Berner Fachhochschule
Haute école spécialisée bernoise
Bern University of Applied Sciences

Verbale und non-verbale Deeskalation in psychiatrischen Einrichtungen

Dirk Richter

Strategie zur Gewaltvermeidung - Überblick

- Verstehen der Situationsdynamik
  - aversive Stimulation
- Vorbereitung
  - auf organisatorischer Ebene
  - auf persönlicher Ebene
- elementare Deeskalationsregeln
  - z.B. Zeitgewinn, Entscheidungsfindung, Einstellungen
- Deeskalationsstrategie
  - Herstellung einer sicheren Lage
  - Aufbau einer Arbeitsbeziehung zum ‚Aggressor'
  - Identifikation und Umgang mit elementaren Bedürfnissen
  - Umgang mit Emotionen
  - Umgang mit Restriktionen
  - Aufbau von Optionen und Alternativen

Lokalisierung der Übergriffe auf einer geschlossenen Station

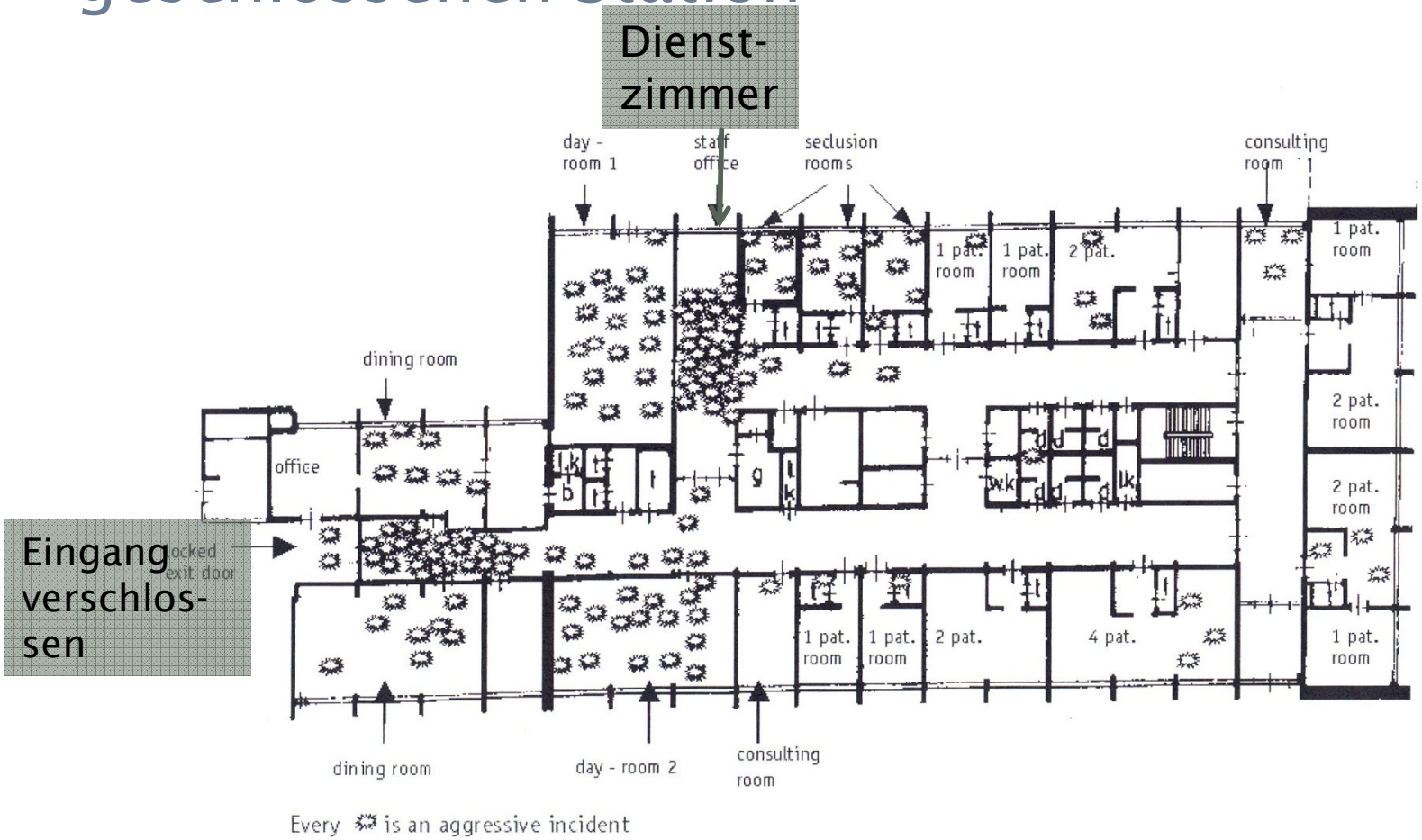
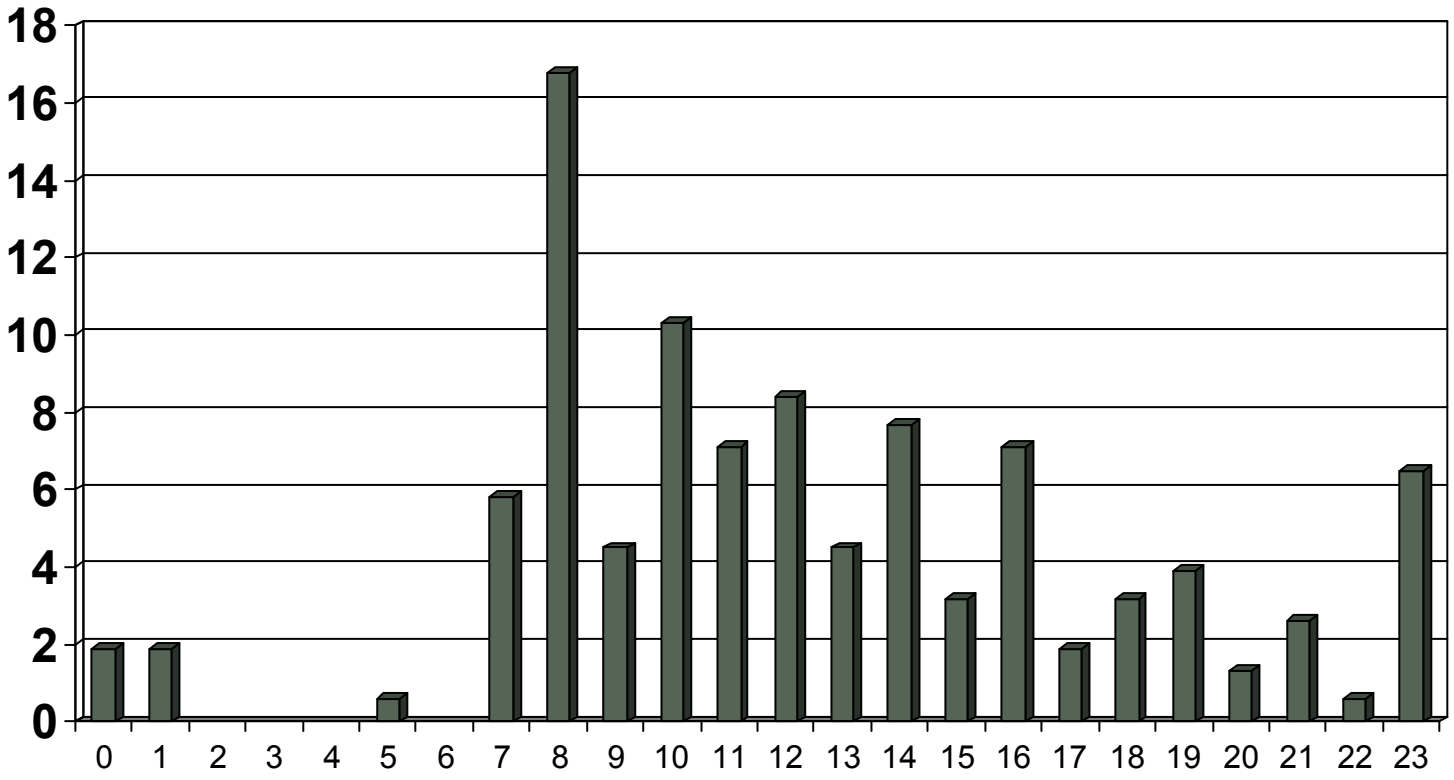


