

Psychiatrie mit offenen Türen

Teil 2: Therapeutische Herausforderungen

Vertrauen bildet die Basis einer therapeutischen Beziehung. Aggression unterminiert, Gewalt zerstört Vertrauen. Damit Vertrauen entstehen kann, braucht es Sicherheit. Patienten, die sich in einer Behandlung oder auf einer Station nicht geschützt und wertgeschätzt fühlen, werden kaum freiwillig bleiben. Mitarbeitende therapeutischer Teams, die sich eines sicheren Arbeitsrahmens nicht versichern können, werden ihre Arbeit kaum professionell durchführen können. Die Übertragung von Verantwortung auch für die Therapie an die Patienten bedingt zugleich die Intensivierung der Beziehungsarbeit. Die Öffnung der Türen akupsychoiatrischer Abteilungen ist ein zentraler Schritt in dieser Richtung, verlangt aber entsprechende personelle Vorbereitungen.

Im ersten Teil unseres Beitrags zu einer innovativen Psychiatrie hatten wir argumentiert, dass die Maßnahme der Türöffnung einen Schlüssel für eine patientenorientierte psychiatrische Behandlung darstellt. Die Voraussetzung dazu ist, dass Vertrauen in den Behandlungen erarbeitet und geschützt wird, wozu prioritär gehört, dass die Bedingungen der Entwicklung von Gewalt erkannt, frühzeitig Maßnahmen gegen eine Eskalation eingeleitet und notfalls effektive Mittel zur Eindämmung eingesetzt werden. Ebenso zentral ist es, eine möglichst angstfreie Atmosphäre in der Akutbehandlung zu etablieren und zu erhalten, was insbesondere auch Fragen im Umgang mit suizidalen

Patienten betrifft. Im Blick auf eine Öffnung akupsychoiatrischer Stationen muss der Schwerpunkt entsprechend auf den präventiven und deeskalierenden Maßnahmen, die auch die Aufnahmepolitik tangieren, liegen. Die Prinzipien und Maßnahmen zur *Eindämmung akuter Gewalt* sind dabei ähnlich grundlegend und vielfältig [14, 24].

Vorauszuschicken ist, dass sich in der europäischen Psychiatrielandschaft seit Mitte der 1990er Jahre sehr viel in Richtung einer patientenorientierten Psychiatrie getan hat und viele der im Folgenden angeregten Maßnahmen vielerorts auch bereits umgesetzt werden. Dies lässt sich mitunter in den Qualitätsberichten nach KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) einzelner psychiatrischer Fachkrankenhäuser nachverfolgen. Dennoch besteht bei vielen der referierten Befunde und vermuteten Zusammenhänge bezüglich der Reduktion von Gewalt und Zwang bei offenen Türen keine wissenschaftliche Evidenzbasierung, für die im Folgenden plädiert wird.

Reduktion von Zwangsmaßnahmen

Ein vorrangiges Problem stellen Zwangsbehandlungen dar. Angesichts häufiger Ressourcen- und damit Zeitknappheit, aber auch aufgrund enger räumlicher Verhältnisse besteht das Risiko, dass die Phase für die Entwicklung eines Dialogs und den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses nur sehr kurz ist und Patienten rascher zwangsbehandelt werden. So ist es eine Erfahrung, dass sich durch eine vor-

geschaltete Zeitperiode eine Behandlung auch relativieren kann, weil in vielen Fällen Symptome ohne Medikation abklingen. An erster Stelle gilt es, Zwangsmaßnahmen im Sinn einer Strafe komplett zu verhindern, da sie medizinethisch nicht vertretbar sind ([14, 24]; hierunter fallen auch jegliche „pädagogischen“ Verlegungen auf eine geschlossene Station). Alle freiheitseinschränkende Maßnahmen müssen ärztlich angeordnet oder im Falle eines rechtfertigenden Notstandes unmittelbar von einem Arzt überprüft werden [14, 24]. Zwangsmaßnahmen sollen nur angewendet werden, wenn weniger restriktive Interventionen unangemessen sind und die Risiken alternativer Interventionen jene von Zwangsmaßnahmen übersteigen [14]. Es muss insbesondere bei persönlichkeitsgestörten Patienten geprüft werden, ob eine Entlassung und damit Deeskalation nicht den geringeren Schaden für den Patienten bedeutet. Zudem sollten sie im Rahmen eines Gesamtbehandlungskonzepts stattfinden. Auf gewalttätiges Verhalten von Seiten des Patienten sollte in einem abgestuften Vorgehen reagiert werden [14].

Gemäß der Stellungnahme des Europäischen Regionalrats der Weltorganisation für geistige Gesundheit sind Zwangsmaßnahmen als therapeutische Mittel abzulehnen. Zwangsmaßnahmen sind als die *Möglichkeit der letzten Wahl* anzusehen, die nur dann angewendet werden dürfen, wenn alle Deeskalationsversuche fehlgeschlagen sind [14, 24]. Sie sind dann als Erfordernis im Fall akuter Gefahr für Leib und Leben des Patienten oder anderer Personen zu werten. Entsprechend

sollte der medizinische Begriff Indikation im Zusammenhang mit Zwangsmaßnahmen vermieden werden, er könnte dazu führen, dass Zwangsmaßnahmen als therapeutische Intervention verstanden werden.

