

# Sozialpsychiatrische Informationen

3/2008

38. Jahrgang

Sonderdruck

## **Vorbeugung und Bewältigung gewaltförmiger Eskalationen in der Gemeindepsychiatrie**

*Hermann Elgeti*

20–23

**ISSN 0171 - 4538**

### **Verlag:**

Psychiatrie-Verlag GmbH, Thomas-Mann-Str. 49a, 53111 Bonn  
www.psychiatrie-verlag.de, E-Mail: verlag@psychiatrie.de

### **Erscheinungsweise:**

Januar, April, Juli, Oktober

### **Abonnement:**

Printausgabe: jährlich 30,- € einschl. Porto, Ausland 35,- €. Einzelpreis: 9,90 €  
e-paper: Jahresabo 27,- €, Einzelartikel 3,- €  
Bestellungen nimmt der Verlag entgegen.

### **Redaktionsanschrift:**

Frau Gabriele Witte, Klinikum Region Hannover GmbH  
Klinik f. Psychiatrie u. Psychotherapie – Institutsambulanz;  
Rohdehof 5, 30853 Langenhagen

Tel: 0511/7300-590; Fax: 0511/7300-518; gabriele.witte.langenhagen@klinikum-hannover.de

### **Redaktion:**

Michael Eink, Hannover  
Hermann Elgeti, Hannover  
Helmut Haselbeck, Bremen  
Gunther Kruse, Langenhagen  
Sybille Prins, Bielefeld  
Renate Schernus, Bielefeld-Bethel  
Ulla Schmalz, Düsseldorf  
Ralf Seidel, Mönchengladbach  
Peter Weber, Celle  
Dyrk Zedlick, Glauchau



Psychiatrie-Verlag

# **Vorbeugung und Bewältigung gewaltförmiger Eskalationen in der Gemeindepsychiatrie**

Hermann Elgeti

## **Vorbemerkungen**

Dieser Text ist die gekürzte und überarbeitete Fassung eines Papiers, das ich 1999 unter Mitwirkung einiger poliklinischer Kollegen beider psychiatrischer Abteilungen der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) zusammengestellt habe. Anlass damals war die Tötung einer Ärztin während ihrer Ambulanztätigkeit in einer benachbarten psychiatrischen Klinik durch einen Patienten. Mitarbeiterschaft und Leitung der MHH-Psychiatrie kamen in einer Vollversammlung zusammen, um sich mit diesem tragischen Ereignis auseinanderzusetzen. Anschließend wurden in drei Arbeitsgruppen Vorschläge zur Prävention für unsere Institution entwickelt, je eine für den Bereich der Polikliniken, der Stationen und der zentralen Notaufnahme. Die Vorschläge betrafen u. a. die Installation von Alarmsystemen und die Durchführung von Trainingsseminaren in Deeskalationsstrategien. Ich danke den anderen Mitgliedern der poliklinischen Arbeitsgruppe (Berthold Blauert, Thomas Huber, Hanna Steffen, Clemens Tegeder) für ihre vielfältigen Anregungen, die in diesen Text eingeflossen sind. Er bezieht sich primär auf die Arbeit in den beiden psychiatrischen Polikliniken der MHH, in denen die Funktionen einer Institutsambulanz und eines Sozialpsychiatrischen Dienstes für einen definierten Versorgungssektor integriert wahrgenommen werden. Seine wesentlichen Aussagen lassen sich aber auch auf andere Arbeitszusammenhänge in der Gemeindepsychiatrie übertragen.

## **Allgemeines zur ambulanten Notfallhilfe in der Psychiatrie**

Jeder Mensch kann im Rahmen einer psychischen Erkrankung oder über ungelöste psychosoziale Konflikte in eine Krise geraten, die das Ausmaß eines psychiatrischen Notfalls annimmt. In Regionen ohne entwickelte gemeindepsychiatrische Versorgungsstrukturen besteht die diesbezügliche Krisenintervention unnötig häufig in einer Einweisung in die psychiatrische Klinik. Das Risiko wiederholter krisenhafter Zuspitzungen erhöht sich, wenn die ambulante Nachbetreuung des Notfallpatienten trotz entsprechenden Bedarfs nicht vorbereitet wird oder nicht zustande kommt. Ihre volle Wirksamkeit erreicht die ambulante Notfallhilfe, wenn sie rund um die Uhr erreichbar ist, wenn die Hilfe schnell geleistet wird und es im Einzelfall auch sinnvolle Alternativen zur Klinikeinweisung gibt. Das kann eine multidimensionale ambulante Betreuung mit einem flexiblen Einsatz von psychosozialen, psychotherapeutischen und medikamentösen Hilfen sein. Auch Hausbesuche zur Klärung der Situation vor Ort und sogenannte Krisenbetten für die kurzfristige Weiterbetreuung