Figure 1. *Locations of aggressive incidents.*

Be Nijman, HLI et al: Aggressive behaviour on an acute psychiatric admission ward. European Psychiatry 11 (1997), 106-114

Anzahl der Patientenübergriffe nach Uhrzeit (Stunden, in Prozent) N = 155



Richter D: Patientenübergriffe auf Mitarbeiter psychiatrischer Kliniken. Freiburg: Lambertus 1999

Was geht einer aggressiven Handlung voraus?

- 1. Interaktion zwischen Patienten und Mitarbeitenden
  - davon am häufigsten: Restriktionen, Limit-Setting, Aufforderung zur Einnahme der Medikation
- 2. Verhaltensweisen
  - davon am häufigsten: Agitation, motorische Unruhe
- 3. Interaktion zwischen Patienten
- 4. Keine klaren Ursachen
- 5. Symptome einer Störung

Papadopoulos C et al: The antecedents of violence and aggression within psychiatric in-patient settings. Acta Psychiatrica Scandinavica 125 (2012), 425-439

Unterschiedliche Wahrnehmungen der Ursachen von Patientenübergriffen

- Erfragt wurden die Wahrnehmungen über Ursachen der Übergriffe bei Patienten und Mitabeitern (% Pat. vs. % MA)
- Psychische Krankheit (33% vs. 59%)
- Konflikte und Grenzsetzungen (67% vs. 41%)
  - Mitarbeiter hören Patienten nicht zu
  - Patienten fühlen sich provoziert
  - ungenügende Kommunikation zwischen MA und Pat.
  - Patientenbedürfnisse nicht von MA befriedigt
  - Patienten das Rauchen verboten
  - Patienten verweigern Anordnungen

Ilkiw-Lavalle O, Grenyer B: Differences between patient and staff perceptions of aggression in mental health units. Psychiatric Services, 54, 2003, 389-393

Verständnis der Situationsdynamik

- Eskalation ist gewöhnlich angestossen durch aversive Stimulation (z.B. Regelverletzungen)
- Gewalt wird in der Regel nicht ohne subjektiven Grund ausgeübt
  - schon die geschlossene Unterbringung ist eine extreme Belastung (und der Unterbringung ist oftmals eine Stresssituation vorausgegangen...)
- aggressive Menschen in einer Krisensituation sind aktuell nicht in der Lage, ihre Probleme auf eine andere Weise zu lösen
- Deeskalation sollte auf die Vermeidung (weiterer) aversiver Stimuli zielen

Aversive Stimulation

- im subjektiven Erleben fühlen sich die meisten aggressiven Patienten/Klienten zu ihrem Verhalten provoziert
- Gewalt wird in der Regel nicht ohne subjektiven Grund ausgeübt
- psychologisch gesehen kommt es in den meisten Fällen zu einer aversiven Stimulation durch das Verhalten der Beteiligten/die Situation (geschlossene Tür, Verweigerung von Wünschen etc.)
- die psychische Reaktion kann durch die Grunderkrankung oder Behinderung verstärkt werden

