

Psychologische Aspekte von Gewalt in der Pflege – Auslöser und Reaktionen

Michael Klein, Köln

Pflegefortbildung
des Westens **JHC**



Umgang mit Gewalt
Konzepte • Strategien • Lösungen

in Kooperation mit der BGW und der Uniklinik Köln

23. Mai 2019

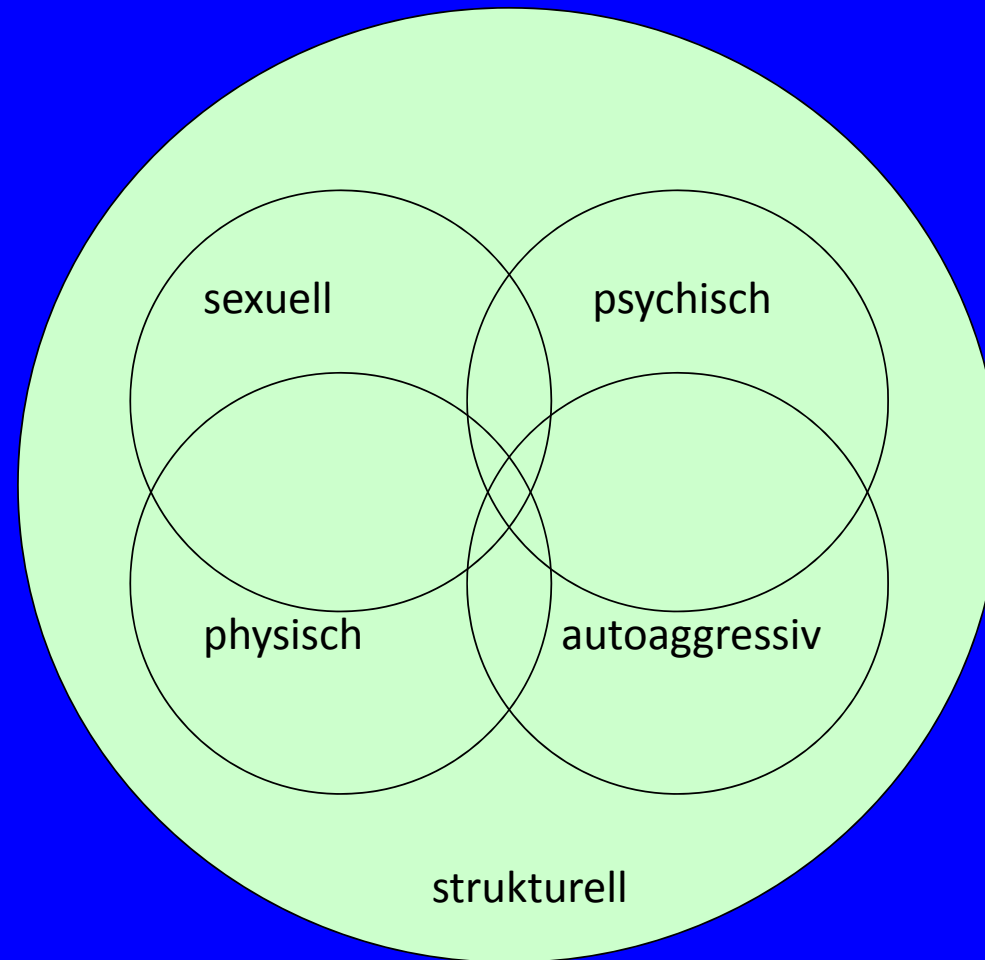
Sartory-Säle • Friesenstraße 44 • 50670 Köln

www.jurahealth.de

Die Relevanz psychischer Störungen bei Gewalthandlungen in der Pflege

- (1) Bei vielen psychischen Störungen spielt Gewalt (-verhalten, -erleben) eine zentrale Rolle
- (2) Insbesondere bei Sucht, Schizophrenie, Demenz und Borderline PS kann es zu eruptivem Gewaltverhalten kommen
- (3) Gewaltverhalten kann am besten mit einer strukturierten (automatisierten) Abfolge von Reaktionen (siehe → gewaltfreie Kommunikation [GFK]) begegnet werden
- (4) Wichtig – neben der inneren Haltung der Pflegekraft - sind Entschleunigung, Time-Out, Meta-Perspektive, Verhaltensalternativen als Handlungsmethoden