Vor der Durchführung von Zwangsmaßnahmen sollten Betroffene die Möglichkeit haben, auf die Art der Maßnahme Einfluss zu nehmen und sich für die aus ihrer Sicht erträglichste zu entscheiden. Das setzt eine Aufklärung über die Alternativen und deren mögliche Komplikationen voraus. Die Leitlinien geben vor, die jeweils am wenigsten restriktive Maßnahme zu wählen. Ob jedoch Isolation oder Fixierung als weniger restriktive Maßnahme zu werten ist, ist nicht abschließend geklärt und weist erhebliche lokale Schwankungen auf: So wird beispielsweise in der Schweiz kaum fixiert, allerdings ist die Dauer von Fixierung und Isolation dort ca. 5-mal so lang wie etwa in Deutschland [5, 29]. Zwangsmedikationen und 1:1-Beobachtung erfahren mehr Zustimmung als Isolation und Fixierung, die von Patienten sowie Behandlern als am stärksten einschränkende Maßnahmen angesehen werden [5, 40]. Insbesondere bei Patienten, die einen sexuellen Missbrauch in der Vorgeschichte aufweisen, bestehen Bedenken hinsichtlich der Wirkung von Fixierung [15]. Nach einer Fixierung können sowohl Mitarbeiter wie Patienten unter Traumatisierung und Stress leiden [7].

Interessanterweise zeigt im Blick auf die Reduktion von Zwangsmaßnahmen eine Studie von Boumans et al. [8], dass „Nahbarkeit“, der Personalschlüssel und das Selbstvertrauen eines Teams große Auswirkungen auf die Frage der Entscheidung für oder gegen eine Isolation eines Patienten haben. Der stärkste Prädiktor für Isolationen scheint in der Reflexionsfähigkeit eines Teams zu liegen, die hoch mit dessen Fähigkeit verknüpft ist, nicht zu isolieren, während die einzelnen Charakteristika der Patienten keine große Auswirkung auf die Anzahl der Isolationen zu haben scheinen. In einer Studie in Norwegen und in mehreren Krankenhäusern in Deutschland zeigte sich, dass die Wahrscheinlichkeit ob ein Patient Zwangsmaßnahmen ausgesetzt ist, weniger von seiner Diagnose als von

der Station und dem Krankenhaus, wo er eintritt, abhängen [19, 29, 38, 43]. Umgekehrt kann ein „Umschiffen“ der geschlossenen Akutstation durch eine offene Kriseninterventionsstation zu einer massiven Reduktion der Zwangsmaßnahmen und weiterer Komplikationen (Selbstschädigung etc.) führen [38].

Stationsabläufe und Stationsregeln

Kaum ein Setting weist so viele Regeln auf wie eine geschlossene Akutstation (geschlossene Küche, starre Besuchszeiten, Rauchverbote, rigide Fernsehzeiten, Nachtruhe, frühmorgendliches Wecken etc.). Gleichzeitig ist erwiesen, dass Gewalt in hohem Ausmaß als Reaktion auf Regeln erfolgt, die Patienten (und oft auch dem Personal) nicht erklärlich sind. Die Reduktion strenger und rigid durchgesetzter Stationsregeln auf psychiatrischen Akutabteilungen scheint einen gewaltpräventiven Effekt zu haben. Restriktive Settings und das Erzwingen von Regelbefolgung scheinen reaktives aggressives Verhalten bei Patienten zu begünstigen [3, 24, 32, 42]. Verschiedene Studien weisen denn auch einen Zusammenhang zwischen reglementierenden Interaktionen von Pflgeteam mit Patienten und aggressiven Übergriffen auf den Stationen nach [24, 32]. Auch auf Seiten der Pflgeteams gibt es Hinweise dafür, dass bei autoritärer Atmosphäre auf einer Station eine erhöhte Konfliktbereitschaft besteht [27], wobei die autoritäre Grundhaltung von Stationsteams maßgeblich bereits durch die Institution als Ganze mitgeprägt zu sein scheint [32].

Stationsregeln sind demnach auf ihre Sinnhaftigkeit und Legitimation hin zu überprüfen. Insbesondere bei Aufnahme von Patienten gilt es „eine Kultur des Empfangs“ [14] zu etablieren und Angst und Verwirrung auslösende Mängel in der Information über das Prozedere der Aufnahme und die Stationsabläufe bei den neu aufgenommenen Patienten zu beheben [3]. Ein vorsichtig-ruhiges und respektvolles Auftreten beim Erstkontakt mit Patienten, die aufgrund polizeilich oft vorbestehender Gewalteinwirkung und gestörtem Realitätsbezug ein Gewaltisiko mitbringen, ist generell hilfreich [39].

Problematische Konzentration von Akutpatienten

Faktoren wie eine niedrige Bettenmessziffer [27], die Überbelegung psychiatrischer Stationen [25, 33, 34, 35] oder eine hohe Anzahl von schwerkranken und wegen Fremdgefährdung gerichtlich untergebrachten Patienten [27] erhöhen die Zahl gewalttätiger Übergriffe und erfordern in der Folge auch vermehrt Zwangsmaßnahmen.

In einer eigenen Erhebung zeigte sich ein Zusammenhang zwischen Türschluss und dem Gewaltverhalten sowie daraus resultierenden Zwangsmedikationen: Während der Beobachtungsperiode mit geschlossenen Türen fanden sich doppelt so viele Übergriffe und Zwangsmedikationen sowie Entweichungen von Patienten wie in der offenen Periode [22].

Die geringere Anzahl anwesender Patienten wirkt präventiv bezüglich möglicher Gewaltentwicklungen auf Akutstationen. Das heißt umgekehrt, dass fehlender Platz, Verminderung von „Pufferzonen“ durch Türschließungen, aber vor allem auch eine regelmäßige Überbelegung, eine zu großzügige Aufnahmepolitik sowie die wahllose Häufung beispielsweise von manischen und/oder persönlichkeitsgestörten Patienten auf einer Station zu absehbarer Gewalteskalation führen [34].