außerhalb der Klinik gehören in ein erweitertes Repertoire psychiatrischer Notfallhilfen.

Die Betroffenen selbst rufen oft nicht selbst nach Hilfe, gerade wenn sie die Krise nicht so ernst nehmen oder auch nicht bereit sind, sich als gestört anzusehen. Initiativ werden dann ihre Angehörigen oder Freunde, Nachbarn oder Arbeitskollegen, Betreuer oder Polizisten. Diese Personen sollten um ihr Einverständnis gebeten werden, als Informanten auch genannt zu werden, wenn die Fachkräfte intervenieren. Der Gefährdungsgrad wird von den verschiedenen Beteiligten gelegentlich sehr unterschiedlich eingeschätzt, sodass eine Gegenüberstellung der Sichtweisen und der eigene Eindruck der Therapeuten vor Ort dazu führen können, eine erste Arbeitshypothese noch einmal zu revidieren. In jedem Fall stehen die ambulanten Notfallhelfer vor der schwierigen und verantwortungsvollen Aufgabe, in kurzer Zeit trotz unvollständiger Informationen Entscheidungen zu treffen, die für die Patienten weitreichende Folgen haben können. Hierzu bedarf es sorgfältiger Ausbildung, kontinuierlicher Praxis und Beratung im Team. Die Unübersichtlichkeit einer Notfallsituation gerade auf unbekanntem Terrain erfordert in der Regel den Einsatz von zwei erfahrenen Fachkräften, die sich gegenseitig unterstützen. Ein Arzt sollte dazugehören oder zumindest in Rufbereitschaft stehen.

Eine krankhaft veränderte Selbstwahrnehmung des Betroffenen kann zur Ablehnung der angebotenen Notfallhilfe führen und behauptet sich dann oft gegen Korrekturversuche der Mitmenschen. Doch auch deren Fremdwahrnehmung kann verzerrt sein, und eine ungeschickte Konfrontation mit der Selbstwahrnehmung des Kranken trägt unter Umständen dazu bei, dass man sich nicht verständigen kann. Dann steigt auf beiden Seiten die Angst vor einer gefährlichen Zuspitzung der Lage, und Angst wiederum steigert die Bereitschaft zur Aggression. Genervte Nötigungen der Therapeuten und aggressive Gereiztheit des Patienten können im Wechselspiel die Situation eskalieren lassen. In der Regel richtet der Kranke seine Aggression jedoch eher gegen sich selbst als gegen fremde Sachen oder gar Personen.

Gewalttätige Eskalationen im Umgang mit einem psychisch kranken Menschen lassen sich am ehesten vermeiden, wenn es gelingt, zu ihm eine vertrauensvolle Beziehung zu knüpfen und diese auch bei Differenzen in einzelnen Fragen aufrechterhalten. In psychiatrischen Notfallsituationen können der Einsatz einer gut bekannten therapeutischen Bezugsperson und die Hinzuziehung eines vertrauten Angehörigen oder Freundes sehr hilfreich sein. Ansonsten ist man darauf angewiesen, in eigener Initiative alle erreichbaren Informationen

zu sammeln und so zu einer möglichst fundierten und abgewogenen Lagebeurteilung zu kommen. Die geplanten Hilfsmaßnahmen, auch solche gegen den Willen des Betroffenen, gewinnen an Glaubwürdigkeit, wenn sie nach ruhiger und präziser Begründung auch entschieden durchgeführt werden. In gänzlich unbekanntem Verhältnissen und bei bekannt aggressivem Potenzial aufseiten der psychisch kranken Person ist das Risiko gewalttätiger Eskalationen erhöht. Die Helfer sollten ihre eigenen Angstgefühle ernst nehmen und sich im Zweifelsfalle genügend Unterstützung besorgen, notfalls auch von der Polizei. Zur Bewältigung von Gewaltsituationen gehört auch, dass der Betroffene und sein Helfer im Nachhinein die damit verbundenen Gefühle wie Angst, Wut, Ohnmacht, Scham und Verzweiflung im therapeutischen Gespräch aufarbeiten.