Persönliche Ebene
Aversive Stimulation: Körpersprache

Persönliche Ebene
Aversive Stimulation: Körpersprache

Persönliche Ebene
Aversive Stimulation: Gesichtsausdruck

Persönliche Ebene
Aversive Stimulation: Gesichtsausdruck

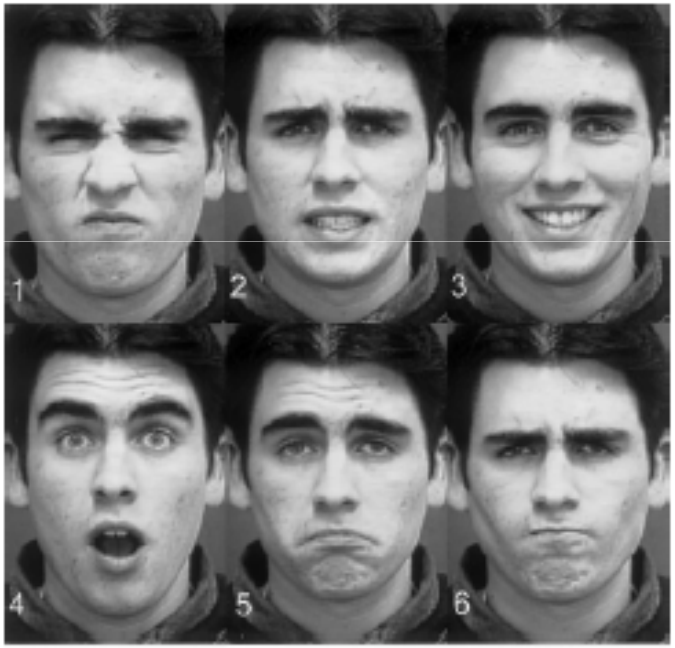


Fig. 1. Basic facial expression phenotypes. 1, disgust; 2, fear; 3, joy; 4, surprise; 5, sadness; 6, anger. Posed images from Kanade et al. (2000).

Persönliche Ebene
Aversive Stimulation: Verbale Kommunikation

- Intonation: laut, tief, hoch, schrill
- Unterton: ironisch, aggressiv
- Inhalte:
  - warnen
  - lächerlich machen
  - zurechtweisen
  - beschimpfen
  - moralisieren
  - ...

Deeskalation: Organisationslevel

- sämtliche Mitarbeiter einer Station o.ä. sollten im Bereich Aggressionsmanagement und ggf. Zwangsmaßnahmen trainiert sein
- eine herzliche und kooperative Atmosphäre sollte von jedem Mitarbeiter umgesetzt werden (zivilisatorische Grundlagen, Begrüssung, Höflichkeit etc.)
- die interprofessionelle Zusammenarbeit sollte verlässlich funktionieren
- offizielle Regelungen zum Umgang mit Aggressionen und Zwang sollten vorhanden sein
- je nach Gebiet sollten ein spezifisches Berichtswesen und Prädiktionsskalen im Einsatz sein

Deeskalationsstrategien – Synthese empirischer Studien

- Merkmale erfolgreicher DeeskalationsanwenderInnen
  - offen, ehrlich, unterstützend, selbstbewusst (ohne Arroganz), kohärent, nicht-wertend, nicht-drohend, nicht-autoritär, empathisch
- Aufrechterhaltung persönlicher Kontrolle
  - Ruhe bewahren trotz Angsterleben und Ärger; erleichtert adäquate Entscheidungen
- Verbale und non-verbale Fertigkeiten
  - ruhig, höflich, adäquate Körpersprache, aktives Zuhören, Augenkontakt

Price O, Baker J: Key components of de-escalation techniques: A thematic synthesis. International Journal of Mental Health Nursing 21 (2012), 310-319

Deeskalationsstrategien – Synthese empirischer Studien

- Intervention
  - Beziehungsaufbau, Autonomiebewahrung, Respektvermittlung, Alternativen anbieten; nicht-aggressives Begrenzen (limit setting)
- Zeitpunkt
  - frühe Intervention; unnötige Interventionen tragen u.U. zur Eskalation bei
- Umgebung beachten
  - Assessment der Räumlichkeiten; u.U. den/die PatientIn in eine ruhige Umgebung bitten

Price O, Baker J: Key components of de-escalation techniques: A thematic synthesis. International Journal of Mental Health Nursing 21 (2012), 310-319

