

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Hamburg University of Applied Science

Fakultät Wirtschaft und Soziales

Department Pflege und Management

Dualer Studiengang Pflege (B.A.)

**Umgang der Pflegekräfte mit aggressivem
Verhalten von Patienten in psychiatrischen
Einrichtungen**

Bachelor – Thesis

Tag der Abgabe: 01.06.2014

Vorgelegt von: Lena Katharina Schrader

Matrikel-Nr.: 2037453

Betreuende Prüferin: Prof. Dr. Doris Wilborn

Zweite Prüferin: Doris Emde M.A. phil.

Inhaltsverzeichnis

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	I
ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	II
1. Einleitung	1
1.1 Problembeschreibung.....	1
1.2 Ziel der Arbeit.....	3
1.3 Methodik.....	3
2. Setting Psychiatrie.....	4
2.1 Rahmenbedingungen	4
2.2 Akteure	8
2.3 Krankheitsbilder	10
2.3.1 Schizophrenie.....	11
2.3.2 Affektive bipolare Störung	12
2.3.3 Zusammenhang zwischen Psychopathologie und gewalttätigen Übergriffen.....	13
2.4 Kennzeichen psychiatrischer Pflege	15
3. Aggression und Gewalt	17
3.1 Aggression	18
3.2 Gewalt	19
3.3 Vorkommen in der Psychiatrie	20
3.4 Auswirkungen	22
4. Eskalation und Deeskalation	24
4.1 Angriffsphasen nach Breakwell	24
4.2 Deeskalation	26
4.3 Professionelles Deeskalationsmanagement (ProDeMa®)	27
5. Analytische Betrachtung	32

6. Diskussion	37
7. Fazit	39
LITERATURVERZEICHNIS	42
EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG	51

Abkürzungsverzeichnis

BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DMS-IV	Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen
ICD-10	Internationale Klassifikation von Krankheiten
ProDeMa®	Professionelles Deeskalationsmanagement
PsychKG	Psychisch-Kranken-Gesetz
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Angriffsphasen nach Breakwell.....	23
--	----

1. Einleitung

1.1 Problembeschreibung

Aggressives Verhalten von Patienten gegenüber Pflegenden ist ein häufig auftretendes Phänomen, welches sich darüber hinaus in gewalttätigen Übergriffen äußern kann (Sauter & Richter 1997; Dinkel 2012). Vor allem in der psychiatrischen Pflege werden Mitarbeiter¹ mit diesem Problem konfrontiert (Richter & Berger 2001). Chen, Hwu und Williams fügen dem hinzu, dass vor allem die Pflegekräfte Opfer von Gewalt sind (Chen, Hwu & Williams 2005). In der klinischen Psychiatrie wird aggressives Verhalten seitens der Patienten mit 7-13 % vermerkt, 2-7% der Patienten üben direkte körperliche Übergriffe aus (Dinkel 2012). Im Vergleich zu anderen Stationen ist das Aggressionsrisiko auf psychiatrischen Stationen 14-fach erhöht (Oud, Nau & Walter 2012). Dieses erhöhte Vorkommen von Gewalt und Aggression in psychiatrischen Einrichtungen ist zum einen auf das spezifische Krankheitsbild der Patienten zurückzuführen, da psychopathologische Symptome das Aggressionspotenzial erhöhen können (Sauter & Richter 1997; Dinkel 2012). Gerade Patienten, die an einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis leiden, fühlen sich in ihrem Wahn häufig existenziell bedroht, weshalb es von Bedeutung ist, zu erkennen, dass die genannten Patienten vor allem aus Angst mit gewalttätigem Verhalten reagieren (Lang 2013). Zum anderen fördern die vorhandenen Rahmenbedingungen in der Psychiatrie aggressives Verhalten seitens der Patienten. Geschlossene Stationen, Voll- oder Überbelegung (Richter & Berger 2001) sowie Zwangseinweisungen und/oder Zwangsbehandlungen (Dinkel 2012) werden in der Literatur als begünstigende Faktoren beschrieben. Auch Salernos, Dimitri und Talamance bestätigen die Annahme, dass körperliche Übergriffe häufig von Patienten ausgehen, die zwangseingewiesen werden (Salernos, Dimitri & Talamance 2009).

Die aufgeführte Problematik kann die Gesundheit und Sicherheit der Pflegenden negativ beeinflussen (Dinkel 2012). Aggressives Verhalten und körperliche Übergriffe können bei den Betroffenen zu physischen Verletzungen wie Hämatome oder Kratzwunden führen. Darüber hinaus sind Pflegekräfte, die solch

¹ Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird in der gesamten Arbeit die männliche Form genutzt, welche die weibliche Form grundsätzlich mit einbezieht.

einer Situation ausgesetzt sind, häufig auch psychisch belastet (Richter & Berger 2001). Needham et al. betonen, dass sich diese Erfahrung in einem Gefühl des Kontrollverlustes sowie großer Verunsicherung seitens der Pflegenden widerspiegelt (Needham et al. 2005). Zudem kann sich die Beziehung zwischen den Pflegenden und den Patienten nachhaltig negativ verändern (Chambers 1998; Arnetz & Arnetz 2001; Needham et al. 2005). Die Interaktion mit dem Patienten wird von Pflegekräften als unsicher wahrgenommen (Fry et al. 2002) und kann zudem von Ärger, Furcht und Schuldgefühlen begleitet sein (Needham et al. 2005). Darüber hinaus reagieren Mitarbeiter, denen Gewalt widerfahren ist, oftmals mit einer Vermeidung des aggressiven und übergriffigen Patienten und versuchen sich dem Kontakt zu entziehen (Chambers 1998).

Die aufgeführten Aspekte machen deutlich, dass Pflegende auf psychiatrischen Stationen durch die Gewalt- und Aggressionsbereitschaft der Patienten hohen psychischen Belastungen ausgesetzt sind und dass diese emotionale Reaktionen hervorrufen. Da diese Erfahrungen oftmals mit einem Verlust der Kontrolle verbunden sind, wenden Mitarbeiter in der Psychiatrie häufig Zwangsmaßnahmen wie Fixierungen, Zwangsmedikation oder Isolierung an (Gerhardt & Steinert 1998), was betroffene Patienten oftmals als traumatisierend erleben (Richter 2008). Gerade aus diesem Grund ist es von großer Bedeutung, einen professionellen Umgang mit aggressiven und gewaltbereiten Patienten zu finden und möglichst frühzeitig zu intervenieren, weshalb dem Aggressionsmanagement durch Deeskalation vermehrt Bedeutung beigemessen wird. Cowin et al. definieren Deeskalation als eine Auflösung potenzieller Gewalt oder direktem aggressivem Verhalten durch nicht konfrontative, verbale Äußerungen und körperliche Handlungsweisen, die dennoch Empathie, Respekt sowie eine Art der Verbundenheit mit dem Patienten signalisieren. Doch wird in der genannten Studie auch deutlich, dass zu wenig Pflegende ausreichend Wissen und Kompetenzen in Bezug auf die Deeskalation und deeskalierende Maßnahmen mitbringen oder nicht die Selbstsicherheit besitzen, diese anzuwenden (Cowin et al. 2003).

In Deutschland gibt es einige Konzepte, die diese Problematik aufgreifen und Mitarbeiter hinsichtlich deeskalierender Interventionen schulen. Eines dieser Konzepte ist das *Professionelle Deeskalationsmanagement* (ProDeMa®). ProDeMa® stellt einen Praxisleitfaden zum Umgang mit Aggression und Gewalt in

Gesundheitsberufen dar, welcher von dem Institut für Professionelles Deeskalationsmanagement in Zusammenarbeit mit der Unfallkasse Baden-Württemberg initiiert und entwickelt wurde (Wesuls 2004; Wesuls, Heinzmann & Brinker 2005).

1.2 Ziel der Arbeit

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Problematik von Aggression und Gewalt in psychiatrischen Einrichtungen, mit denen Pflegenden häufig konfrontiert werden, hinsichtlich eines professionellen Umgangs zu untersuchen. Der Fokus dieser Arbeit liegt in der analytischen Betrachtung des ProDeMa®, um bei aggressivem und gewalttätigem Verhalten von Patienten in psychiatrischen Einrichtungen professionell intervenieren zu können und dadurch die negativen Auswirkungen für Pflegende als auch für die Patienten zu verringern. Aus diesem Grund werden folgende Fragestellungen untersucht:

- Wie können Pflegende bei aggressivem und gewalttätigem Verhalten von Patienten durch Deeskalation intervenieren?
- Inwiefern integriert das ProDeMa® die Phasen der Eskalation?
- Wird bei dem Konzept ProDeMa® die persönliche Bewältigung der Pflegenden berücksichtigt?

1.3 Methodik

Als Einführung in das spezifische Setting der Psychiatrie werden zunächst die Rahmenbedingungen in der stationären Psychiatrie sowie die Akteure, die häufig Gewalt und Aggression ausgesetzt sind, beschrieben. Anschließend wird ein Überblick über spezielle psychiatrische Krankheitsbilder gegeben, um zu verdeutlichen, in welcher Art und Weise psychisch erkrankte Patienten ein erhöhtes Aggressionspotenzial besitzen. Darauf aufbauend wird erläutert, welche Kennzeichen die psychiatrische Pflege besitzt und welche bestimmten Kompetenzen die Pflegekräfte aufweisen sollten, um eine professionelle, bedürfnisorientierte und qualitativ hochwertige pflegerische Versorgung, trotz erhöhtem Vorkommen von Gewalt und Aggression in der Psychiatrie, zu gewährleisten. Im anschließenden Kapitel werden die Begriffe *Aggression* und *Gewalt* näher definiert sowie deren Vorkommen in der psychiatrischen Pflege verdeutlicht. Da gewalttätige Übergriffe von Patienten negative Auswirkungen auf

beteiligte Pflegekräfte haben, werden diese Folgen näher beschrieben und dadurch die Wichtigkeit einer professionellen Deeskalation verdeutlicht. Im Folgenden wird näher auf die Deeskalation eingegangen. Um die spezifischen Maßnahmen verstehen zu können, werden zunächst die Angriffsphasen gewalttätiger Übergriffe nach Breakwell beschrieben und daraufhin das ProDeMa® analysiert. Abschließend werden die erlangten Erkenntnisse, unter Berücksichtigung der Fragestellungen, wie die Pflegenden bei aggressivem und gewalttätigem Verhalten von Patienten durch Deeskalation intervenieren können und ob ProDeMa® die Phasen der Eskalation integriert sowie eine persönliche Bewältigung berücksichtigt, diskutiert.

Um zunächst einen Überblick über die Studienlage zum Thema Deeskalations- oder Aggressionsmanagement in der psychiatrischen Pflege zu erhalten, wurde eine systematische Literaturrecherche in der Datenbank PubMed, Cochrane, Medpilot und CareLit durchgeführt. Folgende Begriffe wurden mit dem Operator „AND“ in verschiedenen Kombinationen verknüpft: „aggression“, „violence“, „psychiatric“, „de-escalation“ und „aggression management“. Einschlusskriterien für die Studien waren, dass diese in englischer oder deutscher Sprache verfügbar waren.

2. Setting Psychiatrie

2.1 Rahmenbedingungen

Um den Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen und aggressivem sowie gewalttätigem Verhalten zu verdeutlichen, ist es zunächst von Bedeutung das Setting der Psychiatrie zu betrachten. Hierbei werden die Kennzeichen stationärer Versorgung beschrieben und gesetzliche Hintergründe erläutert.

Menschen mit psychischen Erkrankungen weisen häufig Beeinträchtigungen bezüglich kognitiver und affektiver Fähigkeiten sowie sozialer Kompetenzen auf. Aufgrund der damit verbundenen Schwierigkeit den Alltag zu bewältigen (Sauter 2011), leiden Betroffene häufig unter Vereinsamung. Zudem werden Patienten, die in der Psychiatrie untergebracht werden, oftmals stigmatisiert (Lang 2013), denn psychisch krank zu sein, wird als Abweichung von der Norm angesehen (Wolff 2011b). Durch einen oftmals angstbesetzten Blick auf die Umwelt und der

zusätzlichen emotionalen Labilität, verlieren viele psychisch erkrankte Menschen ihren Arbeitsplatz. Die daraus resultierenden finanziellen Probleme führen zu einer Abhängigkeit von professioneller Hilfe. Hier wird deutlich, dass die Versorgung psychisch Erkrankter von hoher Komplexität gekennzeichnet ist.

Die stationäre Psychiatrie versucht dies aufzugreifen und bietet dem Patienten eine umfassende Behandlung durch medizinische und pflegerische Versorgung sowie therapeutische Angebote (Sauter 2011). Zudem erhalten Patienten eine Rehabilitation im Hinblick auf eine Reintegration in das soziale und berufliche Umfeld sowie Unterstützung in sozialrechtlichen Angelegenheiten durch den Sozialen Dienst (Bähr-Heintze & Stern 2006). Demnach ist es das Ziel der psychischen Versorgung, den Patienten umfassende Angebote zu bieten, die sich auf alle Bereiche des Lebens beziehen, um dadurch die Lebensqualität zu fördern und eine Integration in das soziale System zu erleichtern (Sauter 2011).

Die stationäre Versorgung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung teilt sich in die vollstationäre Behandlung sowie eine Betreuung in der Tagesklinik auf. Patienten werden vollstationär behandelt, wenn diese sich in einer akuten psychischen Krise befinden, die mit einer Störung der Wahrnehmung einhergeht, eine akute Fremd- oder Eigengefährdung vorliegt oder spezifische stationäre Behandlungsverfahren benötigt werden (Treeck, Bergmann & Schneider 2012). Hierbei ist es das Ziel, eine mögliche Gefahr für den Patienten oder andere abzuwenden, psychopathologische Symptome zu mindern und den Patienten durch Struktur und Kontinuität in der Betreuung zu stärken. Im Gegensatz dazu dient die Behandlung in der Tagesklinik zur Strukturierung des Alltags und schließt sich häufig an einen stationären Aufenthalt an.

In bestimmten akuten Situationen und unter Berücksichtigung der gesetzlichen Rahmenbedingungen können Patienten auch gegen ihren Willen in die stationäre Psychiatrie eingewiesen werden (Sauter 2011). Diese Regelung ist im § 1906 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) verankert. Hier heißt es, dass die Unterbringung eines psychisch Kranken gegen seinen Willen (Probst 2010), die mit freiheitsentziehenden Maßnahmen verbunden ist, nur rechtsgültig ist, wenn diese zum Wohl des Betreuten dient und durch den jeweiligen Betreuer initiiert wird. Darüber hinaus ist eine Genehmigung des Betreuungsgerichts notwendig

(Jurgeleit 2010). Im § 1906 Absatz 1 wird deutlich, welche Voraussetzungen für die Unterbringung erfüllt sein müssen:

„1. aufgrund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung des Betreuten die Gefahr besteht, dass er sich selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt, oder

2. eine Untersuchung des Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff notwendig ist, ohne die Unterbringung des Betreuten nicht durchgeführt werden kann und der Betreute aufgrund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der Unterbringung nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann.“

(Doddegge & Zimmermann 2003, S. 100).