Klassifikation von Gewaltformen



Unmuts- äußerung	reaktiv	Keine Aggression im engeren Sinne. Impulsiver, wenig zielgerichteter Affektausdruck («Unmut», Mißbehagen, leichter Ärger)
Vergeltungs- Aggression	reaktiv	Motiviert durch Ärger, Groll, Haß usw., entstanden aufgrund einer Provokation; die gezielte Schmerzzufügung verschafft innere Befriedigung: ☐ Wiederherstellung des Selbstwertgefühls ☐ und / oder der «Gerechtigkeit»
Abwehr- Aggression	reaktiv	Primär nichtaggressiv motiviert (instrumentell): Schadensabwendung bzw. Schutz ist Hauptziel, Schmerzzufügung ist Mittel zum Zweck; zugleich mit Emotionen verbunden. Varianten der Motivation: ☐ Abwehr von Gefahr (mit Angst) ☐ Abwehr von Belästigung / Störung (mit Ärger)
Erlangungs- Aggression	aktiv	Nichtaggressiv motiviert (instrumentell): Erlangung von «Vorteilen» ist Hauptziel, Schmerzzufügung ist Mittel zum Zweck; «kämpferisch» oder «kühl» ausgeführt. Varianten der Motivation: ☐ Durchsetzung (im Konflikt) ☐ Erlangung von materiellem Gewinn ☐ Erlangung von Beachtung oder Anerkennung
Spontane Aggression	aktiv	Aus «Aggressionslust» motiviert (ohne Anlaß, ohne Nutzen), Schmerzzufügung verschafft emotionale Befriedigung, vermutlich Selbsterhöhung und / oder Nervenkitzel. Varianten: ☐ Kampflust ☐ Sadismus

Tafel 15: Arten der Aggression – unterschieden nach Art der Motivation

Definitionen zum Gewaltverhalten

Unterschied zu Aggression

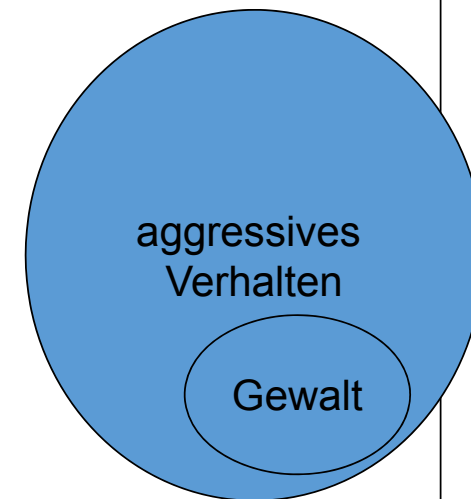
Oft enger Bezug zu Stressreaktionen

Schädigung von Personen und Objekten

Intention und/oder Inkaufnahme

Verstärkerwert/Arousal

Proaktive/reaktive Handlung



Verminderung gewalttätigen Verhaltens (nach Nolting, 2005)

- 1. Veränderung der Anreger für Gewalt (cue control)**
- 2. Umbewertung der Anreger (kognitive Kontrolle)**
- 3. Förderung der Aggressionshemmungen
(Antizipation der negativen Konsequenzen)**
- 4. Erlernen alternativer Verhaltensweisen
(Selbststeuerung, körperliche Aktivitäten)**

Therapie gewalttätigen Verhaltens (nach Weidner, 1991; Heilemann, 2001)

- 1. Konfrontation mit der Gewalttat**
- 2. Erleben der Situation des Opfers**
- 3. Wegnahme positiver und negativer Verstärker für Gewaltverhalten**
- 4. Erlernen alternativer Verhaltensweisen**

Intrapsychische Motivlagen für Gewaltverhalten bei alkohol- und drogenabhängigen Männern

1. Subjektives Gefühl der Provokation
2. Beherrschungs- und Dominanzmotive
3. Impulsivität bei Unterkontrolliertheit
4. Explosive Durchbrüche bei ansonsten Überkontrolliertheit
5. Soziale und psychologische bedingte „Fehlwahrnehmungen“
6. Störungen der Emotionsregulation
7. Vermeidung von Ohnmachtsgefühlen
8. Modelllernerneffekte aus Herkunftsfamilie und Peergruppen; Mangel an Verhaltensalternativen