Um dem entgegen zu wirken, sollte in Kliniken darauf geachtet werden, dass die Konzentration von Patienten auf Akutstationen durch ein Krisenmanagement auf allen anderen (Spezial-)Stationen möglichst vermieden wird. Eine vorsorgliche Entlassung von Patienten vor den Wochenenden und Feiertagen sowie eine „gerechte“ Aufteilung der Arbeitsbelastung und des Aufnahmedrucks unter allen Stationen können hier zielführend sein, da sie dem relativen Personalmangel auf Akutstationen und fehlender personeller Zuwendung entgegenwirken.

Schulungen des Personals

Die Schulung des Personals stellt eine der zentralen Maßnahmen in der Prävention von Gewalt auf psychiatrischen Akutstationen dar. Viele Studien zeigen, dass mit der Schulung insbesondere des psychia-

trischen Pflegepersonals durch vergleichsweise wenig Interventionen (einzelne Workshops) Zwangsmaßnahmen signifikant reduziert werden können (Übersicht bei [24]).

Wie im ersten Teil unseres Beitrags ausgeführt, hängen aggressive Übergriffe weit weniger mit Patientenvariablen, als mit Kontextbedingungen und interaktionellen Faktoren zusammen, etwa mit zu rigiden Abläufen oder als aversiv wahrgenommenen Verhaltensweisen von Pflegepersonen. Das Burnout von Mitarbeitern scheint nicht nur in direktem Zusammenhang mit ihnen zugefügter Gewalt zu stehen, sondern führt umgekehrt auch wieder zu einem erhöhten Gewaltisiko [32, 42]. Die „Haltung“ eines Teams beeinflusst die Anzahl der Übergriffe: Je kontrollierender die Haltung, desto mehr Übergriffe durch die Patienten [32]. Mitarbeiter, die die Patienten kennen und eine von Patienten positiv bewertete Beziehung zu ihnen haben, sind signifikant seltener von Übergriffen betroffen [36].

Überdies spielen die Einschätzung der Gewalt sowie die Auffassungen über den Ursprung der Aggression eines Patienten durch ein Behandlungsteam eine wichtige Rolle im Umgang mit Gewalt [9, 25, 27, 28, 40, 42]. Eine „internale Attribuierung“ von Gewalt [17], d. h. eine Auffassung, wonach Charakteristika des Patienten als Grund für Aggression oder Gewalt gesehen werden, führt eher zu Fixierung, Zwangsmedikation, Isolation und Eskalation von Gewalt, während umgekehrt externale Attribuierungen von Gewalt, d. h. deren Zuschreibung zu Umweltfaktoren [32], „crowding“ [33, 34, 35], Charakteristika der Teams wie bspw. Geschlechterverteilung, die Art der Interaktion und der Erfahrung der Mitarbeitenden [42], nicht in derselben Weise für den Einsatz von Zwangsmaßnahmen verantwortlich sind.¹

Bowers et al. [9] konnten zeigen, dass sich die Stimmung von Patienten auf Akutstationen wesentlich durch drei Faktoren zum Positiven verändern lässt:

¹ Ebenso wenig ist dies bei situational-interaktionellen Attribuierungen der Fall, d. h. bei Zuschreibungen der Gewaltursache sowohl an konkrete Kontextgegebenheiten (Team-Patient-Interaktion [44]) wie auch an bestimmte Charakteristika des Patienten.

Nervenarzt 2013 · [jvn]:[afp]–[alp] DOI 10.1007/s00115-013-3770-3
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

D. Sollberger · U.E. Lang

Psychiatrie mit offenen Türen. Teil 2: Therapeutische Herausforderungen

Zusammenfassung

Die Öffnung der Türen akutspsychiatrischer Stationen ist ein „Schlüssel“ zu einer patientenbezogenen Psychiatrie. Gemeint ist, dass Patienten in ihrer Persönlichkeit ernst genommen werden wie in ihrer Krankheit. Patienten und ihre Angehörigen sollen ein hohes Maß in der Partizipation an der Behandlung erfahren und sich zugleich Behandlungsteams gegenüber sehen, die in einer empathischen Grundhaltung darum bemüht sind, Vertrauen und Sicherheit in der therapeutischen Beziehung zu erarbeiten.

Diese vorliegende Arbeit widmet sich therapeutischen Maßnahmen, einzelnen Skills und Veränderungen von Rahmenbedingungen der Akutbehandlung, die hilfreich sein können, die skizzierte Grundüberzeugung einer wesentlichen Beziehungsarbeit in der

Psychiatrie und Förderung der Selbst- und Mitbestimmung der Patienten praktisch umzusetzen (z. B. Vermeidung von Patientenkonzentrationen auf Akutabteilungen, Schulungen des Personals, Einschätzung von Gewalttrisiken, Gewaltdeeskalation, Umgang mit Suizidalität etc.). Sie sollen helfen, präventiv, aber auch in entstehenden schwierigen Situationen drohender Selbst- und Fremdgefährdung, der Aggression und Gewalt auf Abteilungen professionell gegenüber zu treten und damit den Prozess einer Türöffnung in der Psychiatrie vorzubereiten.

Schlüsselwörter

Akutspsychiatrie · Aggression · Gewalt · Selbst- und Fremdgefährdung · Teamsupervision

Psychiatry with open doors. Part 2: Therapeutic challenges

Summary

In the previous part of the issue we argued that opening the doors of acute psychiatric inpatient wards is actually one of the anchor points on the way to an innovative psychiatry. It focuses on the patient's personality in a sense that this is taken as seriously as the psychiatric disorder itself. Patients and relatives should be enabled to participate in treatment decisions as they should experience that treatment teams are concerned about reliance, liability and security in therapeutic relationships in an empathetic way.