Auch unterbringungsähnliche Maßnahmen, wie Fixierungen, Isolierung oder geschlossene Türen sind im § 1906 Absatz 4 verankert und bedürfen einer schriftlichen Einwilligung durch den Betreuer. Das Betreuungsgericht veranlasst nur dann eine geschlossenen Unterbringung, wenn eine Selbstgefährdung des Patienten vorliegt (Doddegge & Zimmermann 2003). Neben dem § 1906 BGB ist ebenso das Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG) der einzelnen Länder für eine Unterbringung zuständig. Voraussetzung hierfür ist eine akute Gefahr aufgrund einer psychischen Erkrankung, die nicht durch andere Interventionen abgewendet werden kann (Weber-Papen & Schneider 2012). Das PsychKG greift nicht nur bei der Selbst- sondern ebenso bei einer Fremdgefährdung (Doddegge & Zimmermann 2003), und es kann nach einem ärztlichen Gutachten eine sofortige Unterbringung für maximal 24 Stunden veranlasst werden. Anschließend wird durch eine persönliche Anhörung eines Amtsrichters über den weiteren Verlauf entschieden (Weber-Papen & Schneider 2012).

Da eine Unterbringung gegen den Willen des Patienten einen Eingriff in die Grundrechte eines jeden Menschen darstellt (Weber-Papen & Schneider 2012), sind diese strikten gesetzlichen Regelungen von großer Bedeutung. Auch wenn diese Art der Freiheitsentziehung, gerade aufgrund der Selbst- oder Fremdgefährdung, unabdingbar zu sein scheint, so können freiheitsentziehende Maßnahmen ebenso zu negativen Auswirkungen für den Patienten führen. Zum einen bedeutet eine Unterbringung im geschlossenen Bereich der Psychiatrie eine

Verringerung der Aktivität des Patienten. Zum anderen wird der Betroffene von seinen Angehörigen und Freunden anders wahrgenommen, was deren Beziehung möglicherweise verändert. Diese Problematik wird durch das Besuchsverbot in der geschlossenen Psychiatrie von unter 18-jährigen zusätzlich verschärft (Lang 2013). Hier wird deutlich, dass eine geschlossene Unterbringung zwar aus Sicherheitsgründen angemessen ist, diese aber auch mit einer Veränderung in dem Kontakt zu dem eigenen sozialen Umfeld sowie fehlenden Unterstützungsmöglichkeiten verbunden ist.

Auch im Hinblick auf aggressives und gewalttätiges Verhalten seitens der Patienten scheinen freiheitsentziehende Maßnahmen einen Effekt zu haben. Die Einschränkung in der Autonomie des Patienten durch geschlossene Türen oder strikte Stationsregeln, können die Eskalation von Aggression fördern (Nijman et al. 1997). Auch Baker, Bowers und Owiti fanden heraus, dass es einen Zusammenhang zwischen geschlossenen Türen und einer erhöhten Noncompliance der Patienten, Medikationsverweigerung sowie häufigerem Auftreten von Aggressionsereignissen und selbstschädigendem Verhalten zu geben scheint (Baker, Bowers & Owiti 2009). Hieraus kann abgeleitet werden, dass mehr Freiräume auf akuten psychiatrischen Stationen die Handlungsweisen der Patienten eventuell positiv beeinflussen könnten.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass einerseits die stationäre Behandlung von psychisch erkrankten Patienten, aufgrund der physischen, seelischen und sozialen Auswirkungen von psychischen Erkrankungen, von hoher Komplexität gekennzeichnet ist und differenzierte Interventionen aller beteiligten Berufsgruppen bedeutend sind. Andererseits wird das Setting der Psychiatrie von unerlässlichen gesetzlichen Rahmenbedingungen bestimmt. Doch abgesehen von der Notwendigkeit der geschlossenen Unterbringung in bestimmten akuten Situationen, sollten auch die Auswirkungen für den Patienten berücksichtigt werden und diese in das Verständnis der Pflegenden von Gewalteskalation und gewalttätigen Übergriffen von Patienten einfließen.

2.2 Akteure

Wie bereits erwähnt, ist die Versorgung eines psychisch erkrankten Menschen durch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen gekennzeichnet. Nachfolgend werden die spezifischen Aufgaben vorgestellt und Bezug auf Mitarbeitermerkmale, die im Zusammenhang mit dem Auftreten von Aggression und Gewalt stehen, genommen.

Aufgabe der Ärzte in der stationären Psychiatrie ist es, die medikamentöse Therapie des Patienten festzulegen, zu beobachten und gegebenenfalls zu verändern. Darüber hinaus ist die Gruppe der Ärzte für die Gabe von Zwangsmedikationen in akuten Notfällen verantwortlich. Neben der Therapie der psychiatrischen Erkrankung muss der Arzt ebenso andere Begleiterkrankung, wie beispielsweise Diabetes Mellitus, behandeln (Bähr-Heintze & Stern 2006). Aufgrund des in Deutschland herrschenden demografischen Wandels und der damit verbundenen erhöhten Lebenserwartung, häuft sich auch die Anzahl der alten Menschen, die unter einer psychischen Erkrankung leiden (Hellweg & Strittmatter 2006). *„Nach den kardiovaskulären und onkologischen Erkrankungen kommen die psychischen Störungen bei älteren Menschen am dritthäufigsten vor.“* (Hellweg & Strittmatter 2006, S. 322). Es wird deutlich, dass die behandelnden Ärzte neben dem Wissen über die spezifischen Krankheitsbilder in der Psychiatrie auch altersbedingte Erkrankungen und Symptome kennen und berücksichtigen müssen.

Die Pflegekräfte auf psychiatrischen Stationen haben die Intention, die körperlichen und psychischen Bedürfnisse der Patienten zu erfüllen. Kennzeichnend für die Berufsgruppe der Pflegenden ist das Beobachten und Wahrnehmen von Beeinträchtigungen innerhalb aller Aspekte der psychischen Erkrankung sowie der kontinuierlichen Begleitung des Patienten. Die Pflege versucht den Patienten in der Gestaltung von Beziehungen zu unterstützen, damit dieser adäquat mit seiner Umwelt interagiert.

Auch dem Sozialarbeiter kann in der Behandlung psychisch Erkrankter eine wesentliche Rolle zugesprochen werden, dessen primäre Funktion darin besteht, den Patienten auf eine Integration in seinen vorherigen Alltag vorzubereiten. Er zeigt dem Patienten Unterstützungsmöglichkeiten auf und organisiert staatliche Hilfeleistungen (Bähr-Heintze & Stern 2006). Zudem arbeiten die Sozialarbeiter

eng mit den anderen Berufsgruppen zusammen, sind bei Visiten anwesend und stellen für den Patienten einen wichtigen Ansprechpartner dar (Lang 2013).

Die Psychologen stellen die Diagnose bezüglich der psychischen Erkrankung und versuchen diese durch Psychotherapie zu behandeln (Bähr-Heintze & Stern 2006). Doch gerade bei psychotischen Patienten, die auf der Akutpsychiatrie untergebracht sind, ist eine therapeutische Behandlung im Sinne einer psychologischen Therapie oftmals nicht möglich, da diese nicht kooperieren wollen. Lang betont, die „*Grundvoraussetzung für das Einlassen des Patienten auf eine Therapie sind Vertrauen und Anerkennung von Seiten des Patienten und des Therapeuten, und diese müssen sich beide erarbeiten.*“ (Lang 2013, S. 5). Bei der beschriebenen Patientengruppe ist die Psychoedukation häufig die angewandte Behandlungsmethode. Hierbei sollen dem Patienten, durch Aufklärung bezüglich seiner Erkrankung, Bewältigungsstrategien aufgezeigt werden, um so die Krankheitseinsicht zu verstärken und ein positives Erleben hinsichtlich seiner Erkrankung zu fördern (Berthold-Losleben, Wohlhüter & Schneider 2012). Neben der psychotherapeutischen Behandlung wird auch anderen Therapeutengruppen bei der Genesung Bedeutung beigemessen. Zum einen versucht die Physiotherapie dem Patienten ein Gefühl für den eigenen Körper zu vermitteln. Der Patient soll lernen seinen eigenen Körper bewusst wahrzunehmen, um dadurch ein gesundes Empfinden von Nähe und Distanz zu entwickeln. Des Weiteren unterstützt die Ergotherapie Betroffene bei der Reintegration in das soziale und berufliche Leben, indem mit dem Patienten erprobt wird, inwieweit dieser mit an ihn gestellten Anforderungen umgehen kann (Bähr-Heintze & Stern 2006).

Abschließend kann festgehalten werden, dass die Behandlung psychisch erkrankter Menschen nur durch eine enge Zusammenarbeit im interdisziplinären Team gelingen kann und ebenso von der Bereitschaft des Patienten, sich auf eine Therapie einzulassen, abhängig ist. Auch wenn viele verschiedene Berufsgruppen am Versorgungsprozess beteiligt sind, wird in einigen Studien deutlich, dass vor allem Pflegekräfte mit Gewalt und Aggression seitens der Patienten konfrontiert werden. Die Ärzte werden in diesem Zusammenhang als zweithäufigste betroffene Berufsgruppe genannt (Richter & Berger 2001, Chen, Hwu & Williams 2005, Magnavita & Heponiemi 2012). Magnavita und Heponiemi erklären, dass dieses

auf die ständige Präsenz der Pflegenden sowie der Nähe zwischen Pflegekraft und Patient zurückzuführen ist. Abgesehen von den Berufsgruppen konnten die Autoren ebenfalls spezifische Mitarbeitermerkmale bestimmen, die das Aggressionspotenzial zu erhöhen scheinen. Zum einen waren Mitarbeiter, denen Aggressionen und Gewalt von Patienten widerfahren sind, vermehrt beruflichen Stress ausgesetzt, hatten geringe soziale Unterstützung und eine höhere Anzahl psychischer Probleme. Da aggressives Verhalten eine Art der Machtausübung darstellt, wurden vor allem Mitarbeiter, die eine geringe Autorität ausstrahlten, von Patienten bedroht oder angegriffen (Magnavita & Heponiemi 2012).

2.3 Krankheitsbilder

Im Folgenden werden exemplarisch psychische Krankheitsbilder dargestellt sowie deren Symptome betrachtet, um den Zusammenhang zwischen aggressivem und gewalttätigem Verhalten von Patienten und der Psychopathologie zu verdeutlichen.

Da die Diagnose psychischer Störungen als sehr komplex dargestellt wird, gibt es verschiedene Klassifikationssysteme, um einheitliche und empirisch belegte Diagnosekriterien herzustellen. Aus diesem Grund wurde das *Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen* (DMS-IV) entwickelt. Das in Deutschland angewandte Diagnosesystem für psychische Krankheiten stellt die *Internationale Klassifikation von Krankheiten (ICD-10) Kapitel V Psychische und Verhaltensstörung* dar, welches von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) etabliert wurde (Davison, Neale & Hautzinger 2007; Hautzinger & Thies 2009). Die einzelnen Störungsbilder sind mit dem Buchstaben F und zwei darauffolgenden Ziffern kodiert (Davison, Neale & Hautzinger 2007). Im Folgenden werden die im ICD-10 verankerten Diagnosen Schizophrenie (F.20) und bipolare affektive Störungen (F.31) näher betrachtet, um hieraus Schlussfolgerungen in Bezug auf aggressive und gewalttätige Verhaltensweisen zu erlangen.

2.3.1 Schizophrenie

Schizophrenie zählt zu der Gruppe der Psychosen und geht mit Störungen des Denkens, Wahrnehmens und des Verhaltens einher. Schizophrene Erkrankungen sind durch einen hohen Realitätsverlust sowie abgeflachten oder inadäquaten Affekt gekennzeichnet (Davison, Neale & Hautzinger 2007). Bei der Schizophrenie sind das Gedächtnis, die Intelligenz, das Bewusstsein sowie das Orientierungsvermögen meist nicht gestört (Dilling, Mombour & Schmidt 2011; Köhler 2012). Die Lebenszeitprävalenz² liegt bei 1%, Männer und Frauen sind gleichermaßen betroffen. Die Störung setzt meistens in der späten Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter ein, sie verläuft episodisch, und Erkrankte erleben akute Schübe ihrer Symptomatik (Davison, Neale & Hautzinger 2007). Grundsätzlich wird die Symptomatik bei der Schizophrenie in Positiv- und Negativsymptome unterteilt. *„Bei ersteren handelt es sich gewissermaßen um psychische Neubildungen, die über das normale Denk- und Verhaltensrepertoire hinausgehen, bei den Symptomen der zweiten Gruppe eher um Defizite.“* (Köhler 2012, S. 91).

Als kennzeichnendes Symptom für die Schizophrenie gelten die akustischen Halluzinationen, die sich in dem Hören von Stimmen ausdrücken und für den Betroffenen mit hohem Leid sowie großem Kontrollverlust verbunden sind, da die genannten Stimmen ihnen oftmals Befehle erteilen (Hubl et al. 2008). Darüber hinaus können schizophrene Patienten ebenso taktile oder optische Halluzination entwickeln, was im Vergleich zu dem Stimmenhören jedoch deutlich seltener auftritt (Köhler 2012). Die Schizophrenie wird zudem von Wahnvorstellungen, eine inhaltliche Denkstörung mit einem Verlust des Realitätsbezugs, begleitet (Moritz & Lincoln 2008). Im Gegensatz dazu wird als formale Denkstörung die Unfähigkeit bezeichnet, die eigenen Gedanken in Verbindung mit der Sprache dahingegen zu strukturieren, dass andere dem Gesagten folgen können. Die Sätze wirken zusammenhangslos und desorganisiert (Davison, Neale & Hautzinger 2007). Ebenfalls zu den positiven Symptomen zählt die Ich-Störung, bei derer die schizophrenen Patienten von dem Gefühl geleitet sind, durch andere

² „Als Prävalenz bezeichnet man meist die Zahl der Erkrankungsfälle einer bestimmten Erkrankung zu einem bestimmten Zeitpunkt (**Punktprävalenz**) oder innerhalb eines bestimmten Zeitraums (etwa **Lebenszeitprävalenz**).“ (Stangl 2012, <http://lexikon.stangl.eu/4558/praevalenz/>)

beeinflussbar zu sein sowie unter der Vorstellung leiden, die eigenen Gedanken würden manipuliert werden (Leube & Pauly 2008).

