch 1999) Eine weitere Ebene, die Modestin (1987) beschreibt, ist die Ebene zwischen den Patientinnen und dem therapeutischen Team. Hier wird beobachtet, dass das Vertrauen zwischen den Patientinnen häufig höher ist als zwischen Patientin und therapeutischem

Team, so dass Mitpatientinnen untereinander kommunizieren, diese Informationen aber nicht an das behandelnde Team weiter geben. Dies soll weniger oft der Fall sein, wenn die Station ein milieutherapeutisches Setting anbietet. Eine Störungsebene kann auch im Team selbst liegen, wenn z.B. ärztliche Entscheidungen nicht begründet oder nicht kommuniziert werden. Deshalb ist nach Modestin der Informationsfluss im Team zu unterstützen. Ein Problemfeld kann die Familie der Patientin bereithalten. Hier ist es wichtig – bei Einverständnis der Patientin – die Familie in die Therapie mit einzubeziehen, um einen Therapieerfolg zu ermöglichen. (Modestin 1987)

### 3.2 *Übertragungs- und Gegenübertragungspänomene*

Wichtige Phänomene bei der Behandlung, Begleitung und Betreuung suizidaler Patientinnen sind Übertragung und Gegenübertragung. Diese aus der Psychoanalyse stammenden Parameter schlagen sich in der Beziehung zu suizidalen Menschen in vielfältiger Art und Weise nieder. So ist es nach Henseler / Reimer (1981) z.B. so, dass suizidale Patientinnen häufig Verunsicherung hervorrufen, was zu heftigen emotionalen Reaktionen führen kann. Zurückzuführen ist diese Verunsicherung zu meist darauf, dass die Patientinnen häufig unfreiwillig therapiert werden und dementsprechend das Beziehungsangebot oftmals verweigern. Zudem erlebt sich eine Helferin verletzlicher im Kontakt mit suizidalen Menschen, dies ist laut Henseler / Reimer (1981) zurückführbar auf das Erleben und Agieren der Patientin, während die Helferin kompensiert und verdrängt. Außerdem weisen Patientin und Helferin emotionale Gemeinsamkeiten auf. Dies ist zum einen die narzisstische Vulnerabilität, welche die Helferin durch Macht, teilweise Allmacht, und Hilfsbereitschaft kompensiert, was der Patientin nicht möglich ist. (Henseler / Reimer 1981) Eine weitere Überschneidung findet sich nach Henseler / Reimer in der Äußerung von Wut und Ärger. Die Helferin darf diese Gefühle nicht äußern, während die Patientin auf Autodestruktivität zurückgreift. Die Aggression zeigt sich aber nicht nur im autoaggressiven Verhalten der Patientinnen, sondern auch in der therapeutischen Beziehung selbst, was als eine Spiegelung der suizidalen Destruktivität gewertet werden kann. (Pourshirazi 2008) Hier ist es wichtig, der Patientin Raum zu geben für diese Aggression und ihr zu vermitteln, dass Aggression menschlich ist und beim Gegenüber Annahme findet. (Modestin 1987) Manchmal wird aber genau diese Aggression in der Gegenübertragung mit Aggression beantwortet. Reimer / Arentewicz (1993) sagen, dass dieses Gefühl vor allem dann zutage tritt, wenn die Helferin Angst vor einer Kränkung

oder vor juristischen Folgen hat bei einem eventuellen Versagen in Form eines Suizids oder eines Suizidversuchs. Zumeist kommt dabei noch ein Schuldgefühl von Seiten der Helferin hinzu, weil diese anscheinend nicht helfen kann. (Reimer / Arentewicz 1993) Pourshirazi dagegen meint, dass „dem Helfer oft [entgeht], dass der Suizidpatient genau das aktiv provoziert, was er passiv befürchtet, nämlich Ablehnung. Dabei hat gerade dieses provokante Verhalten einen Testcharakter“ (Pourshirazi 2008, 70-71) mit dem Ziel der Prüfung der Stabilität der Helferin. Häufig ist der Wunsch der Helferin, die Therapie frühzeitig abubrechen zu beobachten, was frühere Beziehungserfahrungen der suizidalen Patientin widerspiegelt. Ein anderer Auslöser für Wut und Kränkung ist die Möglichkeit der Patientin, die therapeutische Arbeit zu zerstören, geboren aus dem bewussten Wunsch nach dem Tod auf Seiten der Patientin. (Pourshirazi 2008) Die Autorin gibt als weitere Interpretationsmöglichkeiten der Ablehnung, Neid vor der Freiheit sich zu suizidieren und Angst vor dem Tod an. Ein anderer Grund für den Therapieabbruch von Therapeutinnenseite sieht die Autorin in der massiven feindseligen Reaktion, die aus dem Gefühl heraus, unter Druck gesetzt und erpresst zu werden, entsteht. Der Auslöser dieser Gegenübertragung scheint in der depressiven Symptomatik der Patientin zu liegen, die sich häufig entwertend und aggressiv zeigt. Viele Patientinnen schweigen bzgl. ihrer Suizidalität aus Angst vor einem Kontrollverlust. Wenn sie sich dann doch mitteilen, wünschen sie laut Pourshirazi (2008) jeden tot, der davon weiß. In der Gegenübertragung kann das ein Auslöser für Hass bei der Helferin sein.

Zusammenfassend zur Übertragung ist nach Pourshirazi (2008) zu sagen, dass es drei Arten von Übertragung gibt, die Spiegel-, die idealisierende und die Zwillings- oder Alter-Ego-Übertragung. Die erste Art sucht bestätigende Reaktionen im Selbstobjekt, was zu einer Überforderung der Patientin führen kann, wenn durch die Therapeutin die Forderung danach übertragen / gespiegelt wird, dass sich die Patientin nur bessern müsse. Die Therapeutin wiederum kann darunter leiden, nur als Spiegel wahrgenommen zu werden. Die idealisierende Übertragung sucht nach Bestätigung bis hin zur Verschmelzung mit dem Selbstobjekt, was bei der Therapeutin Angst vor Selbstaflösung hervorrufen kann. In der letzten Art der Übertragung sieht die Patientin im Gegenüber ein Selbstobjekt mit großer Ähnlichkeit. Das kann Auslöser von Langeweile auf Therapeutinnenseite sein, da die Patientin von vornherein von einem Verstehen durch ihr Gegenüber ausgeht. (Pourshirazi 2008) Eine weitere Übertragungsform setzt Modestin (1987) hinzu, die der erotischen Übertragung, welche sofort bearbeitet werden sollte, vor allem dann, wenn bei der Patientin Beziehungsprobleme vorhanden sind.

### 3.3 Beziehungsgestaltung

#### 3.3.1 Phasen einer Beziehung

Nach Peplau gibt es aufeinander aufbauende Phasen einer Beziehung zu psychiatrischen Patientinnen. Im Vorfeld, welches sich nach Peplau nach eigenen Vorstellungen und Vorurteilen richtet, müssen bestimmte Faktoren erfüllt sein, um eine therapeutische Beziehung entstehen zu lassen. (Schädle-Deininger / Villinger 1996) Nach Rogall et al. (2005) ist es laut Dörner wichtig, auf professioneller Seite bereit zu sein für eine Beziehung. Das bedeutet für ihn Neugierde auf die Einzigartigkeit der Patientin, die Patientin als eigenständige Person zu sehen und den neuen Menschen als Menschen anzusehen. Das bedeutet aber auch, dass die Patientin nur als ein Teil ihres Umfeldes zu sehen ist und dass die Pflegekraft der Patientin, dem Gesagten der Patientin und der Wahrnehmung des Patientin gegenüber Respekt zeigt. Bedeutend ist es ebenso, dass die Pflege erkennen muss, dass sie für die Patientin eine Ersatzfunktion inne hat. An ihr können die Patientinnen Beziehungserfahrungen machen, Grenzen testen und sich selbst in einer Beziehung wahrnehmen. Zu guter Letzt sollte es immer die Patientin sein, die sich ändern will, die sich selbst verstehen will / muss als Voraussetzung für die Veränderung. Gerade beim Kennenlernen ist es zudem bedeutsam nicht ins Ausfragen zu verfallen und die Patientin nicht zu bedrängen. (Rogall et al. 2005) Nachdem die Pflegekraft nach diesen Vorgaben bereit ist, sich der Patientin zu widmen, gibt es unterschiedliche Zugangswege, um dieses zu tun. In der psychiatrischen Pflege sind das der körpernahe, problemorientierte oder medizinnaher Zugang, der Zugang durch gemeinsames Tun oder durch Konversation. (Schädle-Deininger / Villinger 1996) Im Anschluss daran folgt die Orientierungsphase, an deren Ende ein Arbeitsbündnis mit der Patientin entstanden sein soll. Hier geht es darum, einen Grundstein für die therapeutische Beziehung zu legen, sich gegenseitig kennen zu lernen, um sich einschätzen zu können. Zudem soll es darum gehen den Hilfebedarf zu eruieren (Schädle-Deininger / Villinger 1996) und die Probleme aus Patientensicht darzulegen. (Rogall et al. 2005)

In der weiteren Beschreibung der Phasen gibt es eine Uneinigkeit zwischen den Autoren. Rogall et al. (2005) benennen noch zwei weitere Phasen bis zur Arbeitsphase, die bei Schädle-Deininger / Villinger (1996) nicht auftauchen. Zu nennen sind die Identifikation mit der Pflegeperson und die Nutzung der Pflegenden. Während der Identifikation können die Patientinnen die Zuversicht der Pflegeperson übernehmen und modellhaft an ihnen lernen. Dabei bleibt es der Patientin überlassen, ob sie sich öffnet und wohlfühlt, ob sie

unabhängig, isoliert und misstrauisch bleibt oder ob sie die Verantwortung vollständig abgibt und sich alle Wünsche erfüllen lässt / lassen will. Dabei ist es von Seiten der Pflege wichtig die führende Rolle einzunehmen und der Patientin ihre Fähigkeiten aufzuzeigen, sie zu motivieren. (Rogall et al. 2005) Die Autoren bringen auch noch die Phase der Nutzung an, in welcher die Patientin alle ihr angebotenen Dienstleistungen für sich nutzt. (Rogall et al. 2005) Nach Schädle-Deininger / Villinger (1996) kann es danach in die Arbeitsphase der Beziehung übergehen. Hier geht es darum, was der Patientin wichtig ist, was ihre Fähigkeiten sind und wie sie diese nutzen kann. Die Pflegekraft fungiert als Modell für die Patientin, bereitet diese allmählich auf die Entlassung vor und unterstützt sie auf dem Weg zurück in die Selbstverantwortung. In der letzten Phase, der Ablösungsphase, trifft die Patientin wieder selbstverantwortliche erwachsene Entscheidungen, gewinnt ihre Autonomie zurück und hält von da an eine erwachsene Beziehung auf Augenhöhe zu der Pflegeperson. Wichtig ist es hier für die Pflege darauf zu achten, wie sind Ablösungsprozesse in der Lebensgeschichte der Patientin bisher verlaufen, wie kann sie mit der Trauer und Angst, die dabei entstehen können, umgehen. (Schädle-Deininger / Villinger 1996) Rogall et al. (2005) weisen darauf hin, dass es am Ende der therapeutischen Beziehung wichtig sei, der Patientin ein Feedback zu geben über die gemeinsame therapeutische Arbeit.

### 3.3.2 Ausprägungen von Beziehungen mit suizidalen Patientinnen

Laut Kind können unterschiedliche Arten von Arbeitsbeziehungen mit suizidalen Klientinnen beschrieben werden.

Die erste Form sei nach Eink / Haltenhof (2009) interaktionsreich zu nennen, Pourshirazi (2008) hingegen beschreibt sie als manipulativ. Alle Autoren sind sich im Inhalt dieser Beziehungsausprägung einig. Diese Art geht mit heftigen Emotionen auf beiden Seiten einher. Die Klientin ist verzweifelt, enttäuscht und ohnmächtig, während sich die Therapeutin wütend, schuldig, manipuliert und in die Ecke getrieben fühlt. In dieser Weise einer therapeutischen Beziehung herrscht eine ernste, aber handhabbare Suizidalität mit erhaltender Bündnisfähigkeit der Patientin. Pourshirazi (2008) führt es weiter aus und sagt, dass die Patientin hier ihre Angst vor Objektverlust zeigt und deshalb die Beziehung testet, indem sie frühkindliche Beziehungserfahrungen wiederholt. Ein Suizidversuch in solch einer Beziehung soll nach Pourshirazi (2008) nicht als Versagen sondern als Umkehr der Macht-Ohnmacht-Beziehung zwischen Klientin und Therapeutin gewertet werden und

kann in der Beziehung bearbeitet werden. Beziehungsgrundlage ist in dieser Art vor allem das Thema Suizidalität.

Auch die nächste Beziehungsart findet unterschiedliche Benennungen. Eink / Haltenhof (2009) sprechen von einer interaktionsarmen, Pourshirazi (2008) von einer resignativen Beziehung. Hier ist die Klientin apathisch und hat resigniert, während die Therapeutin besorgt ist und sich überflüssig vorkommt. Laut Pourshirazi (2008) kann das als Gegenübertragung gewertet werden und darauf hindeuten, dass sich die Patientin in Beziehungen überflüssig fühlt/e. Diese Beziehungsart weist nach Eink / Haltenhof (2009) auf eine hohe Suizidalität mit niedriger Bündnisfähigkeit der Klientin hin. Pourshirazi (2008) deutet es so, dass hier die Therapeutin Angst vor dem Objektverlust hat, während ihr die Patientin entgleitet. Wenn diese Angst in Hilflosigkeit und Abwehr derselben gipfelt, kann es zu Langeweile und Müdigkeit auf der Seite der Therapeutin kommen. Das kann darin münden, dass die Therapeutin sich auf lange Sicht mit der Patientin identifiziert und dem Suizid ebenso wie diese zustimmt. Wichtig ist hier ein deutliches Beziehungsangebot von der Therapeutin an die Patientin, um eventuell eine interaktionsreiche Suizidalität zu erreichen, in welcher die Therapeutin von der Patientin als Gegenüber wahrgenommen wird. (Pourshirazi 2008)

Eine letzte Art der therapeutischen Beziehung nach Kind ist die pseudostabile Beziehung. Laut Eink / Haltenhof (2009) und Pourshirazi (2008) ist die Klientin hier gelassen, die Suizidalität ist kein Thema, die Therapeutin ist erleichtert, verspürt keine Sorge, ist aber skeptisch. Diese Beziehung deutet auf eine hohe Suizidalität mit geringer Bündnisfähigkeit hin. Als Alarmzeichen sollte es gedeutet werden, wenn eine andere Art der therapeutischen Beziehung plötzlich in die pseudostabile umschwingt. Das ist ein Hinweis darauf, dass Suizidalität bereits ich-synton geworden ist, keine Gefahr mehr darstellt. Hier ist die Patientin völlig allein und für sich. Ein Ziel muss es hier sein, interaktionellen Geschehen in die Beziehung zu bringen. (Eink / Haltenhof 2009; Pourshirazi 2008)

Neben der Einteilung nach Kind gibt es weitere Zuschreibungen der Art und Weise einer Beziehung zu suizidalen Patientinnen. So sprechen Backs / Lenz (1998) davon, dass die pflegerische Beziehung einer Partnerschaft nicht unähnlich ist, sich beide auf Augenhöhe treffen. Dagegen spricht, dass eine Einweisung in die Klinik in der akuten Situation selten freiwillig ist und für die Patientin mit einem Rollenwechsel, im Vergleich zu dem Leben vor der Krise, einhergeht. (Backs / Lenz 1998)

Eine andere Art und Weise die Beziehung mit suizidalen Patientinnen zu beschreiben, zieht Modestin (1987) in Betracht. Hier wird vor allem die Qualität des Gegenübers



beschrieben, bei dem es manchmal wichtig sei, sich als „Quelle der Befriedigung, des Trostes und des Schutzes“ (Modestin 1987, 183-184) anzubieten, auch wenn das bedeutet, vorübergehend regressive Neigungen zu unterstützen.