Persönliche Konflikteigenschaften kennen und einsetzen

- Emotionen (z.B. Ärger, Angst, Feindseligkeit)
- Kognitionen (z.B. Erwartungen, Misstrauen, Zuschreibungen)
- Verletzbarkeiten (z.B. Beruf, professionelle Kompetenzen, Körpergröße, Aussehen, Geschlecht)
- verbaler und non-verbaler Kommunikationsstil (z.B. Argumentieren, Durchsetzungsfähigkeit, Köpersprache)
- individueller Konfliktstil (vermeidend oder angehend)

Grundlagen des Stress-Managements

- Eskalation bedeutet Stress (gestehen Sie sich das ruhig ein…)
- schaffen Sie sich eine Rollendistanz
  - reflektieren sie Normen und Anforderungen, die mit dem Beruf behaftet sind und ggf. zu modifizieren Sie diese Normen
- schaffen Sie sich eine Ambiguitäts-Toleranz
  - bauen Sie sich eine Fähigkeit auf, in Konfliktsituationen andere Positionen oder unsichere Lagen auszuhalten (‚dickes Fell‘)
- reagieren Sie nicht unmittelbar auf Provokationen

Umgang mit eigenem Ärger

- auf Provokationen vorbereiten: “Das wird mich gleich ärgern, aber ich kann damit umgehen.”
- Bedeutung des Konflikts einschätzen: “Wer wird sich in einer Woche oder in einem Monat noch daran erinnern?”
- eigene Erregung bewältigen: “Meine Muskeln spannen sich an, das ist mein Signal für entpannendes Ausatmen.”
- Nach dem Konflikt: “Ich hätte beruhigender wirken können. Was kann ich beim nächsten Mal besser machen?”

Nay, W. R. (2004). *Taking charge of anger: How to resolve conflict, sustain relationships, and express yourself without losing control*. Guilford Press, New York

10 Grundregeln der Deeskalalation

1. Zeigen Sie Empathie, Sorge, Respekt, Ernsthaftigkeit und Fairness
2. Machen Sie sich realistische Erwartungen: Kann diese Situation wirklich ohne Gewalt bewältigt werden?
3. Kontrollieren Sie nicht Ihr Gegenüber, sondern kontrollieren Sie die Situation
4. Falls möglich, teilen Sie die Risikoeinschätzung, die Entscheidungen, Verantwortung und Handlungen mit Ihren Kollegen
5. Deeskalation wirkt am Besten als frühe Intervention

Richter D: Non-physical conflict management and de-escalation. In: Richter D, Whittington R (eds.): Violence in Mental Health Settings: Causes, Consequences, Management. New York: Springer 2006

10 Grundregeln der Deeskalalation

6. Versuchen Sie Zeit zu gewinnen für sorgfältige Entscheidungen und zur Reduktion der Spannung (z.B. schauen Sie für ein paar Sekunden aus dem Fenster)
7. Halten Sie mindestens eine Armlänge Abstand zum Gegenüber
8. Führen Sie die Intervention mit sichtbarem Selbstbewusstsein aus, ohne zu provozieren
9. Vermeiden Sie Machtspiele zwischen Ihnen und dem Patienten
10. Beachten Sie auch die Sicherheit unbeteiligter Personen

Richter D: Non-physical conflict management and de-escalation. In: Richter D, Whittington R (eds.): Violence in Mental Health Settings: Causes, Consequences, Management. New York: Springer 2006

Deeskalation: Grundlegende Strategie

- Einschätzung von Gefahrenabwehr und Sicherheit in der gesamten Situation
- Kontaktaufnahme und Herstellung einer ‘Arbeitsbeziehung’ zum ‘Aggressor’
- Identifizierung und Handhabung substanzieller Probleme des ‘Aggressors’
- Umgang mit Gefühlen und Emotionen des ‘Aggressors’
- Optionen und Alternativen aufzeigen und vereinbaren

Roberts AR. Bridging the past and present to the future of crisis intervention and crisis management. In: Roberts AR, editor. Crisis Intervention Handbook: Assessment, Treatment, and Research. 3rd ed. New York/Oxford: Oxford University Press; 2005. p. 3-34.
Hammer MR. Saving Lives: The S.A.F.E. Model for Resolving Hostage and Crisis Incidents. Westport, Conn.: Praeger; 2007.