### **Empfehlungen zum Vorgehen in gefährlichen Situationen**

#### **Beachtung der Angst**

In einem »Report of the Task Force on Clinician Safety« berichtet die *American Psychiatric Association (APA)* 1999, dass etwa die Hälfte der Psychiater, die während ihrer Arbeit von Patienten angegriffen wurden, im Nachhinein erklärt hat, sie hätten den Angriff vorhersehen können und sich provokativ verhalten. Diese Aussage bezieht sich insbesondere auf vom Angreifer unerwünschte Kommentare, zu eng gesetzte Grenzen, aber auch nicht ausreichend streng gesetzte Grenzen. Studien haben gezeigt, dass die Einstellung des Angegriffenen dem Patienten gegenüber eine wichtige Rolle spielt. Insbesondere bei Patienten, bei denen Risikofaktoren für eine gewalttätige Handlung vorliegen, ist es wichtig, die eigenen Gefühle und Handlungsimpulse wahrzunehmen und zu reflektieren. Solche Risikofaktoren sind aufseiten der Patienten z. B. aggressive Stimmungslage, paranoide Verfolgungängste mit Einbeziehung der Therapeuten oder Gewaltakte in der Vergangenheit.

Die Konfrontation mit einer potenziell zu Gewalt führenden Situation löst beim Therapeuten neben Gefühlen wie Ärger vor allem Angst aus. Dies kann leicht zu einem Konflikt mit seiner Rolle als Helfer führen. Denn es wird von ihm erwartet, sich eher um den Patienten zu sorgen als um sich selbst; auch soll er die Situation beherrschen und aktiv eingreifen. Verleugnet er seine eigene Angst, wird er bei Gefahr gewaltförmiger Eskalationen dazu neigen, vorbeugende und ihn schützende Maßnahmen zu vernachlässigen. Allerdings kann es auch zu einer Überflutung durch Angst kommen, wodurch es ebenfalls schwerer fällt, die richtigen Entscheidungen im Hinblick auf mehr Sicherheit zu treffen. Dies kommt insbesondere dann vor, wenn der Therapeut bereits unverarbeitete negative Erfahrungen mit Gewalt gehabt hat. Wenn Angst das vorherrschende Gefühl einem Patienten gegenüber ist, distanziert sich der Therapeut von ihm und seiner Erlebniswelt, und er entwickelt den starken Wunsch, ihn zu kontrollieren. Durch eine zu frühe oder zu rigorose Begrenzung des Patienten geht

aber möglicherweise ein eigentlich noch tragfähiger Kontakt zum Patienten verloren, und eine gewaltförmige Eskalation wird so erst provoziert. Die Wahrnehmung der eigenen Angst in einer potenziell gefährlichen Situation hat also eine große Bedeutung für die Prävention. Es ist wichtig, die eigenen Ängste rechtzeitig wahrzunehmen, gegebenenfalls für sich zu hinterfragen, zu korrigieren und mit objektivierbaren Risikoparametern in Beziehung zu setzen.

#### Verantwortungsvolle Entscheidungsfindung

Entscheidungsfindung ist ein Stadium zwischen der Phase des bewussten Wahrnehmens einer Situation und dem Beginn des Handelns. Entscheidungsfindung ist der Verarbeitungsprozess von Informationen mit dem Ziel, tätig zu werden. Sie stützt sich auf die Erfahrungen der beteiligten Therapeuten bei der Bewältigung früherer Notfallsituationen, aber auch auf ihre Einschätzungen im Hinblick auf die Verhaltensweisen des Patienten, soweit dieser bereits bekannt ist. Wesentlich ist es, auch das subjektive Befinden ernst zu nehmen, die eigenen Gefühle aufmerksam wahrzunehmen und in die Entscheidungsfindung einzubeziehen. In Anlehnung an einen Beitrag von Wille im Tagungsband der Aktion Psychisch Kranke e. V. 1997 zu Gewalt und Zwang in der Psychiatrie lassen sich in einer »Diagnostik von Aggression« drei Stufen gewaltförmiger Eskalation unterscheiden, auf die auch mit entsprechend abgestuften Maßnahmen reagiert werden sollte: a) agitiertes Verhalten, b) verbale Aggressivität/Drohen mit körperlicher Gewalt und c) physische Aggression gegenüber Gegenständen und/oder Personen.