Die Negativsymptome spiegeln sich in einer Affektverflachung, Apathie³, Alogie⁴ sowie Anhedonie⁵ wider (Hautzinger & Thies 2009). Gerade die Störung im Affekt und der damit verbundene fehlende Ausdruck von Emotionen, führen zu Beeinträchtigungen innerhalb sozialer Interaktionen, da das Empathievermögen der unter Schizophrenie leidenden Patienten reduziert ist (Markoy & Habel 2008). Neben den genannten Kennzeichen schizophrener Patienten, die das Denkvermögen und die Wahrnehmung betreffen, zählen ebenso psychomotorischen Symptome zu der Erkrankung. Hierbei können Betroffene entweder unter einer Bewegungslosigkeit sowie dem Verharren in einer bestimmten Position leiden oder durch übermäßige motorische Aktivität, Rastlosigkeit und rhythmische Bewegungen auffallen (Köhler 2012).

2.3.2 Affektive bipolare Störung

Die bipolare Störung zählt zu den affektiven Störungen, die durch eine Veränderung der Stimmungslage, entweder depressiv oder manisch, charakterisiert sind und mit Störungen des Antriebs und einem veränderten Interesse an der Umwelt einhergehen (Davison, Neale & Hautzinger 2007; Hautzinger & Thies 2009; Härter & Schneider 2012; Köhler 2012). Bei der bipolaren Erkrankung wechseln sich depressive und manische Episoden ab (Hautzinger & Thies 2009; Meyer & Bauer 2011). Die Störung und begleitende Symptome der Episoden sind derart gravierend, dass Betroffene Schwierigkeiten in der Bewältigung des sozialen und beruflichen Alltags entwickeln (Davison, Neale & Hautzinger 2007).

Auch bei der bipolaren Störung liegt die Lebenszeitprävalenz bei 1 %, Männer und Frauen erkranken gleichermaßen, wobei Frauen vermehrt depressive Episoden erleiden, Männer hingegen häufiger von der Manie betroffen sind (Hautzinger & Thies 2009). Die Symptome der bipolaren Störung sind abhängig von der Episode, in der sich der Patient befindet. Die Depression ist durch Niedergeschlagenheit, tiefe Traurigkeit, Zurückgezogenheit sowie dem Verlust der Freude und dem

³ Antriebslosigkeit (Hautzinger & Thies 2009)

⁴ Sprachverarmung (Hautzinger & Thies 2009)

⁵ Bei der Anhedonie ist der Patient nicht in der Lage Freude zu empfinden (Davison, Neale & Hautzinger 2007)

Interesse an Aktivitäten gekennzeichnet (Davison, Neale & Hautzinger 2007). Zudem leiden Betroffene unter Antriebslosigkeit, Schlafstörungen, schneller Ermüdbarkeit, einem reduzierten Denk- und Konzentrationsvermögen sowie verringertem Selbstwertgefühl. Erkrankte fühlen sich in der depressiven Episode wertlos, machen sich Selbstvorwürfe und können in äußerst kritischen Phasen Suizidgedanken entwickeln. Darüber hinaus kann es bei schweren Depressionen zu psychotischen Symptomen wie Halluzinationen und Wahnvorstellungen kommen (Härter & Schneider 2012).

Die genannte Symptomatik macht deutlich, dass depressive Patienten einen hohen Leidensdruck erleben, was in einem Gegensatz zu den Kennzeichen der manischen Phase steht, in welcher sich die Patienten in euphorischer bis gereizter Stimmung befinden (Hautzinger & Thies 2009). Zudem ist die Manie durch gesteigerten Antrieb, motorische Ruhelosigkeit, erhöhte Gesprächigkeit und schnelle Ablenkbarkeit charakterisiert. Betroffene leiden unter Ideenflucht, Selbstüberschätzung und fallen durch rücksichtsloses Verhalten auf, was durch den Verlust von sozialen Hemmungen verstärkt wird. Auch in der manischen Phase können Erkrankte psychotische Symptome entwickeln, die sich häufig in Wahnideen, wie Größen-, oder Liebeswahn, widerspiegeln (Härter & Schneider 2012).

2.3.3 Zusammenhang zwischen Psychopathologie und gewalttätigen Übergriffen

Die Beschreibung der Krankheitsbilder Schizophrenie und affektive bipolare Störung zeigen deutlich, in welcher komplexen Art und Weise sich diese Erkrankungen darstellen, und dass diese mit vielfältigen Symptomen, die die Wahrnehmung, den Realitätsbezug, das eigene Wohlbefinden sowie das soziale Leben beeinflussen, einhergehen. Darüber hinaus scheint es einen Zusammenhang zwischen psychisch erkrankten Menschen und aggressivem oder gewalttätigem Verhalten zu geben.

Das gehäufte Auftreten von Gewalt bei Schizophrenen kann einerseits auf akustische Halluzinationen und den damit verbundenen imperativen Stimmen, die dem Patienten bestimmte Dinge befehlen, zurückgeführt werden. Zum anderen leiden schizophrene Patienten häufig unter psychotisch induzierten Ängsten, wodurch diese schneller das Gefühl entwickeln, bedroht zu werden (Needham & Sauter 2011). In Bezug auf aggressives und gewalttätiges Verhalten psychisch

erkrankter Menschen konnten ebenfalls einige Studien Hinweise hinsichtlich dieser Thematik liefern. Dack et al. analysierten Studien in Bezug auf die Aggressions- und Gewaltbereitschaft von in der Psychiatrie untergebrachten Patienten, indem sie aggressive und nicht aggressive Patientengruppen verglichen, um hieraus Schlussfolgerungen auf spezifische Patientenmerkmale zu ziehen. In dieser Metaanalyse wurde deutlich, dass die Diagnose Schizophrenie aggressives und gewalttätiges Verhalten zu erhöhen scheint, da gehäuft schizophrene Patienten in der Aggressionsgruppe zu finden waren (Dack et al. 2013). Auch die Ergebnisse von Fazel et al. belegen, dass es einen positiven Effekt zwischen Schizophrenie oder unter Psychosen leidenden Patienten und gewalttätigen Übergriffen zu geben scheint. Zudem machen die Autoren deutlich, dass dieses Gewaltpotenzial durch einen Substanzmissbrauch von Schizophrenen weiter verstärkt wird (Fazel et al. 2009). Swanson et al. fügen dem hinzu, dass vor allem die positiven Symptome der Schizophrenie, die mit einem Realitätsverlust und Wahrnehmungsstörungen einhergehen, das Gewaltisiko dieser Patientengruppe erhöhen (Swanson et al. 2006). Dieses Phänomen könnte dadurch erklärt werden, dass Schizophrene scheinbar häufig Gebrauch von legalen oder illegalen Drogen machen, was die Symptome der Schizophrenie und die psychotischen Schübe zu verschlimmern scheinen (Kosten & Ziedords 1997). Auch Dack et al. kommen zu dem Ergebnis, dass der Substanzmissbrauch, vor allem der Gebrauch illegaler Drogen, als Merkmal eines erhöhten Aggressionspotenzials gelten kann (Dack et al. 2013).

Diese Ergebnisse beziehen sich zwar ausschließlich auf an Schizophrenie erkrankte Patienten, da bei der bipolaren Störung jedoch ebenfalls psychotische Symptome auftreten können, könnte hier die Schlussfolgerung gezogen werden, dass auch bei bipolaren Patienten möglicherweise ein erhöhtes Risiko für aggressives und gewalttätiges Verhalten besteht. Des Weiteren sind Patienten in der manischen Phase der affektiven bipolaren Störung schneller reizbar. Durch diese verminderte Impulskontrolle könnte sich die Gewaltbereitschaft zusätzlich erhöhen (Dinkel 2012).

2.4 Kennzeichen psychiatrischer Pflege

Da die Pflege in der Betreuung von psychisch erkrankten Menschen eine elementare Rolle spielt, werden im Folgenden spezifische Merkmale der psychiatrischen Pflege beleuchtet, sowie deren Ziele für den Patienten definiert. Zudem werden die Kompetenzen und Aufgaben der Pflegekräfte beschrieben und ein Bezug zwischen dem Beziehungsaufbau zu den Patienten und dem Ausmaß von Aggression und Gewalt hergestellt.

Die Pflege und Betreuung psychisch beeinträchtigter Menschen bezieht sich auf die Auswirkungen der Erkrankung im Hinblick auf die Bewältigung des Alltags, unter Berücksichtigung der persönlichen und individuellen Fähigkeiten (Meyer 2006). Demnach ist das Ziel psychiatrischer Versorgung, die Selbstständigkeit des Patienten zu fördern, einen Umgang mit der Erkrankung zu finden und diese in den Alltag zu integrieren, um so größtmögliche Autonomie wiederzuerlangen (Berge 2010; Schädle-Deininger 2010).

Grundsätzlich wird der Mensch in der psychiatrischen Pflege in seiner Gesamtheit betrachtet, was seinen Körper, den seelische Zustand sowie seine soziale Integrität einbezieht (Meyer 2006). Soziale Beziehungen gehören zu den Grundbedürfnissen eines jeden Menschen, doch psychisch Beeinträchtigte weisen in dem Aufbau sozialer Bindungen Defizite auf. Aus diesem Grund liegt der Fokus der psychiatrischen Pflege in der Unterstützung der Gestaltung mitmenschlicher Beziehungen, unter Einbezug des sozialen Umfeldes (Meyer 2006). *„Die therapeutische Beziehung zwischen Pflegendem und Patienten bildet dabei den Kern psychiatrischer Arbeit.“* (Schulz 2003, S. 141), so die Meinung von Schulz. Der Beziehungsaufbau zu dem Patienten wird demnach als elementare Voraussetzung für eine bedürfnisorientierte pflegerische Versorgung angesehen. Um dies gewährleisten zu können, ist es von Bedeutung, dass die Pflegekräfte die Bereitschaft besitzen, sich auf einen Beziehungsprozess einzulassen, um den Patienten in seiner psychischen Erkrankung verstehen zu können (Meyer 2006). Konkret bedeutet eine Beziehung zu einem Patienten aufzubauen, Verantwortung für diesen zu übernehmen und sich als Bezugspflegende zuständig zu fühlen. Erst durch Nähe, Empathie, Anteilnahme und Wertschätzung des ganzen Menschen, einschließlich seiner negativen Gefühle, kann Vertrauen geschaffen werden und sich eine Bindung zwischen Patient und Pflegekraft entwickeln (Kropp 2010). Der

Patient soll in dem Pflegeprozess erfahren, dass er trotz seiner psychischen Erkrankung und der damit verbundenen Einschränkung im alltäglichen Leben, seine eigenen Bedürfnisse erfüllen kann. Darüber hinaus ist es von Bedeutung, dass psychisch Erkrankte, deren Wahrnehmung oftmals gestört ist, ihren Bezug zur Realität wiederfinden sowie Unterstützungsmöglichkeiten im Hinblick auf Interventionen in Krisensituationen kennenlernen (Schädle-Deiningner 2010). Die von dem Patienten positiv erlebte Beziehung zum Pflegenden kann diesem als Exempel für das eigene soziale Leben dienen und dem Patienten dabei unterstützen, Konflikte zu lösen (Wolff 2011a). Meyer definiert die Aufgaben der Pflegenden in der Psychiatrie folgendermaßen:

*„Die Hauptaufgaben der Pflege sind es, den ihr anvertrauten Menschen in seinem **Anpassungsprozess** zu begleiten und zu unterstützen, in einem psychischen, physischen und sozialen Gleichgewicht zu bleiben bzw. die Fähigkeiten zu fördern, bleibende Einschränkungen zu kompensieren.“* (Meyer 2006, S. 68).

Auch hier wird deutlich, dass sich die Pflege des psychisch erkrankten Menschen auf alle Bereiche des Lebens bezieht, der Patient ganzheitlich betrachtet wird und die pflegerischen Maßnahmen auf die Wiedererlangung der Selbstständigkeit ausgerichtet sind. Die Pflege gibt dem Patienten durch eine kontinuierliche Begleitung in allen Phasen der Erkrankung, über den gesamten stationären Aufenthalt hinweg, Struktur und Stabilität (Meyer 2006).

Darüber hinaus wird dem Beobachten in der Psychiatrie elementare Bedeutung beigemessen. Die Pflegenden versuchen durch die Beobachtung des Verhaltens des Patienten, seiner verbalen und nonverbalen Kommunikation, seiner Stimmung sowie seiner sozialen Interaktion Informationen zu erhalten und diese in den Beziehungsaufbau zu integrieren. Des Weiteren ist es die Aufgabe der Pflegenden, die medikamentöse Therapie zu überwachen und Nebenwirkungen der Medikamente rechtzeitig zu erkennen (Jander 2010). Die Beobachtung des Patienten, seiner Verhaltensweisen und Verhaltensänderungen sowie krankheitsspezifische Symptome stellen einen großen Teil der pflegerischen Aufgaben dar, was einerseits den Beziehungsaufbau zwischen dem Patienten und der Pflegekraft fördert und andererseits als Früherkennung von Aggression und Gewalt dienen kann (DGPPN 2009).

Wie bereits erwähnt, ist es gerade in der Psychiatrie, aufgrund der hohen Relevanz einer dauerhaft stabilen Beziehung, von Bedeutung, eine empathische und wertschätzende Haltung gegenüber dem Patienten zu entwickeln. Doch paradoxerweise fällt es Pflegekräften, die auf einer akupsykiatrischen Station arbeiten, schwerer als Mitarbeiter anderer Stationen, den Patienten mit Einfühlungsvermögen zu begegnen, da diese sich oftmals nicht der Norm entsprechend verhalten und dadurch negative Emotionen hervorrufen. Hier scheint es, dass Pflegenden versuchen sollten, die eigenen Gefühle und Handlungen zu reflektieren, um negative Empfindungen dem Patienten gegenüber richtig einschätzen zu können und diese nicht auf diesen zu übertragen, wodurch Konflikte vermutlich verstärkt werden würden. Denn Lang macht deutlich, dass ein respektvoller Umgang mit dem Patienten, der von aufrichtiger Empathie geprägt ist, weniger zu aggressivem Verhalten führt, da dieser sich ernstgenommen fühlt (Lang 2013).

Prinzipiell entstehen Aggressionen und Gewalt innerhalb zwischenmenschlicher Beziehungen, weshalb im Hinblick auf eine Prävention erneut deutlich wird, welchen Stellenwert dieser Beziehungsprozess in der Psychiatrie einnimmt (DGPPN 2009). Durch die geschaffene Vertrauensbasis und den engen Kontakt können die Bezugspfleger Abweichungen im Verhalten des Patienten besser beurteilen, durch Kommunikation vorzeitig intervenieren und möglicherweise effektiver in Krisensituationen auf den Patienten einwirken (Auerbach & Baltes 2004; DGPPN 2009).

3. Aggression und Gewalt

Um aggressives und gewalttätiges Verhalten zu verstehen sowie durch Deeskalation intervenieren zu können, ist es zunächst von Bedeutung, die Begriffe *Aggression* und *Gewalt* zu definieren. Dieses erweist sich allerdings als schwierig, da die in der Literatur aufgeführten Bezeichnungen die beiden Begriffe nicht einheitlich definieren und sich die Konkretisierung auf Erklärungsversuche beschränkt. Aus diesem Grund wird im Folgenden versucht, sich den Begriffen anzunähern und einen Einblick in die Theorie der Aggression und Gewalt zu schaffen.