Zum Schluss weisen Vela / Hollick (2009) darauf hin, dass es besonders wichtig sei, bei der Beziehung mit suizidalen Patientinnen auf die Freiwilligkeit des Eingehens dieser Beziehung zu achten, da dies die beste Grundlage darstelle, um ein Arbeitsbündnis zu entwickeln.

## **4 Pflege von suizidalen Patientinnen**

Das folgende Kapitel wird sich eingehender der Rolle der Pflege in der akutpsychiatrischen Versorgung widmen. Daraus resultierend baut es größtenteils auf pflegewissenschaftliche Studien auf. Zur Unterstützung der Ergebnisse dieser Studien werden weiterhin Materialien aus Medizin, Psychologie und der psychiatrischen Pflege verwendet. Auf eine genaue Bewertung der Einzelstudien wird hier verzichtet, aber darauf Bezug genommen. Die detaillierte Aufstellung dieser Bewertungen ist im Anhang zu finden.

### *4.1 Bestimmende Faktoren und Aufgaben der Pflege von suizidalen Patientinnen*

Nach Sun et al. (2006a), welche in ihrer Studie sowohl Pflegende, als auch Patientinnen auf einer Akutstation der Psychiatrie beobachtet und zu ihren Erfahrungen in der akutpsychiatrischen Versorgung befragt haben, besteht die Pflege suizidaler Patientinnen aus verschiedenen Parametern. Die AutorInnen finden heraus, dass das zum einen „causal conditions“ (S. 658) sind, die sich damit beschäftigen, dass Suizidversuche bei jeder einzelnen Patientin unterschiedliche Gründe haben können. Diese zu kennen ist von großer Wichtigkeit für die individuelle Pflege, um zum Beispiel Risikosituationen und Trigger rechtzeitig erkennen zu können. (Sun et al. 2006a) Ein weiterer Faktor sind nach Sun et al. (2006a) die Kontextbedingungen, die sich auf jeder Station darbieten. Dazu gehört, dass Patientinnen meist nicht freiwillig nach einem Suizidversuch oder mit Suizidideen/-plänen auf die Station kommen. Hier steht der Schutz der Patientinnen – im Sinne eines schützenden Umfelds – zunächst im Vordergrund, was zumeist zu weniger Privatsphäre aber mehr Sicherheit beiträgt. Auch als wichtig stellen die AutorInnen in diesen Bedingungen eine effektive Zusammenarbeit aller Professionen dar, damit die Patientinnen eine effektive Therapie erfahren können. Als weiteren Parameter stellen die AutorInnen „intervening conditions“ (S. 685) fest. Diese zeigen sich von Seiten der Pflege aus in einer

nicht verurteilenden Haltung und einem förderlichen und unterstützendem Umfeld, welches sich positiv auf Heilung und Therapie auswirkt. (Sun et al. 2006a) Die AutorInnen finden bei ihrer Befragung auch heraus, dass Patientinnen, die keine Unterstützung von Familie und Freunden erfahren einen schwereren Heilungsprozess durchlaufen. (Sun et al. 2006a) Die AutorInnengruppe stellt diese Faktoren noch in einer weiteren Untersuchung – Sun et al. 2006b – genauer dar, die durch ihre kurze Darstellung und durch Interpretation der Daten in nur eine Richtung als qualitativ weniger gut einzuschätzen ist. (siehe Anhang 8) Sie vermuten aus ihrer Beobachtung und den Interviews heraus, dass die Haltung der Pflegenden einen Einfluss auf die Pflege der suizidalen Patientinnen hat. So soll sich eine nicht verurteilende, sympathische und besorgte Haltung positiver auswirken als eine verurteilende Haltung, die den Glauben der Pflegenden widerspiegelt, dass suizidale Patientinnen mit ihrer Suizidalität nur Aufmerksamkeit haben wollen oder der Glaube, dass es dumm sei, sich das Leben zu nehmen (näheres dazu siehe 4.3). (Sun et al. 2006b) Sun et al. (2006b) beschreiben weiterhin Grenzen der pflegerischen Versorgung durch z.B. schlechte Ausbildung, Schwierigkeiten Suizidalität zu verhindern oder Zeitdruck. Weiterhin sollen nach Sun et al. (2006b) negative Gedanken und Gefühle der Patientinnen der Pflege gegenüber eine entscheidende Rolle spielen. So beschreiben die Patientinnen, dass Pflegenden ihr Assessment nicht ausreichend und nicht regelmäßig durchführen oder dass sie Nebenwirkungen von Medikamenten nicht beachten. (Sun et al. 2006b)

„Action/interaction strategies“ (S. 686) der Pflegenden, welche die Gruppe um Sun (2006a) beobachten konnten, sind vielfältig. Dazu gehören ein „holistic assessment“ (S. 686) der Pflege (näheres hierzu in Kap.4.2), wessen Ergebnisse mit dem multiprofessionellen Team zu kommunizieren sind. Dazu gehören auch das Sichern der Patientensicherheit und „promoting recovering through basic care“. (Sun et al. 2006a, 686) Weniger belastbar sind die genaueren Beschreibungen des letzten Punktes. Diese werden von Sun et al. (2005) in einer weiteren Verfeinerung der Untersuchung dargestellt. Eine geringere Belastbarkeit scheinen diese Beschreibungen aufgrund der augenscheinlich schlechteren Qualität dieser Arbeit zu haben. (siehe Anhang 8) Die AutorInnen behaupten dort, dass die Basispflege vor allem aus dem Wahren einer Tagesstruktur, dem Reagieren auf körperliche Bedürfnisse der Patientinnen und aus „providing proactive help“ besteht. (Sun et al. 2005, 279) Sun et al. (2006a) stellen als weiteren Faktor „facilitating healing through advanced care“ (S. 686) dar. Die “advanced care” ist nach Sun et al. (2005) mit der Kunst des Pflegens zu übersetzen. Zur Kunst gehören den AutorInnen nach Empathie, Vorurteils- und Urteilsfreiheit, Toleranz und Akzeptanz der Patientin. Dazu gehören

ebenso das Einnehmen verschiedener Rollen in der Pflege, so zum Beispiel die Rolle der Lehrerin, der Ernährerin u.ä., als auch Kommunikationsfertigkeiten, wie das Zuhören und Hören können und die Offenheit für die Affekte der Patientinnen. (Sun et al. 2005) Nach Sun et al. (2006a; 2005) kann gesagt werden, dass zur Pflege auch das Vermitteln von Hoffnung und das gemeinsame Entwickeln einer therapeutischen Beziehung gehört. Sun et al. (2006a) berichten aus den vorangegangenen Punkten resultierenden Konsequenzen für die Patientinnen. So bekommen sie wieder einen Lebenswillen, haben weniger Suizidphantasien und können mit den Pflegenden gemeinsam die Gründe für ihre Suizidalität ergründen. (siehe Kap. 4.4) Sun et al. führen in ihrer Darstellung (2006b) als einen weiteren Faktor die Unterstützungssysteme der Patientinnen auf. Dazu gehört die Unterstützung, welche die Patientinnen aus sich selbst oder aus ihrer Religion erhalten als auch die Unterstützung, die sie in der Gruppe erhalten, in der Gruppe der Patientinnen, in der Familie oder im Freundeskreis. (Sun et al. 2006b)

Gesondert stellen Sun et al (2006a) die Kernkategorie der Pflege suizidaler Patientinnen heraus. Diese ist nach den Autoren darin zu sehen, dass mit dem Aufbau einer guten therapeutischen Beziehung es zu weniger Selbstverletzung und zu besseren Zukunftsaussichten für die Patientinnen kommt, weil damit auch die Grundlage für Vertrauen und die sprachliche Bearbeitung der Suizidalität geschaffen ist. (Sun et al. 2006a) Die Autoren finden in dieser Studie hinzukommend heraus, dass Zuhören dazu beitragen kann, dass die Patientinnen, sobald sie sich dazu in der Lage fühlen, ihren Schmerz und ihre Not auszudrücken, auch die Probleme mit den Pflegenden erörtern können. Voraussetzung dafür ist, dass die Pflegenden da und verfügbar sind. Sun et al (2006a) sagen: „[N]urses should have the ability to ‘be there’ with suicidal patients – in their humanity, physically, emotionally, in their presence and in time.“ Rieder (1996) stellt noch mal gesondert die Relevanz heraus zu bestimmten Zeiten besonders da zu sein: „Am Abend und im Spätdienst sollten die Pflegenden quantitativ und qualitativ am präsentesten sein. Viele Patientinnen fühlen sich v.a. am Abend einsam und haben Fragen, die sie, bedingt durch die Hektik am Tag, zurückhalten mussten.“ (S. 69)

Farrow / O’Brien (2003), die die Perspektive der Patientinnen auf die Pflege in einer suizidalen Krise untersucht hat, fügen den Aufgaben noch ein in der psychiatrischen Pflege übliches Instrument hinzu. Die Autoren benennen dieses als „no-suicide contract“ und stellen in ihrer begrenzt belastbaren Studie fest, dass dieses Instrument nicht angewendet werden sollte. So sagen sie, dass die von ihnen untersuchten Patientinnen zum Großteil nicht dazu in der Lage waren, diesen Vertrag und dessen vollen Umfang zu verstehen.

Zudem stellen sie fest, dass die Patientinnen dachten, dass Zustimmung die einzig mögliche Variable war. (Farrow / O'Brien 2003)

Carlén / Bengtsson (2007) stellen in ihrer wenig belastbaren Studie zum Erleben suizidaler Patientinnen durch Pflegende heraus, dass die Pflege dieser Patientengruppe Herausforderungen birgt. So sind Pflegekräfte mit der durch die Patientinnen verspürten Hoffnungslosigkeit, Sinnlosigkeit und deren Kontrollverlust konfrontiert. (Carlén / Bengtsson 2007) Die Aufgabe der Pflegenden besteht nun darin, den Patientinnen den Weg zurück zu weisen und zu begleiten zu einem hoffnungsvolleren und zukunftsorientierten Leben. (siehe Kap. 4.4)

#### *4.2 Assessment bei suizidalen Patientinnen*

Nach Modestin (1987) gibt es diverse Voraussetzungen, die Pflegende brauchen, um ein erfolgreiches Assessment der aktuellen Suizidalität zu garantieren. Dazu gehören Kenntnisse über die Patientin in Hinblick auf frühere Suizidversuche und deren Motivation, das Wissen über die existenzielle Lage der Patientin aus deren Sicht und die Kenntnis über wichtige Lebensereignisse in der nahen Vergangenheit der Patientin mit deren Bedeutung für diese. Wichtig ist es laut Modestin (1987) zudem die interpersonelle und kommunikative Bedeutung, als auch die morbogenen, milieubedingten und existenziellen Anteile der Suizidalität zu erforschen.

Schädle-Deininger (2006) bietet zur Einschätzung der Suizidalität den Fragenkatalog nach Pöldinger an. (siehe Anhang 8)

Die Autoren Eink / Haltenhof (2009) weisen auf mehrere Beobachtungskriterien hin, um die Suizidgefahr abzuschätzen. Dazu gehören die Umstände der geplanten suizidalen Handlung, die psychische Befindlichkeit der Patientinnen, Risikokombinationen, protektive Ressourcen oder Kooperationsbereitschaft. Letztere ist laut Eink / Haltenhof (2009) nicht zuverlässig einschätzbar, da sie starken Schwankungen unterliegt. Die beiden Autoren geben weiterhin Signale an, die auf Suizidalität hinweisen können. Darunter fallen die Suizidandrohung, indirekte sprachliche Hinweise, katastrophale Träume von Stürzen oder Selbstvernichtung, eine Gleichgültigkeit der eigenen Gesundheit gegenüber und riskantes Verhalten. Ebenfalls von Eink / Haltenhof (2009) beschrieben sind die Beobachtung, dass Patientinnen ihren Nachlass regeln, dass die Kontaktgestaltung der Patientin mit anderen einen Abschiedscharakter bekommen und dass indirekte sprachliche Hinweise vermehrt oder erstmalig auftreten (wie zum Beispiel: „Ich falle allen zur Last.“)

Diese und noch andere Faktoren versuchen Cutcliffe / Barker (2004) in ihrer Entwicklung des „Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR)“ zu verwerthen. In der Untersuchung dieser Autoren kommen Faktoren wie Hoffnungslosigkeit, akustische Halluzination, Wahnvorstellungen, familiär gehäufte psychische Erkrankungen und Suizidalität, Depression oder Psychose als Diagnose, Alkohol- und Substanzmittelmissbrauch, eine tödliche physische Erkrankung, Armut, ein spezifischer Suizidplan – der besonders gefährlich sei, wenn er geheim gehalten wird – und Rückzug von jeglichen sozialen Kontakten hinzu. Das von Cutcliffe / Barker (2004) entwickelte Instrument ist bisher nicht valide oder reliabel, da es in der Hinsicht noch nicht erschöpfend getestet wurde. Die Autoren weisen aber darauf hin, dass es als Grundlage für ein zukünftiges Instrument zur Messung der Suizidalität verwendet werden kann, weshalb es in dieser Arbeit erwähnt wird. Cutcliffe / Barker (2004) fassen das mit den Worten zusammen: „even an imperfect suicide risk instrument can serve a useful purpose, especially for those who lack confidence or appropriate experience“ (S. 395).