In jedem Fall muss der Prozess der Entscheidungsfindung so kurz wie möglich gehalten werden; denn während dieser Phase besteht die Gefahr einer weiteren Eskalation. Es ist deshalb erforderlich, schnell Entscheidungen zu treffen. Getroffene Entscheidungen müssen klar und eindeutig sein. Sie müssen allen an der Intervention beteiligten Personen verständlich sein. Für neue Entscheidungen, die während einer Intervention erforderlich werden, ist es hilfreich, sich vorher auf eine Person zu einigen, welche die Regie- und Übersichtsfunktion übernimmt. Zeichnet sich eine Gewaltsituation ab, soll die Intervention nicht reaktiv sein, sondern möglichst präventiv erfolgen. Der Einsatz der Mittel muss angemessen sein. Wille spricht hier von einem »Gewinn-Gewinn-Verhalten«; darunter versteht er, auf Gewaltsituationen so zu reagieren, dass nach Beendigung des Einsatzes keine Seite das Gefühl hat, verloren zu haben.

#### Entschiedenenes Handeln

Zur Bewältigung von drohenden oder bereits eingetretenen Gewaltsituationen ist es wichtig, für alle Beteiligten ein größtmögliches Maß an Sicherheit und Struktur zu schaffen und klare Grenzen zu setzen. Helfer und Patient befinden sich in einem extremen Spannungsfeld unterschiedlicher Gefühle. Man darf sich von diesen Gefühlen nicht überwältigen lassen, sondern in Sorge um die eigene Sicherheit und die Würde des

Patienten entschieden zu handeln. Voraussetzung dafür ist eine genaue und umfassende Handlungsplanung mit geklärt Rollenverteilung unter den Helfern. Auch eventuell anwesende Bezugspersonen des Patienten können in die Überlegungen einbezogen werden, wenn eine beruhigende Einflussnahme von ihnen erwartet werden kann. Eine bereits organisierte »physische Übermacht« kann sich zunächst im Hintergrund halten, um den Patienten nicht unnötig in die Enge zu treiben und damit eine Eskalation zu begünstigen. Sie sollte aber als »Drohung« offen auftreten, wenn die Gefahr entsprechend hoch eingeschätzt wird.

Der Handlungsort ist ein wichtiger Teil der detaillierten Planung. Fluchtwege müssen je nach Situation frei gehalten oder verstellt werden. Öffentlichkeit und Gruppensituationen sind fast immer ungünstige Umgebungen für Verhandlungen oder eine notwendige Überwältigung eines gewaltbereiten Patienten. Eine gelungene Verlagerung des Handlungsorts aus der Öffentlichkeit bewahrt vor Gesichtsverlust, schützt die Würde des Patienten, kann vielleicht zur Deeskalation und Sicherheit der Beteiligten beitragen. Die Gespräche und Verhandlungen mit einem gewaltbereiten Patienten müssen eindeutig, klar und zielgerichtet sein. Wo möglich, soll der Wille des Patienten respektiert werden. Die Helfer müssen die notwendigen Zwangsmaßnahmen rechtzeitig und konsequent durchsetzen. Dabei soll jeder Körperkontakt mit dem Patienten angekündigt und erklärt werden. Den Helfern wird trotz vorheriger Planung große Flexibilität abverlangt. Eventuell müssen getroffene Entscheidungen revidiert werden, wenn damit die Gewaltanwendung begrenzt werden kann. Eine Checkliste (Tabelle 1) hilft bei der umsichtigen Vorbereitung auf einen Notfalleinsatz mit Gewaltisiko.

