

# Wie entsteht Aggression in psychiatrischen Kliniken – und wie kann man ihr entgegenwirken?

LVR-Fokustagung 2014

LVR-Klinikum Düsseldorf

**Norbert Schalast**

*Institut für Forensische Psychiatrie Essen*

## Schwere psychische Störungen

- oft hoch problematische, gespannte Affektlagen
- bisweilen eher Autoaggression und Suizidalität
- bisweilen eher Wut, Misstrauen, Fremdaggression

→ erhöhte Deliktrisiken

## Erhöhte Deliktrisiken bei Schizophrenie

Selten: schwere Gewalthandlungen als direkte Folge der Erkrankung

Häufiger: weniger schwere Delikte (Eigentum, Gewalt, BtMG) als Folge einer krankheitsbedingt erhöhten Vulnerabilität für Belastungsfaktoren

Schanda 2006, Fortschr Neurol Psychiat

### Risikokonstellation

→ akute schizophrene Psychose + Sucht + Persönlichkeitsstörung (insb. ASPD)

Schanda, ebda.; Soyka (2000) Brit J Psychiatry

## Zuständigkeit

Bei rechtswidriger Tat und fortbestehender krankheitsbedingter Gefährlichkeit:

Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus → **§ 63 StGB**

Bei (rechtzeitig) erkannter krankheitsbedingter Fremdgefährdung und wenn Alternativen nicht greifen:

öffentlich-rechtliche Unterbringung → **PsychKG**

## PsychKG NRW – Psychiatrisches Krankengesetz

§ 1 (1) Dieses Gesetz regelt

3. die **Unterbringung** von den Betroffenen, die psychisch erkrankt sind und dadurch sich selbst oder bedeutende Rechtsgüter anderer erheblich gefährden

Diese „Ordnungsfunktion“ (eigentlich: Sicherungs- und Schutzfunktion)

- ist eine ureigene Aufgabe der Psychiatrie
- ist eine Mitursache für Aggression in der Psychiatrie

## **Geschlossene Institutionen – warum (in der Vergangenheit) so häufig repressiv und insassenfeindlich?**

Fügen ein Übel zu, frustrieren / unvermeidbar konflikthafte Interaktion

Handeln prägt Einstellungen

„Just world hypothesis“ → es geschieht ihnen recht

In Hierarchien: Aggression „im Namen von“ ...

Entfaltungsmöglichkeiten für sadistische Persönlichkeitszüge

Übertragung und Gegenübertragung:

Gefahr der Reinszenierung destruktiver Entwicklungskontexte,  
gerade bei Menschen mit schweren Störungen

## From toxic institutions to therapeutic environments

Campling P, Davies St, Farquharson G (2004)

## Möglichkeiten der Gegensteuerung

Bewusstsein der destruktiven Mechanismen in Institutionen –  
Gewaltanteile nicht leugnen – offene Debatte

Konzept / Rollenverständnis / Menschenbild:  
Identifizierung konstruktiver Ziele

Ausbildung, Weiterbildung: vermittelt professionelle Identität

Professionalisierung hinsichtlich Deeskalation und der Handhabung  
kritischer Situationen

Supervision, Selbsterfahrung ...

Kontrolle: Beschwerdestellen, Besuchskommissionen,  
Betroffenenverbände



**(Forts.)**

## Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

Beispiele →

### **Assertive Community Treatment**

vgl. Weinmann & Gaebel (2005) Versorgungserfordernisse bei schweren psychischen Erkrankungen.  
Nervenarzt

Lambert, Bock, Daubmann et al. (2014) Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen nach dem Hamburger Modell. Psychiat Prax

### **Behandlungsvereinbarungen**

Borbé, Jaeger, Borbé & Steinert (2012) Anwendung psychiatrischer Behandlungsvereinbarungen in Deutschland. Nervenarzt

## Projekt

# **Das soziale und therapeutische Klima auf Stationen der Allgemeinpsychiatrie und des Maßregelvollzugs unter Berücksichtigung der objektiven Rahmenbedingungen**

Julia Sieß, Burkhard Schuchardt, Norbert Schalast

DFG Scha 773/5-1

## **Kurzfragebogen EssenCES**

(Essen Climate Evaluation Schema)