Hinzukommend nach Felgner (2008) sollte ein besonderes Augenmerk auf der Arzneiverordnung der Patientin liegen, da diese vermutlich Symptome maskieren können. Zudem führt eine antidepressive Medikation zu einer schnellen Antriebssteigerung, die Stimmungsaufhellung folgt aber erst später. Dies führt zu einer Erhöhung der Suizidgefahr für die beschriebene Zeit zwischen Antriebssteigerung und Stimmungsaufhellung. (Felgner 2008) Weiterhin beschreibt Felgner (2008) die Auswirkung von Neuroleptika. Diese sollen Depressionen begünstigen können. Inwiefern die Depression hier medikamenteninduziert oder Symptom der Grunderkrankung ist, vermag der Autor nicht zu sagen. (Felgner 2008) Die AutorInnen Sun et al. (2005) beschäftigen sich ebenfalls näher mit dem Assessment der Suizidalität. Nach der Vermutung dieser Forschergruppe setzt sich Assessment aus der „vigilant observation“ und dem „interviewing“ zusammen. (Sun et al. 2005, 278) Die Beobachtung gilt offener und versteckter Suizidalität. Der Meinung der AutorInnen nach legen Pflegende ihr Augenmerk in der Beobachtung auf selbstverletzende Verhaltensweisen, das Verstecken gefährlicher Gegenstände, Verhaltensänderungen, emotionale Äußerungen, körperliche Aktivitäten, Kontakt zu Bezugspersonen und Warnsignale, wie „suicidogenetic situations“ (S. 279)– das heißt Situationen die bereits in der Vergangenheit der Patientin suizidale Gedanken ausgelöst haben. Sun et al. (2005) beschreiben das „interviewing“ mit dem direkten Ansprechen der Suizidalität, falls eine therapeutische Beziehung zur Patientin besteht. Wenn dies nicht der Fall sein sollte, plädieren die AutorInnen für das Abpassen der besten Zeit für die Patientin, um deren

Suizidalität anzusprechen oder ein Assessmentinstrument zur Erfassung zu nutzen. (Sun et al. 2005)

Carlén / Bengtsson (2007) haben die Erfahrungen von Pflegekräften mit suizidalen Patientinnen näher untersucht. Da diese Untersuchung eine hohe Qualität aufweist, werden ihre Ergebnisse hier genauer aufgeführt.

Die Autoren haben herausgefunden, dass Pflegekräfte den Patientinnen unterschiedliche Label zuordnen, die zum Beispiel auf ein unterschiedliches Ausmaß der Akuität der Suizidalität oder auf die Notwendigkeit eines andersgearteten Assessment hinweisen. Die Autorinnen nennen zum einen verschiedene Bedingungen, warum die Patientin suizidal ist, wie zum Beispiel Depressionen, Psychose, bipolare Störungen oder auch Lebenskrisen. Eine weitere Zuweisung stellt der „mask wearer“ dar. (Carlén / Bengtsson 2007, 260) Dieser, oftmals männliche, erfolgreiche und sozial angesehene Patient versteckt meist sein inneres Leben, überdeckt sein inneres Erleben und kann und will seine Gedanken und Gefühle nicht zum Ausdruck bringen. Dieser Patient ist meist sehr gefährdet, da er große Schwierigkeiten hat, psychische Erkrankung und Suizidalität in sein Leben zu integrieren.

„The screened-off“ ist eine weitere Etikettierung der Autorinnen. (Carlén / Bengtsson 2007, 261) Diese Patientin kann nicht mehr am Leben teilhaben, da sie nicht mehr oder nur noch mit wenigen Worten kommuniziert. Diese Patientinnen liegen überwiegend inaktiv in ihrem Bett und weichen so allen sozialen Kontakten aus.

Das Label „the social patient“ beinhaltet eine eher extrovertierte und soziale Patientin, die sowohl negativen als auch positiven Gefühlen Ausdruck verleihen und somit auch suizidale Tendenzen mitteilen kann. (Carlén / Bengtsson 2007, 261)

„The relapsing patient“ ist eine Patientin, die chronisch suizidal ist, nicht ausreichend soziale Kontakte und externalisierte Ressourcen hat, um auch außerhalb des klinischen Settings Halt zu finden. (Carlén / Bengtsson 2007, 261) Diese Patientinnen bleiben teilweise bewusst länger suizidal, um in der Klinik verbleiben zu können.

Die letzte mögliche Etikettierung, welche die Autorinnen in ihrer Untersuchung von den Pflegenden erfahren, ist „the determined patient“, die dem Tod sehr nahe sind, immer über Suizid nachdenken und auf den richtigen Moment warten, um Suizid zu begehen. (Carlén / Bengtsson 2007, 261)

Diese Labels können einen Anhaltspunkt darüber geben, wie Patientinnen ihre Suizidalität zeigen und verstecken und wie sie dementsprechend unterschiedlich beobachtet und eingeschätzt werden müssen.

### 4.3 Haltung und Verhalten gegenüber suizidalen Patientinnen

Sun et al (2006b) behaupten, dass die pflegerische Haltung gegenüber einer Patientin einen Einfluss auf die Pflege selbst habe. Die AutorInnen stellen dabei eine nicht verurteilende, sympathische und besorgte einer verurteilenden, wütenden Haltung gegenüber. Zweitere soll bei den Pflegenden Ärger und Hass den Patientinnen gegenüber auslösen, getrieben von den Gedanken, dass suizidale Patientinnen nur Aufmerksamkeit haben möchten, ihre Verantwortung für das eigene Leben nicht übernehmen wollen und dass Suizidalität ein „foolish behaviour“ sei. (Sun et al 2006b, 88)

Cutcliffe / Barker (2002) vermuten in ihrer Ausarbeitung ähnliches. Da die Qualität dieser Ausarbeitung nicht einschätzbar ist, kann nur von einer Vermutung ausgegangen werden. Die Autoren beschreiben, dass suizidale Patientinnen häufig der Auffassung begegnen, dass sie einen Platz einnehmen, der besser einer anderen Patientin gegolten hätte, welche wirklich Hilfe brauche und ihr Leben auch leben möchte. Da suizidale Patientinnen meist sehr vulnerabel seien, würde die beschriebene Haltung nicht zur Genesung beitragen. Cutcliffe / Barker (2002) beschreiben, dass "a wide range of messages are communicated by the nurse's attitude, demeanour and approach" (S.617), welche einen großen Einfluss auf die Gefühle und Gedanken suizidaler Patientinnen haben sollen. Auch wenn die Ergebnisse beider Ausarbeitungen nicht belastbar sind, werden diese ebenso bei anderen AutorInnen aufgegriffen. So bringen zum Beispiel Rogall et al. (2005) die Grundhaltung nach Rogers an. Nach dieser sollte den Patientinnen mit Wärme und Respekt begegnet werden, die nicht besitzergreifend ist. Zudem sollten sie mit ihren Ideen, Erfahrungen und Gefühlen wahrgenommen und anerkannt werden. Wichtig dabei ist es im Kontakt echt zu sein, das heißt kongruente Nachrichten in Wort, Körperhaltung, Mimik und Gestik zu übermitteln. Besonders wichtig ist den AutorInnen weiterhin die Empathie der Patientin gegenüber. (Rogall et al. 2005) Näher betrachtet wird die Empathie von Milch (1999). Der Autor beschreibt diese als Hineinversetzen in den inneren Zustand eines anderen. Empathie setzt sich zusammen aus einem intellektuellen, einem kognitiven und affektiven Verständnis und einem Verstehen der eigenen körperlichen Phänomene und Reaktionen als Form der Gegenübertragung von der Patientin. Dabei gibt es zwei Schritte des empathischen Verstehens. Der erste beschreibt die Offenheit der Therapeutin für die eigene affektive Resonanz, welche sie selbst reflektieren und auf die Gestimmtheit der Patientin schließen lässt. Der zweite Schritt besteht darin, dass ein empathisches Verständnis bei der Bildung von Hypothesen bezüglich der Bedeutung der Mitteilungen von Patientinnen

behilflich ist. Das wiederum kann dann in den Interventionen der Therapie Niederschlag finden. (Milch 1999)

Rupp (2010) legt eine therapeutische Haltung der Behandlung suizidaler Klientinnen zugrunde. Diese baut auf der Überzeugung auf, dass Intervention niemals Manipulation bedeutet sondern ein Aktionsbündnis mit der Patientin darstellt. Das ist bedeutend um den Sinn, den jede Krise inne hat, gemeinsam mit der Patientin zu ergründen. Wichtig hierbei ist, sich als Helferin stets selbst zu reflektieren, um Zeichen dessen zu erkennen, was die akute Seelennot der Klientin in der Helferin auslöst. (siehe 3.2) Ebenso wie Milch (1999) beschreibt Rupp (2010) die Empathie als bedeutsames Element der Therapie. Rupp (2010) legt dabei ein besonderes Augenmerk auf die Abgrenzung. Es sei wichtig, die Suizidalität und deren zugrundeliegenden Problematik ernst aber nicht tragisch zu nehmen. Der Autor meint, dass Humor ein probates Mittel sein kann. Humor spiegele die Fähigkeit zum Perspektivwechsel und zur inneren Distanznahme wieder, welche dabei helfe in Krisensituationen das eigene Gleichgewicht zu wahren. (Rupp 2010) Besonders stellt Rupp (2010) heraus, dass die Therapeutin Patientinnen nur verstehen kann, wenn sie ihre eigenen Kränkungs- und Verlusterlebnisse verstanden und bearbeitet hat.

Gilje / Talseth / Norberg (2005), die untersucht haben, wie Pflegekräfte auf suizidale Patientinnen reagieren und sich ihnen gegenüber verhalten, können bestätigen, dass Nähe aber auch Distanz zu den Klientinnen sehr wichtig sei. Die Autorinnen haben herausgefunden, dass nicht nur Verstehen und Integrieren der eigenen Persönlichkeit von Bedeutung sei, sondern dass wiederholter Kontakt mit suizidalen Patientinnen mit einem besseren Verständnis für deren Leid einhergeht und ihnen hilft, sich nicht zu stark mit dieser Verzweiflung zu identifizieren. Die Autorinnen sagen, dass der "nurses' sense of self is renewed and reawakened each and every time she meets existential despair". (Gilje / Talseth / Norberg 2005, 522) Sie deuten darauf hin, dass die Pflegenden sich nach jedem Kontakt damit auseinandersetzen muss, was die Patientin in ihr auslöst. Diese Erkenntnisse sind dann mit den vergangenen Erfahrungen zu verknüpfen um somit bereit zu sein für die Behandlung weiterer suizidaler Patientinnen. Bei Pflegenden sei das besonders schwierig, da diese in ihrer Arbeit den Patientinnen meist sehr nah kommen und trotz dieser Tatsache eine gewisse Distanz wahren müssen. (Gilje / Talseth / Norberg 2005)

Carlén / Bengtsson (2007) deuten darauf hin, dass diese innere Distanz wichtig sei "to neutralize painful emotions that follow in the wake of care for patients with suicidal behaviour". (S. 263) Wie Rupp (2010) auch schon beschrieben hat, ist es wichtig sich stetig selbst zu reflektieren in der therapeutischen Arbeit. Carlén / Bengtsson (2007) fügen



dem hinzu, dass diese Reflektion dazu beitragen kann, nach der Integration der Erlebnisse in die eigene Person dann auch das subjektive Erleben der Patientin erfahrbar zu machen. Dann erst kann die Helferin der Patientin einen Weg aufzeigen, mit ihren Erlebnissen, Gedanken und Gefühlen umgehen zu lernen. (Carlén / Bengtsson 2007)

Einen weiteren Aspekt der therapeutischen Haltung suizidaler Patientinnen gegenüber fügt Pourshirazi (2008) hinzu. Die Autorin sagt, dass nur diejenige Therapeutin suizidale Patientinnen behandeln kann, die diese am Leben erhalten will. Eine suizidale Patientin braucht zur Genesung einen Gegenüber, der sie als bedeutsam erachtet. Pourshirazi (2008) stellt gesondert heraus, dass nur in der therapeutischen Beziehung, „die auch Platz für das Destruktive als zentralen Aspekt der Suizidalität bereithalte, [...] sich die suizidale Problematik inszenieren und somit einer Bearbeitung zugänglich machen [werde]“. (S. 62) Unterstützt wird diese Aussage durch Modestin (1987), die darauf hinweist, dass die Patientin als Ganzes mit all ihren Aggressionen und in ihrer Verzweiflung zu akzeptieren ist. Pourshirazi (2008) warnt davor, die suizidale Patientin als Herausforderung zu betrachten, da diese Haltung diese in den Tod treiben könne. Auch eine zu kontrollierende Haltung sei kontraproduktiv, da die Patientinnen diese als Bedrohung ansehen und sich zurückziehen werden. (Pourshirazi 2008) Um die Sehnsüchte der Klientinnen verstehen zu können, sei es der Autorin nach wichtig, die Vorstellungen der Patientin darüber, wie sich die sie umgebenden Menschen verhalten und fühlen, zu verstehen. Als besonders herausragend stellt Pourshirazi (2008) die innere Haltung dar, dass eine Therapie immer auch scheitern kann. Eink / Haltenhof (2009) erweitern das noch mit der Vorsicht vor einer Ohnmachts- oder Allmachtsfalle. „Verantwortung oder gar Schuld [an einem Suizid] trägt [...] allerdings letztlich niemand anderes als [die Patientin] selbst, weder ein Angehöriger noch ein professioneller Helfer“ (Eink / Haltenhof 2009, 19)