Tab. 1: Checkliste zur Vorbereitung eines Notfalleinsatzes mit Gewaltisiko

#### Acht Fragen zur Klärung

- 1 Ist meine Angst der Situation angemessen?
- 2 Welche Gefühle bestimmen das Erleben des Patienten?
- 3 Sind genügend Helfer organisiert?
- 4 Wie ist die Rollenverteilung der Helfer? Wer übernimmt die Regie?
- 5 Wie sollen sich eventuell anwesende Bezugspersonen verhalten?
- 6 Soll und kann der Handlungsort verlagert werden?
- 7 In welchen Punkten kann der Wille des Patienten respektiert werden?
- 8 Sind alle erforderlichen Hilfsmittel und Medikamente bereitgestellt?

#### Vier Forderungen zur Durchführung

- 1 Konsequent verhandeln!
- 2 Situation beruhigen!
- 3 Gewalt entschieden begegnen!
- 4 Sich selbst schützen!

#### Gemeinsame Nachbereitung

Nach einer Studie von Steinert, die 1991 in der Psychiatrische Praxis veröffentlicht wurde, finden Gespräche nach Gewalt durch Patienten »überraschend selten (28,4 %)« statt, und es herrscht eine »verbreitete Sprachlosigkeit im Umgang mit Gewalt« aufseiten der professionellen Helfer vor. Bei der Nach-

bereitung von Gewaltereignissen oder potenziell bedrohlichen Situationen ist das Gespräch mit dem betroffenen Patienten zu suchen, ggf. auch mit anderen Patienten oder Angehörigen, die mittelbar beteiligt waren. Ein gegenseitiges Verständnis der beim Gewaltereignis aufgetretenen Gefühle kann zur Vorbeugung zukünftiger Eskalationen beitragen. Weiterhin ist eine kritische und offene Nachbereitung der Situation durch die beteiligten Helfer untereinander anzustreben. Eine kurze Beschreibung von Ausgangssituation, Verlauf und Ausgang des Gewaltereignisses und die Nutzung einer Checkliste (Tabelle 2) erleichtern die Aufarbeitung. Bei besonders dramatischen Zwischenfällen oder Gegebenheiten kann es zu einer ungünstigen seelischen Überforderung der beteiligten Therapeuten oder zu einer hartnäckigen inneren Verstrickung mit dem betreffenden Patienten kommen. Für diese Fälle sollte eine externe Supervision in Erwägung gezogen werden.

**Tab. 2:** Checkliste zur Nachbereitung einer gewalttätig eskalierten Notfallsituation

#### **Drei Fragen zur Vorhersehbarkeit**

- 1 Gab es im Vorfeld Anzeichen für die Entwicklung der Gefahrensituation oder kam die Eskalation eher überraschend und unvorhersehbar?
- 2 Wurden mögliche »Vorboten« rechtzeitig erkannt, Bedrohungsgefühle ernst genommen und entsprechende Konsequenzen gezogen?
- 3 Wie konnte es dazu kommen, dass im Nachhinein erkennbare »Vorboten« übersehen wurden? Gab es seitens der Therapeuten Abwehrmechanismen wie Verleugnung, Bagatellisierung, Rationalisierung? War der Informationsfluss unzureichend? Fehlte es an Kenntnissen aus der Vorgeschichte des Patienten über gewaltsame Handlungen?

#### **Acht Fragen zur Einstellung**

- 1 Fand aufgrund der Einschätzung des Risikos eine angemessene Einstellung auf die potenziell bedrohliche Entwicklung statt?
- 2 Wurden wichtige Vorsichtsmaßnahmen umgesetzt oder unterlassen?
- 3 Wurden dem Patienten bei Übergriffen im Vorfeld der Eskalation rechtzeitig Grenzen gesetzt?
- 4 Waren die therapeutischen Interventionen angesichts der Einschätzung des Risikos angemessen? Ist das Risiko über- oder unterschätzt worden?
- 5 Wurde ein »Zuviel« oder ein »Zuwenig« an Maßnahmen ergriffen? Hat sich ein Missverhältnis zwischen realer Gefahr und getroffenen Maßnahmen negativ auf den weiteren Verlauf ausgewirkt?
- 6 Wurden Vorerfahrungen mit ähnlich sich anbahnenden Situationen angemessen genutzt?
- 7 Wie tragfähig war die Beziehung zu dem Patienten im Vorfeld der kritischen Situation?
- 8 Wie konstruktiv war die Kommunikation der verantwortlichen Helfer untereinander?