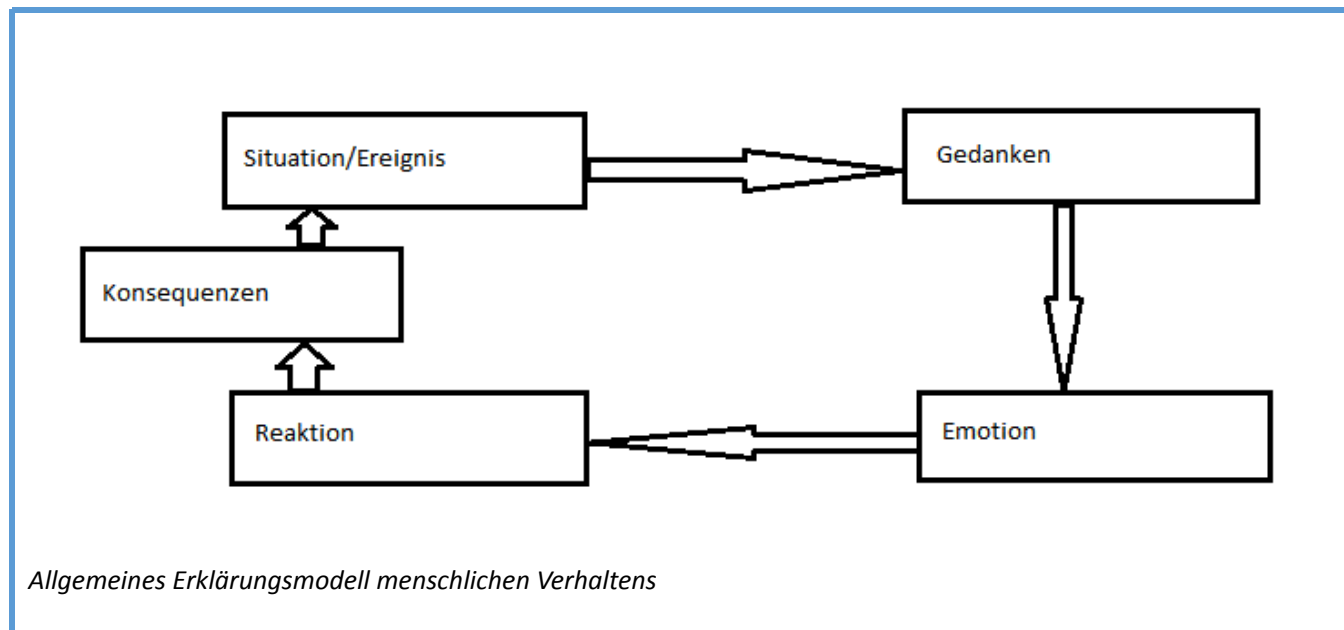
Umgang mit Gewalt ist eine Kontrollproblem