Larsson et al. (2007) haben in ihrer Studie die Pflege suizidaler Patientinnen untersucht und Pflegende über ihre Arbeit befragt. Diese Studie weist gute Qualitätskriterien auf und scheint sehr belastbar. Die AutorInnen haben dabei unterschiedliche Haltungen den Patientinnen gegenüber herausgefiltert und dazu die Pflegenden interviewt. Sie stellen als erstes das „sympathy-expressing-nursing“ dem „non-sympathy-expressing-nursing“ gegenüber. (S. 227) Das bedeutet einerseits eine vorsichtige, nahe, zugängliche Pflegekraft, welche die Bedürfnisse der Patientinnen erkennt und berücksichtigt, die Gesellschaft sucht, da und ansprechbar ist. Andererseits ist das eine Pflegende, die sich durch eine ignorierende und nicht aufmerksame Haltung auszeichnet mit einem „insufficient engagement with patients“. (S. 227) Die nächste Gegenüberstellung beinhaltet

das „acceptance-establishing nursing“ und das „non-acceptance-establishing nursing“. (Larsson et al. 2007, 227) Ersteres beschreibt eine akzeptierende, nicht verurteilende, respektierende, aufmerksam zuhörende, Hoffnungslosigkeit zulassende, Suizidalitätsäußerungen gegenüber besorgte Haltung. Die andere Seite, die vor allem im Zusammenhang mit der Reflektion nach dem Suizid einer Patientin beschrieben wurde, beinhaltet die Wahrnehmung, nicht genug zugehört zu haben und die Ernsthaftigkeit der Suizidalität nicht richtig eingeschätzt zu haben. (Larsson et al. 2007, 227) Weiterhin beschreiben die AutorInnen auf der einen Seite das „understanding-acquiring nursing“ und auf der anderen Seite das „non-understanding-acquiring nursing“. (S. 227-228) Die sich Verständnis aneignende Pflegekraft versucht durch direktes Befragen oder längere Unterhaltungen Suizidpläne und –gedanken zu eruieren und zu verstehen. Das Gegenteil davon wird wiederum nur nach Erfahrungen mit Patientinnensuizid oder –suizidversuchen beschrieben. Dabei weisen die Pflegenden darauf hin, dass sie die Patientin nicht erreichen konnten, um so den Grad der Suizidalität zu erfahren. Oftmals bereuen diese Pflegekräfte, dass sie es nicht eingehender versucht haben, die Suizidalität aufzudecken. Nach Larsson et al. (2007) die letztmögliche Interpretation einer pflegerischen Haltung ist zum einen das „competence-manifesting-nursing“, das Erklärungen von Zwangsmaßnahmen für die Patientinnen bereit hält, um so Verletzungen, Beleidigungen und (Re-)Traumatisierungen zu vermeiden, und zum anderen das „non-competence-manifesting-nursing“, welches das Nicht-in-der-Lage-Sein, Maßnahmen verständlich zu machen, beinhaltet. (S. 228)

Zu guter Letzt sei es nach Larsson et al. (2007) wichtig eine offene Haltung zu haben, um Besserungen täglich wahrnehmen und beobachten zu können und Ressourcen zu entdecken.

Etwas weniger belastbar sind die Ergebnisse von Cutcliffe et al. (2006). Die AutorInnen untersuchen die Pflege von suizidalen Patientinnen, und vermuten aus ihrer Untersuchung resultierend, dass jede Pflegekraft, die mit suizidalen Patientinnen arbeiten möchte, „need to be comfortable with co-presencing, be able to hold back from being too instrumental and need to be comfortable with death; talking about suicide“. (S. 801) Zudem behaupten die ForscherInnen, dass die Pflegekräfte „need to have personally come to terms with their own mortality and not to be afraid to discuss matters of death / suicide“. (S. 801)

Die Ergebnisse der Studie von McLaughlin (1999), welche Patientinnen und Pflegekräfte zur Pflege im klinischen Setting befragt hat, sind nicht vollkommen belastbar. Die Studie findet aber hier Erwähnung, da sie die Sicht der Patientinnen auf die Pflege betrachtet. Nach McLaughlin (1999) sei es den Patientinnen vor allem wichtig, dass Pflegende eine

angenehme Persönlichkeit haben, gut zuhören können und dass sie gut mit ihnen über ihre Probleme reden können, um Problemlösungen gemeinsam zu finden.

#### *4.4 Besondere Ziele und Aufgaben der Pflege dieser Patientinnengruppe*

Nachdem im Kapitel 4.1 schon in Ansätzen die Aufgaben der Pflege betrachtet wurden, sollen diese im Folgenden einer genaueren Betrachtung unterzogen werden. Aus vielen unterschiedlichen Quellen wird ersichtlich, dass es für suizidale Menschen wichtig sei, wieder Kontakt zur Menschlichkeit zu bekommen, Hoffnung zurück zu gewinnen und Trost zu bekommen. Diesen drei Komponenten der Pflege und Therapie suizidaler Patientinnen soll das kommende Kapitel gelten.

#### ***Rückführen zur Menschlichkeit***

Ein besonderes Ziel der Pflege von suizidalen Patientinnen, welches in den Studien beschrieben wird, ist das Zurückführen zur Menschlichkeit. Genauer damit befasst haben sich Cutcliffe et al. (2006; 2007). Cutcliffe et al. (2006) untersuchen in ihrer Studie wie Patientinnen während einer akuten suizidalen Krise die Pflege in der Psychiatrie durch die Pflegenden einschätzen und wie diese Patientinnen das für sich interpretieren. Die Studie weist eine Schwäche bei der Beschreibung der Datenanalyse auf. Es ist nicht vollständig nachvollziehbar, wie mit den Datenmengen umgegangen wurde. Auch Interpretationen der AutorInnen sind nicht vollständig nachvollziehbar, so dass die Ergebnisse eine durchschnittliche Belastbarkeit aufweisen.

Cutcliffe et al. (2006) sagen, dass die Grundlage für ein Wiedererlangen von Menschlichkeit die Ausrichtung hin zur Lebensorientierung ist. Das wird möglich, wenn Patientinnen wieder Vertrauen in die Menschheit gewinnen durch den Kontakt mit den Pflegekräften. Diese können den suizidalen Patientinnen darin unterstützen, dass sie vorsuizidale Stärken entdecken. Eine besondere Rolle in dieser Patientin-Pflege-Beziehung spielt dabei die Möglichkeit, dass Gefühle ausgelebt und diskutiert werden können, um so den Patientinnen einen besseren Einblick in die eigene Innenwelt zu gewähren. (Cutcliffe et al. 2006)

Auch die Ausarbeitung der Autoren aus dem Jahr 2007 beschäftigt sich mit dem Thema der Menschlichkeit, welche die Patientin zurück erhalten soll. Diese Studie scheint eine Kurzform darzustellen und ist qualitativ schlecht einzuschätzen, so dass Ergebnisse daraus nur gering belastbar scheinen.

Hier behaupten Cutcliffe et al. (2007), dass der erste Schritt darin besteht, der Patientin den Weg zu ebnen hin beziehungsweise zurück zur Menschlichkeit in „reflecting an image of humanity“ (S.208) mit Hilfe einer persönlichen, warmen und pflegebasierten Mensch-zu-Mensch-Beziehung zur Pflegekraft. Cutcliffe et al. (2006) ergänzen dazu, dass die Patientin so das Gefühl bekommt etwas wert zu sein und merkt, dass sich jemand um sie sorgt, sich für sie interessiert und sie somit nicht mehr allein sei. Cutcliffe et al. (2007) vermuten, dass es dazu beiträgt, wenn die Pflegekraft der Patientin vorteilsfrei gegenübertritt und sie nicht verurteilt. Die AutorInnen nehmen an, dass die Pflegekraft immer nur repräsentativ für alle anderen zwischenmenschlichen Beziehungen der suizidalen Patientin sein kann. Die AutorInnen der Studie aus 2006 ergänzen den ersten Schritt hin zur Menschlichkeit noch dadurch, dass Pflegende den Patientinnen zeigen, dass deren Wahrnehmung der Welt negativer gezeichnet ist als die Pflegenden es sehen. Erst dadurch, dass die Patientinnen erleben, dass es andere Möglichkeiten gibt, wahrzunehmen, können sie ihre Umwelt auch uminterpretieren und anders sehen. (Cutcliffe et al. 2006)

Der nächste Schritt ist in beiden Studien überschrieben mit „guiding the individual back to humanity“. (Cutcliffe et al. 2006, 798) Dieser besteht nach Cutcliffe et al. (2006) aus mehreren Teilen. Diese sind „nurturing insight and understanding“(S. 798), „supporting and strengthening pre-suicidal beliefs“(S. 799) und “encountering a novel interpersonal, helping relationship”(S. 799). Der erste Teilbereich zielt darauf ab, dass suizidale Patientinnen die Erkenntnis erleben, dass die Suizidalität nicht nur sie beeinflusst, sondern dass sie umgekehrt auch die Möglichkeit haben die Suizidalität zu beeinflussen. Die Unterstützung und Stärkung präsuizidaler Wahrnehmungen, Werte und Überzeugungen gilt es im zweiten Teilschritt anzustreben. Das besondere am letzten Teilbereich ist, dass die Patientin erkennt, dass sie in der Pflegekraft eine Person vor sich hat, die Erfahrung mit Suizidalität hat und damit umgehen kann, da sie solche Krisen bei anderen Patientinnen schon er- und überlebt haben. So ebnet sie den Patientinnen den Weg sich zu öffnen und die Pflegenden an allen Gedanken und Gefühlen teilhaben zu lassen. (Cutcliffe et al. 2006) Cutcliffe et al. (2007) fassen diesen Schritt zusammen mit der Hilfe beim Identifizieren, Unterstützen, Vergrößern der präsuizidalen Überzeugungen, Werte und Wahrnehmungen. Weiterhin behaupten Cutcliffe et al. (2007), dass die Patientin durch die Hilfe von Seiten der Pflegekraft ihre eigene Suizidalität versteht, ihr Sinn gibt, was dann in einer Rückführung zur Menschlichkeit mündet. Die AutorInnen haben es in der Studie aus dem Jahr 2006 so umschrieben, dass die Patientin die existenzielle Krise mit ihrer Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft in Einklang bringen muss, indem sie ihrer

Suizidalität einen Sinn zuschreibt. Dieses ist ein langer und komplexer Schritt, der viel Unterstützung von außen braucht. Ein weiterer Teilschritt des Lernens wieder zu Leben ist das Umstellen der durch die Suizidalität beeinflussten inneren Überzeugung, wie zum Beispiel: 'Ich falle allen nur zur Last' oder 'Niemand hat ein Interesse daran, dass ich weiterlebe' in weniger destruktive Gedanken. An letzter Stelle, um wieder Kontakt zur Menschlichkeit zu haben, steht das Finden einer Balance im gegenwärtigen Leben mit Familie und Freunden, damit sie sich wieder von der Klinik und dem professionellen Team trennen können. (Cutcliffe et al. 2006)

### *Hoffnung geben*

Larsson et al. (2007) sagen, dass es vielen Pflegekräften Schwierigkeiten macht, suizidalen Patientinnen wieder Hoffnung zu geben und dazu auch noch den Ärger mitzutragen über den nicht gelungenen Suizidversuch, der die Patientin in die Akutpsychiatrie gebracht hat. Genau diesem Thema, der Vermittlung von Hoffnung widmet sich das Literaturreview der Autoren Koehn / Cutcliffe (2007). Das Review beschäftigt sich unter anderem mit der Vermittlung von Hoffnung bei suizidalen Patientinnen, aber auch mit Erkrankungen wie Schizophrenie und Depression in Zusammenhang mit Hoffnung. Auf zweiteres soll hier keine Rücksicht genommen werden. Das Review scheint eher mittlerer Qualität zu sein und die Aussagekraft damit etwas eingeschränkt.

So behaupten Koehn / Cutcliffe (2007), dass Patientinnen oftmals allein gelassen werden und deshalb noch eine Verstärkung ihrer Hoffnungslosigkeit erfahren wenn sie auf eine akupsykiatrische Station kommen.

Wieder Hoffnung zu erlangen scheint dem Review nach eng verbunden zu sein mit der Zeit, die Pflegende zum Sprechen und Zuhören für die Patientinnen haben. Zudem sei es wichtig für die Betroffenen als Mensch gesehen zu werden und wie schon bei der Rückführung zur Menschlichkeit an einer Beziehung auf Augenhöhe mit den Pflegenden teilzuhaben. Erst durch das Vertrauen in die Behandlung und das Personal kann die Patientin sich getröstet und hoffnungsvoller fühlen. Die Autoren beschreiben das aktive Einschreiten und Engagieren der Pflegekräfte durch das Anstreben einer therapeutischen Beziehung „as a purposeful approach to inspiring hope. In making a meaningful connection, conveying acceptance, really listening to the client and understanding his or her needs, hope appears to be kindled.” (S. 138) Wichtig sei zudem, die Hoffnungslosigkeit zu verstehen und zu entdecken, welche Bedeutung es für die Klientin

hat, wieder Hoffnung zu empfinden. Koehn / Cutcliffe (2007) nehmen an, dass es für Pflegende von Bedeutung sei, Zeichen einer kognitiven Starre zu erkennen, da Patientinnen mit dieser Auffälligkeit wenig dazu in der Lage seien Problemlösungsstrategien zu sehen und zu entwickeln, was zu einer vergrößerten Hoffnungslosigkeit führen soll. Den Autoren nach haben Pflegende eine zentrale und wichtige Rolle inne, Hoffnung erfahrbar zu machen und Patientinnen dabei zu unterstützen, Gefühle der Hoffnungslosigkeit und „suicidal feelings“ zu verbessern beziehungsweise zu verringern. (Koehn / Cutcliffe 2007, 138) Das Review beschreibt die herausragende Rolle einer durch Vertrauen und Verstehen charakterisierten therapeutischen Beziehung, die zentral, essentiell und vorbereitend ist für das Erreichen von Hoffnung für die Patientinnen. (Koehn / Cutcliffe 2007)

### *Trost spenden*

Der Prozess und das Bestreben, Trost zu spenden und zu erfahren, wird von vielen Autorinnen als wichtiger Bestandteil der Pflege suizidaler Patientinnen beschrieben. Genauer untersucht haben diesen Prozess die Forscherinnen Talseth / Gilje / Norberg (2003) aus Sicht der Patientinnen und Gilje / Talseth (2007) aus der pflegerischen Sicht. Beide Untersuchungen beziehen sich auf Datenmaterial einer früheren Studie und stellen hermeneutische Prozesse des Verstehens dar. Gilje / Talseth (2007) beschreiben ihre Interpretationen nachvollziehbar, interpretieren aber nur in eine Richtung. Ob andere Interpretationen möglich gewesen wären, bleibt offen. Augenscheinlich scheinen die Ergebnisse relativ belastbar. Talseth / Gilje / Norberg (2003) betrachten zwei Interviews von suizidalen Patientinnen näher. Die angegebenen Aussagen der Patientinnen scheinen auf ein bestimmtes theoretisches Modell hin ausgesucht und lassen keinen anderen Schluss zu. Auch hier bleibt offen, ob eine andere Interpretation möglich wäre. Die Ergebnisse dieser Untersuchung muten weniger belastbar an.

