

Gewalt (und ihre Facetten im sozial-psychiatrischen Kontext)
Eine Einführung

Dr. Christian Jost



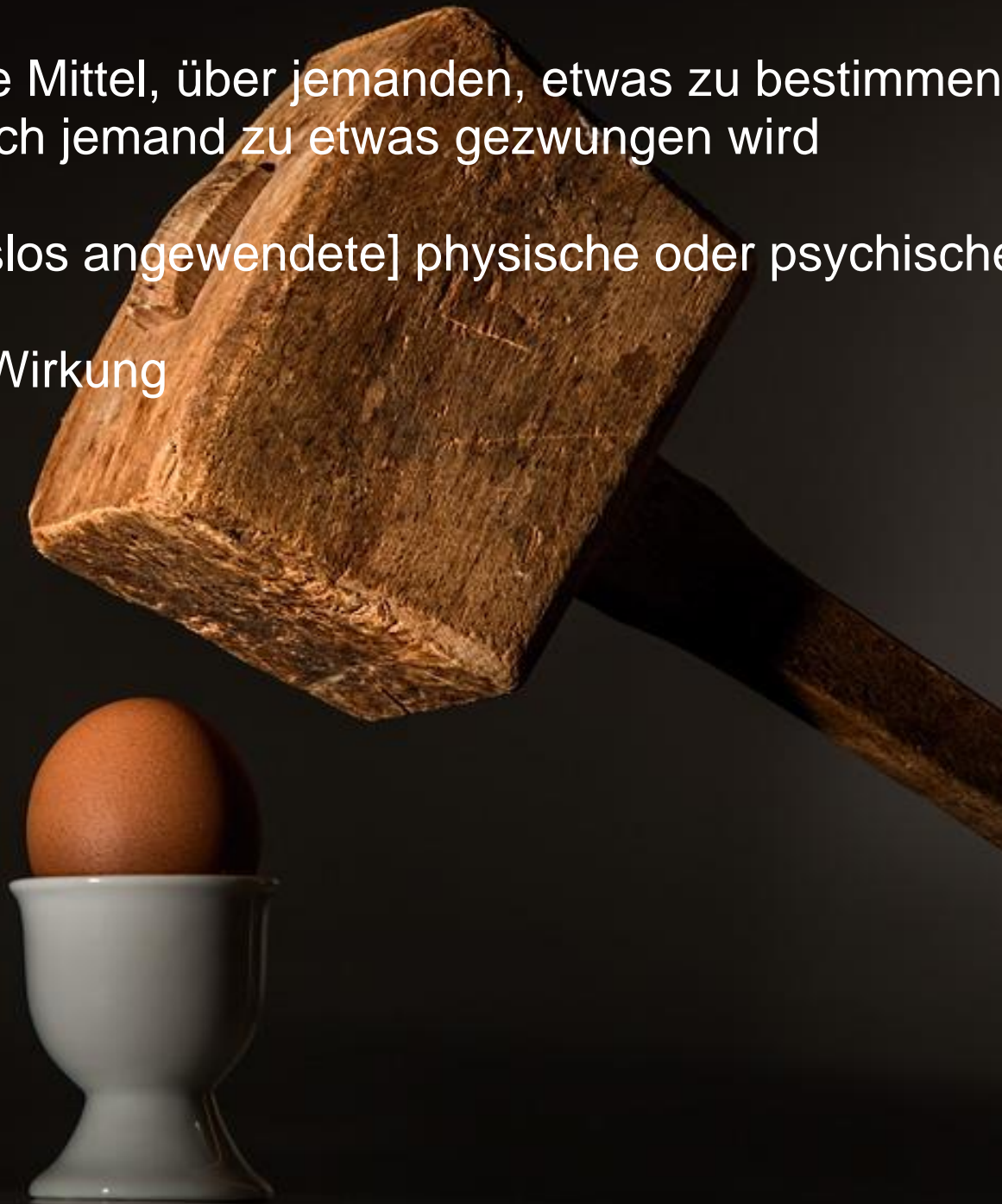
.DUDEN: „Gewalt“

.**Macht**, Befugnis, das Recht und die Mittel, über jemanden, etwas zu bestimmen

.**unrechtmäßiges** Vorgehen, wodurch jemand zu etwas gezwungen wird

.**[gegen jemanden, etwas rücksichtslos angewendete]** physische oder psychische

.elementare Kraft von **zwingender** Wirkung



The background features a complex, abstract pattern of thin, white, interconnected lines that resemble a network or a web. The lines are set against a dark, almost black background, which is illuminated by soft, glowing blue and green light trails and bokeh effects. The overall aesthetic is futuristic and digital.

**Gewalt ist ein
multidimensionales
Phänomen**

Die **WHO** beschreibt Gewalt als

„...komplexes Problem mit multiplen Faktoren, die ein Individuum darstellen.“

Mögliche **Einflussfaktoren** sind

„...biologisch, sozial, kulturell, ökonomisch oder politisch...“



Nach Hagarten SW, Christiansen A. Violence Prevention and Control: A public Health Approach. In: Glick RL et al. Emergency Psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2008; Krug EG et al. World Report on Violence and Health. Genf: WHO 2002.