Persönlichkeitsvariablen im Hintergrund

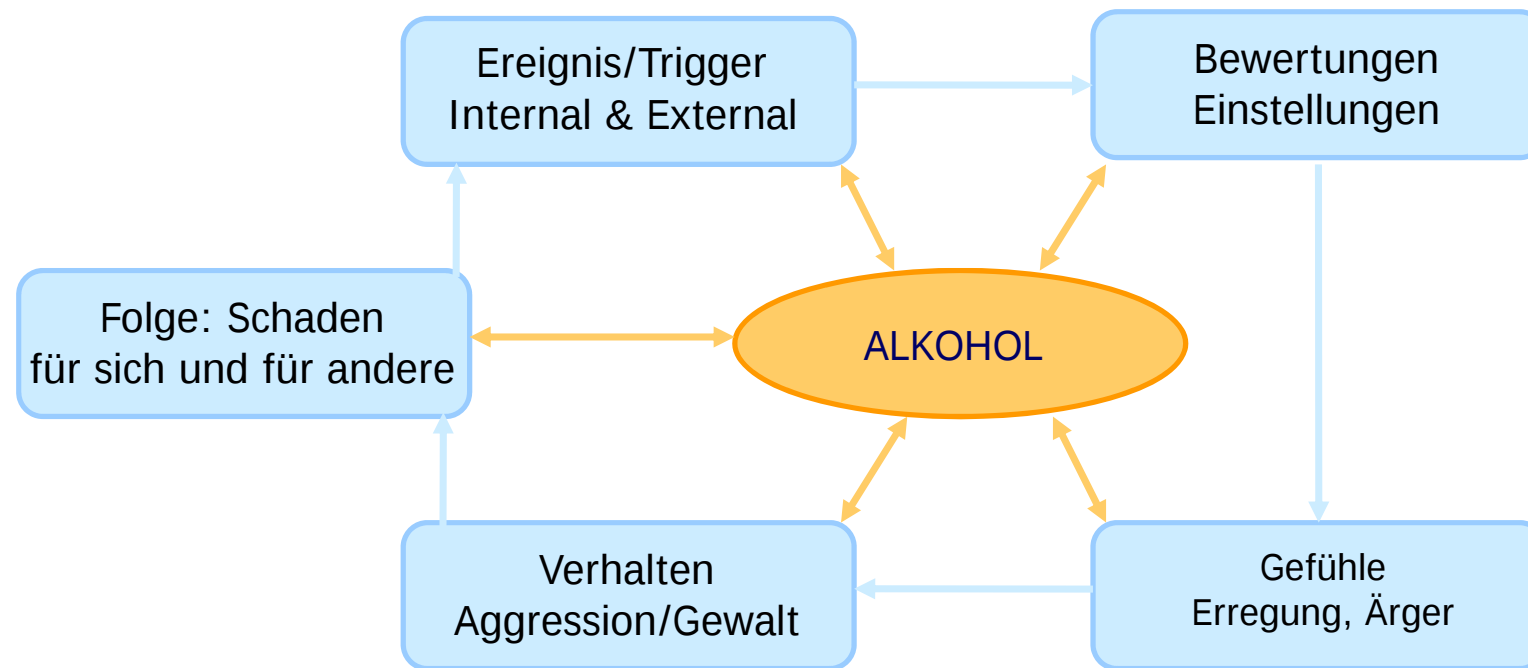
1. Überkontrolliert: Wann verspüren Sie aggressive Gefühle? wann würden Sie am liebsten aggressiv reagieren? Wie gehen Sie damit um? Welche Vor- und Nachteile hat dieses Verhalten für Sie? Wie haben Sie diesen Umgang mit aggressiven Gefühlen gelernt?
2. Unterkontrolliert: Wie oft verspüren Sie Wut und Ärger? Wie oft folgen Sie diesen Gefühlen? Wie fühlen Sie sich dann? Welche Vor- und Nachteile hat dieses Verhalten für Sie? Wann verzichten Sie auf aggressive Reaktionen?

Einführung und Bearbeitung der Inhalte/Themen

Übung: Verstehen des Grundmodells „TAVIM“



Erklärungsmodell für alkohol- und drogenbezogene (häusliche) Gewalt



TAVIM-Programm (2. Gruppensitzung)

Gruppensitzung 2

Alkoholbezogene Aggressionen und Gewalt erklären

- ▶ Erarbeitung einer gemeinsamen Arbeitsdefinition von „Ärger, Aggression, Gewalt und alkoholbezogener Aggression bzw. Gewalt“
- ▶ Einführung des Erklärungsmodells für alkoholbezogene Aggression und Gewalt gegenüber Familienmitgliedern