Gilje / Talseth (2007) beschreiben, dass suizidale Patientinnen oftmals sehr leiden und Trost brauchen, was Pflegekräfte manchmal an ihre therapeutischen Grenzen bringt und sie zu scheitern drohen.

Talseth / Gilje / Norberg (2003) behaupten, dass suizidale Patientinnen viele „turning points“ (S. 616) haben in ihrem ambivalenten Bestreben zu überleben. Sie seien gekennzeichnet durch eine große Unsicherheit und eine ebensolche Vulnerabilität. Nach Talseth / Gilje / Norberg (2003) scheinen die Patientinnen, die damit begannen ihre Wunden zu öffnen, ihr Vertrauen in sich und andere zu verlieren und Angst davor

bekämen, Kontrolle über ihre eigenen Gedanken oder ihren Kontakt zur Realität zu verlieren. Oftmals scheinen Patientinnen dann eingewiesen zu werden, Sicherheit zu vermuten, sich aber allein wiederzufinden und zu erfahren, dass es kein einfaches Rezept gäbe, um sie zu heilen. Die Autorinnen meinen, dass die Patientinnen sich „objectified and degraded“ fühlen. (Talseth / Gilje / Norberg 2003, 617) Sie öffnen sich – der Interpretation der Forscherinnen nach – nur dann den Pflegekräften, wenn sie sich ihnen ähnlich fühlen. Der Prozess bis zu dem Zeitpunkt, dass die Patientinnen bereit sind, Trost zu empfangen, beinhaltet laut Talseth / Gilje / Norberg (2003) noch weitere Schritte. Dazu gehören ein „longing for closeness“, um sich weniger allein zu fühlen, ein „desiring connectedness“, um jemandem etwas zu bedeuten, ein „struggling to open up inner dialogue“, weil Gefühle diesen meist überdecken oder Pflegende zu uninteressiert scheinen. (Talseth / Gilje / Norberg 2003, 618) Um sich öffnen zu können und diese drei Schritte gehen zu können, brauchen viele Patientinnen ein deutliches Beziehungsangebot von der Pflege und die nonverbale oder verbale Versicherung, dass es erlaubt sei, Gefühle zu zeigen. Das sei am besten möglich durch eine Pflegekraft, die „calm, welcoming, pleasant, nonconfrontational and available“ ist. (Talseth / Gilje / Norberg 2003, 620) Damit sei dann der Grundstein gelegt auch negative Gefühle auszudrücken, eigene Hilflosigkeit, Hilfebedarf wahrzunehmen und dieses auch zu verbalisieren. Das kann dann gleichgesetzt werden mit „breaking into outer dialogue“, was möglich ist, da jemand interessiert sei und auch wirklich zuhören will. (Talseth / Gilje / Norberg 2003, 618) Ein Gefühl der Gleichheit mit den Pflegenden kann ein Gefühl der Gemeinschaft mit diesen hervorrufen, was mehr Offenheit über innere Gedanken und Gefühle zu kommunizieren bewirken kann. Das wiederum soll das Öffnen innerer Wunden möglich machen, was Grundlage für ein Entlassen der Verzweiflung ist. Wenn diese herausgelassen werden konnte, ist die Patientin erst bereit, Trost zuzulassen. (Talseth / Gilje / Norberg 2003) An letzter Stelle dieses Prozesses steht den Autorinnen nach ein „homecoming and transcendence“ (Talseth / Gilje / Norberg 2003, 621), was ein wieder in sich Ruhen und wieder Licht wahrnehmen bedeutet. Leider kann dieser Zustand nicht in allen Fällen erreicht werden. (Talseth / Gilje / Norberg 2003)

Gilje / Talseth (2007) betrachten das Modell des Trostspendens und –empfangens in ihrer Untersuchung von der anderen Seite, von der der Pflegenden. Sie finden heraus, dass dieser Prozess aus folgenden Kriterien und Schritten zusammengesetzt ist. Das sind: die Vermittlerin, die Leidende, bereit werden, „dialoguing“, in Gemeinschaft sein, sich öffnen, die Perspektive wechseln und „within a sacred dimension“ sein. (Gilje / Talseth 2007, 551)

Die Leidende ist sehr verletzlich, fühlt sich nicht in sich selbst zuhause, was der Vermittlerin, wenn sie mit ihr in Kontakt tritt genauso ergehen kann. (Gilje / Talseth 2007) Die Autorinnen beschreiben das bereit werden für das Spenden von Trost damit, dass die Pflegende sich für tiefe innere Reflexion mit ihren eigenen Leidenserlebnissen, Gedanken, Gefühlen, ihrem Wissen und ihren Werten öffnen muss. Die Autorinnen sagen auch, dass dieser Schritt heißt, sich Zeit bereit zu halten für die Leidende, diese zu sehen und ihr zuzuhören, präsent aber nicht verurteilend zu sein. Gilje / Talseth (2007) stellen das „dialoguing“ dar, als sich öffnen zu können, präsent und ansprechbar zu sein und als in sich selbst ruhend. Ähnlich wie bei dem Bereit werden, Trost zu empfangen (weiter oben beschrieben) muss auch die Pflegekraft ihre Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft integrieren, indem sie zuhört, das Gehörte in sich selbst reflektiert, unter anderem in Hinblick auf die Leidende und ihre professionelle Verantwortung. (Gilje / Talseth 2007) Bedeutsam sei neben der Reflexion auch das Hören auf die innere Stimme, die sich zusammensetzt aus allen Sinnen, Gedanken, Gefühlen und Werten im Leben, welche in der Vergangenheit verwurzelt sind. (Gilje / Talseth 2007)

Der nächste Schritt kann nach Gilje / Talseth (2007) damit umschrieben werden, dass die Pflegende mit der Patientin eine Gemeinschaft bildet. Diese Gemeinschaft ist eine Partnerschaft auf Augenhöhe, die bedeutet, dass die Pflegende mit der Patientin deren Gefühle und Affekte teilt, annimmt und mit vergangenen Erfahrungen in sich vereinbart. (Gilje / Talseth 2007) Das sei den Autorinnen nach ein wichtiger Bestandteil, um Trost spenden zu können. Nach Gilje / Talseth (2007) ist es für die Pflegende ebenso wichtig, ihre eigenen Wunden zu kennen und bearbeitet zu haben, um das Leid und die Verzweiflung der Patientin mit tragen zu können. Nur wenn die Pflegende in sich selbst ruht, „at home“ (S. 554) ist, kann sie ihre eigenen und auch die Grenzen der Patientin erkennen, sie können beide bereit werden, die Probleme der Patientin gemeinsam zu bearbeiten, Trost zu spenden beziehungsweise zu empfangen. (Gilje / Talseth 2007) Zu guter Letzt weisen Gilje / Talseth (2007) darauf hin, dass nur die Pflegekraft anderen Menschen Trost spenden kann, die dazu in der Lage ist, sich selbst zu trösten.

## **5 Beschreibung der Pflege in der Akutpsychiatrie**

Das folgende Kapitel widmet sich der Pflege suizidaler Patientinnen in der akutpsychiatrischen Versorgung. Dabei soll es an erster Stelle um die Pflege und ihre Voraussetzungen allgemein gehen. Danach wird genauer auf eine übliche Verfahrensweise bei gefährdeten Patientinnen eingegangen – die 24-h-Beobachtung. Der Inhalt stützt sich



überwiegend auf Studien, die zu dieser Thematik durchgeführt wurden. Die tabellarische Darstellung der Qualität jeder einzelnen Studie findet sich im Anhang. (siehe Anhang 8)

### 5.1 *Pflege in der Akutpsychiatrie allgemein*

Sun et al. (2006b) vermuten in ihrer Untersuchung, dass die Pflege in der Akutpsychiatrie durch bestimmte Parameter gekennzeichnet ist. Darunter fallen nach Meinung der Autoren die Zusammenarbeit innerhalb und zwischen den Professionen, das Stationsumfeld, „intervening conditions“ (S. 88) und Unterstützungssysteme. Hier soll es vor allem um die Beschreibung des Stationsumfeldes gehen, da die anderen Parameter bereits zuvor aufgegriffen wurden. (siehe Kap. 4.1) Das Stationsumfeld wird von den AutorInnen beschrieben als ein schützendes Umfeld, das geschlossen und ruhig / beruhigend sein soll. Zudem weist es einen Sicherheitsraum auf, als auch ein Management gefährlichen Objekten gegenüber. Es sei aber auch ein Raum, in dem zwischenmenschliche Kontakte zum Beispiel mit Hilfe von Gruppentherapien gefördert werden. (Sun et al. 2006b) Probleme, welche die AutorInnen entdecken, finden sich in den Gefahrenzonen der Station, wie Bad und Garderobe, in der Lautstärke aufgrund der vielen unterschiedlichen Patientinnen und in der geringen Autonomie der Patientinnen. Außerdem empfinden die befragten Klientinnen zum Teil Angst vor anderen Patientinnen. Sun et al (2005) beschreiben eingehender die Sicherheitsvorkehrungen der untersuchten Station. Sie gehen dabei näher auf „monitoring und supervision“ (S. 279), entweder durch Pflegende oder nahe Verwandte der Patientinnen und auf das Sichern der Patientinnensicherheit durch „no-suicide-contracts“ (S. 279), Sicherheitskontrollen in den Bädern und das Sicherstellen von Minimalismus auf der Station ein. (Sun et al. 2005) Präventive Strategien für Krisensituationen, welche durch die AutorInnen beschrieben werden sind Isolation, die Nutzung des Sicherheitsraums und Fixierungsmaßnahmen. (Sun et al. 2005) Sun et al. (2005; 2006b) entdecken in ihrer Untersuchung, dass Patientinnen Einschränkungen in ihrer Privatsphäre durch Sicherheitsdurchsuchungen der persönlichen Gegenstände erfahren. Sun et al (2005) beschreiben noch weitere, die Patientinnen beschützende Maßnahmen in diese Richtung. Dazu gehören Routineuntersuchungen, detaillierte Suchen, Stichprobenuntersuchungen und „intimate safety search[es]“, welche zusätzlich die Durchsuchung des Körpers beinhaltet. (Sun et al. 2005, 279)

Stricker-Jannan (2008) weist darauf hin, dass Untersuchungen der persönlichen Gegenstände stets in Gegenwart eines Zeugen durchgeführt werden sollten. Sehr bedeutend dabei sei, dass diese Maßnahmen immer klar und sachlich erklärt werden

müssen. Rupp (2010) und Stricker-Jannan (2008) erklären Zwangsmaßnahmen als letzte Option, da sie meist zutiefst kränkend und zum Teil demütigend seien, was den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zur Patientin gefährdet. Stricker-Jannan (2008) fügt dem noch hinzu, dass Patientinnen sich in solchen Situationen ohnmächtig ausgeliefert, fremdbestimmt fühlen und mit Angst, Unruhe, Aggressivität oder Verwirrtheit reagieren. Deshalb weist die Autorin auch darauf hin, dass die Notwendigkeit dieser Maßnahmen erklärt wird und im Team damit offen und selbstkritisch umzugehen ist. (Stricker-Jannan 2008) Auch Larsson et al. 2007 finden in ihrer Untersuchung heraus, dass die Erklärungen für die Patientinnen notwendig seien um ihnen (Re-)Traumatisierungen beim Erfahren der Zwangsmaßnahmen zu ersparen. Auch weisen die Autorinnen darauf hin, dass es bedeutsam sei, den Patientinnen im engen Rahmen der Akutstation Freiheiten zu geben, Entscheidungen gemeinsam zu treffen und die Pflege nach den Bedürfnissen der Patientinnen zu individualisieren. (Larsson et al. 2007)

## 5.2 24h-Beobachtung

Die 24-h-beobachtung, „close or constant observation“ und „special observation“ stellt nach Rooney (2009) eine weit verbreitete Behandlungsmöglichkeit / Antwort auf Selbstverletzungen und suizidales Verhalten dar. Rooney hat seine Untersuchung in Form von Interviews allein durchgeführt und sich seine Interpretationen durch niemanden verifizieren oder falsifizieren lassen, so dass die Ergebnisse von dem Autor verfälscht sein können. Das macht sie wenig belastbar. Auch Fletcher (1999), der untersucht hat, wie Pflegende und Patientinnen die „constant observation“ erleben, führt seine Studie nahezu allein durch. Auch diese Ergebnisse sind nur gering belastbar, da Fletcher (1999) eine nicht nachvollziehbare Systematik beschreibt und die Daten ebenfalls nicht nachvollziehbar verifizieren lässt. Auch Reid / Long (1993), die hier herangezogen werden, weisen in ihrer Studie Mängel auf, so dass die Resultate nicht belastbar sind. Alle Studien wurden ihrer inhaltlichen Relevanz wegen verwendet auch wenn die Aussagekraft eher gering einzuschätzen ist. Sie können aber einen nicht belastbaren Einblick in das Phänomen „constant observation“ geben.

Fletcher (1999) behauptet in seiner Untersuchung, dass die ständige Beobachtung bei Patientinnen assoziiert wird mit Wut, Rebellion, Strafe, Entmutigung und Angst. Sun et al. (2006b) lässt ebenfalls vermuten, dass diese Beobachtung eher negativ wahrgenommen wird, hier vor allem aufgrund der geringen Intimsphäre und dem Kontrollverlust.

Von Flechter (1999) werden Ziele dieser Behandlung benannt. Dazu gehören das Kontrollieren jeglicher Aktivität der Patientinnen, um deren Leben zu retten, Selbstverletzungen zu vermeiden und Ängste der Pflegenden zu verringern. Das therapeutische Bestreben hinter dieser Maßnahme sei nach Flechter (1999) sei eine positive Achtung der Patientin und die Möglichkeit, gemeinsam Problemlösungen zu bearbeiten. Hinzu komme das Unterstützen von Gefühlsausdrücken, das Vermitteln von Hoffnung, das Vermitteln von Aufmerksamkeit und Trost.