The second part of the issue contributes to the therapeutic measures, the different skills and modifications of treatment frameworks in acute psychiatry (e.g. prevention of crowding in acute psychiatric inpatient units, education of staff, assessment of the risks of

violence, de-escalation strategies and coping with suicidality). They might be helpful in implementing the outlined confidence about the essence of therapeutic relationships, autonomy and codetermination of patients in treatment. These suggestions might enhance a professional approach particularly with respect to prevention and also concerning acute interventions in situations of endangerment to self and others and of aggression and violence in the units. In this way they help to achieve the goal of open doors in psychiatry.

Keywords

Acute psychiatric treatment · Aggression · Violence · Endangering self and others · Team supervision

- eine *positive Würdigung* der Patienten durch das Team,
- die Fähigkeit des Teams, die eigenen natürlichen *Emotionen den Patienten gegenüber zu regulieren* sowie
- die Fähigkeiten des Teams, effektive *Strukturen und Regeln* auf der Station zu schaffen und diese transparent zu erklären.

Entsprechend lohnt es, Schulungen des Personals sowie geeignete, von den jewei-

ligen Institutionen geförderte und getragene Einrichtungen der Teambesprechungen und Supervisionen (s. unten) zu etablieren.

Zur Wirksamkeit von Schulungen des Pflegepersonals

Studien, die nachweisen, dass Schulungen von psychiatrischem Pflegepersonal mit unterschiedlichen inhaltlichen Foki signifikante Effekte auf einen Rückgang der

Gewalt und der Zwangsmaßnahmen erzielen, liegen inzwischen in großer Anzahl vor (für eine Übersicht [24]). Viele dieser Schulungen basieren auf theoretischen Prinzipien des Recovery-Modells, wonach großer Wert auf ressourcenorientierte Aktivierung, auf Prävention und die Übergabe von Selbstbestimmung und Verantwortung an die Patienten gelegt wird, eine Gewichtung von „Shared-decision-making“-Prozessen erfolgt oder die Arbeit im Bezugspersonensystem etabliert ist [24].

Die Schulungen umfassen sowohl theoretische Wissensvermittlung zur Entstehung von Gewalt, Identifikation von Risiken, strukturiertem Umgang mit Gewalt, Dokumentation sowie zu gesetzlichen Grundlagen und zur Ethik im Zusammenhang mit Gewaltanwendung. Gelehrt werden teilweise praktische, kommunikative und nichtkörperliche Fertigkeiten, mit denen nachweislich gute Effekte erzielt werden (Übersicht bei [24]). Erfolgreich scheinen zudem Maßnahmen zu sein, die in gemeinsamer Erarbeitung mit den Stationsteams Veränderungen in der Haltung gegenüber Patienten fokussieren und grundsätzlich die Politik der Zwangsmaßnahmen durch Prävention und Deeskalation in den Blick nehmen (Übersicht bei [24]). Hierzu liegen auch spezifische Trainingsprogramme vor, wie etwa jenes von Meehan et al. [30] entwickelte, das „professional assault response training“ (PART), nach welchem eine Abschätzung und das Management von Risiken, deeskalative Methoden, das Management von Symptomen, Psychopharmakologie sowie Evasionstechniken bei gleichzeitig verbessertem Monitoring gelehrt werden.

Einschätzung von Gewalttrisiken

In deutlicher Abweichung von den gesamtgesellschaftlichen Risikofaktoren für Gewalttaten konnte in psychiatrischen Krankenhäusern keine Assoziation des Risikos für aggressives Verhalten mit männlichem Geschlecht, jüngerem Alter oder bestimmten psychiatrischen Diagnosen konsistent belegt werden [39]. Die Schwere psychopathologischer Symptome spielt eine Rolle, ist aber ebenfalls als Risikofaktor nicht belegbar. Aufgrund der Befunde, dass Gewalt häufig aufgrund si-

tuativer Kontextbedingungen und in erheblichem Maß in Verbindung mit psychosozialen Schwierigkeiten entsteht [14, 39], gilt es, diesen Faktoren in einer adäquaten Risikoabschätzung und Behebung zu begegnen.

Für die Einschätzung von Gewalttrisiken kann der Einsatz von Risikochecklisten hilfreich sein. So berichten Björkdahl et al. [6] von einer Reduktion der Übergriffe u. a. aufgrund des Einsatzes der Brøset Violence Checklist [1], die ein hervorragendes Instrument zur Abschätzung eines bestehenden Aggressionsrisikos darstellt.

Gewaltprävention und -deeskalation

In einem aktuellen Review von Johnson wurden ca. 40 Studien zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen, Gewaltreignissen und Aggression auf psychiatrischen Akutstationen zusammengefasst [20]. Bemühungen zur Reduktion von Gewalt auf Akutstationen reichten von Implementierung eines Bezugspflegesystems, einer Zuhausebehandlung, eines respektvollen Umfeldes, eines Behandlungsplans, einer verbesserten standardisierten Dokumentation, einer „Service-mentalität“ beim Team, standardisierten Assessments, einer demokratischen Entscheidungsfindung im Team, Analyse von Zwangssituationen, erhöhter Patientenautonomie, neuer Reglements für Isolation und Zwangsmedikation, verkürzte Dauer von Isolation und Zwangsmedikation bis zu Rollenspielen und Entspannungstrainings für das Team [20].