3.1 Aggression

Aggression beschreibt ein im Affekt (DGPPN 2009) und innerhalb sozialer Beziehungen stattfindendes Verhalten, das mit der wachsenden Macht des Angreifers sowie einem Machtverlust seitens des Angegriffenen verbunden ist (Jung 2002), gegen andere Personen, Gegenstände und Institutionen gerichtet sein kann oder in Form von Autoaggression auftritt (DGPPN 2009). Bierhoff und Wagner beschreiben zudem die Eskalation der Aggression als eine Reaktion auf das drohende Verhalten einer anderen Person, wobei beide Interagierenden der Auffassung sind, die Erwidern auf die Provokation des jeweils Anderen sei gerechtfertigt (Bierhoff & Wagner 1998). Auch wenn verschiedene Ansätze in die Definition von Aggression einfließen, versucht Wahl den Begriff zu vereinfachen und fasst Aggression folgendermaßen zusammen:

„Aggression nennen wir ein Ensemble von aus der Naturgeschichte stammenden bio-psycho-sozialen Mechanismen, die der Selbstbehauptung oder Durchsetzung gegen andere mit schädigenden Mitteln dienen.“ (Wahl 2009, S. 10).

Hier wird deutlich, dass aggressives Verhalten in jedem Mensch tief verankert zu sein scheint und aus der Intention heraus entsteht, sich selbst zu verteidigen oder seine eigenen Bedürfnisse durchzusetzen. Darüber hinaus reagiert der Angreifer durch verbale Drohungen oder durch körperliches Verhalten aggressiv auf eine von ihm erlebte Bedrohung, die mit einem Schaden für den Angegriffenen verbunden ist (Schirmer et al. 2012). Daraus lässt sich schließen, dass aggressives Verhalten ein bestimmtes Ziel verfolgt. Aggression kann als Reaktion auf die eigene Wut stattfinden, aggressive Übergriffe können aus einer Angst heraus entstehen und somit als sich selbst schützendes Verhalten angesehen werden. Darüber hinaus wird durch das Verhalten versucht, einen bestimmten Nutzen zu erreichen. Auch wenn der Begriff Aggression schwer zu definieren ist, halten Schirmer et al. fest, dass der Angreifer die Schädigung anderer Personen beabsichtigt und dieses von dem Gegenüber als Bedrohung empfunden wird. In diesem Zusammenhang kann hinzugefügt werden, dass aggressives Verhalten von jedem Angegriffenen individuell wahrgenommen und definiert wird, jeder

demnach ein anderes subjektives Erleben hat, wann und in welcher Art und Weise er sich bedroht fühlt (Schirmer et al. 2012).

3.2 Gewalt

Die Definition von *Gewalt* ist ebenso undifferenziert und lässt sich zudem nicht klar von der Aggression abgrenzen. Bei dem Begriff *Gewalt* wird von einem Zwang gesprochen (Schirmer et al.), was bedeutet, dass die Bedürfnisse eines Menschen missachtet werden (Wesuls, Heinzmann & Brinker 2005). Der Begriff *Aggression* schließt die Gewalt mit ein und wird in der Literatur als Subtyp von Aggression bezeichnet (Oud, Nau & Walter 2012).

„Jede tatsächliche Aggression ist jedoch immer auch Gewalt, da bei der psychischen oder physischen Verletzung einer Person auch immer sein Bedürfnis nach körperlicher und emotionaler Unversehrtheit missachtet wird.“
(Wesuls, Heinzmann & Brinker 2005, S. 16).

Doch umgekehrt betrachtet, bedeutet Gewalt nicht gleich Aggression, was am Beispiel der strukturellen Gewalt deutlich wird. Denn die Freiheitseinschränkung und Zwangsmaßnahmen, die in der Psychiatrie gegen den Willen des Patienten angewendet werden, entstehen nicht aus der Intention, dem Patienten schaden zu wollen, sondern um eine Eigen- oder Fremdgefährdung abzuwenden (Schirmer et al. 2012). Demnach ist die strukturelle Gewalt auf vorhandene Umstände und Bedingungen zurückzuführen. Hingegen geht personale Gewalt unmissverständlich von einer Person aus (Needham & Sauter 2011) und beabsichtigt die Schädigung des Angegriffenen (Oud, Nau & Walter 2012). Demnach zählen die vom Patienten ausgeübten gewalttätigen Übergriffe zu der personalen Gewalt.

Zusammenfassen lässt sich sagen, dass Aggression und Gewalt sehr schwierig zu definieren sind und diese Komplexität auch in der Literatur deutlich wird. Doch grundsätzlich kann festgehalten werden, dass aggressives Verhalten beabsichtigt, anderen Personen physischen oder psychischen Schaden zuzufügen. Zudem scheint an dieser Stelle die Intervention vor der Eskalation von existentieller Bedeutung, um eben diese Verletzungen zu vermeiden.

3.3 Vorkommen in der Psychiatrie

Im Folgenden soll näher auf das Vorkommen von Aggression und Gewalt auf psychiatrischen Stationen eingegangen werden und Bezug auf mögliche beeinflussende Faktoren genommen werden.

Im Vergleich zu anderen Stationen ist das Aggressionsrisiko auf psychiatrischen Stationen 14-fach erhöht. Um diese Zahl zu verdeutlichen, kann festgehalten werden, dass das Risiko aggressiven Verhaltens von Patienten in der Notaufnahme und Geriatrie 3-fach erhöht ist (Oud, Nau & Walter 2012). Magnavita und Heponiemi berichten, dass die Hälfte der dokumentierten Übergriffe von Patienten in einem psychiatrischen Setting oder in der Notaufnahme stattfinden (Magnavita & Heponiemi 2012). An anderer Stelle wird berichtet, dass Menschen mit einer psychischen Erkrankung ein 5-fach erhöhtes Risiko für gewalttätige Verhaltensweisen besitzen sollen als die Normalbevölkerung (Needham & Sauter 2011). Auf stationären psychiatrischen Stationen wird aggressives Verhalten, das von Patienten ausgeht, mit 7-13 % vermerkt, 2-7% der Patienten üben direkte körperliche Übergriffe aus. Doch wird in der Literatur auch erwähnt, dass diese Zahlen nicht eindeutig interpretierbar sind, was auf die Schwierigkeit der Begriffsbestimmung von Aggression und Gewalt zurückzuführen ist und die Erhebung der Häufigkeiten demnach von der gewählten Definition abhängig ist (Dinkel 2012).

Richter und Berger hatten das Ziel, die Häufigkeit von Patientenübergriffen in der stationären Psychiatrie sowie die Merkmale der Ereignisse systematisch zu erfassen. Im Rahmen dieser Erhebung wurde der Übergriff als ein „*offensichtlich aggressiver Körperkontakt durch den Patienten*“ (Richter & Berger 2001, S. 694) definiert. Die Ergebnisse bestätigen zum einen die Annahme, dass psychopathologische Symptome einen Einfluss auf das Aggressionsverhalten haben, da 26% der Übergriffe von schizophrenen Patienten verübt wurden. Zum anderen wurde deutlich, dass Gewalttätigkeiten gehäuft von chronisch Erkrankten sowie zuvor aggressiv auffälligen Patienten ausgingen (Richter & Berger 2001). Demnach kann Gewalt in der Vorgeschichte des Patienten als Risikofaktor für weitere aggressive Übergriffe angesehen werden. Richter und Berger fanden zudem heraus, dass diese tätlichen Angriffe hauptsächlich zu Beginn des Krankenhausaufenthaltes, zwischen dem ersten und achten Tag, stattfanden.

Darüber hinaus konnte beobachtet werden, dass akute Erregungszustände sowie Konflikte mit anderen Patienten oder Mitarbeitern meistens einem direkten Übergriff vorausgingen.

Als weiterer beeinflussender Faktor wird die Unterbringung der Patienten nach §1906 BGB sowie PsychKG genannt, die das Aggressionspotenzial zu erhöhen scheint (Richter & Berger 2001). Auch Salerno, Dimitri und Talamanca kommen zu dem Ergebnis, dass zwangseingewiesene Patienten häufiger gewalttätig werden (Salerno, Dimitri & Talamanca 2009). Dieser Aspekt könnte durch die Wut des Patienten über die Zwangsweilweisung, die dieser auf in der Psychiatrie tätige Mitarbeiter projiziert, erklärt werden. Denn freiheitsentziehende Maßnahmen werden von betroffenen Patienten als belastend wahrgenommen, was sich in Form aggressiven Verhaltens widerspiegeln kann.

Im Allgemeinen wird die Gewaltbereitschaft in der Psychiatrie durch psychopathologische Aspekte der Patienten und deren Interaktion mit den strukturellen Rahmenbedingungen sowie der Mitarbeiter erklärt, wobei die Aggression erst durch ein akut auslösendes Ereignis eskaliert (Dinkel 2012). Die beeinflussenden Faktoren werden hierbei in klientenbezogene, situationsbezogene und interaktionsbezogene Bedingungen unterteilt. Konkret berücksichtigt der erste Erklärungsansatz die bereits erwähnten psychopathologischen Symptome wie Wahn, Halluzination, Ängste und verringerte Impulskontrolle. Die situationsbezogenen Faktoren beziehen sich auf die Rahmenbedingungen der psychiatrischen Einrichtungen. Die Interaktion beinhaltet die Art der Beziehung zwischen Patient und Pflegekraft sowie die Fähigkeiten der Kommunikation und Konfliktlösung (Hippold 2006). Bei dem interaktionsbezogenen Erklärungsmodell wird deutlich, dass nicht allein das Verhalten der Patienten verantwortlich für den Ausbruch von Gewalt und Aggression zu sein scheint, sondern ebenso die Kompetenzen der Pflegenden die Eskalation beeinflussen.

3.4 Auswirkungen

Wie bereits deutlich wurde, ist gewalttätiges und aggressives Verhalten von Patienten in psychiatrischen Einrichtungen ein häufig auftretendes Phänomen, welches durch die zuvor genannten Faktoren begründet ist. Darüber hinaus können sich tätliche Übergriffe negativ auf die physische und psychische Gesundheit der Betroffenen auswirken, was im Folgenden Kapitel verdeutlicht werden soll.

Gewalttätige Übergriffe von Patienten äußern sich häufig in Form von Schlägen, Würgen, Treten oder dem Werfen von Gegenständen (Richter & Berger 2001), was bei den betroffenen Pflegekräften zu Hämatomen, Kratzwunden oder sogar zu Knochenbrüchen führen kann (Richter 2007). Abgesehen von den körperlichen Auswirkungen, führen die Gewaltereignisse ebenso zu psychischen Belastungen, was in einigen Forschungsbeiträgen zu dieser Problematik deutlich wird (Richter & Berger 2001). Needham et al. untersuchten die psychischen Folgen von Patientenübergriffen. Hierbei wurde deutlich, dass sich die Auswirkungen für die Pflegenden häufig in Form von Wut über - sowie Angst und Furcht vor dem Patienten widerspiegeln. Darüber hinaus wird von den Autoren berichtet, dass betroffene Mitarbeiter Selbstvorwürfe sowie Schuldgefühle entwickeln und sich schämen, die Situation nicht besser unter Kontrolle gehabt zu haben. Das Erlebnis eines gewalttätigen Übergriffs kann zudem schwerwiegendere Reaktionen hervorrufen, die für die Pflegenden mit hohem Leidensdruck verbunden sind. Denn in einigen Fällen wurden Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) dokumentiert, die sich in Form von ständigem Wiedererleben des traumatischen Ereignisses, Vermeidung mit dem Ereignis verbindender Reize und erhöhter Erregung äußerten (Needham et al. 2005). Diese Ergebnisse werden von Richter und Berger bestätigt, die in ihrer Untersuchung der psychischen Auswirkungen von Patientenübergriffen angeben, dass 14% der Befragten mindestens in einer der drei Kategorien der PTBS belastet waren (Richter & Berger 2001). Auch Richter untersuchte die Folgen tätlicher Übergriffe für die Mitarbeiter im Hinblick auf die Entwicklung einer PTBS. Die Ergebnisse zeigen, dass die Symptome einer PTBS direkt nach dem Übergriff stärker auftreten, als bei der wiederholten Untersuchung zu einem späteren Zeitpunkt (Richter 2007), woraus sich schließen lässt, dass die psychischen

Belastungsreaktionen von Betroffenen direkt im Anschluss an gewalttätige Übergriffe größer zu sein scheint und die Symptome im späteren Verlauf zurückgehen.

Darüber hinaus wird die anschließende Situation auf der Station und der Kontakt mit dem Patienten von den Pflegekräften als unsicher empfunden (Richter & Berger 2001; Fry et al. 2002), da Betroffene sich nach dem Gewaltereignis verletztlich und angreifbar fühlen (Needham et al. 2005). Auch die Beziehung zu dem Patienten verändert sich (Richter & Berger 2001) und es konnte eine Vermeidung der Interaktion mit dem Patienten beobachtet werden (Chambers 1998, Arnetz & Arnetz 2001). Demnach führen Aggression und gewalttätige Übergriffe von Patienten gegenüber Pflegekräften zu einer Veränderung des physischen und psychischen Wohlbefindens seitens der Pflegenden. Darüber hinaus wirken sich Gewaltereignisse negativ auf die Berufszufriedenheit aus und können die Qualität der pflegerischen Versorgung nachhaltig negativ beeinflussen (Arnetz & Arnetz 2001). Die aufgeführten Aspekte machen deutlich, dass Pflegekräfte, denen Aggression oder Gewalt von Patienten widerfahren ist, oftmals Zweifel in Bezug auf die eigenen pflegerischen Kompetenzen (Flannery, Hanson & Penk 1995) sowie Unzufriedenheit in ihrem Beruf entwickeln und sich eventuell gezwungen sehen, ihre Profession aufzugeben (Needham et al. 2005).

Eine häufige Reaktion von Mitarbeitern auf gewalttätiges Verhalten von Patienten ist die Anwendungen von Zwangsmaßnahmen, wie Fixierung oder Zwangsmedikation (Gebhardt & Steinert 1998). Diese Erlebnisse können ebenso für Patienten als traumatisierend erlebt werden und dadurch die Compliance bezüglich der therapeutischen und pflegerischen Behandlung negativ beeinflussen (Richter 2008).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass tätliche Übergriffe von Patienten negative Auswirkungen auf die psychische Belastung der Pflegekräfte haben und die Arbeitsbeziehung zwischen Patient und Pflegenden beeinflusst wird. Darüber hinaus entwickeln aber auch Patienten, denen Zwangsmaßnahmen widerfahren sind, negative Gefühle, woraus deutlich wird, dass deeskalierende Interventionen für beide Seiten einen positiven Effekt haben könnten. Aus diesem Grund wird im nächsten Kapitel die Deeskalation näher beschrieben.