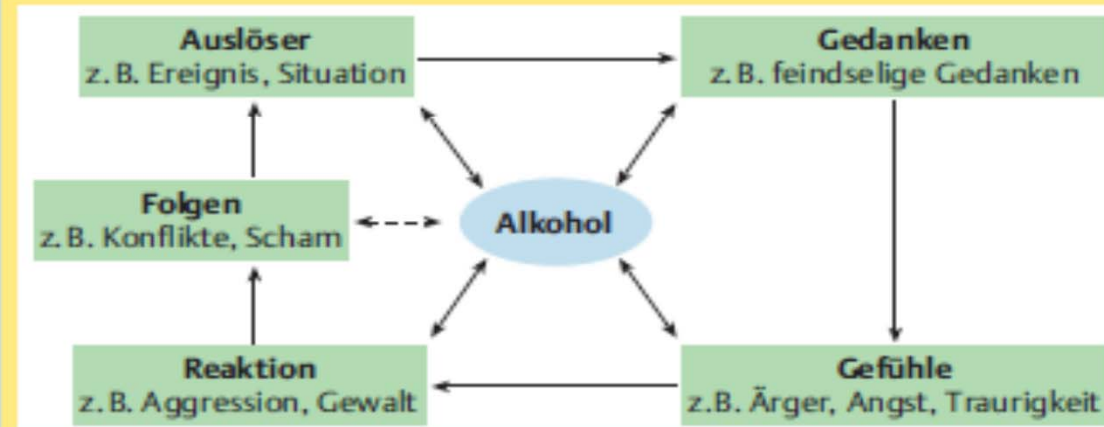
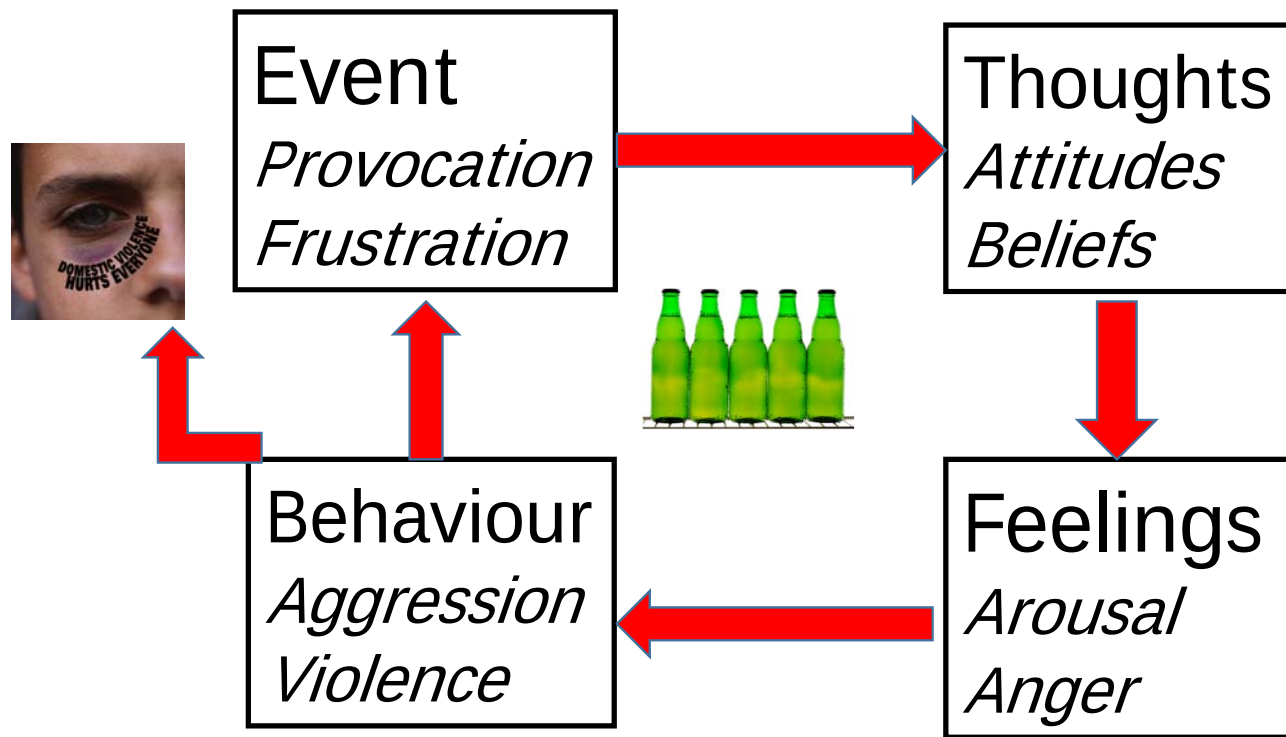


Abb. 5 Erklärungsmodell für alkoholbezogene Aggression und Gewalt.