Pflegepersonal wurde geschult in Ressourcenorientierung, Recovery-Modellen, Philosophie, Aggressionsmodellen, Stressreduktion, Vereinfachung, räumlicher Distanz, Time-out, Empowerment statt Kontrolle, Traumabehandlung, Deeskalation, Abbruchmethoden, Problemlösetaktiken, Krisenmanagement, „Dreieck der Wahlmöglichkeiten“ und gesetzlichen und ethischen Grundlagen [20]. Reduktion der Struktur, Selbstreflexion des Teams, Erkennen eigener Grenzen, Einbezug der Angehörigen, Abgabe von Verantwortung an den Patienten, Entdramatisierung von Eigen- und Fremdgefährdung, Normalizing, Akzeptanz von Symptomen, „shared

decision making“, psychotherapeutische Interventionen zum Herstellen einer Adhärenz und Reduktion von Zwangsmaßnahmen sind nur einige Skills, die offene Türen zwingend erfordern [24].

Therapeutische Angebote statt restriktiver Verbote

Therapeutische Angebote anstelle restriktiver Verbote helfen, Aggression und Gewalt und damit auch Zwangsmaßnahmen auf psychiatrischen Akutstationen zu reduzieren. Vielerorts sind psychotherapeutische Angebote auch auf akutpsychiatrischen Stationen bereits etabliert. Alle Akutpatienten sollten Zugang zu diversen Angeboten haben. Dennoch bestehen Verbesserungsmöglichkeiten und Forschungspotenzial sowohl in einzel- wie gruppentherapeutischer Hinsicht.

Die für die *Einzeltherapie* relevanten Mechanismen zur Psychotherapie bei Schizophrenie sind in Standardwerken von Vauth und Stieglitz [41] und Lincoln [26] verständlich aufgeführt (Übersicht [24]). Zentrale Voraussetzungen für die Psychotherapie sind Therapeut-Patient-Beziehung, Beziehungsklärung, nichtkonditionales Akzeptieren, Empathie, Autonomieherstellung, Verstärkung und Compliancebildung.

Gruppenangebote wie das *soziale Gruppentraining sozialer Kompetenzen* [18] und das *metakognitive Training*² [31] stoßen auf eine hohe Resonanz bei akut schizophren Erkrankten. Ähnlich wie im sozialen Kompetenztraining mittels Einzelarbeit, Rollen- und Interaktionsspielen durch eine Verbesserung der Selbst- und Fremdwahrnehmung an der Differenzierung adäquaten Verhaltens (selbstsicher – selbstunsicher – aggressiv) gearbeitet wird, basiert auch das metakognitive Training für Patienten mit einer Schizophrenie auf Grundlagen der „theory of mind“ und versucht mittels Perspektivenwechsel und kognitiver Umstrukturierung „Gedankenfallen“ aufzuspüren und zu entschärfen und damit eine Verbesse-

² Das metakognitive Training von Moritz et al. wird von ca. 65.000 Menschen weltweit genutzt und kann in 27 Sprachen kostenfrei von der Homepage der Universität Hamburg heruntergeladen werden. http://www.uke.de/kliniken/psychiatrie/index_17380.php

rung von Wahn, sozialen Fähigkeiten und Denkzerfahrenheit herbeizuführen [31].

Die etablierte und standardisierte *Psychoedukation* für schizophrene Patienten – mittlerweile auch für Angehörige entwickelt (PEFI, [4]) – zeigte signifikante Effekte hinsichtlich der Wiederaufnahmeraten [4]. Weitere Angebote wie „freie Gruppen“, in welchen Patienten über Wünsche und Probleme, Missstände auf der Station, Konflikte zwischen Patienten oder Patienten und Behandlungspersonal sprechen können, tragen zu einem weniger aggressionsgeladenen Zusammenleben auf Akutstationen bei, wie dies auch viele andere Angebote tun, die zur Stabilisierung eines Abteilungsklimas führen (*variabel wählbare Angebote* wie Yoga, Lauftraining, Tischtennisturniere bis hin zu Literatur- oder Musikgruppen oder Ausstellungsaktivitäten oder zur Bewirtschaftung von Patientencafés). Zudem sollte *körperliche Betätigung und Fitness*, die häufig zu einem gesunden Abbau von Spannungen beitragen, auf jeder Akutstation möglich sein. Und schließlich haben viele Untersuchungen gezeigt, dass die *Anwesenheit von Tieren* und deren Pflege eine aggressions-, gewalt- und angstreduzierende und normalitätserzeugende Wirkung haben [23].

Zum Umgang mit Suizidalität

Mit Suiziden im Krankenhaus verhält es sich anders als mit solchen außerhalb: Die Kenntnis von Risikofaktoren für einen Suizid im Krankenhaus stellt eine der Voraussetzungen für einen adäquaten Umgang damit dar: Es sind dies vor allem chronische affektive und schizophrene Erkrankungen, ein längerer Aufenthalt, Selbstverletzungen im Vorfeld, männliches Geschlecht, Plan eines Suizidversuchs, suizidales Verhalten vor Aufnahme, länger bestehende Erkrankung, Berentung, Suizide bei erstgradig Verwandten, psychiatrische Familienanamnese, Depression, viele vorhergehende Aufenthalte, mehr Verschreibungen, unerlaubtes Wegbleiben während des Aufenthalts, extrapyramidale Nebenwirkungen, Verlegungen innerhalb der Klinik, Teilzeitbeschäftigung, Alleinleben und Obdachlosigkeit (Review bei [10, 24]).