4. Eskalation und Deeskalation

4.1 Angriffsphasen nach Breakwell

Grundlegend für die Intervention in aggressiven Situationen von Patienten sind die Phasen der Eskalation, um dadurch ein Verständnis bezüglich deeskalierender Maßnahmen zu entwickeln. Steinert und Bergk erklären, dass aggressives Verhalten selten spontan eskaliert, sich stattdessen die Gewalteskalation allmählich intensiviert, wobei Verhaltensweisen wie erhobene Stimme oder drohende Körperhaltungen als Anzeichen für Aggressivität gelten können (Steinert & Bergk 2008). Breakwell beschreibt die Eskalation der Gewalt in Form verschiedener Angriffsphasen, welche folgende Stufen beinhalten: Auslöser, Eskalation, Krise, Erholung, Depression.

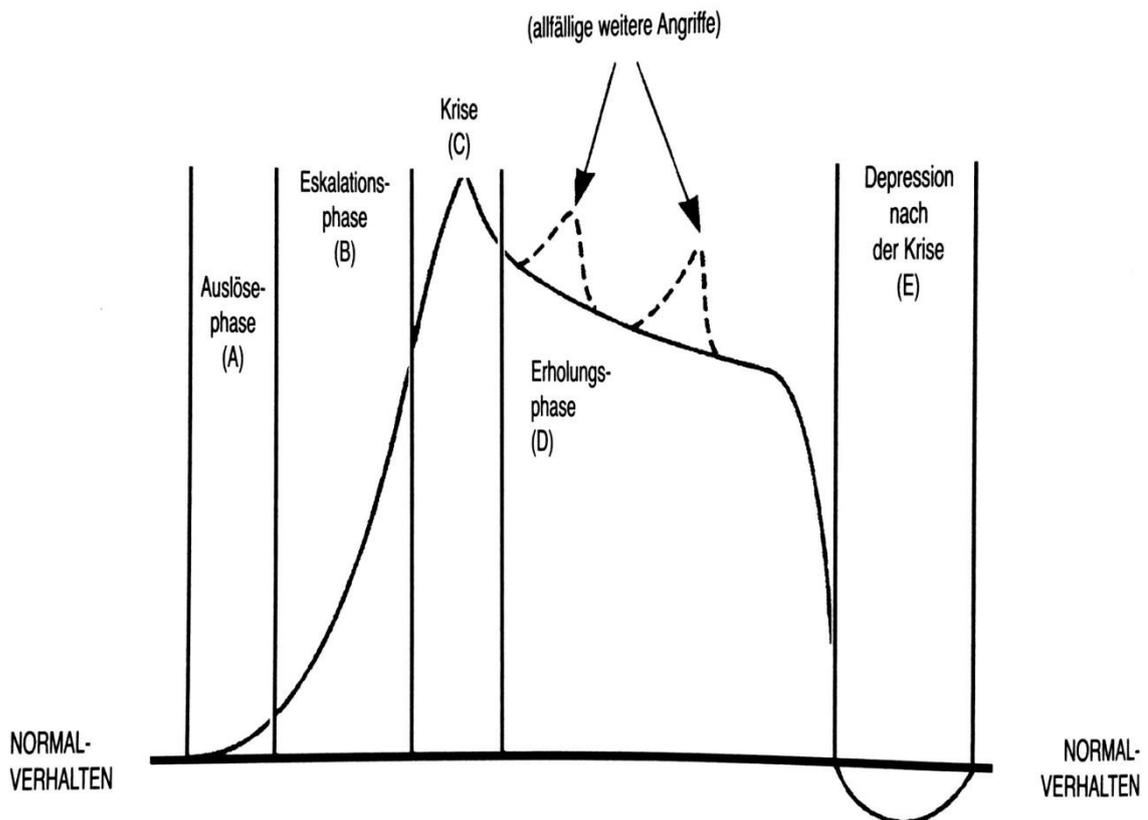


Abbildung 1: *Angriffsphasen*; entnommen aus: Breakwell 1998, S. 56.

Im Allgemeinen ist das normale Verhalten eines Menschen nicht durch aggressive Handlungsweisen geprägt (Breakwell 1998).

In der Auslösephase beginnt die Person, aufgrund eines auslösenden Ereignisses, das als Bedrohung empfunden wird, von diesem Grundverhalten abzuweichen. Diese veränderte Verhaltensweisen können verbal, durch erhobene Stimme, oder nonverbal, durch beispielsweise veränderter Gestik und Mimik, sichtbar werden (Schirmer et al. 2012). Je enger die Beziehung zwischen dem Pflegenden und dem Patienten ist, desto schneller können diese Abweichungen erkannt werden, wodurch eine frühzeitige Intervention möglich ist. Die Änderungen des Verhaltens können demnach als Risikofaktoren für Aggression angesehen werden. Jedoch ist der Auslöser für das aggressive und gewalttätige Verhalten einer Person äußerst individuell, was die Erkennung umso schwieriger macht.

Die Phase der Eskalation ist durch zunehmende Anspannung und Unruhe der aggressiven Person gekennzeichnet und das abweichende Verhalten wird immer offensichtlicher. Der Patient neigt oftmals dazu, die Körperhaltung oder Gestik der Mitarbeiter falsch zu interpretieren, was die Gewalteskalation verstärkt, da der Angreifer sich gerechtfertigt fühlt, aggressiv zu handeln. Die Eskalation gilt als auslösende Phase von Gewalttätigkeit (Breakwell 1998), in derer der Patient meist nicht mehr durch rationale Interventionen und Argumente beeinflussbar ist (Richter 2012).

An die Stufe der Eskalation schließt sich die Krise an, welche durch deutlich erhöhte körperliche und psychische Erregung sowie Unruhe charakterisiert ist. Gleichzeitig verliert die aggressive Person die Kontrolle über die eigenen Verhaltensweisen, weshalb diese Phase den Höhepunkt der Gewalteskalation darstellt. In diesem Zeitraum können verbale Interventionen nicht mehr deeskalierend auf den Patienten einwirken, weshalb beteiligte Mitarbeiter verstärkt auf die eigene Sicherheit achten sollten. Oftmals werden in dieser gewalttätigen Phase Zwangsmaßnahmen angewendet, um weitere Gefahren für den Angreifer und die angegriffene Personen abzuwenden.

Nach dem akuten gewalttätigen Verhalten findet eine schleichende Rückkehr in das normale Verhalten statt. Jedoch kann die Erregung der angreifenden Person bis zu eineinhalb Stunden andauern, weshalb Interventionsversuche in diesem Zeitraum oftmals zu erneuten Übergriffen führen. Die Erholungsphase wird vor allem deshalb als kritisch betrachtet, da Personen in diesem Zeitraum scheinbar

deutlich anfälliger für Auslöser gewalttätigen Verhaltens sind. Diese Problematik wird dadurch verstärkt, dass die ersten beiden Phasen nicht erneut durchlebt werden, was zu einem deutlich schnelleren Ausbruch der Gewalt führt.

In der Depression nach der Krise kehrt der Angreifer endgültig in das normale Verhalten zurück, der Gewaltausbruch ist beendet, und es kommt zu einem physischen und psychischen Erschöpfungszustand. Zudem können bei dem Patienten Gefühle wie Reue und Scham aufkommen (Breakwell 1998).

Zusammenfassend wird deutlich, dass der Ausbruch von Gewalt durch individuelle Auslöser entsteht und durch abweichendes Verhalten erste Anzeichen für aggressives Verhalten erkennbar werden. Da jede gewalttätige Person die Phasen der Eskalation durchläuft, ist es von Bedeutung, diese in die Handlungskompetenzen im Umgang mit aggressivem Verhalten von Patienten zu integrieren, um passende Deeskalationsmaßnahmen treffen zu können.

4.2 Deeskalation

Als Deeskalation werden Maßnahmen beschrieben, welche die Entstehung von Gewaltsituationen verhindern oder bereits aggressive Verhaltensweisen verringern (Wesuls 2004). Die Auflösung potenzieller oder direkter Gewalt soll durch verbale Kommunikationstechniken sowie körperliche Haltungen, die Respekt und Empathie signalisieren, erreicht werden. Die Interaktion zwischen Patient und Pflegendem ist Voraussetzung für eine erfolgreiche Deeskalation, da hierdurch eine Verbindung zu dem Patienten geschaffen wird (Cowin et al. 2003). Ziel der Deeskalation ist es, psychische und physische Verletzung zu vermeiden (Wesuls 2004). Um die Eskalation verhindern zu können, müssen mögliche Auslöser der Aggression identifiziert und daraufhin entsprechende Maßnahmen ergriffen werden, die diese Stressoren verringern. Innerhalb der deeskalierenden Maßnahmen muss die Sicherheit aller beteiligten Personen gewährleistet sein sowie die Würde und Autonomie des Patienten gewahrt werden (Distasio 1994).

4.3 Professionelles Deeskalationsmanagement (ProDeMa®)

ProDeMa® stellt einen Praxisleitfaden im Management von Aggression und Gewalt in Gesundheitsberufen dar (Wesuls 2004; Wesuls, Heinzmann & Brinker 2005), welcher das Ziel verfolgt, den Mitarbeitern im Gesundheitswesen deeskalierende Maßnahmen zu vermitteln, um einen professionellen Umgang mit gewalttätigem Verhalten von Patienten zu entwickeln und zu fördern (Wesuls 2004). Durch die Deeskalation soll verhindert werden, dass Mitarbeiter oder Patienten physische oder psychische Verletzungen erleiden. Das Konzept ProDeMa® ist in sechs Stufen unterteilt, wobei jede Deeskalationsstufe differenzierte Interventionen vorsieht, die im Folgenden chronologisch näher beschrieben werden. Es wird betont, dass in jeder Phase deeskalierend interveniert werden kann (Wesuls, Heinzmann & Brinker 2005).

Deeskalationsstufe I: Verhinderung der Entstehung von Gewalt und Aggression

Wie bereits deutlich wurde, können stationäre Rahmenbedingungen das Aggressionsverhalten von Patienten fördern, denn *„Ein großer Teil der Gewaltausübung geschieht durch die notwendige Umsetzung von Hausordnungen, Stationsregeln, ärztlichen Anordnungen, Vorschriften oder Routineabläufen (strukturelle Gewalt)“* (Wesuls, Heinzmann & Brinker 2005, S. 15). Demnach entsteht aus Gewalt seitens der Einrichtung eine Gegengewalt des Patienten.

Die erste Deeskalationsstufe sieht vor, die Eskalation von Gewalt zu verhindern, indem interveniert wird, bevor aggressives Verhalten entsteht. Aufgrund der vorhandenen Rahmenbedingungen, ist es von Bedeutung, die angewendeten Maßnahmen und Regeln zu überdenken sowie andere Wege und Möglichkeiten zu finden, tendenziell aggressive Situationen zu entschärfen. Hierbei spielen zum einen die Kompetenzen der Pflegenden eine Rolle, denn durch hohe kommunikative Fähigkeiten kann verstärkt auf Patienten eingewirkt werden. Andererseits bedarf es einer patientenorientierten Handlungsweise der Pflegenden, um somit mögliche auslösende Faktoren für Aggression und Gewalt zu minimieren.

Deeskalationsstufe II: Veränderung der Sichtweisen und Interpretationen aggressiver Verhaltensweisen

Die persönliche Bewertung und das eigene Erleben der aggressiven Situation entscheidet darüber, welche Gefühle in einem selbst hervorgerufen werden. So können Pflegende, durch das aggressive Verhalten eines Patienten Empfindungen wie Angst oder Empörung entwickeln. Die Professionalität im Umgang mit gewalttätigem Verhalten besteht darin, zu verhindern, dass die Aggression des Patienten auf eine persönliche Ebene gerät und sich Pflegende mit den eigenen negativen Gefühlen in die Konfrontation begeben. Aus diesem Grund erfordert eine professionelle Deeskalation die Kompetenz der Pflegenden, die eigenen Gefühle sowie das eigene Erleben bezüglich der Aggressivität des Patienten zu reflektieren und zu kontrollieren. So können Pflegekräfte einen realistischen Überblick über die angespannte Situation erhalten. Um dieses erreichen zu können, ist es von Bedeutung, die Gemütslage des Patienten als grundlegend für die Kommunikation zu erachten, um dadurch zu verhindern, die Aggression gegen einen persönlich gerichtet zu sehen.

Deeskalationsstufe III: Verständnis der Ursachen und Beweggründe aggressiver Verhaltensweisen

Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass aggressive Verhaltensweisen oftmals durch bestimmte Auslöser entstehen und dass angreifende Personen eine gewisse Intention verfolgen. Um den aggressiven Patienten überhaupt erreichen und deeskalierend intervenieren zu können, ist es ausschlaggebend, seine Ursachen für die gewalttätige Reaktion zu erkennen sowie seine Probleme und Bedürfnisse, die dahinter stecken, zu erkennen, um dadurch einen Kontakt herstellen zu können.

Deeskalationsstufe IV: Kommunikative Deeskalationstechniken im direkten Umgang mit hochgespannten Patienten

Ziel der Deeskalationsmaßnahmen ist es, gewalttätige Übergriffe von Patienten gegenüber Mitarbeitern zu verhindern. Wesuls, Heinzmann und Brinker definieren bestimmte grundlegende Regeln im Umgang mit einem akut aggressiven und angespannten Patienten. Da es schwer möglich ist, diese Regeln in akut

aggressiven Situationen zu erlernen, sollten diese zuvor erprobt sowie in die pflegerische Kompetenz und Arbeit integriert werden. Hier bietet sich zudem die Teilnahme an einer Schulung im Deeskalationsmanagement an, um Kommunikations- und Gesprächsführungskompetenzen zu erlangen (Wesuls, Heinzmann & Brinker 2005). Im Folgenden werden die elementaren Aspekte der kommunikativen Deeskalation beschrieben.

Als erster Aspekt wird die frühestmöglich Intervention bei ersten Anzeichen von Aggression genannt, um so optimale Möglichkeiten zu haben, die Eskalation zu verhindern. Da die Konfrontation mit einem aggressiven Patienten für die betroffene Person eine Gefahr darstellen kann, ist es von Bedeutung, auf die eigene Sicherheit zu achten und sich gegebenenfalls Unterstützung von Kollegen zu holen. Darüber hinaus muss ebenfalls auf die Sicherheit anderer anwesender Personen geachtet werden. Mehrere unbeteiligte Personen können die Deeskalation erschweren, da der Patient möglicherweise Schwierigkeiten hat, vor „Publikum“ seine Probleme sowie Motive preiszugeben und dadurch schwach zu wirken (Wesuls, Heinzmann & Brinker 2005). Demnach sollten Pflegende alle unbeteiligten Personen aus der Situation herausnehmen.