Rooney (2009) findet in seiner Untersuchung heraus, dass Erfahrung für die Pflegenden bei dieser Maßnahme eine große Rolle spiele. Der Autor behauptet, dass viele Pflegekräfte nicht vorbereitet werden auf diese Behandlung und das mit der Erfahrung lernen. So käme es dazu, dass die Pflegenden vor allem mit persönlichkeitsgestörten Patientinnen Probleme bekämen, da diese manipulativ seien und den Pflegekräften das Wort im Mund umdrehen. Das führe dann dazu, dass diese Patientinnen unter ständiger Beobachtung stehen müssten. (Rooney 2009) Auch Reid / Long (1993) greifen das Thema der Erfahrung von Pflegenden auf. Sie vermutet, dass Pflegekräfte vor allem nicht darauf vorbereitet wären, sich in die Einsamkeit der Patientinnen einzufühlen. Die Pflegenden hätten speziell Probleme dabei zu sehen, dass ihre Pflege von geringer Effektivität sei.

Eine andere Unterteilung, die von Rooney (2009) vorgeschlagen wird ist das „being with“. (S. 80) Diese könne von einfach nur Sitzen und Schauen über Kommunikation mit der Patientin – im besten Falle patientinnen-zentrierte Kommunikation – bis hin zur therapeutischen Arbeit mit den Patientinnen gehen, wenn die jeweilige Pflegende die notwendige Kompetenz dazu besäße. (Rooney 2009) Oftmals scheine die Beobachtung mehr als Prävention denn als Behandlung wahrgenommen zu werden. Rooney (2009) vermutet, dass die Qualität der gemeinsamen Zeit großen Einfluss auf die Patientin habe und so eine therapeutische Beziehung entstehen lassen könne. Fletcher (1999), der die Interventionen und die jeweilige Interpretation der Patientinnen betrachtet, beziehungsweise vice versa, vermutet große Unterschiede. So behauptet er, dass die pflegerische Intervention Distanz zu halten, da Pflegenden vermuten würden, dass das Sprechen über Suizidalität nicht gesund sein könne, von Patientinnen als nicht über Gefühle reden übersetzt würde. Andere Begriffspaare seien einerseits Schaden zu vermeiden und andererseits Freiheit einzuschränken, Zwang ausüben zu müssen versus autoritär zu sein und außerhalb des Zimmers zu sitzen versus kontrollierend zu sein. (Flechter 1999) Es gäbe auch Interventionen, die jeweils nur von einer Seite wahrgenommen würden. Das seien von Seiten der Pflege Erklärungen, Assessment oder

das in Stille sitzen, von Seiten der Patientinnen sei nur das „drugging“ beschrieben worden. (Fletcher 1999, 12)

Von Rooney (2009) werden weiterhin diverse pflegerische Rollen vermutet. Darunter fallen die Übernahme der Verantwortung für das Leben der Patientin, „providing safety, containment and understanding“, „mothering“, das Balancieren der Interessen, des Wohlbefindens mit der Sicherheit der Patientin und der pflegerischen Verantwortung. (Rooney 2009, 81-82) Rooney (2009) vermutet zudem ein durch die Pflege durchzuführendes Risikomanagement, in dem die Pflegenden zwischen der Einschränkung der Eigenverantwortlichkeit der Patientin und gleichzeitig deren Würde zu wahren schwankten. Rooney (2009) beschreibt weiterhin, dass sich Pflegende Sorgen, wie sie mit Themen wie Missbrauch, Traumata und Verlusten umgehen sollten, wenn diese von Patientinnen angeschnitten würden. Fletcher (1999) beschreibt zu diesen unterschiedlichen Aufgaben, welche Einflüsse das auf die Gefühle der Patientinnen haben kann. Er beschreibt, dass sie sich isoliert, erniedrigt, gezwungen aber auch verstanden und nicht verurteilt fühlen würden. Der Autor behauptet auch, dass kontrollierende Interventionen Gefühle wie Unzufriedenheit, Unsicherheit, Verletzlichkeit, Frust und Wut hervorriefen. (Fletcher 1999)

Ein weiterer von Rooney (2009) beschriebener Parameter für die konstante Beobachtung ist die Teamarbeit, welche wichtig sei zur gegenseitigen Unterstützung, Diskussion, Problemlösung und um ein Gefühl der Sicherheit bei schwierigen Entscheidungen zu vermitteln. Wichtig sei die Teamarbeit auch, um jemanden im Hintergrund zu haben, falls Gefahr im Verzug sei. (Rooney 2009)

Nach Rooney (2009) sei für Pflegekräfte ein weiterer Punkt wichtig zur Arbeit mit suizidalen Patientinnen bei der 24-h-Beobachtung. Dieser sei das Coping, also der Umgang mit den Situationen. Die Aussagen der Pflegenden scheinen darauf hinzuweisen, dass es ihnen wichtig sei Empowerment zu haben im Kontakt mit den Patientinnen und es ihnen aber Schwierigkeiten bereite, den Patientinnen sehr nah zu sein und trotzdem Distanz zu wahren. (Rooney 2009)

Vråle / Steen (2005) betrachten einen anderen Aspekt bei der konstanten Beobachtung, den Ablauf einer solchen Intervention. Vråle / Steen (2005) führen in ihrer Untersuchung Interviews mit Pflegenden in der Psychiatrie zu erfolgreichen Beobachtungsmaßnahmen durch, um daraus eine Theorie des Verlaufs der Beobachtung zu bekommen. Kritikpunkte an dieser Studie, sind dass die Situation nur gering beschrieben und einige Ergebnisse nicht vollständig nachvollziehbar sind. Trotz dieser Kritik scheinen die Ergebnisse relativ gut

belastbar. Die Autorinnen finden heraus, dass die „constant observation“ sich aus zwei großen Schritten mit jeweils zwei Unterphasen zusammensetzen. In der ersten Phase kommt es vor allem auf die Entwicklung einer gegenseitigen Beziehung mit der Patientin und auf die genaue Beobachtung von Gesichtsausdruck, Körpersprache, Schmerz, Suizidindikatoren und auf ein diagnostisches Assessment an. Zwar wird die Entscheidung über diese pflegerische Intervention immer von ärztlicher Seite aus getätigt, so sollten aber Pflegekräfte teilweise schon vorher für eine Beobachtung entscheiden und die ärztliche Verordnung nachfolgen lassen, falls das Leben der Patientin bedroht sein sollte. (Vråle / Steen 2005) Die darauffolgende „transitional phase 1“ beschäftigt sich damit, dass praktische und interpersonelle Schritte verfolgt werden, um Patientin und andere Teammitglieder darüber zu informieren. Wichtig in der Kommunikation mit der Klientin ist es die Informationen klar und deutlich zu machen. Falls die Patientin verwirrt sein oder Konzentrationsstörungen haben sollte, empfiehlt sich, die Informationen in mündlicher und schriftlicher Form zu übermitteln. Eine besondere Bedeutsamkeit kommt in dieser Teilphase und auch später einer genauen pflegerischen Dokumentation aller Begebenheiten und pflegerischen Tätigkeiten zu. (Vråle / Steen 2005)

Die nächste Phase 2, welche Vråle / Steen (2005) beschreiben, beschäftigt sich mit der Ausführung der „constant observation“, was auch eine Dokumentation aller Tätigkeiten und Bewegungen der Patientin beinhaltet. Die meiste Zeit sollte die Pflegende mit der Patientin verbringen um eine therapeutische Beziehung aufbauen zu können. Dabei ist das Beziehungsangebot ein freiwilliges und muss von der Patientin nicht angenommen werden. (Vråle / Steen 2005) Die Autorinnen finden heraus, dass Pflegende den Patientinnen zeigen sollen, dass sie besorgt seien und ihnen helfen wollen und die Beobachtung so wenig offensiv wie möglich gestalten als auch den Willen der Patientin so weit wie möglich respektieren sollten. Wichtig sei auch bei Besuch der Patientin oder wenn die Patientin im Bad ist, sich im Hintergrund zu halten. Eine Beziehung in dieser Phase bedeutet laut Vråle / Steen (2005), dass den Patientinnen Interesse und Sorge entgegen gebracht wird, dass Pflegende und Patientin kommunizieren sollten über Hoffnung und Hoffnungslosigkeit und der Patientin somit Hoffnung zu geben. Die „transitional phase 2“ bedeutet nach Vråle / Steen (2005) ein Lockern der Beobachtungssituation durch periodisch wiederkehrende Kontakte. Ob die Patientin soweit sei, könne die Pflegende testen, indem sie mit der Patientin über ihren Lebenswillen kommuniziert oder zum Beispiel, in dem sie ihr den Rücken zukehrt, wenn die Patientin im Bad ist.

Die Autorinnen sagen aus, das am Anfang vor allem Kontrolle wichtig sei, welche später durch eine gute therapeutische Beziehung ersetzt werden könne. (Vråle / Steen 2005)

Cutcliffe / Barker (2002) haben sich ebenfalls mit dieser Problematik beschäftigt. Wie schon vorher beschrieben, ist die Qualität der Ausarbeitung eher niedrig. Die Autoren sollen hier dank der inhaltlichen Relevanz der Untersuchung nicht unerwähnt bleiben. Cutcliffe / Barker (2002) behaupten, dass die Methode der „constant observation“ mittlerweile oft in Frage gestellt wurde und geben dafür diverse Gründe. Diese seien zum einen, dass es sich um eine schwache Intervention handle und dass sich Patientinnen damit weder sicher noch unterstützt fühlten. Zudem merken die Autoren an, dass diese Intervention oft von Studentinnen oder „bank or agency staff“ durchgeführt würde, welche die Patientin selten kennen und zudem wenig Pflegeerfahrung hätten. (Cutcliffe / Barker 2002, 615) Cutcliffe / Barker (2002) empfinden es zudem als aufdringlich, wenn Pflegende den Patientinnen gegenüber oder im gleichen Raum sitzen und kein Wort mit diesen sprächen. Sie proklamieren außerdem, dass diese Intervention veraltet sei und nur dem Arzt diene, der seine Patientinnen dann in Sicherheit wisse. (Cutcliffe / Barker 2002)

## **6 Fazit – Chancen und Hindernisse der Pflege in der Akutpsychiatrie**

Nachdem in der Arbeit die Voraussetzungen, Schritte und Aufgaben der Pflege suizidaler Patientinnen beschrieben wurden, werden hier die Chancen und Hindernisse, die sich aus der pflegerischen Versorgung auf der Akutpsychiatrie ergeben, genauer herausgearbeitet.

Wenn eine suizidale Patientin auf Station kommt, ist anzunehmen, dass sie zunächst verzweifelt, hoffnungslos und in einer Krise ist, sich meist einsam und isoliert fühlt. Der Kontaktaufbau mit dieser Patientin erfordert eine bestimmte Grundhaltung und Kommunikation. Diese wird beeinflusst von psychoanalytischen Übertragungsphänomenen, die zunächst erkannt, reflektiert und verstanden werden müssen, um diese Erkenntnisse in die Arbeit mit der Patientin einfließen zu lassen. Schon aus diesem Grunde stellen suizidale Patientinnen besondere Anforderungen an das Pflegepersonal. Hinzu kommt, dass diese Patientinnen viel Zuspruch, Zuwendung und Hilfe brauchen bei ihrem Weg zurück ins Leben. Das bedeutet, sie brauchen Hoffnung und Trost und müssen wieder Vertrauen zu anderen Menschen fassen, um erneut Kontakte aufzunehmen und zu halten. Die Basis, um genau das mit den Patientinnen zu erreichen, ist eine tragfähige therapeutische Beziehung. Grundlage seitens der Pflege ist eine vorurteilsfreie, nicht-verurteilende, warme und menschliche Haltung, welche die

Patientinnen als Menschen akzeptieren, diese mit allen Facetten annehmen. Darauf aufbauend kann es zu einer Bearbeitung der Problematik kommen, die der Suizidalität zu Grunde liegt.

Aus der intensiven Arbeit mit den suizidalen Patientinnen ergeben sich einige Chancen, aber auch Hindernisse in der akuten psychiatrischen Versorgung.

Die Chancen liegen in der Gestaltung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung, die der Patientin hilft, offen mit ihren Problemen umzugehen, diese gemeinsam mit den Pflegenden zu bearbeiten und Lösungsmöglichkeiten zu finden. Gerade bei Maßnahmen, wie der 24-h-Beobachtung und intermittierenden Kurzkontakten, ist es den Pflegenden möglich auf unterschiedlichen Zugangswegen, Vertrauen aufzubauen. Erleichtert wird dieser Kontakt vor allem dann, wenn die Patientinnen frühzeitig nach einem Suizidversuch oder in der noch akuten Krise auf die Station kommen. Zu dem Zeitpunkt sind sie meist noch offen und bereit, sich mitzuteilen, verschließen sich aber recht schnell wieder jeglichem Zugang. In dieser sensiblen Phase ist es besonders wichtig, behutsam und empathisch zu sein, um kein weiteres Kränkungsereignis bei der Patientin und damit eine Verschärfung der Krise zu verursachen. Positiv ist zudem, dass die Pflegenden zunächst eine Ersatzfunktion für jegliche zwischenmenschliche Beziehung inne haben. Das kann in der Hinsicht für die Patientin gewinnbringend sein, als dass sie sich in der Beziehung ausprobieren und jegliche Gefühle äußern kann. Diese Beziehung kann der Patientin außerdem das geben, was sie bisher nicht hatte oder in der suizidalen Krise nicht mehr zulassen konnte. Auf dieser Basis kann es der Patientin gemeinsam mit der Pflegenden gelingen, ihrer jetzigen Krise einen Sinn zu geben, diese in ihr Leben zu integrieren, Hoffnung zu schöpfen, Trost anzunehmen und wieder soziale Kontakte aufzunehmen. Die Voraussetzungen für all diese Chancen liegen in der Person der Pflegekraft und in der Besetzung der Station. Sind die Pflegenden durch eingehende Selbstreflexion und Integration ihrer eigenen Geschichte dazu bereit, Beziehungen zu Patientinnen aufzubauen und sich als Ersatz anzuerkennen, wird das auch den Klientinnen deutlich und sie können daraus schöpfen. Wichtig hierbei ist, dass diese therapeutische Beziehung nur den Anfang für weitere Kontakte der Patientin zu ihrer Familie und ihren Freunden bilden kann. Eine besondere Bedeutung kommt auch der Besetzung einer akuten psychiatrischen Station zu. Rieder (1996) beschreibt es damit, dass Pflegenden am Abend und im Spätdienst qualitativ und quantitativ am besten besetzt sein sollten, da viele Patientinnen sich vor allem am Abend einsam fühlten und dann Fragen, die sie am Tag dank der Hektik zurückgehalten hätten, anbringen.