### Zusammenhalt der Patienten

*Beispiel: Die Patienten kümmern sich umeinander.*

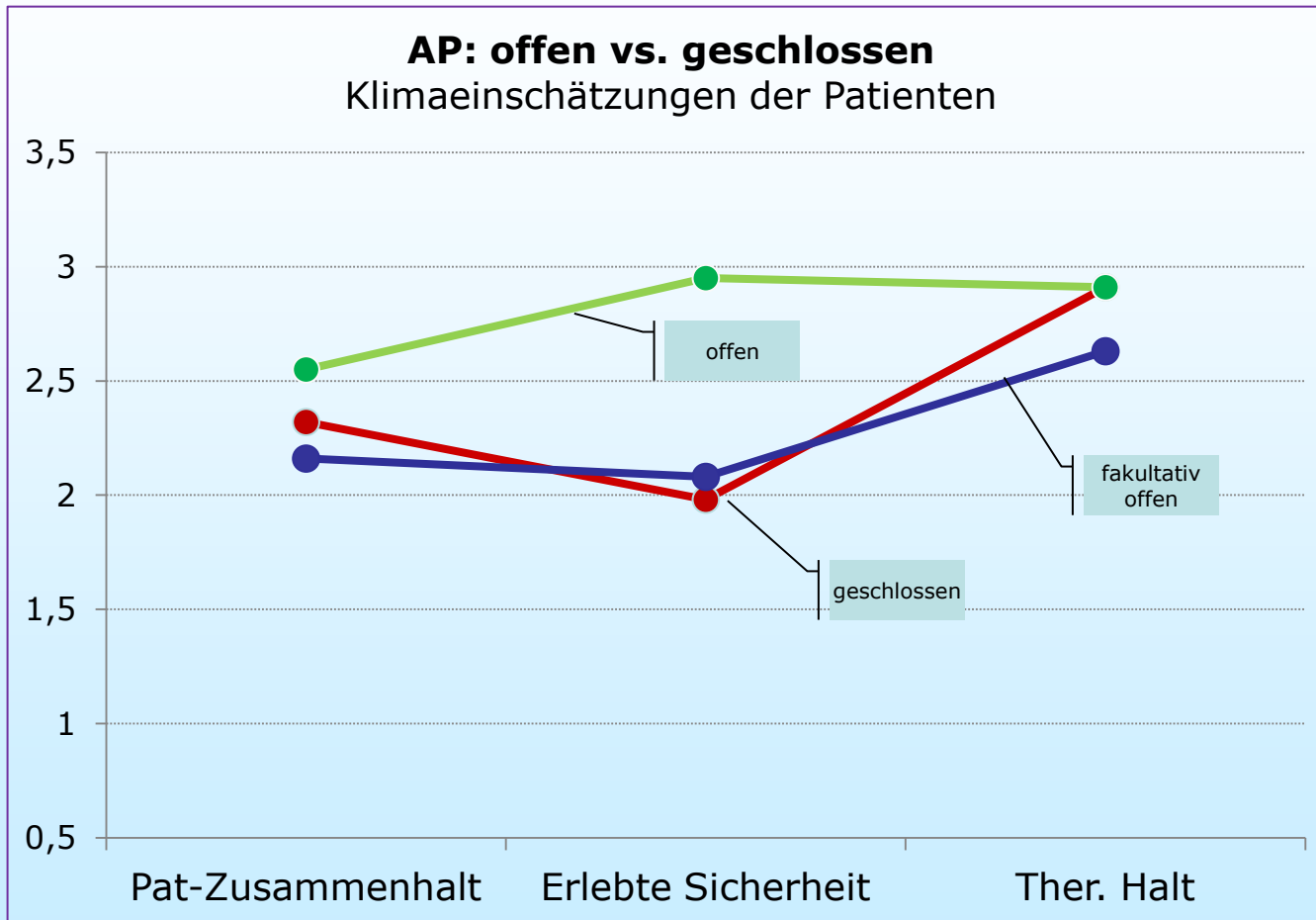
### Therapeutischer Halt

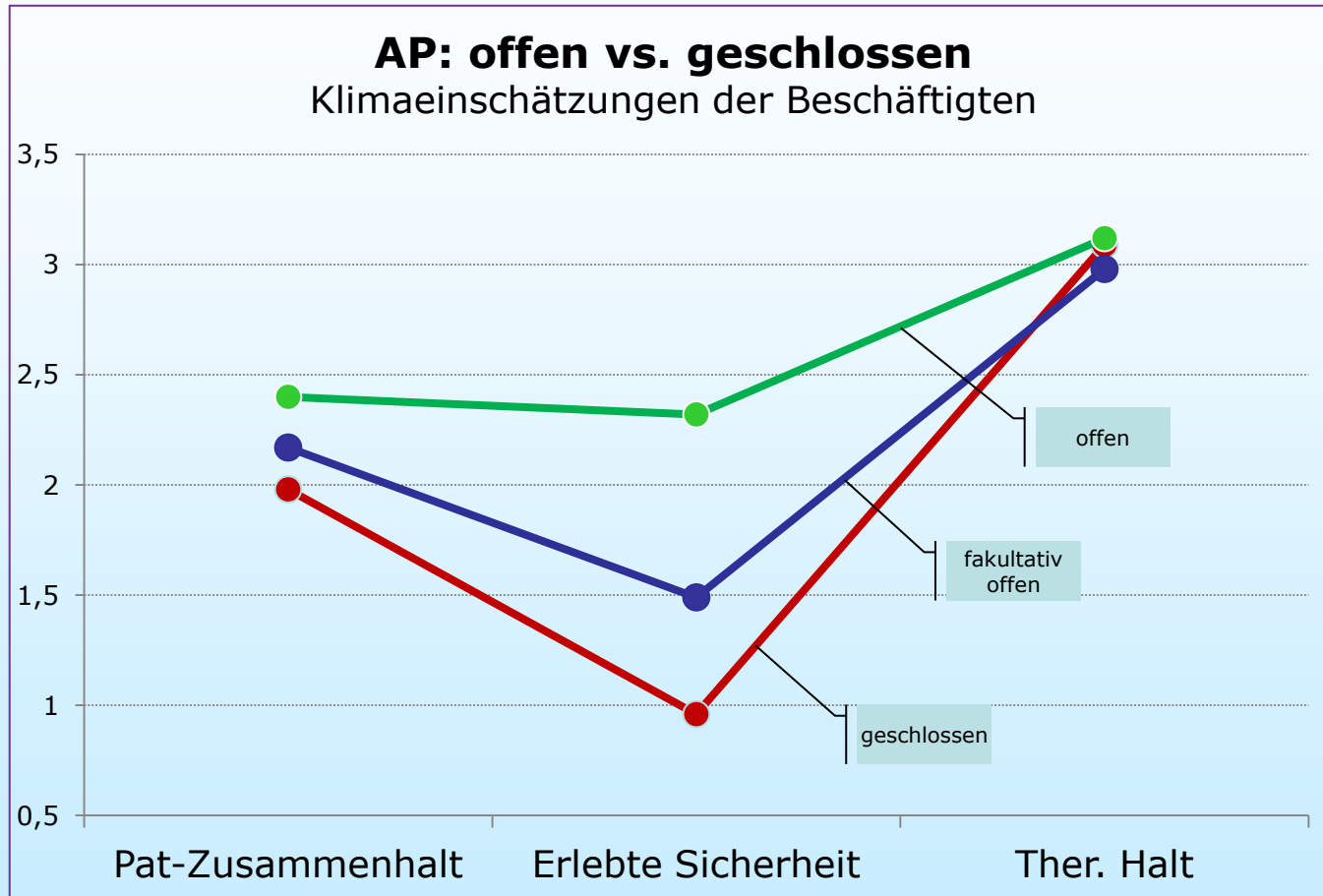
*Beispiel: Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ist es persönlich wichtig, wie es mit den Patienten weitergeht.*

### Sicherheit

(vs. Bedrohung durch Aggression und Gewalt)

*Beispiel: Es gibt hier wirklich bedrohliche Situationen.*





Die **Ordnungsfunktion** (besser: Sicherungs- und Schutzfunktion) eine konflikträchtige und aggressionsinduzierende Aufgabe der Psychiatrie ... kann sehr unterschiedlich wahrgenommen werden

Die psychiatrische Anstalt: historisch ein Ort des Missbrauchs und der Verselbständigung von Repression – wie andere freiheitsentziehende Institutionen

Risiken sind im „Prinzip geschlossene Anstalt“ angelegt – kritische Aufmerksamkeit und Gegensteuern erforderlich

Die „offene Stationstür“: selbstverständlich ein erstrebenswertes Ziel – offene Klinikbereiche haben ein besseres Stationsklima

## Quintessenz I

Es gibt Spielräume und Möglichkeiten

- zur Reduzierung von Zwang und Gewalt