In der Begegnung mit einem aggressiven Patienten ist auch die intervenierende Person angespannt, was sich auf den Patienten übertragen kann und dadurch möglicherweise zu einer Verstärkung der Eskalation führt. Aus diesem Grund sollten beteiligte Pflegekräfte versuchen, Ruhe zu bewahren. Des Weiteren erscheint es vorteilhaft, einen Ansprechpartner für den Patienten zu ernennen, da Deeskalationsmaßnahmen, die von mehreren Personen ausgeführt werden, für den Patienten als bedrohlich und verunsichernd empfunden werden können. Dabei sollten vor allem Bezugspersonen die Rolle des Intervenierenden übernehmen, da diese oftmals über eine engere Bindung zu dem Patienten verfügen.

In der Interaktion mit dem Angreifenden sollten bedrohliche Körperhaltungen sowie dominantes Auftreten vermieden werden, da sich der Patient andernfalls angegriffen und bedroht fühlt, was die Eskalation der Gewalt fördert. Auch Mimik, Gestik und Stimme sollten Zurückhaltung widerspiegeln. Wesuls, Heinzmann und Brinker betonen, dass Pflegende vermeiden sollten, den Patienten kontrollieren zu wollen oder diesem Befehle zu erteilen, da dieses zu einem Machtkampf zwischen

den Interagierenden führt, was die Aggressionshandlung voraussichtlich verschärft. Mitarbeiter, die sich in einer aggressiven Situation befinden, sollten vermeiden, Provokationen sowie Beschimpfungen des Patienten, wie in der Deeskalationsstufe II bereits beschrieben, persönlich zu nehmen, sondern diese mit professionellem Abstand betrachten.

Auch wenn die verbale Aggression oder die drohende Haltung des Patienten bei den Pflegekräften negative Gefühle hervorrufen kann, ist es von hoher Bedeutung, auf die eigene Wortwahl zu achten. Drohungen oder Vorwürfe führen bei dem aggressiven und angespannten Patienten zu einer Verstärkung der Aggression. Stattdessen sollte die Kommunikation mit dem Patienten durch wertfreie Äußerungen und ernstgemeinter Sorge geprägt sein. Als Art der Kommunikation kann das Widerspiegeln der Gefühle des Patienten hervorgehoben werden, da dieser somit das Gefühl entwickelt, wahrgenommen zu werden (Wesuls, Heinzmann & Brinker 2005): *„Sie wirken sehr aufgeregt, angespannt, unruhig, ärgerlich“* (Wesuls, Heinzmann & Brinker 2005, S. 36).

Es scheint zudem deeskalierend auf den Patienten zu wirken, wenn die eigene Angst über die Aggressivität verbalisiert wird, da Patienten oftmals nicht das Ziel verfolgen, andere Personen zu verängstigen. Um durch Kommunikation einen Zugang zum Patienten schaffen zu können, ist es elementar, eine empathische und wertschätzende Haltung einzunehmen, die darüber hinaus von Respekt geprägt ist. Wie bereits erwähnt, existiert für das aggressive Verhalten eines Patienten ein individueller Auslöser, weshalb es notwendig erscheint, diesen zu ergründen. In diesem Zusammenhang ist es die Aufgabe der Pflegenden, die Bedürfnisse, Gefühle und Sorgen des Patienten wahrzunehmen, was durch eine vorher aufgebaute Beziehung erleichtert werden kann (Meyer 2006). Darauf aufbauend können bedürfnisorientierte Angebote gemacht werden, die den Patienten von seinem aggressiven Verhalten ablenken.

Deeskalationsstufe V: Patientenschonende Abwehr- und Fluchttechniken

Da in einigen Fällen die verbalen Deeskalationsversuche fehlschlagen und der Patient gewalttätige Übergriffe ausübt, ist es bedeutend, körperliche Interventionen zu kennen, die den tätlichen Angriff abwehren. Aus diesem Grund betont die fünfte Deeskalationsstufe, dass Mitarbeiter Selbstverteidigungstechniken erlernen, um sich selbst zu schützen, wobei diese

an dem Patienten ausgerichtet sind und keinesfalls die Intention verfolgen sollten, diesen zu verletzen. Um weitere Gewalteskalation des Patienten zu verhindern, werden zunächst alle Kollegen per Notruf über die Situation auf der Station informiert. Elementar ist es, Fluchtwege zu kennen, auf die eigene Sicherheit zu achten, gefährliche Gegenstände zu entfernen und Mitpatienten zu bitten, den Raum, in dem die Gewalt stattfindet, zu verlassen.

Deeskalationsstufe VI: Patientenschonende Immobilisations- und Fixierungstechniken

Stellen die gewalttätigen Übergriffe des Patienten eine ernsthafte Gefährdung für den Angegriffenen dar oder liegt hierdurch eine Eigengefährdung des Patienten vor, so sind Fixierungs- und Isolationsmaßnahmen nicht zu vermeiden. Bei der direkten Fixierungssituation ist unbedingt darauf zu achten, dem Patienten keine Verletzungen zuzufügen, weshalb eine fachgerechte, professionelle und teamorientierte Fixierung bedeutend ist. Vorab müssen andere Mitarbeiter und der diensthabende Arzt über die Situation informiert und anschließend konkrete Aufgaben verteilt werden. Es wird darüber entschieden, wer die Gesprächsführung mit dem Patienten übernimmt, welcher Mitarbeiter welche Körperseite greift und wer den Koordinator der Fixierungsdurchführung darstellt. Vor der direkten Immobilisation des Patienten sollte erneut versucht werden, diesen durch verbale Deeskalation von seinem aggressiven Verhalten abzubringen. Geht der Patient auf dieses Angebot nicht ein, so beginnt die Fixierung durch ein Zeichen des Koordinators (Wesuls, Heinzmann & Brinker 2005).

Im Hinblick auf Unterstützungsmöglichkeiten sowie Bewältigungsstrategien für betroffene Pflegekräfte, wird im ProDeMa® kurz auf die Nachsorge von gewalttätigen Übergriffen eingegangen. Wesuls, Heinzmann und Brinker machen deutlich, dass Pflegenden, welchen Gewalt widerfahren ist, emotionale Unterstützung durch andere Mitarbeiter erhalten sollten. Hierbei sollten die unterstützend wirkenden Mitarbeiter davon absehen, Schuldzuweisungen und Vorwürfe hinsichtlich der Entstehung des Gewaltereignisses zu äußern. Durch einen verständnisvollen Umgang anderer Mitarbeiter mit der Situation und der psychischen Verfassung der betroffenen Pflegekraft, kann das Erlebte besser verarbeitet werden. Auch können in einigen Fällen psychotherapeutische

Kriseninterventionen für die eigene Bewältigung förderlich sein, weshalb es die Aufgabe der jeweiligen Einrichtung ist, den Pflegenden dementsprechende Zugangsmöglichkeiten aufzuzeigen (Wesuls, Heinzmann & Brinker 2005).

5. Analytische Betrachtung

Im Hinblick auf eine Intervention bei aggressivem Verhalten von Patienten durch Deeskalation, kann festgehalten werden, dass das ProDeMa® einen umfassenden Leitfaden im Umgang mit dieser Problematik darstellt. Wesuls, Heinzmann und Brinker beschreiben verschiedene Stufen der Deeskalation und versuchen hierdurch, praktische Empfehlungen für mögliche deeskalierende Maßnahmen darzulegen. Als zentrales Ziel wird definiert Gewalt in Gesundheitsberufen zu verhindern, bevor diese entsteht. Hierbei wird auf die Veränderung der stationären Rahmenbedingungen sowie strikter Regelungen eingegangen, deren inhaltliche Überarbeitung als mögliche Minimierung des Aggressionspotenzials angesehen wird.

Zudem scheint es erforderlich, dass Pflegekräfte ihre Handlungsweisen am Patienten ausrichten sowie pflegerische Maßnahmen bedürfnisorientiert ausführen, um so mögliche Risiken für Gewalttätigkeit herauszufinden. Ist es Pflegenden möglich, die Beweggründe des aggressiven und gewalttätigen Verhaltens wahrzunehmen, so kann die Deeskalation möglicherweise spezifischer ausfallen und auf die Bedürfnisse des Patienten angepasst werden.

Darüber hinaus scheint es grundlegend für eine erfolgreiche Deeskalation zu sein, sich über das persönliche Erleben, welches durch aggressives Verhalten von Patienten in einem selbst hervorrufen wird, bewusst zu sein. Diese Gefühle der Pflegenden sowie die Reaktion auf das Verhalten des Patienten sollten reflektiert werden. Dieser Punkt könnte als elementar in dem Umgang mit aggressivem Verhalten angesehen werden. Denn ein übergriffiger Patient verliert in seiner Aggression, durch den Kontrollverlust des eigenen Verhaltens, auf gewisse Art und Weise den Bezug zur Realität, weshalb es entscheidend ist, dass Pflegekräfte die eigene emotionale Reaktion kontrollieren, um so den Überblick über die angespannte Situation zu behalten.

In der Deeskalationsstufe IV, *Kommunikative Deeskalationstechniken im direkten Umgang mit hochgespannten Patienten*, werden konkrete kommunikative Empfehlungen zur verbalen Deeskalation deutlich. Im Hinblick auf die Verhaltensweisen der Pflegenden in der angespannten Situation kann festgehalten werden, dass die eigene Körperhaltung, Sprache sowie die nonverbale Kommunikation durch Zurückhaltung charakterisiert sein sollten, da sich der Patient andernfalls bedroht fühlen kann, was zu einer Verstärkung der Gewalteskalation führt.

Auch wenn die Zurückhaltung der eigenen Gefühle für einige beteiligte Mitarbeiter eine Herausforderung darstellt, so ist es dennoch entscheidend, den Patienten nicht zu provozieren. Stattdessen sollte versucht werden, die Gefühle des Patienten zu verbalisieren, um diesem dadurch zu signalisieren, dass er als Individuum ernst genommen wird. Hierdurch kann ein engerer Kontakt zwischen dem Patienten und der deeskalierenden Person entstehen, was die angespannte Situation entschärfen würde. Darüber hinaus ist die Überwachung der Sicherheit der intervenierenden Personen sowie anderer Patienten unerlässlich. Pflegende sollten nicht das Gefühl entwickeln, die Situation zwingend alleine bewältigen zu müssen, sondern sich bei Unsicherheiten Unterstützung von Kollegen holen. Hier wird erneut die Wichtigkeit der engen interdisziplinären Zusammenarbeit auf psychiatrischen Stationen deutlich.

Abgesehen von diesem Versuch, praktische Deeskalationsmaßnahmen zu beschreiben, wird in dem Konzept ebenfalls deutlich, dass in einigen Situationen die Eskalation von Gewalt derart fortgeschritten ist, dass Pflegende gezwungen sind, sich selbst zu verteidigen. Gerade aufgrund der Psychopathologie von psychischen Erkrankungen könnte es schwer sein, den Patienten verbal zu erreichen, weshalb Selbstverteidigungstechniken entscheidend sind, um sich als beteiligte Person selbst zu schützen. Auch die Fixierung eines Patienten muss von den Mitarbeitern psychiatrischer Stationen erlernt werden, diese darf jedoch erst als letzte mögliche Maßnahme erfolgen. Wie zuvor erwähnt, stellen die Immobilisations- und Isolierungsmaßnahmen ein traumatisches Erlebnis für den Patienten dar, was ebenfalls die Wichtigkeit betont, die Fixierung nur als letzte Intervention anzusehen. Bei der Durchführung wird in der Deeskalationsstufe VI deutlich, dass vorab zwingend die einzelnen Aufgaben geklärt sein müssen, um

die Fixierung schnellstmöglich und vor allem patientenschonend durchführen zu können.

Insgesamt wird deutlich, dass das Konzept einige spezifische Vorschläge macht, wie bei aggressivem Verhalten von Patienten deeskaliert werden kann. Dennoch bleibt offen, wie genau einige der Maßnahmen umgesetzt werden können. Wesuls, Heinzmann und Brinker betonen, dass Pflegende an einer Deeskalationsschulung teilnehmen sollten, um die spezifischen Kommunikationstechniken zu erlernen und Sicherheit im Umgang mit Fixierungssituationen zu erhalten. Doch grundsätzlich stellt sich der Umgang mit aggressivem und gewalttätigem Verhalten von Patienten derart komplex dar, dass die Bereitschaft der Pflegenden hohe kommunikative Fähigkeiten und Gesprächsführungskompetenzen entwickeln zu wollen, grundlegend zu sein scheint. Auch die Reflexion der eigenen Kompetenzen, Gefühle und des Erlebens von Gewalt am Arbeitsplatz sollte von den Pflegekräften angestrebt werden.

Da die Eskalation von Gewalt laut Breakwell durch verschiedene Angriffsphasen charakterisiert ist, ist es empfehlenswert, diese in die Deeskalation zu integrieren, weshalb im Folgenden untersucht wird, inwieweit das ProDeMa® und die Gewalteskalation nach Breakwell miteinander korrelieren.

Die Deeskalationsstufe I, bei der es um die Verhinderung der Entstehung von Gewalt geht, kann nicht direkt einer Phase der Eskalation nach Breakwell zugeordnet werden. Hierbei geht es vielmehr um eine grundlegende Neugestaltung der stationären Regelungen, die somit als Basis für die Verhinderung von Gewalteskalation gelten können. Auch die Deeskalationsstufe II, in welcher die Pflegenden ihre Haltung gegenüber aggressiven Patienten überdenken und die eigenen Gefühle sowie Handlungsweisen reflektieren sollten, scheint sich nicht mit einer der Angriffsphasen nach Breakwell verbinden zu lassen. Denn in diesen Phasen der Eskalation von Aggression und Gewalt werden ausschließlich die Sichtweise und das Verhalten des Angreifers, also des Patienten, dargestellt. Es wird kein Bezug dazu genommen, inwiefern die Mitarbeiter in angespannten Situationen durch ihr eigenes Verhalten die Eskalation beeinflussen.

In der Auslösephase beschreibt Breakwell den Beginn aggressiven Verhaltens aufgrund individuell empfundener Bedrohungen, was an der Abweichung von dem Normalverhalten sichtbar wird. Die Erkennung dieser Risikofaktoren könnte mit der Deeskalationsstufe III verbunden werden, da die Pflegenden in dieser Phase des ProDeMa® versuchen, die Ursachen der Aggression eines Patienten zu erkennen. Durch die Wahrnehmung der Gefühle, Probleme und Intentionen, die sich hinter gewalttätigem Verhalten verbergen, können angepasste Deeskalationsmaßnahmen ergriffen werden. Dieser Aspekt könnte als Beginn der Verhinderung von Gewalteskalation sowie einer erfolgreichen Deeskalation bewertet werden.