#### **Vier Fragen zum Verlauf**

- 1 Standen zur Prävention und Bewältigung der Situation genügend Ressourcen (Hilfskräfte, mechanische Hilfsmittel) zur Verfügung und konnten diese effizient genutzt werden?
- 2 Gab es besonders »kritische Phasen« im Verlauf? Bestand eine zweckmäßige Strategie für das Vorgehen und eine ausreichende Koordination der Maßnahmen?
- 3 Konnte die ursprüngliche Strategie beibehalten werden oder war ein Abweichen und ein hohes Maß an Flexibilität der Beteiligten erforderlich?
- 4 Sind Verlauf und Ausgang der Situation als eher günstig oder ungünstig zu beurteilen? Bei ungünstigem Verlauf: Welche Handlungsalternativen hätte es gegeben? Welche Konsequenzen ergeben sich daraus für künftige vergleichbare Situationen?

#### **Empfehlungen zur Vorbeugung im Arbeitsalltag**

Ein Klima der Offenheit und des gegenseitigen Vertrauens mindert für Patienten und für Therapeuten die Angst und hilft so bei der Vorbeugung und Bewältigung von gewaltförmigen Eskalationen. Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen können hier einen günstigen Einfluss ausüben, z. B. Eigenverantwortung und Wertschätzung der Mitarbeiter bei flachen Hierarchien in der Institution, Gelegenheit zu informellen Kontakten während der Dienstzeiten in ansprechend gestalteten Sozialräumen, Sicherheitsgefühl in bedrohlichen Situationen durch kollegiale Unterstützung und ein funktionsfähiges Alarmierungssystem. Eine geeignete Gestaltung des Wartebereiches, der Therapieräume und des Untersuchungs- und Behandlungszimmers (z. B. für Depot-Injektionen) sowie freie Rückzugsmöglichkeiten wirken auf Patienten angstmindernd und können Gewalteskalationen u. U. verhindern.

Eine interdisziplinäre Teamarbeit bietet allen Mitarbeitern gute Voraussetzungen, das eigene Erleben und Verhalten bei Notfallsituationen im Kreise der Kollegen zu thematisieren. Es sollte die Möglichkeit genutzt werden, in den regelmäßigen Teamkonferenzen solche Situationen zu besprechen, und zwar nicht nur im Ergebnis, sondern auch im Hinblick auf die Planung und den Verlauf von Notfallinterventionen. Wichtig ist dabei, die Aufmerksamkeit auch auf das subjektive Befinden der Beteiligten zu richten. Es sollten nicht nur Katastrophen und Fehler nachbereitet werden, sondern auch gute Erfahrungen und geglückte Interventionen. Der Bezugstherapeut eines Patienten, der in eine Notfallsituation mit drohender Gewalteskalation geriet, sollte danach einen geeigneten Zeitpunkt suchen, um sich mit ihm über das diesbezügliche Erleben und Verhalten auszutauschen. Hierbei ist darauf zu achten, dass die dabei entstandenen Angstgefühle und die Formen ihrer Bewältigung sorgfältig besprochen werden.

Die Vorbeugung und Bewältigung von gewaltförmiger Eskalationen in der Psychiatrie verdient eine ausführliche Thematisierung in der Aus-, Weiter- und Fortbildung der verschiedenen therapeutischen Berufsgruppen. Für das Selbststudium eignet sich besonders für ambulant tätiges Personal in der Psychiatrie das sehr informative, kompakte Lehrbuch von Manuel Rupp »Notfall Seele«. Für Mitarbeiter im Notfalldienst sind regelmäßig Seminare anzubieten für das Training von Selbstsicherheit, zu Strategien der Deeskalation und zur Bewältigung von Angstgefühlen. Hier liegt eine besondere Verantwortung bei den Leitungskräften der Notfalldienste. Gerade für neue Mitarbeiter eignet sich die Zusammenstellung einer Mappe, worin alle nötigen Informationen für eine professionelle Bewältigung von psychiatrischen Krisen- und Notfallsituationen in übersichtlicher Form enthalten sind.

#### **Anschrift des Verfassers**

*Dr. Hermann Elgeti  
Medizinische Hochschule Hannover  
Podbielskistraße 158, 30177 Hannover  
elgeti.hermann@mh-hannover.de*