Einschätzung von Gefahrenabwehr und Sicherheit

- Aggressionslevel erkennen
- Gefahrenpotenziale identifizieren (Gegenstände, vulnerable Personen)
- Fluchtwege erkennen und ggf. vorbereiten
- Unterstützungsmöglichkeiten sichern
- eigene strategische Möglichkeiten abschätzen
  - traue ich mir das zu?
  - welche Alternativen stehen zur Verfügung?

Kontaktaufnahme und Arbeitsbeziehung

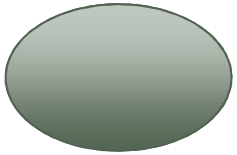
- Beziehungsaufnahme ist die Grundlage für eine effektive Deeskalation
- Wertschätzung der Person und des Problems kommunizieren („Ich verstehe, dass das ein grosses Problem für Sie ist, ich schätze Ihre Grundhaltung…“)
- Autonomie des ‚Aggressors‘ kommunizieren („Sie bestimmen mit…“)
- Status erkennen und aufrechterhalten (nicht belächeln, herabsetzen etc.)
- eigene Rolle verdeutlichen („meine Aufgabe hier…“)

Instrumentelle vs. emotionale Aggression/ Gewalt

- instrumentelle/intentionale Aggression/Gewalt
  - A/G wird absichtlich angewendet, um ein bestimmtes Ziel zu erreichen
- emotionale/eskalative Aggression/Gewalt
  - A/G ist die Folge einer sozialen Beziehung, in der sich ‘aversive Stimulationen’ (z.B. Provokationen) hochschaukeln und zu einer Eskalation führen

Kontinuum von Verhalten und Emotionen und korrespondierende Deeskalation

← Verhalten/Emotionen →



instrumentell/ intentional	emotional/ eskalativ
• rational verhandelnd • auf Ziele fokussiert • auf substanzielle Probleme bezogen	• Ausdruck der Emotionen zulassen • (noch) keine klaren Ziele • keine substanziellen Probleme

modifiziert nach: Vecchi GM et al: Crisis (hostage) negotiation: Current strategies and issues in high-risk conflict situations. Aggression and Violent Behaviour 10 (2005), 533-551

Störungsbildspezifische Kommunikation (Beispiele)

- Grundsätzlich: die Anwendung von Prinzipien der Motivierenden oder Personenzentrierten Gesprächsführung bildet die Basis von Deeskalation
- Menschen mit einer psychotischen Störung (u.a.)
  - den/die Patienten/in erzählen lassen
  - neutrale Haltung gegenüber berichtetem Erleben
  - Verhalten vorschlagen, nicht beordern
- Menschen mit einer dissozialen Persönlichkeitsstörung
  - Herstellung einer Arbeitsbeziehung hat nicht die höchste Priorität
  - die Ziele der Person können einen Anknüpfungspunkt bieten
  - Kosten-Nutzen-Sprache

Identifizierung substanzieller Probleme

- hinter (nahezu) jeder aggressiven Handlung steckt ein Problem
- Deeskalation zielt auf eine (mehr oder weniger) akzeptable Problemlösung für den ‚Aggressor'
- ideal ist eine gemeinsam erarbeitete Lösung
- inakzeptable Situationen sollten neutral kommentiert werden („Ich verstehe, dass Ihnen die geschlossene Tür Angst macht, aber sie ist notwendig für die Sicherheit.")
- inakzeptable Situationen sollten sichtbar anerkannt und ggf. erleichtert werden

Umgang mit Emotionen

- Deeskalation zielt auf die eigenen Emotionen und auf die Emotionen des ‚Aggressors'
- je emotionaler die Situation, desto schwieriger ist eine rationale Lösung (Tunnelsituation)
- die emotionale Situation aller Beteiligten sollte abgeschätzt werden (ruhig, riskant, außer Kontrolle)
- wenn der ‚Aggressor' hoch erregt ist, sollte das Lautstärkelevel synchronisiert werden: „Stopp!"
- nächste Schritt ist die Beziehungsaufnahme durch aktives Zuhören, emotionale Reaktionen sind ‚ansteckend'