Darauf aufbauend scheint sich die Deeskalationsstufe IV anzuknüpfen, in der direkte kommunikative Deeskalationstechniken verdeutlicht werden. Da Wesuls, Heinzmann und Brinker betonen, frühestmöglich zu intervenieren, da so eine Deeskalation am erfolgreichsten ist, sollten Pflegende schon in der Auslösephase versuchen, beruhigend auf den Patienten einzuwirken. Werden die Abweichungen des Verhaltens und somit das auslösende Ereignis der Aggressionseskalation nicht erkannt, kann trotzdem versucht werden, in der Eskalationsphase durch kommunikative Deeskalation zu intervenieren. Hierbei sollten jedoch die Regeln der Gesprächsführung beachtet werden. Denn Breakwell betont, dass in der Eskalationsphase die Körperhaltung des Gegenübers oftmals als bedrohlich empfunden wird. Hieraus wird erneut deutlich, wie elementar das Auftreten der Pflegenden ist und dass dieses in der Interaktion mit dem Patienten durch zurückhaltende Körpersprache geprägt sein sollte.

Die Erholungsphase erscheint irreführend, da sich zunächst das Verhalten des Patienten in Richtung des Grundverhaltens entwickelt. Doch wie bereits erwähnt, ist die Gefahr erneuter Ausbrüche und Übergriffe an dieser Stelle am größten, da die Stufen zuvor übersprungen werden. Dieses scheint maßgeblich bei der Deeskalation zu sein, weshalb Pflegende diesen Aspekt möglichst berücksichtigen sollten. Jedoch fehlt in den sechs Stufen der Deeskalation die explizite Betrachtung des kritischen Anteils der Erholungsphase.

Das ProDeMa® erklärt, dass in jeder Stufe der Deeskalation interveniert werden kann. Breakwell hingegen erläutert, dass Patienten, die sich in der Phase der Krise befinden, nicht mehr auf rationale Deeskalationsmaßnahmen ansprechen und häufig Fixierungen oder andere Zwangsmaßnahmen angewendet werden. Dieses

könnte als Diskrepanz zwischen der Theorie von Breakwell und dem ProDeMa® bewertet werden. Zudem lässt sich daraus schließen, dass Breakwell die Immobilisation des Patienten nicht als Deeskalation ansieht. In dem ProDeMa® spielen diese Techniken im Umgang mit dem akut übergriffenen Patienten jedoch eine bedeutende Rolle, denn die Deeskalationsstufe VI beschreibt ausführlich die korrekte Durchführung der Fixierung. Zwar betonen Wesuls, Heinzmann und Brinker, dass diese deeskalierenden Maßnahmen nur bei Fremd- oder Eigengefährdung durchgeführt werden sollten, dennoch wird deutlich, dass es in einigen akuten Fällen keine Alternative zu geben scheint.

Die Phase der Depression wird in dem ProDeMa® nicht betrachtet. Es fehlen pflegerische Maßnahmen, die nach dem gewalttätigen Verhalten von Patienten erforderlich sein könnten.

Abschließend kann festgehalten werden, dass in dem ProDeMa® einige der Angriffsphasen nach Breakwell integriert werden, was als grundlegend für einen erfolgreichen Umgang mit aggressivem Verhalten seitens Patienten erachtet werden kann. Denn sollten Pflegende kein Verständnis für die Entstehung einer Gewalteskalation entwickeln, so erscheint es problematisch professionell und vor allem wirksam, intervenieren zu können. Darüber hinaus wird deutlich, dass die Betreuung des Patienten nach einem gewalttätigen Übergriff keine Berücksichtigung im ProDeMa® findet.

Im Hinblick auf die Bewältigung körperlicher Übergriffe von Patienten beschreibt das ProDeMa®, dass die emotionale Unterstützung von Gewalt betroffener Pflegekräfte bedeutend ist. Innerhalb dieser Nachsorge beteiligter Pflegenden, die, wie bereits in der Arbeit deutlich wurde, durch gewalttätige Übergriffe von Patienten psychisch belastet sind, betont ProDeMa® die Wichtigkeit der Unterstützung durch die Mitarbeiter oder die Einrichtung. Dennoch wirkt dieser Punkt, im Vergleich zu der scheinbaren Belastung von Pflegenden, zu kurz gefasst, da konkrete Bewältigungsmöglichkeiten fehlen.

6. Diskussion

Anschließend an die Analyse des ProDeMa® werden diese Ergebnisse im Folgenden kritisch reflektiert.

In Bezug auf konkrete Interventionsmaßnahmen bei aggressivem Verhalten von Patienten, kann festgehalten werden, dass die aufgeführten Empfehlungen der Deeskalation äußerst abstrakt und theoretisch dargestellt wirken. Aufgrund dessen erscheint es schwierig, hier direkte Maßnahmen ableiten zu können. Vielmehr geht es zu Beginn des Konzeptes um eine Veränderung der Grundhaltung der Pflegenden, dem Eruiern der Hintergründe von übergriffigen Patienten sowie dem Ziel, zu erkennen, dass die eigene Gefühle, die durch das aggressive Verhalten ausgelöst werden, einen Einfluss auf die Gewalteskalation haben.

Zudem macht das ProDeMa® deutlich, dass es als Grundlage der Deeskalation erforderlich ist, die stationären Bedingungen und Regelungen zu verändern. Auf die stationäre Psychiatrie übertragen, könnte dieses bedeuten, Zwangsmaßnahmen und Fixierungen zu überdenken sowie andere Möglichkeiten der Besänftigung des übergriffen Patienten zu finden, um diesem dadurch möglichst viele Freiräume schaffen zu können. Doch wie in der Arbeit bereits deutlich wurde, sind die Bedingungen auf psychiatrischen Stationen durch gesetzliche Bestimmungen geprägt, weshalb sich die Veränderungen der Rahmenbedingungen als schwierig gestalten könnten. An dieser Stelle wären konkretere Vorschläge, welche Maßnahmen erforderlich sind, um das Aggressionsrisiko dieser speziellen Patientengruppe zu verringern, wünschenswert. Das ProDeMa® stellt jedoch einen Praxisleitfaden für alle Gesundheitsberufe dar, und ist nicht speziell auf psychiatrische Einrichtungen ausgerichtet. Aus diesem Grund ist eine Erweiterung der Deeskalationsmaßnahmen, im Hinblick auf spezifische Bedingungen sowie Krankheitsbilder psychiatrischer Stationen, sinnvoll und unerlässlich.

In dem Vergleich der Stufen der Deeskalation mit den Angriffsphasen wird ersichtlich, dass es einige Überschneidungen zwischen dem Konzept des ProDeMa® und dem Modell von Breakwell zu geben scheint.

Dennoch werden einige Aspekte, wie die Phase der Depression, die Breakwell nach der aggressiven Handlung eines Patienten beschreibt, in dem ProDeMa® nicht berücksichtigt. Doch es scheint, als bedürfen Patienten auch in der

depressiven Phase professionelle Betreuung sowie Unterstützung, vor allem da Fixierungsmaßnahmen für den Patienten eine psychische Belastung darstellen. Aus diesem Grund wäre es angebracht, diesen Punkt in das Aggressionsmanagement zu integrieren, um eine bedürfnisorientierte pflegerische Versorgung zu optimieren. Darüber hinaus könnten Pflegende durch die Annäherung sowie die Unterstützung in dieser emotional labilen Phase vermutlich eine Prävention weiterer gewalttätiger Übergriffe erreichen.

Im Hinblick auf die Betrachtung der Bewältigung gewalttätiger Situationen von Pflegekräften kann festgehalten werden, dass in dem ProDeMa® die Nachsorge Betroffener nur andeutend skizziert wird. Es bleibt offen, inwiefern Pflegende tatsächlich belastet sind und wie diese konkret, durch die Mitwirkung der Station und Stationsleitung Hilfe und Entlastung erhalten können. An dieser Stelle wären weitere Unterstützungsmöglichkeiten, Ansprechpartner sowie eine teamorientierte Nachbesprechung der gewalttätigen Situation wünschenswert.

Abschließend kann festgehalten werden, dass durch die Auswahl des ProDeMa® als Konzept des Aggressionsmanagements, nur bestimmte Ansätze beleuchtet werden konnten, was potenziell zu einer Einschränkung der Betrachtung von Deeskalationsmaßnahmen führt. Alternative Konzepte setzen möglicherweise abweichende Schwerpunkte, wodurch andere Ergebnisse bezüglich der Interventionsmöglichkeiten von Pflegenden erfasst werden würden. Demnach wäre ein Vergleich verschiedener Deeskalationskonzepte, gerade im Hinblick auf deren Anwendbarkeit in der Praxis sowie deren Wirksamkeit, sinnvoll.

Zudem bezieht sich das ProDeMa® auf alle Gesundheitsberufe und richtet sich nicht speziell an Mitarbeiter psychiatrischer Einrichtungen. Aus diesem Grund konnten keine spezifischen, dieser Patientengruppe zugeordneten Maßnahmen verdeutlicht oder abgeleitet werden. Hier wäre es empfehlenswert, gerade aufgrund des erhöhten Vorkommens von Gewalt auf psychiatrischen Stationen, das Deeskalationskonzept dementsprechend anzupassen und zu erweitern.

7. Fazit

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, den professionellen Umgang von Pflegekräften mit aggressivem Verhalten von Patienten auf psychiatrischen Stationen anhand der analytischen Betrachtung des ProDeMa® zu untersuchen.

In Bezug auf die Fragestellung, wie Pflegende bei aggressivem und gewalttätigem Verhalten von Patienten durch Deeskalation intervenieren können, wird in der Arbeit deutlich, dass das ProDeMa® einen Überblick über mögliche Deeskalationsmaßnahmen bei übergriffigen Patienten schafft. Diese Maßnahmen beschränken sich zunächst auf die Reflexion eigener Handlungsweisen und dem Erleben gewalttätiger Übergriffe sowie dem Erkennen der Ursachen aggressiven Verhaltens. Darauf aufbauend werden konkretere verbale und nonverbale Kommunikationskompetenzen der Pflegenden beschrieben. Das ProDeMa® betont zudem, dass Pflegende für die Bewältigung direkter gewalttätiger Übergriffssituationen spezifische Abwehrtechniken erlernen müssen sowie eine patientenorientierte Fixierung durchführen sollten.

Da die Phasen der Gewalteskalation als grundlegendes Verständnis der Deeskalation von Bedeutung sind, um professionell intervenieren und geeignete Maßnahmen treffen zu können, wurde zu Anfang die Frage gestellt, inwiefern das ProDeMa® dieses einbezieht. Wie in Kapitel vier beschrieben, beinhaltet die Eskalation der Gewalt nach Breakwell die Auslösephase, Eskalationsphase, die Krise, die Erholungsphase und abschließend die Phase der Depression. Das Konzept ProDeMa® verdeutlicht ein sechsstufiges Modell der Deeskalation.

Im Hinblick auf die Implikation der Angriffsphasen nach Breakwell in das Konzept des ProDeMa® wird deutlich, dass einige Phasen der Eskalation mit den Stufen der Deeskalation in Verbindung gebracht werden können. Die Auslösephase lässt sich mit der Deeskalationsstufe III verknüpfen, da es hier um die Wahrnehmung des veränderten Verhaltens und dem Erfassen der Beweggründe von Gewalt geht. So kann möglicherweise eine Prävention gewalttätiger Übergriffe erreicht werden. Die kommunikativen Deeskalationstechniken, die in der Deeskalationsstufe IV beschrieben werden, sind in der Auslösephase sowie in der Eskalationsphase als Intervention anwendbar.

Die Deeskalationsstufe VI erläutert die Immobilisation des Patienten als Deeskalationsmaßnahme. Auch Breakwell betont die Anwendung von Fixierungen in der Phase der Krise, weshalb an dieser Stelle ein Zusammenhang hergestellt werden kann. Jedoch scheinen beide die Deeskalation unterschiedlich zu definieren, denn Breakwell verbindet eine Deeskalation nur mit kommunikativen Interventionstechniken.

Die Erholungsphase nach Breakwell, die deshalb so kritisch zu betrachten ist, da hier häufig erneute Gewaltausbrüche stattfinden, wird im ProDeMa® nicht berücksichtigt. Auch die Phase der Depression, in derer der Patient mit seinen eigenen negativen Gefühlen bezüglich seiner aggressiven Handlung konfrontiert wird, findet im ProDeMa® keine Beachtung.

Es wird im ProDeMa® deutlich, dass Pflegende, denen Gewalt von Patienten widerfahren ist, Unterstützung sowie Begleitung durch Mitarbeiter und von Seiten der Station erhalten sollten. Doch dieser Aspekt erscheint nicht detailliert genug und verdeutlicht nicht, inwieweit Pflegende tatsächlich psychisch belastet sind. Aus diesem Grund wäre es zukünftig bedeutend, umfassende Möglichkeiten der Bewältigung zu ergründen, um hieraus praktische Empfehlungen für betroffene Pflegekräfte abzuleiten und diese in die Arbeit auf psychiatrischen Stationen zu integrieren.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen, dass Pflegende auf psychiatrischen Stationen, aufgrund verschiedener Risikofaktoren der zugehörigen Patientengruppe, gewalttätigem Verhalten von Patienten ausgesetzt sind. Zudem konnten die Auswirkungen auf die Pflegenden in der Arbeit verdeutlicht werden, was einerseits die Präsenz des Themas verstärkt und andererseits die Wichtigkeit einer professionellen Deeskalation unterstützt.

Die Integration von Deeskalationsmaßnahmen in die Praxis auf psychiatrischen Stationen, stellt hierbei den ersten Schritt für einen professionellen Umgang mit Aggression seitens Patienten dar. Dadurch können spezifische und patientenorientierte Maßnahmen ergriffen werden, was zu einer Minimierung der gewalttätigen Übergriffe führt und darüber hinaus vermutlich die Qualität der pflegerischen Versorgung erhöht. Darüber hinaus können Pflegekräfte einen professionellen Umgang mit aggressiven Patienten entwickeln und erleben die eigene pflegerische Tätigkeit als wirksam.

Damit Pflegende lernen ihre Handlungsweisen zu reflektieren und gleichzeitig die eigenen Kompetenzen erweitern können, ist es notwendig, Pflegekräfte verstärkt in Aus- und Weiterbildungen bezüglich des Aggressionsmanagements zu schulen. Durch genannte Schulungen kann erreicht werden, dass Pflegende eine veränderte Grundhaltung im Hinblick auf aggressives Verhalten von Patienten entwickeln und somit das eigene Handeln in kritischen Situationen verbessern. Zusätzlich erlernen Pflegekräfte spezielle Deeskalationstechniken und erlangen Sicherheit im Umgang mit patientenorientierten Fixierungen.

Abschließend kann betont werden, dass die Bewältigung aggressiven Verhaltens und gewalttätiger Übergriffe von Patienten, die Pflegekräfte auf psychiatrischen Stationen vor eine große und komplexe Herausforderung stellt. Für den Umgang mit dieser Problematik, erscheinen eine hohe Professionalität sowie spezifische Kompetenzen der Pflegenden maßgeblich. Um dieses erreichen zu können, sollte ein auf die Psychiatrie zugeschnittenes Aggressionsmanagement, unter Berücksichtigung der spezifischen Patientengruppe sowie den Belastungen aller beteiligten Personen, konzipiert werden.