Programm TAVIM*; Veränderungs- und Therapiemodell



* TAVIM = Treatment of alcohol dependent violent men (2008)

© Michael Klein, KatHO NRW, DISuP, 2014



Antisoziales Verhalten

Differentialdiagnosen für pathologische Aggressivität und aggressives Verhalten (Krampen, 2001)

Störung des Sozialverhaltens („SSV“; ICD-10: F91, auch F91.8/DSM-IV: 312.8, Achse I)

Auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens (ICD-10: F91.0)

Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen (ICD-10: F91.1)

Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen (ICD-10: F91.2)

Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten/ Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten („SOT“; ICD-10: F91.3/ DSM-IV: 313.81, Achse I)

Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung (ICD-10: F92.0)

Andere kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (ICD-10: F92.8)

Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (ICD-10: F90.1/ DSM-IV: 314.01, Achse I)

Antisoziales Verhalten

Differentialdiagnosen für pathologische Aggressivität und aggressives Verhalten (Krampen, 2001)

Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens

(ICD-10: F43.24/ DSM-IV: 309.3, Achse I)

Pathologische Brandstiftung (Pyromanie; ICD-10: F63.1/ DSM-IV: 312.33)

Pathologisches Stehlen (Kleptomanie; ICD-10: F63.2/ DSM-IV: 312.32, Achse I)

Andere abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle/ Intermittierende Explosible Störung

(ICD-10: F63.8/ DSM-IV: 312.34, Achse I)

Dissoziale/ Antisoziale Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.2/ DSM-IV: 301.7, Achse I)

Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.3)

Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, impulsiver Typ (ICD-10: F60.30)

Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline Typus (ICD-10: F60.31/ DSM-IV: 301.83, Achse II)

Sadomasochismus/ sexueller Sadismus (ICD-10: F65.5/ DSM-IV: 302.84)

Antisoziale Persönlichkeitsstörung

Zu den Hauptmerkmalen der ASP zählen (nach Comer, 1995):

- (1) Beziehungsprobleme**
- (2) Feindseligkeit**
- (3) Schuldsuche bei anderen**
- (4) Betrügereien**
- (5) Kontrollierendes, manipulatives Verhalten**
- (6) Egozentrik**
- (7) Impulsivität**
- (8) Skrupellosigkeit**
- (9) Grandioses, egomanes Selbstbild**
- (10) Emotionale Instabilität**
- (11) Depressiv, hilflose Stimmungen**
- (12) Aufmerksamkeitsdefizite.**

Gewaltfreie Kommunikation (GFK) in der Pflege

Ablaufprozess (generell, speziell in hochriskanten Situationen)

1. Wahrnehmung, Beobachtung (Was sehe, höre..., ich?)
2. Gefühl, Empathie (Selbst- und Fremdempathie)
3. Bedürfnis(lagen)
4. Bitte, Handlung, Reaktion

Rosenberg, 2007; Geiger & Baumgartner, 2015

Fall 2 (Pflege und Gewalt)

Herr Schluckebier ist ein 55-jähriger vorgealterter Patient. Er lebt in einer stationären Pflegeeinrichtung. Bei ihm steht nach 30-jährigem Alkoholmissbrauch eine Speiseröhren-OP (Karzinom) an. Dies bereitet ihm viele Sorgen und Ängste. Er ist in einem Zustand, der zwischen Depression und Aggression wechselt. Tagsüber geht er öfter an den Kiosk in der Nähe, um sich mit Schnaps und Bier zu versorgen. Besonders in den Abend- und Nachtstunden verhält er sich verbal aggressiv gegenüber den Pflegekräften.

Wenn die Pflegekräfte versuchten, ihn zu duschen, stieß er sie weg, schlug und bespuckte er sie. Damit dabei niemand eine Verletzung davontrug, wurde extra eine zusätzliche Pflegekraft dafür abgestellt, solange seine Hände festzuhalten. Es verfestigte sich nun, dass Herr S. um sich schlägt, stieß und spuckt, wenn die Pflegekräfte etwas an ihm machen wollten.

Gestern stieß er eine Schwester energisch weg, die ihm eine Spritze setzen wollte und beschimpfte sie. Herr S. ist alleinstehend, bekommt keinerlei Besuch und hat kaum Sozialkontakte. Einzig ein paar – deutlich alkoholisierte – Kumpels aus dem Fanclub seines blau-weißen Lieblingsvereins besuchten ihn schon einmal.