Verbale Interventionen: Aktives/empathisches Zuhören

- Unterstützen Sie das Selbstvertrauen und das Vertrauen zu Ihnen durch ein nicht-wertendes und nicht-kritisierendes Vorgehen
- Beachten Sie sowohl den Inhalt als auch die Botschaft
- Reagieren Sie auf die emotionale Botschaft
- Reagieren Sie aufrichtig
- Paraphrasieren Sie die Botschaft
- Unterbrechen Sie Ihr Gegenüber nicht.
- Geben Sie keine vorschnellen Ratschläge und nehmen Sie die Gefühle des Patienten ernst
- Zeigen Sie ein eindeutiges Interesse an der Meinung des Patienten und erkennen Sie seine Position an (“ich verstehe”; “ich würde gerne mehr erfahren über…”
- Verwenden Sie Ich-Botschaften (“Ich glaube, dass…”)

Körpersprache, Mimik und Tonlage

- non-verbale Kommunikation hat vermutlich einen größeren Einfluss als verbale Interventionen in akuten Stresssituationen
- unser Körper ‚spricht' unsere Emotionen
- man braucht viel Erfahrung und Training zur Kontrolle der Köpersprache und vor allem der Mimik
- unsere Körpersprache sollte keine Drohungen ausdrücken, stattdessen ein eindeutiges Signal für die Offenheit für die Sichtweise der Patienten
- in frühen Phasen der Eskalation kann das ‚Matchen' der Tonlage helfen; in späteren Phasen kann es eskalierend wirken

Restriktionen - Limit Setting

- Arbeit in einer psychiatrischen Einrichtung ist mit dem Setzen von Restriktionen verbunden
- der Umgang mit Restriktionen ist ein essentieller Baustein des therapeutischen Milieus einer Einrichtung
- jüngere, unerfahrenere Mitarbeitende sind deutlich restriktiver gegenüber Patienten
- Patienten stört nicht so sehr die Restriktion als solche als vielmehr die Art und Weise der Kommunikation und Begründung
- Verwenden Sie Ich-Botschaften und versuchen Sie den Aufbau einer Arbeitsbeziehung: „Ich fühle mich durch… bedroht/gestört, weil... Können wir uns darüber verständigen?“

Alternativen und Optionen

- Alternativen und Optionen lassen sich nur auf der Basis einer ruhigen Situation erkunden
- eigene Positionen und Lösungen sollten erst jetzt kommuniziert werden
- idealerweise sollte ein BATNA (*best alternative to a negotiated agreement*; beste Alternative zur erwünschten Vereinbarung) vorhanden sein
- welche Ziele sind
  - wünschenswert
  - in Ordnung
  - gerade noch so akzeptabel

Aber Achtung!

- Wenden Sie Deeskalationstechniken nicht nach Kochbuch-Manier an (manche Empfehlungen können in bestimmten Situationen und bei bestimmten Patienten vollkommen falsch sein)
- Halten Sie sich bei Bedarf nicht zu strikt an die Regeln (manchmal ist ein autoritäres Auftreten für diese Situation für diesen Person adäquat)
- Wenden Sie komplizierte Techniken nicht ohne ausreichendes Training und Supervision an

Danke für Ihre Aufmerksamkeit

dirk.richter@bfh.ch

Dirk Richter: Non-physical conflict management and de-escalation, in: Dirk Richter, Richard Whittington (eds.): Violence in Mental Health Settings: Causes, Consequences, Management. New York: Springer 2006, S. 125-144

Dirk Richter: How to De-escalate a Clinical Risk Situation to Avoid Coercive Measures. In: Kallert, Thomas, Mezzich, Juan et al (eds.): Coercive Treatment in Psychiatry. London: Wiley 2011, S. 57-79

Dirk Richter: Deeskalation von Konfliktsituationen - Strategie zur Vermeidung von Zwangsmassnahmen. Psych. Pflege Heute 20 (2014), 221-225