Die Hindernisse ergeben sich aus dem Stationsumfeld und dem Pflegepersonal. Das Stationsumfeld ist in dem Sinne behindernd, indem es neu und fremd ist und wenig Platz für die Privatsphäre lässt. Verschärft wird dies noch einmal, wenn Patientinnen aufgrund von Selbst- oder Fremdgefährdung, beobachtet werden müssen. Besondere Schwierigkeiten aber bergen Zwangsmaßnahmen, vor allem dann wenn Patientinnen die Gründe für diese nicht verstehen oder nachvollziehen können. Eine Hürde kann aus verschiedenen Gründen die Pflegeperson selbst sein. Diese kann zum Beispiel den Patientinnen mit Vorurteilen oder Unverständnis gegenüberreten und damit Distanz aufbauen. Negativ kann sich ebenso Unsicherheit, Angst oder ein Ohnmachtsgefühl seitens der Pflegenden auswirken, welches sich als Ablehnung auf die Patientin übertragen kann. Erfolglos kann sich das Bestreben zur Kommunikation und zum Beziehungsaufbau erweisen, wenn die Pflegende (Gegen-)Übertragungsphänomene nicht zu deuten weiß und aus diesem Grund die Patientin ablehnt oder der Suizidalität zustimmt, da sie sich ebenso ohnmächtig fühlt. Ein Hindernis, das außerdem den Umgang mit der suizidalen Patientin erschweren kann, kommt aus der Patientin selbst und ist zu umschreiben mit dem Ärger dieser darüber, dass der Suizidversuch nicht erfolgreich war. Die Patientin mit diesem Gefühl aufzufangen und einen Kontakt aufzubauen, kann eine nicht zu bezwingende Herausforderung bergen.

Um die Hindernisse so gering wie möglich zu halten, ist es wichtig, Zwangs- und andere Pflegemaßnahmen den Patientinnen so verständlich wie möglich zu erklären. Zu beachten ist außerdem, dass die Einweisung ins Krankenhaus selten freiwillig ist und deshalb mit einem Rollenwechsel einhergeht, der kränkend sein kann. Zur Verringerung ebenso bedeutend ist eine gute Vorbereitung und Ausbildung der auf einer Akutstation arbeitenden Pflegekräfte.

Die Beantwortung der Forschungsfrage in dieser Arbeit bezieht sich vor allem auf Studien mit wenig belastbaren Ergebnissen. Daraus ergibt sich eine Antwort, die noch weiter beforscht werden müsste, um sie vollkommen zu verifizieren. Es wäre ebenso wichtig, vor allem im deutschen Sprachraum weiter zu diesem Thema zu forschen, um Verbesserungsbedarfe zu entdecken und beseitigen zu können.



## 7 Literaturverzeichnis

- Aguilera, Donna C. (2000): Krisenintervention. Grundlagen – Methoden – Anwendung. Bern / Göttingen / Toronto / Seattle: Hans Huber.
- Althaus, D. / Hegerl, U. (2004): Ursachen, Diagnose und Therapie von Suizidalität. In: Der Nervenarzt 11, 1123-1134.
- Backs, Stephan / Lenz, Reinhard (1998): Kommunikation und Pflege. Eine Untersuchung von Aufnahmegesprächen in der Pflegepraxis. Wiesbaden: Ullstein Medical.
- Behrens, Johann / Langer, Gero (2004): Evidence-based Nursing. Vertrauensbildende Entzauberung der Wissenschaft. Bern / Göttingen / Toronto / Seattle: Hans Huber.
- Bundesministerium für Gesundheit: Daten des Gesundheitswesens 2009
- Carlén, Pontus / Bengtsson, Anita (2007): Suicidal patients as experienced by psychiatric nurses in inpatient care. In: International Journal of Mental Health Nursing, 16, 257 – 265.
- Cutcliffe, J.R. / Barker, P. (2002): Considering the care of the suicidal client and the case for `engagement and inspiring hope´ or `observations´. In: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 9, 611 – 621.
- Cutcliffe, J.R. / Barker, P. (2004): The Nurses´ Global Assessment of Suicide Risk (NGSAR): developing a tool for clinical practice. In: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 11, 393 – 400.
- Cutcliffe, J.R. / Stevenson, C. / Jackson, S. / Smith, P. (2006): A modified grounded theory of how psychiatric nurses work with suicidal people. In: International Journal of Nursing Studies, 43, 791 – 802.
- Cutcliffe, J.R. / Stevenson, C. / Jackson, S. / Smith, P. (2007): Reconnecting the Person with Humanity. How Psychiatric Nurses work with Suicidal People. In: Crisis, Vol 28(4), 207 – 210.
- Eink, Michael / Haltenhof, Horst (2009): Basiswissen. Umgang mit suizidgefährdeten Menschen. 3. Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Farrow, Tony L. / O´Brien, Anthony J (2003): `No-suicide contracts´ and informed consent: an analysis of ethical issues. In: Nursing Ethics 10 (2), 199 – 207.

- Felgner, Lutz (2008): Psychiatrische Pflege. Unterrichts- und Arbeitsmaterialien für die Aus-, Fort- und Weiterbildung. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fletcher, R.F. (1999): The process of constant observation: perspectives of staff and suicidal patients. In: *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 6, 9 – 14.
- Gilje, Fredricka / Talseth, Anne-Grethe (2007): Mediating consolation with suicidal patients. In: *Nursing* 14 (4), 546 – 557.
- Gilje, Fredricka / Talseth, Anne-Grethe / Norberg, Astrid (2005): Psychiatric nurses' response to suicidal psychiatric inpatients: struggling with self and sufferer. In: *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 519 – 526.
- Hausmann, Clemens (2005): Psychologie und Kommunikation für Pflegeberufe. Ein Handbuch für Ausbildung und Praxis. Wien: Facultas.
- Henseler, Heinz / Reimer, Christian (1981): Selbstmordgefährdung. Zur Psychodynamik und Psychotherapie. Stuttgart / Bad Cannstatt: fromman-holzboog.
- Kelleher, M.J. / Keeley, H.S. / Chambers, D. / Corcoran, P. (2000): Suizid. In: Helmchen et al.: *Psychiatrie der Gegenwart*. Band 6. Erlebens- und Verhaltensstörungen, Abhängigkeit und Suizid. 4. Auflage. Berlin / Heidelberg / New York: Springer, 227-245.
- Koehn, C.V. / Cutcliffe, J.R. (2007): Hope and interpersonal psychiatric / mental health nursing: a systematic review of the literature – part one. In: *Journal of Psychiatric und Mental Health Nursing*, 14, 134 – 140.
- Larsson, Pernilla / Nilsson, Sonia / Runeson, Bo / Gustafsson, Barbro (2007): Psychiatric Nursing Care of Suicidal Patients Described by the Sympathy-Acceptance-Understanding-Competence Model for Confirming Nursing. In: *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol. 21, No. 4 (August), 222 – 232.
- McLaughlin, Columba (1999): An exploration of psychiatric nurses' and patients' opinions regarding inpatient care for suicidal patients. In: *Journal of Advanced Nursing* 29 (5), 1042 – 1051.
- Milch, Wolfgang (1999): Selbstpsychologische Konzepte zum Verständnis suizidalen Verhaltens. In: Fiedler, Georg / Lindner, Reinhard (Hg.): *So hab ich doch was in mir, das mir Gefahr bringt. Perspektiven suizidalen Erlebens*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 138 – 159.
- Modestin, Jiří (1987): Suizid in der psychiatrischen Klinik. Stuttgart: Enke.

- Pourshirazi, Soheila (2008): Suizidalität und Beziehung. Eine theoretische und empirisch-hermeneutische Studie. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Prakke, Heleen / Wurster, Jahin (1999): Gütekriterien für Qualitative Forschung. In: Pflege, 12, 183-186.
- Reid, Wendy / Long, Ann (1993): The role of the nurse providing therapeutic care for the suicidal patient. In: Journal of Advanced Nursing 18, 1369 – 1376.
- Reimer, Prof. Dr. med. Christian / Arentewicz, Dr. phil. Dipl.-Psych. Gerd (1993): Kurzpsychotherapie nach Suizidversuch. Ein Leitfaden für die Praxis. Berlin / Heidelberg / New York: Springer.
- Rieder, Peter (1996): „Immer ist etwas anderes wichtiger als ich“. Abweisung durch das Pflegepersonal am Beispiel von Psychiatriepatientinnen. In: Kesselring, Annemarie (Hg.): Die Lebenswelt der Patienten. Bern / Göttingen / Toronto / Seattle: Hans Huber, 53 – 71.
- Rogall, Renate / Josuks, Hannelore / Adam, Gottfried / Schleinitz, Gottfried (2005): Professionelle Kommunikation in Pflege und Management. Ein praxisnaher Leitfaden. Hannover: Schlütersche.
- Rooney, C. (2009): The meaning of mental health nursing experience of providing one-to-one observations: a phenomenological study. In: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 16, 76 – 86.
- Rupp, Manuel (2010): Notfall Seele. Ambulante Notfall- und Krisenintervention in der Psychiatrie und Psychotherapie. 3. Auflage. Stuttgart / New York: Thieme.
- Schädle-Deining, Hilde (2006): Fachpflege Psychiatrie. München: Elsevier.
- Schädle-Deining, Hilde / Villinger, Ulrike (1996): Praktische psychiatrische Pflege. Arbeitshilfen für den Alltag. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Stricker-Jannan, Dr. Dagmar (2008): Psychiatrie für Pflegeberufe. 2. Auflage. Troisdorf: Bildungsverlag Eins.
- Sun, Fan-Ko / Long, Ann / Boore, Jennifer / Tsao, Lee-Ing (2006a): A theory for the nursing care of patients at risk of suicide. In: Journal of Advanced Nursing 53 (6), 680 – 690.
- Sun, Fan-Ko / Long, Ann / Boore, Jennifer / Tsao, Lee-Ing (2005): Nursing people who are suicidal on psychiatric wards in Taiwan: action / interaction strategies. In: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 12, 275 – 282.

- Sun, Fan-Ko / Long, Ann / Boore, Jennifer / Tsao, Lee-Ing (2006b): Patients and nurses' perceptions of ward environmental factors and support systems in the care of suicidal patients. In: *Journal of Clinical Nursing* 15, 83 – 92.
- Talseth, Anne-Grethe / Gilje, Fredricka / Norberg, Astrid (2003): Struggling to become ready for consolation: experiences of suicidal patients. In: *Nursing Ethics* 10 (6), 614 – 623.
- Vela, Pasi / Hollick, Jürgen (2009): G 3. Gewalttätigkeit, Gefahr / Gewalttätig. In: Heuwinkel-Otter / Neumann-Dulke / Matscheko (Hg.): *Menschen pflegen. Der Praxisbegleiter für Pflegeprofis*. Heidelberg: Axel Springer Verlag.
- Vråle, G.B. / Steen, E. (2005): The dynamics between structure and flexibility in constant observation of psychiatric inpatients with suicidal ideation. In: *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 513 – 518.
- Warnke, A. (2008): Suizid und Suizidversuch – Suizidalität. In: Herpertz-Dahlmann / Resch / Schulte-Markwart / Warnke: *Entwicklungspsychiatrie. Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen*. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer, 1006-1023.
- Wolfersdorf, Manfred / Schmidtke, Armin (2006): Suizidalität. In: Voderholzer, Ulrich / Hohagen, Fritz (Hg.): *Therapie psychischer Erkrankungen. State of the art*. München: Elsevier, 261-267.

## 8 Anhang

Inhaltsverzeichnis

<b>I. Suchstrategien.....</b>	<b>46</b>
a. Suchstrategie 1 – Datenbank pubmed	
b. Suchstrategie 2 – Datenbank pubmed	
<b>II. Assessmentinstrument nach Pödingner.....</b>	<b>47</b>
<b>III. Beschreibung der Studienqualität in tabellarischer Form.....</b>	<b>48</b>
a. Bewertung und Beschreibung aller qualitativen Studien nach den Kriterien Guba/Lincoln´s.....	48
b. Beschreibung aller qualitativen Studien nach den Kriterien von Behrens und Langer.....	52
c. Beschreibung der restlichen Studien.....	54

## I. Suchstrategien

### a. Suchstrategie 1 – Datenbank pubmed

	Suchbegriff		Operat.	Limitationen	Treffer
#1	Suicide	MeSH	OR	Limits : human, english, german	33428
	Attempted Suicide	MeSH	OR		
#2	Communication	MeSH	OR	Limits : human, english, german	335660
	Communication Methods, Total	MeSH	OR		
	Interpersonal Relations	MeSH	OR		
#3	Nursing	MeSH	OR	Limits : human, english, german	198908
	nursing	Subheading	OR		
	Primary Nursing Care	MeSH	OR		
	Evidence-Based Nursing	MeSH	OR		
	Nursing Care	MeSH	OR		
	Advanced Practice Nursing	MeSH	OR		
	Psychiatric Nursing	MeSH	OR		
#4	#1		AND	Limits : human, english, german	203
	#2		AND		
	#3		AND		

### b. Suchstrategie 2 – Datenbank pubmed

	Suchbegriff		Operat.	Limitationen	Treffer
#1	suic*	Freitext	OR	Limits : human, english, german	42507
	suicid*	Freitext	OR		
	suicide prevention*	Freitext	OR		
	cuicide*	Freitext	OR		
#2	communicat*	Freitext	OR	Limits : human, english, german	1090514
	communicatio*	Freitext	OR		
	verbal*	Freitext	OR		
	nonverbal*	Freitext	OR		
	contact*	Freitext	OR		
	relatio*	Freitext	OR		
	interperson*	Freitext	OR		
#3	nurses*	Freitext	OR	Limits : human, english, german	593425
	nursing*	Freitext	OR		
	nursing care*	Freitext	OR		
	psychiat*	Freitext	OR		
	inpatient*	Freitext	OR		
	nursing pract*	Freitext	OR		
#4	#1		AND	Limits : human, english, german	3576
	#2		AND		
	#3		AND		
#5	#4			Limits: human, english, german, Meta-Analysis	16

## II. Assessmentinstrument nach Pöldinger

### Fragenkatalog zur Abschätzung der Suizidalität (Pöldinger) 1982

Je mehr Fragen im Sinne der angegebenen Antwort beantwortet werden, umso höher muss das Suizidrisiko eingeschätzt werden.