Die vier Schritte der GFK (nach Rosenberg, 2007)

- (1) Beobachtung (sehen, hören, riechen, ...)
- (2) Gefühl (Empathie nach innen, Empathie nach außen)
- (3) Bedürfnis (ego – alter)
- (4) Bitte, Handlung

Schritt 1

- (1) Was haben Sie bei der letzten Interaktion mit Herrn S. alles beobachtet? Sammeln Sie Ihre Beobachtungen, beschreiben Sie diese präzise und listen Sie sie auf.
- (2) Was können Sie aus Ihren Beobachtungen objektiv schlussfolgern?

Schritt 2

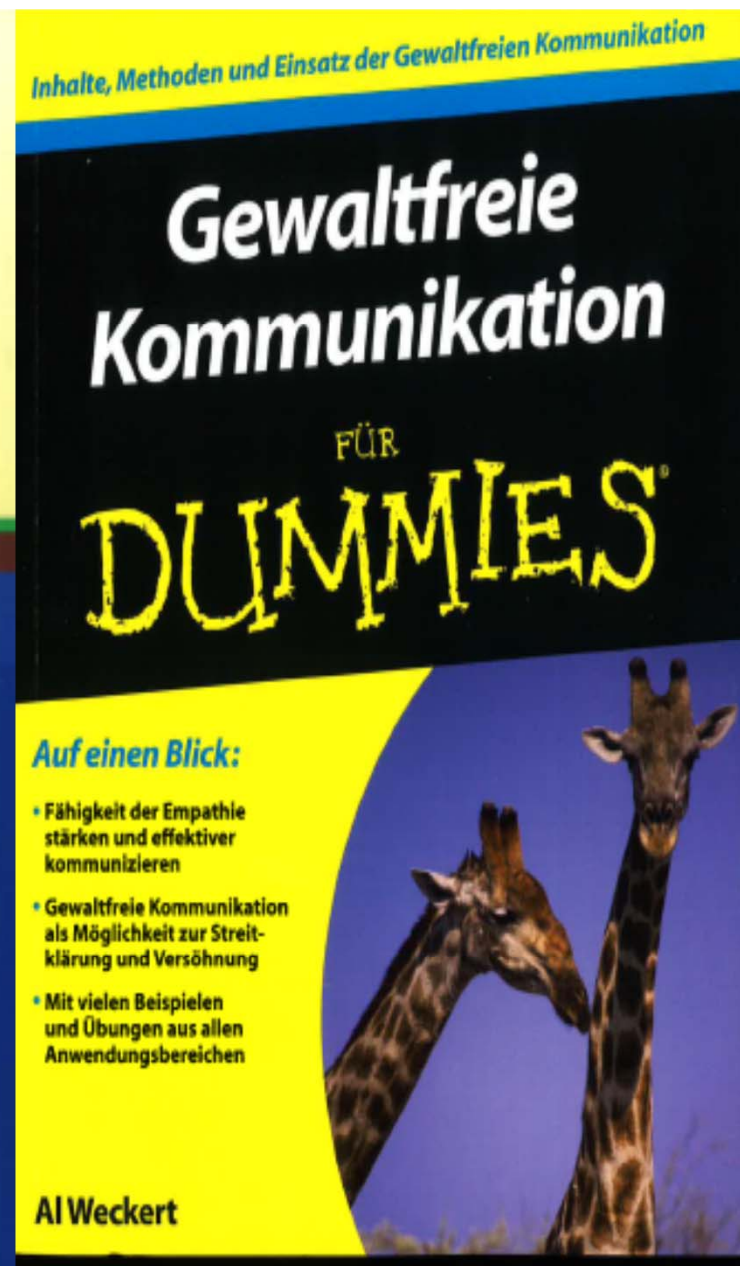
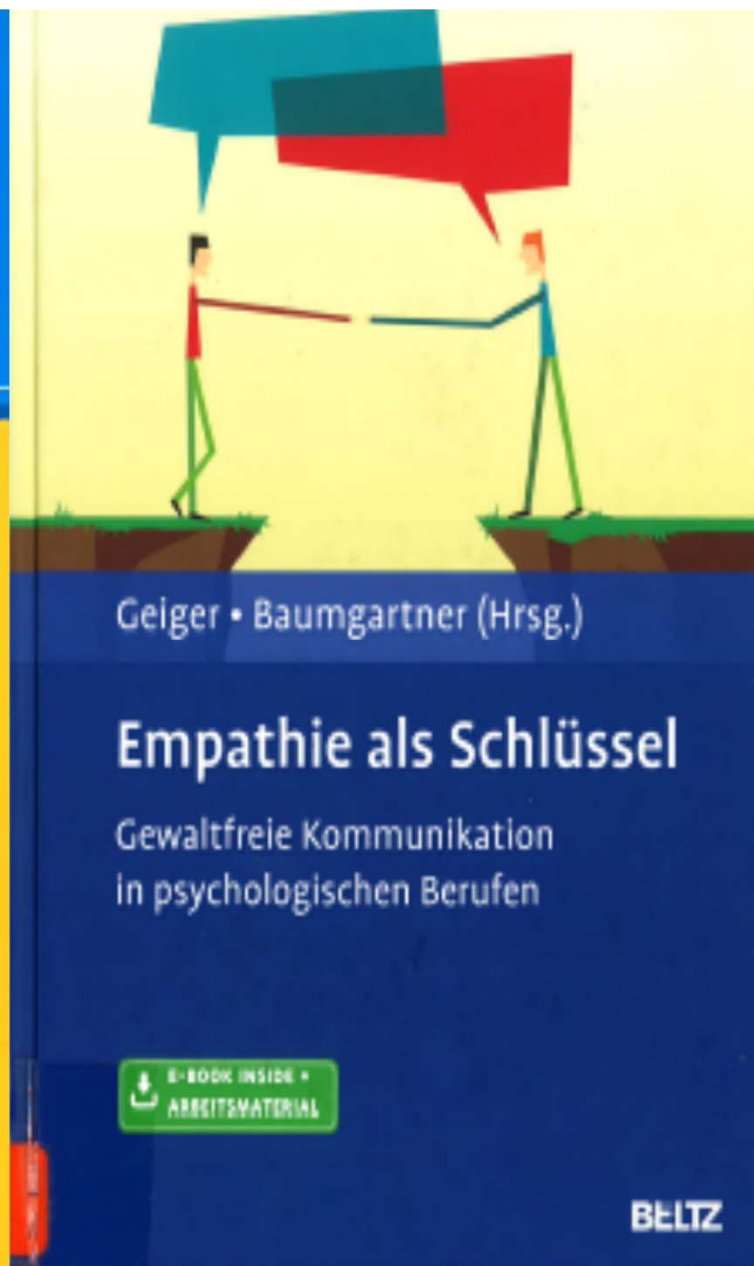
- (1) Wie haben Sie sich dabei gefühlt? Wie hätten Sie am liebsten reagiert?
- (2) Was glauben Sie, wie sich Herr S. gefühlt hat? Welche Gefühle haben ihn zu seinem gezeigten Verhalten veranlasst?