Im Krankenhaus zählen schizophrene und wahnhaft depressive Patienten zu den

Hochrisikopatienten während im ambulanten Rahmen eher Suchtpatienten und depressive Patienten ein höheres Suizidrisiko zu tragen scheinen [10, 24]. Größte Aufmerksamkeit sollte also wahnhaft depressiven Patienten geschenkt werden, nicht zuletzt weil sie gleichzeitig jene Patienten sind, die eine Verlegung auf eine geschlossene Station wahnhaft verarbeiten können. Es gibt keine Hinweise darauf, dass die Verlegung von suizidalen Patienten auf geschlossene Stationen das Suizidrisiko senkt [10, 13, 24].³ Eine Sitzwache ist möglicherweise eine sicherere Maßnahme als die Verlegung auf eine geschlossene Station, wo statt intensiver personeller Zuwendung (durch die Konzentration von schwerkranken Patienten und hohem Aufnahmepressur) meist ein geringes Kontaktangebot vorliegt. Ein Großteil der Suizide im Krankenhaus (90%) ereignet sich für das Personal unvorhersehbar und trotz expliziter Verneinung bzw. „Antisuizidpakten“ mit dem behandelnden Kliniker [2, 44]. Medikamente, die das Suizidrisiko nachweislich senken wie Lithium, Clozapin, Benzodiazepine (bei Wahn nur in Kombination mit einem Neuroleptikum) sollten präferenziell eingesetzt werden [24].

M. Wolfersdorf und E. Etzersdorfer haben in ihrer jüngsten Monographie zum Suizid und der Suizidprophylaxe allgemeine Regeln für den Umgang mit suizidalen Patienten zusammengestellt [24, 44]:

- grundsätzlich alle therapeutischen Maßnahmen vermeiden, die Suizidalität fördern können (Verlegung, Arztwechsel etc.),
- Kontext von Maßnahmen muss bedacht werden: geschlossene Tür schützt vor Entweichungen, aber nicht vor Suizidabsichten, antidepressive Therapie behandelt Depression, wirkt aber akut nicht antisuizidal,
- Dämpfung von akutem Handlungsdruck, Schlafnormalisierung, Behandlung von Getriebenheit,
- Psychopharmaka dürfen keine neuen Nebenwirkungen einbringen wie Überstimulation, Angst, Schlafstö-

³ Die Suizidraten in Untersuchungsgefängnissen steigen bei Männern allein aufgrund der Tatsache, eingesperrt zu sein, um das 3–12fache, bei Frauen um das 8–16fache an [11].

rungen, Entkeimen von Handlungskontrolle, Akathisie,

- die Behandlung der Grunderkrankung genügt alleine häufig nicht; Suizidalität bei Schizophrenie: Neuroleptika und Benzodiazepine; Suizidalität bei bipolarer Störung: Benzodiazepine und Stimmungsstabilisatoren,
- Nachtdienst und Wochenenddienst müssen Kenntnis vom suizidalen Patienten haben,
- hohe Betreuungsdichte bei Zustand nach Suizidversuch und Intoxikationszeichen.

Für die klinische Arbeit sollten Motive und Phantasien, die bei Suizidhandlungen immanent sein können, genau beachtet werden. Psychodynamisch lässt sich Suizidalität vielfältig etwa als aggressiver Ausdruck einer narzisstischen Kränkung und tiefen Selbstwertkrise, als Abfuhr intrapsychischer Spannungen, als Wunsch nach Beziehungssicherung oder Wiedervereinigung mit einem verstorbenen und geliebten Objekt verstehen [11]. Klinisch und therapeutisch hilfreich ist die Beachtung von insbesondere negativen Gegenübertragungsreaktionen, deren Analyse und Typisierung [16, 44] ein Verständnis für die psychodynamische Funktion von Suizidalität eröffnen kann. Dies ist besonders dann hilfreich und notwendig, wenn es darum geht, Situationen zu erkennen, in denen suizidale Dynamiken Beziehungsintensivierungen zur Folge haben (sollen). Es sind Situationen, in denen nicht selten heftige Affekte wie Angst oder Wut bei einzelnen Teammitgliedern oder ganzen Teams entstehen.

Nicht nur der psychoanalytisch tätige Psychotherapeut, auch die in der Akutpsychiatrie Tätigen jeglicher therapeutischen Ausrichtung sollten geschult werden, auf szenische Übertragungs- und Gegenübertragungssituationen, auf Abwehrmechanismen und Widerstandsphänomene zu achten. Insbesondere bei Entlassungs- und Verlegungssituationen gilt es, pathologische Interaktionsmuster zu erkennen, die hinsichtlich suizidaler Dynamiken eine Rolle spielen (vgl. dazu [16]). Der Einfluss der Persönlichkeitsstruktur von Therapeuten auf ihre Gegenübertragungsreaktion auf suizidale Patienten

ist zu beachten und weiterhin wenig beforscht [16].

Bei einer Öffnung von Akutstationen ist nicht nur die regelmäßige, fachärztliche und exakte Einschätzung der Suizidalität von Patienten von zentraler Bedeutung, sondern auch auf die klare Dokumentation der Befunde und der darin begründeten Maßnahmen zu achten.

Die fallzentrierte Teamsupervision

Die Bereitstellung professioneller Behandlungen auf Akutstationen in einem Klima, welches Vertrauen fördert, Sicherheit für Patienten und Behandlungsteams gewährleistet und deshalb möglichst angstfrei erfolgen kann, erfordert eine hohe Kompetenz und Zusammenarbeit der Teams. Gefragt ist Kompetenz nicht nur in der konkreten therapeutischen Intervention, in den Praktiken und Techniken, sondern insbesondere auch in den Holding- und Containing-Funktionen sowie der Reflexionsfähigkeit des Gesamtteams [37]. Neben Aus-, Fort- und Weiterbildungen sind im klinischen Alltag gemeinsame Sitzungen zur Reflexion und Analyse des therapeutischen Handelns, welches in wesentlichen Teilen eine Beziehungsarbeit darstellt, von großer Bedeutung: Fallbesprechungen, gemeinsame Entscheidungsfindungen, Nachbesprechungen schwieriger Situationen, vor allem aber auch Teamsupervisionen. Die fallzentrierte Teamsupervision bietet Teammitarbeitern die Möglichkeit, die Beziehungsarbeit mit dem Patienten, die subjektive Wahrnehmung des Patienten sowie auch die Selbstwahrnehmung zu überprüfen. In der Anwesenheit des Supervisors als eines „Dritten“ lassen sich unreflektierte Voreingenommenheit eines Teams oder einzelner Mitarbeiter, eingengte Wahrnehmungen, zu rasche positive oder negative Beurteilungen und vorschnell abgeleitete Entscheide aufgreifen, reflektieren und besser verstehen [21].