①	Haben Sie in letzter Zeit daran denken müssen, sich das Leben zu nehmen?	ja	<input type="checkbox"/>
②	Häufig?	ja	<input type="checkbox"/>
③	Haben Sie auch daran denken müssen, ohne es zu wollen? Haben sich Selbstmordgedanken aufgedrängt?	ja	<input type="checkbox"/>
④	Haben Sie konkrete Ideen, wie Sie es machen würden?	ja	<input type="checkbox"/>
⑤	Haben Sie Vorbereitungen getroffen?	ja	<input type="checkbox"/>
⑥	Haben Sie schon zu jemandem über Ihre Selbstmordabsicht gesprochen?	ja	<input type="checkbox"/>
⑦	Haben Sie einmal einen Selbstmordversuch unternommen?	ja	<input type="checkbox"/>
⑧	Hat sich in Ihrer Familie oder in Ihrem Freundes- und Bekanntenkreis schon jemand das Leben genommen?	ja	<input type="checkbox"/>
⑨	Halten Sie Ihre Situation für Aussichts- und hoffnungslos?	ja	<input type="checkbox"/>
⑩	Fällt es Ihnen schwer, an etwas anderes als an Ihre Probleme zu denken?	ja	<input type="checkbox"/>
⑪	Haben Sie in letzter Zeit weniger Kontakte zu Ihren Verwandten, Bekannten und Freunden?	ja	<input type="checkbox"/>
⑫	Haben Sie noch Interesse daran, was in Ihrem Beruf und in Ihrer Umgebung vorgeht? Interessieren Sie noch Ihre Hobbys?	nein	<input type="checkbox"/>
⑬	Haben sie jemanden, mit dem Sie offen und vertraulich über Ihre Probleme sprechen können?	nein	<input type="checkbox"/>
⑭	Wohnen Sie zusammen mit Familienmitgliedern oder Bekannten?	nein	<input type="checkbox"/>
⑮	Fühlen Sie sich unter starken familiären oder beruflichen Verpflichtungen stehen?	nein	<input type="checkbox"/>
⑯	Fühlen Sie sich einer religiösen bzw. weltanschaulichen Gemeinschaft verwurzelt?	nein	<input type="checkbox"/>
Anzahl entsprechend beantworteter Fragen			<input type="checkbox"/>
Endzahl = max. 16			<input type="checkbox"/>

(entnommen aus: Schädle-Deininger (2006): Fachpflege Psychiatrie. München: Elsevier. 405.)

### III. Beschreibung der Studienqualität in tabellarischer Form

a. Bewertung und Beschreibung aller qualitativen Studien nach den Kriterien Guba/Lincoln's

Bewertungskriterien nach Guba/Lincoln → Trustworthiness	Glaubwürdigkeit	Übertragbarkeit	Abhängigkeit	Bestätigung	Bemerkungen
<b>Carlén / Bengtsson 2007</b>	+	-	-	+	Qualität der Studie dadurch beeinträchtigt, dass Situation nur wenig, Zeit gar nicht beschrieben wurde. Zudem bestätigen die Forscherinnen sich, ihre Ergebnisse / Interpretationen nur gegenseitig und es findet kein „member checking“ statt.
<b>Cutcliffe et al. 2006</b>	++	-	-	+	Die mittelmäßige Qualitätseinschätzung der Studie resultiert aus der schlechten Beschreibung der Situation und der Wahrscheinlichkeit, dass Aussagen der Studienteilnehmer ausgesucht und aus dem Gesamtkontext gerissen wurden. Es wird eine große Datenmenge beschrieben, deren Verbleib nur in kleinen Teilen nachvollziehbar ist.
<b>Cutcliffe et al. 2007</b>	--	-	--	--	Die Qualität dieses Textes ist nicht richtig einschätzbar. Es scheint eine Kurzform einer stattgefundenen Studie zu sein, was aber nicht richtig deutlich wird für den Leser. Das Design ist für die Frage aber gut gewählt und auch in Ansätzen beschrieben. Beschreibung von Umfeld, TN und Forschern fehlt nahezu ganz.
<b>Farrow / O'Brien 2003</b>	+	-	-	+	TN-Auswahl scheint in Ansätzen dem theoretical sampling zu entsprechen, ist aber



Bewertungskriterien nach Guba/Lincoln → Trustworthiness	Glaubwürdigkeit	Übertragbarkeit	Abhängigkeit	Bestätigung	Bemerkungen
					nicht näher beschrieben. TN selbst sind eher wenig beschrieben, ebenso Forscher und das Umfeld der TN. Eine Sättigung der Daten ist nicht nachvollziehbar, Ergebnisse werden aber teilweise – stichprobenartig – abgeglichen mit den TN.
<b>Fletcher 1999</b>	-	-	--	--	In dieser Studie ist nicht nachvollziehbar, warum die ausgewählten TN ausgewählt wurden, Auswahl scheint ohne Systematik zu sein. Datensammlung nur gering beschrieben und auch die Bestätigung durch einen Forschungskollegen erscheint wenig nachvollziehbar.
<b>Gilje / Talseth 2007</b>	+	-	-	-	Beschreibung eines hermeneutischen Verstehensprozesses, der viele Interpretationen der Forscherinnen enthält, die zum Teil nur in eine Richtung betrachtet werden. Fraglich bleibt, ob andere Interpretationen möglich wären. Datenmengen sind aus einer vergangenen Studie, so dass schlecht nachvollziehbar ist, wie TN-Auswahl und Datensammlung stattgefunden haben.
<b>Gilje / Talseth / Norberg 2005</b>	+	+	-	+	Studie bezieht sich auf Datensammlung einer schon stattgefundenen anderen Studie, so dass die Beschreibung der Datensammlung und der Teilnehmer sehr kurz gestaltet ist. Aus dem Grunde ist nicht jeder Schritt komplett nachvollziehbar, den die

Bewertungskriterien nach Guba/Lincoln → Trustworthiness	Glaubwürdigkeit	Übertragbarkeit	Abhängigkeit	Bestätigung	Bemerkungen
					Forscherinnen anstellen. Die relativ gute Qualität entsteht aus der Zusammensetzung als Forschungsgruppe und die relativ detailliert beschriebenen Interpretationsschritte.
<b>Larsson et al. 2007</b>	++	+	++	-	Die Studie misst die Pflege mit einem getesteten Instrument und erhält zudem qualitative Daten durch Interviews. Die Beschreibung scheint nahezu vollständig, so dass die Qualität eher hoch eingeschätzt werden muss.
<b>McLaughlin 1999</b>	-	-	-	-	Studie verfolgt keine einheitliche Richtung, ist aber eher qualitativer Natur. Leider ist die Interpretation der Daten nicht vollständig nachvollziehbar, die Forscherin interpretiert allein, legt nicht alle Interpretationsschritte detailliert dar. Begründung für ein bestimmtes Design bleibt aus und eine Rückversicherung der Interpretation der gewonnen Daten wird nicht beschrieben
<b>Rooney 2009</b>	-	+	+	-	Teilnehmer und deren Umfeld, sowie Forscher wurden nur kurz beschrieben. Die Interpretation der Daten erfolgt allein, wird durch niemanden bestätigt oder verfolgt. Verbleib der Datenmenge nur wenig nachvollziehbar, nur eine Interpretation wird angeboten und nicht verifiziert.
<b>Sun et al. 2005</b>	-	-	--	-	Umfeld der TN und die Forschungsgruppe werden nicht beschrieben. Hypothesen

Bewertungskriterien nach Guba/Lincoln → Trustworthiness	Glaubwürdigkeit	Übertragbarkeit	Abhängigkeit	Bestätigung	Bemerkungen
					werden nur einseitig aufgestellt und nicht vollkommen nachvollziehbar verifiziert. Datensammlung ist nicht nachvollziehbar, da nicht ausreichend beschrieben. Eine Bestätigung der bekommenen Ergebnisse ist ebenfalls nicht beschrieben. Als Ergebnis beschreiben die Autoren eine Pflgetheorie entwickelt zu haben, die aber nicht vollkommen nachvollziehbar ist.
<b>Sun et al. 2006a</b>	++	-	+	-	In dieser Studie hat eine Rückversicherung der Daten mit den TN stattgefunden, so dass die Datensammlung augenscheinlich eher hoher Qualität ist. Die Datenanalyse ist theoretisch beschrieben, findet im Text aber keine Anwendung auf die gefundene Datenmenge. Interpretationen sind auf Textstellen bezogen, die herausgesucht scheinen, wobei die Aussagekraft nicht vollkommen nachvollziehbar bleibt.
<b>Sun et al. 2006b</b>	+	-	-	+	Forscher und Umfeld nur wenig beschrieben. Die Datenmenge scheint sehr groß, erscheint aber nur in kleinen Ansätzen in der Studie. Die Interpretation der Daten wird nur in eine Richtung gedacht, die wenig nachvollziehbar bleibt.
<b>Talseth / Gilje / Norberg 2003</b>	++	--	-	+	TN und Daten sind einer früheren Studie entnommen, so dass die Auswahl nicht mehr nachvollziehbar ist. Die Datenmenge und demnach auch die –analyse sind nur in Teilen

Bewertungskriterien nach Guba/Lincoln → Trustworthiness	Glaubwürdigkeit	Übertragbarkeit	Abhängigkeit	Bestätigung	Bemerkungen
					nachvollziehbar. Die TN-Anzahl ist eher gering (2TN), so dass ein Verstehen des Pat-klientels nur teilweise gegeben ist.
Vråle / Steen 2005	+	-	--	++	In dieser Studie kann eine Rückversicherung der Daten vermutet werden durch das Gestalten der Fokusgruppen mit den Teilnehmern, die Ergebnisse z.T. bestätigen konnten
Legende: ++ → sehr gut erfüllt; + → weniger gut erfüllt; - → eher wenig erfüllt; -- → gar nicht erfüllt					

b. Beschreibung aller qualitativen Studien nach den Kriterien von Behrens und Langer

Bewertungskriterien nach Behrens/Langer	Frage klar/deutlich	Design begründet	Literaturrecherche	TN-Auswahl begründet / klar	TN, Umfeld, Forscher beschreiben	Datensammlung detailliert	Sammlung bis zur Sättigung	Ergebnisse nachvollziehbar / ausführlich	Ergebnisbestätigung	Besseres Verstehen der Pat.	Konkrete Anwendungsmöglichkeiten
Carlén/Bengston 2007	++	++	--	+	-	++	+	+	-	+	++
Cutcliffe et al. 2006	-	++	-	++	+	++	-	-	+	++	+
Cutcliffe et al. 2007	++	++	--	++	--	--	-	--	-	++	--
Farrow/O'Brien 2003	-	--	++	+	-	--	-	+	+	++	++

Bewertungskriterien nach Behrens/Langer	Frage klar/ deutlich	Design begründet	Literaturrecherche	TN-Auswahl begründet / klar	TN, Umfeld, Forscher beschrieben	Datensammlung detailliert	Sammlung bis zur Sättigung	Ergebnisse nachvollziehbar / ausführlich	Ergebnisbestätigung	Besseres Verstehen der Pat.	Konkrete Anwendungsmöglichkeiten
Fletcher 1999	+	-	--	-	-	-	-	-	+	++	++
Gilje/Talseth 2007	++	++	--	-	+	+	-	-	+	+	+
Gilje/Talseth/Norberg 2005	++	++	--	+	+	+	+	++	+	++	++
Larsson et al. 2007	++	+	--	++	++	+	-	++	-	++	-
McLaughlin 1999	++	-	--	-	++	+	-	+	--	-	+
Rooney 2009	++	++	++	++	-	++	-	-	--	++	+
Sun et al. 2005	++	+	--	++	+	-	--	-	--	+	-
Sun et al. 2006 In: JAN 53(6)	++	++	--	++	+	-	-	+	++	++	++
Sun et al. 2006 In: JCN 15	+	+	--	++	-	+	-	-	-	++	+
Talseth/Gilje/Norberg 2003	++	++	--	-	-	-	-	-	+	++	++

Bewertungskriterien nach Behrens/Langer	Frage klar/ deutlich	Design begründet	Literaturrecherche	TN-Auswahl begründet / klar	TN, Umfeld, Forscher beschrieben	Datensammlung detailliert	Sammlung bis zur Sättigung	Ergebnisse nachvollziehbar / ausführlich	Ergebnisbestätigung	Besseres Verstehen der Pat.	Konkrete Anwendungsmöglichkeiten
Vråle/Steen 2005	++	++	--	-	++	++	-	-	+	+	++
Legende: ++ → sehr gut erfüllt; + → weniger gut erfüllt; - → eher wenig erfüllt; -- → gar nicht erfüllt											

c. Beschreibung der restlichen Studien

Autor/en	Design	Bemerkungen
<b>Cutcliffe / Barker 2002</b>	Kein beschriebenes Design, auch kein mögliches hineininterpretierbar Möglicherweise auf der Qualitätsstufe einer Expertenmeinung	Es ist nicht nachvollziehbar, woher die Forscher ihre verwendete Literatur beziehen oder warum sie diese heranziehen. Ergebnisse und Interpretationen sind in eine Richtung gerichtet, die nicht näher erläutert wird. Qualität dieser Quelle ist somit schlecht einschätzbar.
<b>Cutcliffe / Barker 2004</b>	Weder quali- noch quantitatives Design	In dieser Studie werden „face validity“ und „content validity“ der Daten und der Untersuchung zwar genannt aber nur in Ansätzen und nicht hinreichend beschrieben. Die Autoren beschreiben selbst die geringe Qualität der Untersuchung und die limitierte Aussagekraft.
<b>Koehn / Cutcliffe 2007</b>	Literaturreview	Dieses Review zeichnet sich durch eine präzise Fragestellung, eine in Teilen nachvollziehbare Literaturrecherche aus. Das Review enthält augenscheinlich alle relevanten Texte zu dem

Autor/en	Design	Bemerkungen
		<p>gewählten Thema. Beeinträchtigt ist die Tatsache, dass die gewählten Quellen nicht näher beschrieben, die Qualität nicht eingeschätzt und die Aussagekraft daher nicht nachvollziehbar ist. Die Ähnlichkeit der durch die Autoren gefundenen Texte zeigt sich nur in der Thematik, nicht im Design.</p>
<p><b>Reid / Long 1993</b></p>	<p>Quantitativ → nicht näher beschrieben</p>	<p>Hier ist fraglich, ob die Autorinnen ein valides Instrument zur Messung ihrer Daten genutzt haben. Wenn dies nicht valide sein sollte, ob dann ein Pre-test durchgeführt wurde. Nicht nachvollziehbar sind TN-Auswahl, verwendete Literatur und ob eine Stichprobengröße angestrebt und erreicht wurde (keine Stichprobenkalkulation). Zudem ist die Signifikanz der Resultate nicht näher beschrieben (keine Angabe von Konfidenzintervallen oder p-Werten).</p>

## **Eidesstattliche Erklärung:**

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.