Schritt 3

- (1) Welche Bedürfnisse haben Sie jetzt?
- (2) Welche Bedürfnisse hat Herr S.?
- (3) Wie können Sie beide Bedürfnislagen berücksichtigen?

Schritt 4

- (1) Welche Bitten und Vorschläge wollen Sie nunmehr an Herrn S. richten?
- (2) Formulieren Sie diese.



Literatur

Altmann, T & Roth, M. (2014). Mit Empathie arbeiten - gewaltfrei kommunizieren: Praxistraining für Pflege, Soziale Arbeit und Erziehung. Stuttgart: Kohlhammer.

Basu, A. & Faust, L. (2019, 4. Aufl.). Gewaltfreie Kommunikation. Freiburg: Haufe-Lexware.

Geiger, S. & Baumgartner, S. (Hrsg.) (2015). Empathie als Schlüssel. Gewaltfreie Kommunikation in psychologischen Berufen. Anwendung in Psychotherapie, Beratung und im sozialen Bereich. Weinheim: Beltz.

Nolting, H.P. (2005). Lernfall Aggression. Wie sie entsteht - wie sie zu vermindern ist. Eine Einführung. Reinbek: Rowohlt (= vollst. überarb. und erweiterte Neuausgabe).

Weckert, Al (2014). Gewaltfreie Kommunikation für Dummies. Weinheim: Wiley-VCH.

Exemplarische Websites

<https://www.pflege-gewalt.de/wissen/>

<https://www.gewaltfrei-online.de>

Referent:

Prof. Dr. Michael Klein

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen (KatHO NRW)

Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung
(DISuP)

Wörthstraße 10

D-50668 Köln

Email: Mikle@katho-nrw.de