Themen der Fremdaggression und Suizidalität, damit verknüpfte Frustrationserlebnisse, therapeutische Misserfolge, fehlende Adhärenz von Patienten, Hilflosigkeit und Ohnmachtsgefühle in den Teams, emotionale Rückzüge einzelner Teammitglieder, Probleme der

Wertschätzung und anderes sind Kernthemen der Teamsupervision auf Akutstationen. Ihre Aufgabe ist die Verbesserung der therapeutischen Arbeit mit Patienten, d. h. die Reflexion eigener Wahrnehmungen und Beurteilungen, die Verbesserung von Handlungskompetenzen in der Lösung von Interaktionskonflikten, die Qualitätssicherung und damit der Schutz von Patienten vor unsachgemäßer Behandlung. Letztlich dient sie dem Erhalt eines therapeutischen, professionellen und für die Mitarbeiter nachhaltig erträglichen Behandlungsmilieus, welches letztere in ihrer professionellen Identität und Funktionsfähigkeit unterstützt.

Fazit für die Praxis

Eine offene, innovative Psychiatrie stellt die Persönlichkeit des Patienten ins Zentrum. Sie ist um größtmögliche Autonomie und mitverantwortliche Partizipation der Patienten an Behandlungsentscheidungen bemüht. Das damit verbundene Ziel einer Reduktion von Zwangsmaßnahmen und die Forderung einer Türöffnung verlangen Voraussetzungen, die alle darauf hinzielen, dass gegenseitiges Vertrauen und Wertschätzung die Grundlage der therapeutischen Arbeit bilden. Aggressivität und Gewalt stellen diese Grundlagen immer wieder infrage, so dass sie durch geeignete strukturelle und personelle Maßnahmen zu schützen sind. Neben der Verhinderung von problematischen Patientenkonzentrationen auf einzelnen Stationen und Überbelegungen sind Schulungen des Personals (Kenntnisse interaktionellen Entstehungsmechanismen von Gewalt, Beurteilung und der präventive Umgang mit Aggressivität, Gewalt und Suizidalität) zentral. Zudem tragen auf Akutabteilungen verbesserte therapeutische Angebote anstelle restriktiver Verbote und rigide durchgesetzter Stationsabläufe und -regeln zu einer möglichen Öffnung bei. Eine verantwortungsvolle Türöffnung, die, wie skizziert, durch verschiedene Maßnahmen vorbereitet sein muss, kann ihrerseits maßgeblich dazu beitragen, dass sowohl das Fremdgefährdungsrisiko durch Gewalt auf Stationen, das Anwenden von Zwangsmaß-

nahmen sowie eventuell auch das Selbstgefährdungsrisiko durch Suizid reduziert werden.

Korrespondenzadresse

Dr. Dr. D. Sollberger

Universitäre Psychiatrische Kliniken
Wilhelm Klein-Str. 27, 4012 Basel
daniel.sollberger@upkbs.ch

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt für sich und seinen Koautor an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Abderhalden C, Needham I, Dassen T et al (2006) Predicting inpatient violence using an extended version of the Brøset-Violence-Checklist: instrument development and clinical application. *BMC Psychiatry* 6:17
2. Ajdacic-Gross V, Lauber C, Baumgartner M et al (2009) In-patient suicide – a 13-year assessment. *Acta Psychiatr Scand* 120:71–75
3. Alexander J (2006) Patients' feelings about ward nursing regimes and involvement in rule construction. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 13:543–553
4. Bäuml J, Froböse T, Kraemer S et al (2006) Psychoeducation: a basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophr Bull* 32:51–59
5. Bergk J, Steinert T (2006) Einstellungen und Einschätzungen von Mitarbeitern psychiatrischer Aufnahmeabteilungen zu Zwangsmaßnahmen. *Nervenarzt* 77:5423
6. Björkdahl A, Heilig M, Palmstierna T, Hansebo G (2007) Changes in the occurrences of coercive interventions and staff injuries on a psychiatric intensive care unit. *Arch Psychiatr Nurs* 21:270–277
7. Bonner G, Lowe T, Rawcliffe D, Wellman N (2002) Trauma for all: a pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 9:465–473
8. Boumans CE, Egger JI, Souren PM et al (2012) Nurses' decision on seclusion: patient characteristics, contextual factors and reflexivity in teams. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 19:264–270
9. Bowers L, Nijman H, Allan T et al (2006) Prevention and management of aggression training and violent incidents on U.K. acute psychiatric wards. *Psychiatr Serv* 57:1022–1026
10. Combs H, Romm S (2007) Psychiatric inpatient suicide: a literature review. *Primary Psychiatry* 14:67–74
11. Dammann G, Gerisch B (2005) Narzisstische Persönlichkeitsstörungen und Suizidalität: Behandlungsschwierigkeiten aus psychodynamischer Perspektive. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 156:299–309
12. Fazel S, Cartwright J, Norman-Nott A, Hawton K (2008) Suicide in prisoners: a systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry* 69:1721–1731
13. Fujimori H, Sakaguchi M (1986) Suicide by schizophrenic patients in psychiatric hospitals. *Fortschr Neurol Psychiatr* 54:1–14