- zur Förderung eines positiven Stationsklimas

## Assertive Community Treatment

kann die Häufigkeit und Dauer von Hospitalisierungen senken,

kann durch Unterstützung und Begleitung des Patienten die Verständigung mit den Behandlern im Krisenfall erleichtern

## Behandlungsvereinbarungen

können die Gefahr von Konfrontation und Missverstehen in der Phase von Aufnahme und Behandlungsplanung reduzieren

## Quintessenz II

Warum nicht generell offene Türen und ein „umfassender Gewaltverzicht“ der psychiatrischen Klinik? (Zinkler & Kousse mou 2014)

*„Die Krankenhäuser haben durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass sich die Betroffenen der Unterbringung nicht entziehen“* (§ 10 Abs. 2 Satz 2 PsychKG NW)

Tendenz, dass die Gemeindepsychiatrie sich von einem bestimmten gesellschaftlichen Auftrag verabschiedet (Wienberg 1998, Schanda 2000 u.a.)

... mit der Gefahr der „Forensifizierung“  
(wie vor sowie Kutscher et al. 2009, Frommann et al. 2012)

*„Die Reduktion von Gewaltanteilen in einem Teil des Systems kann zu einer Erhöhung solcher Anteile in anderen Teilen des Systems führen“* (Wienberg 1998)