Ätiologische Faktoren	Beispiele	Psychische Auffälligkeiten	Zusätzliche Faktoren
Biologische	Serotonerge Aktivität reduziert, Testosteronspiegel erhöht	Verminderte Impulskontrolle, aggressives Sexualverhalten	Krankheit
Entwicklungsbedingte	Aggressive Vorbilder, Alkoholmissbrauch der Eltern, Anabolikamissbrauch	Dissozialität, Mangel an Empathie	
Aggressionsförderndes Umfeld	Crowding, Isolation, autorisierte Aggression	„Sensation Seeking“, Angst, Ärger	Alkoholisierung, Benzodiazepine, Amphetamine
Situative Faktoren	Beleidigung, Kränkung, günstige Gelegenheit	Wut, Hilflosigkeit, Ohnmacht	

Nach Nedopil N. Besonderheiten bei der Beurteilung und Behandlung delinquenten Verhaltens.
Forensische Psychiatrie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 2007.

Gewalt ist ein Begriff für eine Teilmenge der Aggression. Meist werden physische Aggressionen gemeint, und zwar solche, die mit relativer Macht bzw. Kraft einhergehen. Man muß aber auch psychische Aggressionen bedenken (Drohungen, verbale Aggressionen), die mit relativer Macht bzw. Kraft gezeigt werden.

Selg, H., Mees, U. & Berg, D. (1997). Psychologie der Aggressivität (2., überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Dollard et al. (1939) definierten Aggression "als eine Handlung, deren Zielreaktion die Verletzung eines Organismus (oder Organismus-Ersatzes) ist". Zufällige Verletzungen scheiden aus, da sie nicht als Zielreaktionen gelten. Diese Umschreibung läßt sich weiter ausdifferenzieren: Man kann ein Verhalten als Aggression einstufen, wenn ein "gegen einen Organismus oder ein Organismussurrogat gerichtetes Austeilen schädigender Reize" erkennbar ist.

Dollard, J., Doob, L.W., Miller, N.E., Mowrer, O.H. & Sears, R.R. (1939). Frustration and Aggression. New Haven: Yale University-Press.



Eine Aggression kann offen (körperlich, verbal)
(Selg et al., 1997).

- .Aggression als Symptom bei Persönlichkeits-veränderungen
- .Aufgrund eines medizinischen **Krankheitsfaktors**
- .Intoxikation / **Rausch**
- .Persönlichkeits-störungen



Nach Nedopil N. Besonderheiten bei der Beurteilung und Behandlung deliquenten Verhaltens. In: Forensische Psychiatrie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 2007.

Persönlichkeitsstörungen mit erhöhtem Aggressionspotenzial

Cluster-B (DSM)

- Antisozial
- Narzisstisch
- Histrion
- Borderline



Population	Anteil von Gewalttätigen
Patienten mit psychiatrischer Hauptdiagnose* ohne Substanzabusus	17,9%
Patienten mit psychiatrischer Hauptdiagnose* und Substanzabusus	31,1%
Andere psychiatrische Patienten mit Substanzabusus	43%

*Schizophrenie, schizophreniforme Störung, schizoaffektive Störung, Depression, Dysthymie, Manie, Zykllothymie u.a.

Situationen in denen Gewalt rasch entsteht:

- Der Mensch wird nicht „gesehen“
- Schamgefühl wird verletzt
- Überforderung
- Angst
- Gefühl von Angriff
- Desorientierung



Anke M et al. Deeskalationsstrategien in der psychiatrischen Arbeit.

. Bonn: Psychiatrie-Verlag 2009

Good Clinical Practice

- Deeskalationstechniken sollten allen Mitarbeitern psychiatrischer Einrichtungen bekannt sein und darüber hinaus sollten sie im Rahmen von Aggressionsmanagement-Trainings geschult und eingeübt werden.

Das Thema Deeskalation von potenziell aggressiven Situationen durch Mitarbeiter psychiatrischer Einrichtungen gehört zu den bislang am wenigsten erforschten Bereichen!

Deeskalationsmaßnahmen

DGPPN-Leitlinien: Grundlagen

Folgende Aspekte können im Umgang mit eigenem Stress und Ärger hilfreich sein (Hücker 1997):

- **Umgang mit eigenen Emotionen** (emotionale Stabilität entwickeln, negative Einstellungen zu Patienten vermeiden)
- **Rollendistanz** / Reflexion und Anpassung von Normen / Anforderungen, die mit dem Beruf verbunden sind: z.B. rigide Hygienevorschriften)
- **Empathie / Perspektivenwechsel**
- In Konfliktsituationen **andere Positionen aushalten** können (Ambiguitäts-Toleranz)

Deeskalationsmaßnahmen

DGPPN-Leitlinien: Hilfreiche Regeln

Folgende Empfehlungen sind zwar nicht empirisch abgesichert, aber hilfreich im Sinne einer „Good Clinical Practice“:

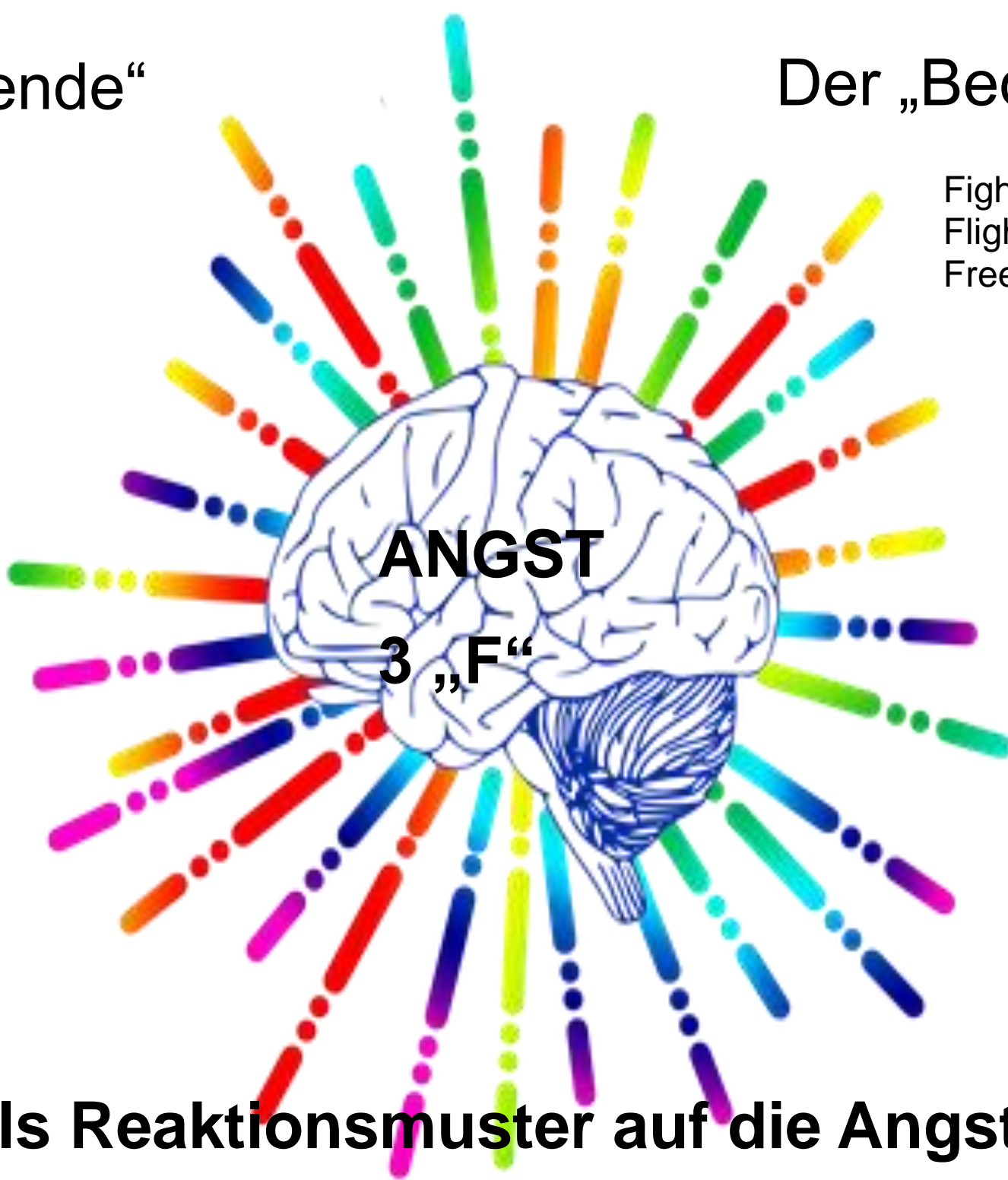
- Haltung signalisiert mit **Empathie, Sorge, Respekt, Ernsthaftigkeit, Fairness**.
- Adäquate Risikoabschätzung: Einige Situationen lassen sich **nicht** deeskalieren!
- Die **Situation** soll kontrolliert werden, nicht der Patient/die Patientin
- **Frühzeitig** intervenieren: Je weiter die Eskalation fortgeschritten ist, desto geringer sind die Chancen.
- Zentrales Mittel: **Zeitgewinn bei Entscheidungen und Reaktionen!**
- Maßnahmen mit **Selbstvertrauen und Sicherheit** durchführen können, ohne provozierend zu wirken.

Der „Drohende“

Der „Bedrohte“

Fight
Flight
Freeze

Fight
Flight
Freeze



Als Reaktionsmuster auf die Angst



Weite statt Enge

Herzöffnung

Unterscheiden
OHNE zu
Urteilen

Liebe grenzt
nicht aus,
aber grenzt
sich ab





**Vielen Dank für
Ihre
Aufmerksamkeit**