14. Gaebel W, Falkai P (Hrsg) (2010) *Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie*. Reihe: S2 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, Springer
15. Gallop R, McCay E, Guha M, Khan P (1999) The experience of hospitalization and restraint of women who have a history of childhood sexual abuse. *Health Care Women Int* 20:401–416
16. Götze P (2007) Übertragungs-Gegenübertragungs-Widerstand in der Diagnostik und Behandlung suizidaler Patienten. *Suizidprophylaxe* 34:123–134
17. Hahn S, Needham I, Abderhalden C et al (2006) The effect of a training course on mental health nurses' attitudes on the reasons of patient aggression and its management. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 13:197–204
18. Hinsch R, Pflingsten U (2007) *Das Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK)*. Grundlagen, Durchführung, Materialien, 5. Aufl. PVU, Weinheim
19. Husum TL, Bjørngaard JH, Finset A, Ruud T (2010) A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics. *BMC Health Serv Res* 10:89
20. Johnson ME (2010) Violence and restraint reduction efforts on inpatient psychiatric units. *Issues Ment Health Nurs* 31:191–197
21. Küchenhoff J (2009) Fallzentrierte Teamsupervision. In: Küchenhoff J, Mahrer Klemperer R (Hrsg) *Psychotherapie im psychiatrischen Alltag*. Die Arbeit an der therapeutischen Beziehung. Schattauer, Stuttgart 294–299
22. Lang UE, Hartmann S, Schulz-Hartmann S et al (2010) Do locked doors in psychiatric hospitals prevent patients from absconding? *Eur J Psychiatry* 24:199–204
23. Lang UE, Jansen JB, Wertenaue F et al (2010) Reduced anxiety during dog assisted interviews in acute schizophrenic patients. *Eur J Integr Med* 2:123–127
24. Lang (2012) *Innovative Psychiatrie mit offenen Türen*. Springer, Heidelberg
25. Lanza M, Kayne H, Hicks C, Milner J (1994) Environmental characteristics related to patient assault. *Issues Ment Health Nurs* 15:319–335
26. Lincoln T (2006) *Kognitive Verhaltenstherapie der Schizophrenie*. Hogrefe, Göttingen
27. Lion JR, Madden DJ, Christopher RL (1976) A violence clinic. Three years' experience. *Am J Psychiatry* 133:432–435
28. Lutzen K (1990) Moral sensing and ideological conflict aspects of the therapeutic relationship in psychiatric nursing. *Scand J Caring Sci* 4:69–76
29. Martin V, Bernhardsgrütter R, Göbel R, Steinert T (2007) The use of mechanical restraint and seclusion: comparing the clinical practice in Germany and Switzerland. *Psychiatr Praxis* 34:S212–S217
30. Meehan T, McCombes S, Hatzipetrou L, Catchpole R (2006) Introduction of routine outcome measures: staff reactions and issues for consideration. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 13:581–587
31. Moritz S, Vitzthum F, Randjbar S et al (2010) *Metakognitives Training für schizophrene Patienten (MKT)*. Manual. VanHam Campus, Hamburg
32. Morrison EF (1998) The culture of caregiving and aggression in psychiatric settings. *Arch Psychiatr Nurs* 12:21–31
33. Ng B, Kumar S, Ranclaud M, Robinson E (2001) Ward crowding and incidents of violence on an acute psychiatric inpatient unit. *Psychiatr Serv* 52:521–525
34. Nijman HL, Rector G (1999) Crowding and aggression on inpatient psychiatric wards. *Psychiatr Serv* 50:830–831
35. Palmstierna T, Huitfeldt B, Wistedt B (1991) The relationship of crowding and aggressive behavior on a psychiatric intensive care unit. *Hosp Community Psychiatry* 42:1237–1240
36. Richter D (1999) *Patientenübergänge auf Mitarbeiter psychiatrischer Kliniken*. Lambertus, Freiburg im Breisgau
37. Sollberger D (2009) Beziehungsarbeit aus Sicht der in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen. In: Küchenhoff J, Mahrer Klemperer R (Hrsg) *Psychotherapie im psychiatrischen Alltag*. Die Arbeit an der therapeutischen Beziehung. Schattauer, Stuttgart, S 42–69
38. Steinert T, Eisele F, Goeser U et al (2008) Successful interventions on an organisational level to reduce violence and coercive interventions in in-patients with adjustment disorders and personality disorders. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 4:27
39. Steinert T (2002) Gewalttätiges Verhalten von Patienten in Institutionen. Vorhersagen und ihre Grenzen. *Psychiatr Praxis* 29:61–68
40. Terpstra Terry L, Terpstra Tammy L, Pettee EJ, Hunter M (2001) Nursing staff's attitudes toward seclusion and restraint. *J Psychosoc Nurs* 29:21–49
41. Vauth R, Stieglitz RD (2007) *Chronisches Stimmenhören und persistierender Wahn*. Hogrefe, Göttingen
42. Whittington R, Higgins I (2002) More than zero tolerance? Burnout and tolerance for patient aggression amongst mental health nurses in China and the UK. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 412:37–40
43. Winstanley S, Whittington R (2002) Violence in a general hospital: comparison of assailant and other assault-related factors on accident and emergency and inpatient wards. *Acta Psychiatr Scand* 412:144–147
44. Wolfersdorf M, Etzersdorfer E (2011) *Suizid und Suizidprävention*. Kohlhammer, Stuttgart