Literaturverzeichnis

- Arnetz, J.E. & Arnetz, B.B. (2001). Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care. *Social Science and Medicine* 52 (3), 417–427.
- Auberbach P. & Baltes B. (2004). Gewaltfreie Psychiatrie als Utopie – Eskalation und Deeskalation in psychiatrischen Kliniken / Viele Möglichkeiten, das Ausmaß von Gewalt zu reduzieren. In: *Kerbe – Forum für Sozialpsychiatrie* 3/2004. S. 18.
<http://www.kerbe.info/inhalt/kerbe-forum-fur-sozialpsychiatrie-heft-32004/>,
Download am 26.04.2014
- Bähr-Heintze K. & Stern S. (2006). Methoden der Pflegepraxis. In: Gaßmann M., Marschall W., Utschakowski J. (Hrsg.). *Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege – Mental Health Care*; S. 119ff. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Baker J.A., Bowers L., Owiti J.A. (2009). Wards features associated with high rates of medication refusal by patients: a large multi-centred survey. *General Hospital Psychiatry* 31(1), 80-89.
- Berge, von dem U. (2010). Pflegeprozess. In: Amberger S. & Roll S. C. (Hrsg.). *Psychiatriepflege und Psychotherapie*; S. 17. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Berthold-Losleben M., Wohlhüter H., Schneider F (2012). Psychoedukation und Angehörigenarbeit In: Schneider F. (Hrsg.). *Facharztwissen Psychiatrie und Psychotherapie*; S. 199. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

- Bierhoff H.W. & Wagner U. (1998). Aggression: Definition, Theorie und Themen.
In: Bierhoff H.W. & Wagner U. (Hrsg.). *Aggression und Gewalt – Phänomene, Ursachen und Interventionen*; S 6. Stuttgart, Berlin, Köln: Verlag W. Kohlhammer.
- Breakwell G. M. (1998). *Aggression bewältigen – Umgang mit Gewalttätigkeit in Klinik, Schule und Sozialarbeit*, 1. Auflage; S. 55-59. Bern: Verlag Hans Huber.
- Chambers N. (1998). 'We have to put up with it—don't we?' The experience of being the registered nurse on duty, managing a violent incident involving an elderly patient: a phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing* 27(2), 429–436.
- Chen S., Hwu H., Williams R.A. (2005). Psychiatric nurses' anxiety and cognition in managing psychiatric patients' aggression. *Archives of Psychiatric Nursing* 19 (3), 141-149.
- Cowin L., Davies R., Estall G., Berlin T., Fitzgerald M., Hoot S. (2003). De-escalating aggression and violence in the mental health setting. *International Journal of Mental Health Nursing* 12, 64–73.
- Dack C., Ross J., Papadopoulos C., Stewart D., Bowers L. (2013). A review and meta-analysis of the patient factors associated with psychiatric in-patient aggression. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 127 (4), 255-268.
- Davison G.C., Neale J.M., Hautzinger M. (2007). *Klinische Psychologie*, 7., vollständig überarbeitete Auflage; S. 59, 68, 307, 311, 366f, 371. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) (Hrsg.) (2009). Leitlinie „*Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie*“ – Langfassung; S. 2, 12. Registernummer 038 – 022. <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-022.html>, Download am 26.04.2014
- Dilling H., Mombour W., Schmidt M.H. (Hrsg.) (2011). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien*, 8., überarbeitete Auflage; S. 127. Bern: Verlag Hans Huber.
- Dinkel J. (2012). Aggression in klinischen Psychiatrien. In: Walter G., Nau J., Oud N. (Hrsg.). *Aggression und Aggressionsmanagement – Praxishandbuch für Gesundheits- und Sozialberufe*, 1. Auflage; S. 313ff, 318. Bern: Verlag Hans Huber.
- Distasio C. A. (1994). Violence in health care: Institutional strategies to cope with the phenomenon. *The Health Care Supervisor*, 12 (4), 1–34.
- Dodegge G. & Zimmermann, W. (2003). *PsychKG NRW – Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten, Praxiskommentar*, 2. Auflage; S. 100f. Stuttgart, München, Hannover, Berlin, Weimar, Dresden: Richard Boorberg Verlag.
- Fazel S., Gulati G., Linsell L., Geddes J.R. & Grann M. (2009). Schizophrenia and violence: systematic review and metaanalysis. *PLoS Medicine* 6(8).
- Flannery, R., Hanson, M., Penk, W. (1995). Patients' threats. Expanded definition of assault. *General Hospital Psychiatry* 17 (6), 451–453.
- Fry, A.J., O'Riordan, D., Turner, M., Mills, K.L. (2002). Survey of aggressive incidents experienced by community mental health staff. *International Journal of Mental Health Nursing* 11 (2), 112–120.

- Gebhardt R.P. & Steinert T. (1998). Innere Struktur der stationären psychiatrischen Krankenhausversorgung 22 Jahre nach der Psychiatrie-Enquete. *Nervenarzt* 69, 791–798.
- Härter M. & Schneider F. (2012). Affektive Störungen (F3). In: Schneider F. (Hrsg.). *Facharztwissen Psychiatrie und Psychotherapie*; S. 296, 299-302. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Hautzinger M. & Thies E. (2009). *Klinische Psychologie – Psychische Störungen Kompakt*, 1. Auflage; S. 14f, 52, 54, 63f. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Hellweg R. & Strittmatter E.I. (2006). Gerontopsychiatrie. In: Gaßmann M., Marschall W., Utschakowski J. (Hrsg.). *Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege – Mental Health Care*; S. 322. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Hippold I. (2006). Aggressionsmanagement – Deeskalationsstrategien. In: Gaßmann M., Marschall W., Utschakowski J. (Hrsg.). *Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege – Mental Health Care*; S. 183f. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Hubl D., Koenig T., Strik W., Dierks T. (2008). Halluzinationen – Psychologie. In: Kircher T. & Gauggel S. *Neuropsychologie der Schizophrenie – Symptome, Kognition, Gehirn*; S. 394. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Jander U. (2010). Krankenbeobachtung in der Psychiatrie. In: Amberger S. & Roll S.C. (Hrsg.). *Psychiatriepflege und Psychotherapie*; S. 102. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Jung, M. (2002). Aggression und Gewalt aus jugendpsychiatrischer Sicht. In: Ostendorf H., Köhnken G., Schütze G. (Hrsg.). *Aggression und Gewalt*; S. 47. Frankfurt am Main: Europäischer Verlag der Wissenschaften.

- Jurgeleit A. (Hrsg.)(2010). *Betreuungsrecht – Handkommentar*, 2. Auflage; S. 451. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Köhler T. (2012). *Psychische Störungen – Symptomatologie, Erklärungsansätze, Therapie*, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage; S 89ff, 122. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Kosten T.R. & Ziedords D.M. (1997). Substance Abuse and Schizophrenia: Editors' Introduction. *Schizophrenia Bulletin* 23(2), 181-186.
- Kropp K. (2010). Beziehungsgestaltung zum Patienten. In: Amberger S. & Roll S.C. (Hrsg.). *Psychiatriepflege und Psychotherapie*; S. 97f. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Lang U. (2013). *Innovative Psychiatrie mit offenen Türen – Deeskalation und Partizipation in der Akutpsychiatrie*; S. 5f, 10, 22, 50f. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Leube D. & Pauly K. (2008). Ich-Störungen – Psychologie. In: Kircher T. & Gauggel S. *Neuropsychologie der Schizophrenie – Symptome, Kognition, Gehirn*; S. 485. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Stangl W. (2012). Prävalenz. *Lexikon für Psychologie und Pädagogik*. <http://lexikon.stangl.eu/4558/praevalenz/>, Zugriff am 26.05.2014
- Magnavita, N. & Tarja Heponiemi (2012). Violence towards health care workers in a Public Health Care Facility in Italy: a repeated cross-sectional study. *BMC Health Services Research* 12 (108).
- Markov V. & Habel U. (2008). Affektstörungen. In: Kircher T. & Gauggel S. *Neuropsychologie der Schizophrenie – Symptome, Kognition, Gehirn*; S. 509. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

- Meyer M. (2006). Die Rolle der Pflegenden in der Psychiatrie. In: Gaßmann M., Marshall W., Utschakowski J. (Hrsg.). *Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege – Mental Health Care*; S. 67f, 72. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Meyer T.D & Bauer M. (2011). Bipolare Störungen. In: Wittchen H.-U. & Hoyer J. (Hrsg.). *Klinische Psychologie & Psychotherapie*, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage; S. 869. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Moritz S. & Lincoln T. (2008). Wahn – Psychologie. In: Kircher T. & Gauggel S. *Neuropsychologie der Schizophrenie – Symptome, Kognition, Gehirn*; S. 457. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Needham, I., Abderhalden, C., Halfens, R. J. G., Fischer, J. E. & Dassen, T. (2005). Non-somatic effects of patient aggression in nurses: a systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing* 49 (3), 283 – 296.
- Needham I. & Sauter D. (2011). Aggression und Gewalt. In: Sauter D., Abderhalden C., Needham I., Wolff S. (Hrsg.). *Lehrbuch Psychiatrische Pflege*, 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage; S. 619, 621, 623. Bern: Verlag Hans Huber.
- Nijman H.L.I., Allertz W.F.F., Merckelbach H.F., Campo J., Ravelli D. (1997). Aggressive Behaviour on an Acute Psychiatric Admissions Ward. *European Journal of Psychiatry* 11(2), 106–114.
- Oud N., Nau J., Walter G. (2012). Aggression und Gewalt – ein Problem für das Gesundheitswesen. In: Walter G., Nau J., Oud N. (Hrsg.). *Aggression und Aggressionsmanagement – Praxishandbuch für Gesundheits- und Sozialberufe*, 1. Auflage; S. 40ff, 48. Bern: Verlag Hans Huber.

- Probst M. (2010). *Betreuungs- und Unterbringungsverfahren für die gerichtliche, anwaltliche, behördliche und Betreuungspraxis*, 2., völlig neu bearbeitete und wesentlich erweiterte Auflage; S. 186. Berlin: Erich Schmidt Verlag.
- Richter D. & Berger K. (2001). Patientenübergriffe auf Mitarbeiter – Eine prospektive Untersuchung der Häufigkeit, Situation und Folgen. *Der Nervenarzt*, 72, 693-699. Springer Verlag.
- Richter D. (2007). *Patientenübergriffe – Psychische Folgen für Mitarbeiter. Theorie, Empirie und Prävention*, 1. Auflage; S. 76. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Richter D. (2008). Entstehung und Prävention von Gewaltsituationen. In: Landschaftsverband Rheinland, Dezernat Gesundheit / Heilpädagogische Netzwerke, LVR-Amt für Klinikplanung (Hrsg.). *Krankenhaus im Wandel – Patientensicherheit in der Psychiatrie. Dokumentation der Fachtagung am 20. November 2008 beim Landschaftsverband Rheinland in Köln*; S. 90. http://www.lvr.de/de/nav_main/kliniken/metanavigation_1/service_3/publikationen_3/publikationen_cp_4_405.jsp, Download am 22.04.2014
- Richter D. (2012). Theorie und Modelle für Aggression und Gewalt gegen Mitarbeiter im Gesundheitswesen. In: *Aggression und Aggressionsmanagement - Praxishandbuch für Gesundheits- und Sozialberufe*, 1. Auflage; S. 69f. Bern: Verlag Hans Huber.
- Salerno S., Dimitri L., Talamanca I.F. (2009): Occupational Risk due to Violence in a psychiatric ward. *Journal of Occupational Health* 51(4), 349-54.
- Sauter, D. & Richter, D. (Hrsg.) (1997). *Gewalt in der psychiatrischen Pflege*, S. 9, 32, 41. Bern: Verlag Hans Huber.
- Sauter D. (2011). Versorgung. In: Sauter D., Abderhalden C., Needham I., Wolff S. (Hrsg.). *Lehrbuch Psychiatrische Pflege*, 3., vollständig überarbeitete Auflage; S. 185f, 200f. Bern: Verlag Hans Huber.

Schädle-Deiningner H. (2010): *Fachpflege Psychiatrie*; S. 75f. Frankfurt: Mabuse Verlag.

Schirmer U., Mayer M., Vaclav J., Papenberg W., Martin V., Gaschler F., Özköylü S. (2012). *Prävention von Aggression und Gewalt in der Pflege – Grundlagen und Praxis des Aggressionsmanagements für Psychiatrie und Gerontopsychiatrie*, 3., aktualisierte Auflage; S. 11f, 15ff, 58. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.

Schulz M. (2003). Rekonzeptionalisierung als wesentliches Element einer qualitativ hochwertigen psychiatrischen Pflege. *Pflege & Gesellschaft* 8(4), 140-145.

Swanson J.W., Swartz M.S., Van Dorn R.A., Elbogen E.B., Wagner H.R., Rosenheck R.A., Stroup T.S., McEvoy J.P., Lieberman J.A. (2006). A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 63(5), 490-499.

Treeck, van B., Bergmann F., Schneider F. (2012). Psychosoziale Versorgung. In: Schneider F. (Hrsg.). *Facharztwissen Psychiatrie und Psychotherapie*; S. 15. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Wahl K. (2009). *Aggression und Gewalt – Ein biologischer, psychologischer und Sozialwissenschaftlicher Überblick*; S. 10. Heidelberg: Spectrum Akademischer Verlag.

Weber-Papen S. & Schneider F. (2012). Unterbringung. In: Schneider F. (Hrsg.). *Facharztwissen Psychiatrie und Psychotherapie*; S. 582, 584. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Wesuls, R. (2004). Professionelles Deeskalationsmanagement (ProDeMa®) – Ein umfassendes Konzept zum professionellen Umgang mit Gewalt und Aggression in Gesundheitsinstitutionen. *Pflegemagazin* 5, 19-26.

- Wesuls R., Heinzmann T., Brinker L. (2005). *Professionelles Deeskalationsmanagement (ProDeMa) - Praxisleitfaden zum Umgang mit Gewalt und Aggression in den Gesundheitsberufen*, 4. Auflage; S 3, 15f, 19, 21f, 24, 33-37, 39f, 45, 47, 55ff, 65f.
<http://www.ukbw.de/fileadmin/ukbw/media/dokumente/praevention/bgm/literatur/ProDeMa-Broschuere.pdf>, Download am 27.05.2014
- Wolff S. (2011a). Pflegebeziehung und Interaktion. In: Sauter D., Abderhalden C., Needham I., Wolff S. (Hrsg.). *Lehrbuch Psychiatrische Pflege*, 3., vollständig überarbeitete Auflage; S. 310. Bern: Verlag Hans Huber
- Wolff S. (2011b). Stigmatisierung. In: Sauter D., Abderhalden C., Needham I., Wolff S. (Hrsg.). *Lehrbuch Psychiatrische Pflege*, 3., vollständig überarbeitete Auflage; S. 998. Bern: Verlag Hans Huber.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig 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.

Hamburg, 30.05.2014

Lena Schrader