Professionelles Deeskalationsmanagement

Eine Chance neue Wege zu gehen

Ronny Münzner & Thomas Wondzinski

Eskalation-Ein Beispiel…

Die **reinste** Form des **Wahnsinns** ist es,

alles beim **alten** zu lassen

und trotzdem zu **hoffen**,

daß sich was **ändert**.

Albert Einstein

Erste Definitionen:
Professionelles Deeskalationsmanagement

Deeskalation

Eine Deeskalation ist eine **Maßnahme**,

welche die Entstehung oder die Steigerung von **Gewalt und Aggressionen erfolgreich verhindern kann**,

zu dem Zweck, psychische oder physische **Beeinträchtigungen oder Verletzungen eines Menschen zu vermeiden**.

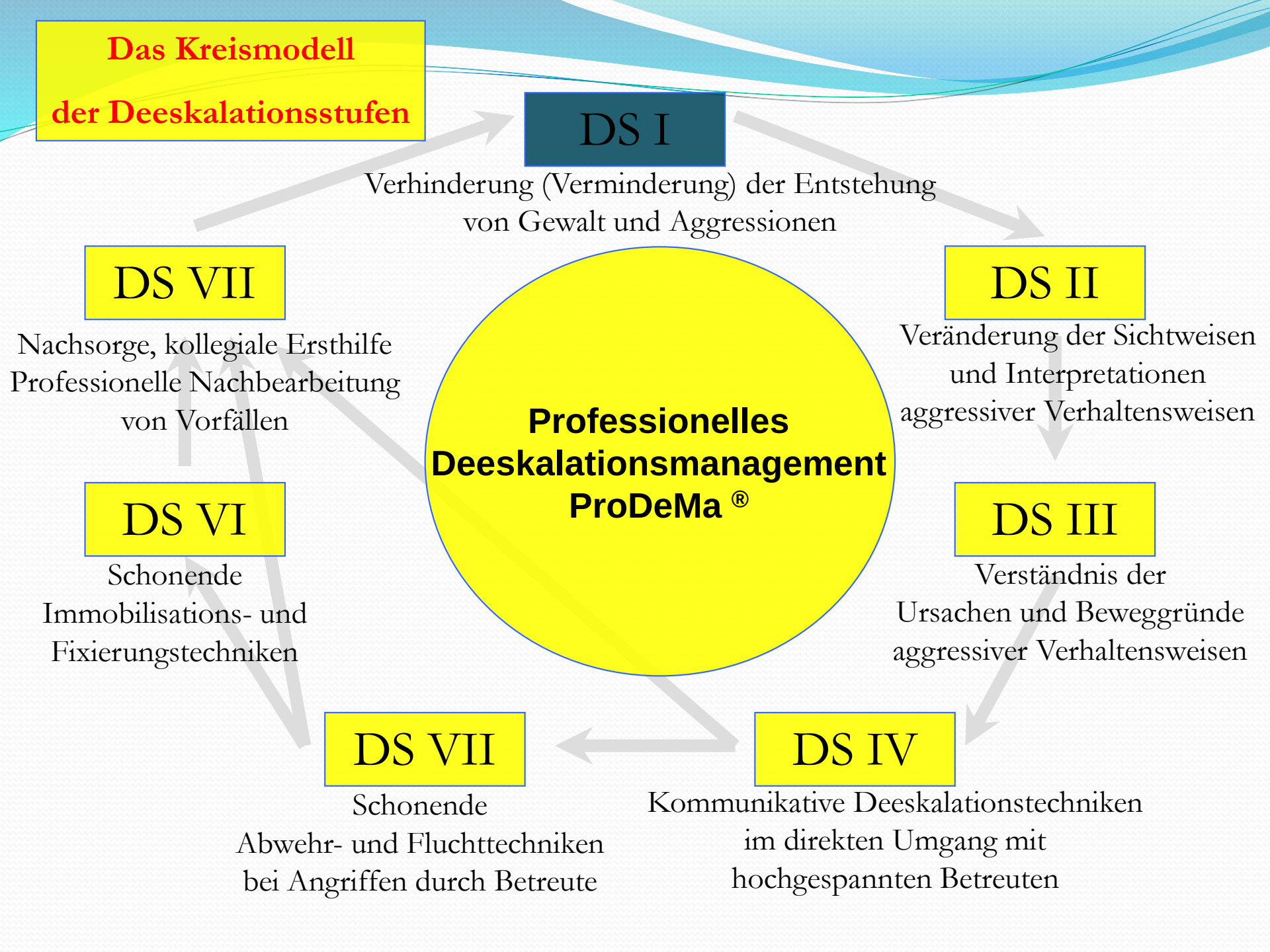
Deeskalationsmanagement

Die **Planung, Durchführung und Koordination sämtlicher Maßnahmen**

für einen **optimalen Umgang mit Gewalt und Aggression** innerhalb eines Systems,

z.B. einer Institution, einer Station oder eines Teams

Das Kreismodell der Deeskalationsstufen



Aggression bewältigen
Unfallkassen
Gewalt in der psychiatrischen Pflege
CNE.magazin
Certified Nursing Education
Relzthema Fixierung
Mobbing
Gewaltvermeidung steht an erster Stelle
Konzept Deeskalationsmanagement
HELIOS Hanseklinikum Stralsund
Leitgedanke
Qualitätsziel
Gefährdungsanalyse /Vorstellung

Das Stufenmodell

- **Deeskalationsstufe I- Primärprävention- Verhinderung der Entstehung von Gewalt und Aggression**

Aggressionsauslösende Reize

Ganz persönlich…

Modern Art…?

Gruppenarbeit zur DS I

Verhaltensweisen bei Patienten, Bewohnern oder Angehörigen?

1. Stillarbeit: Einzel-Brainstorming: Aggressionsauslösende Faktoren in meiner Institution (5min.)
   Sammeln Sie so konkret wie möglich einzelne aggressionsauslösende Reize aus ihrer eigenen Beobachtung. Als Anregung können Sie die Folie zur Deeskalationsstufe I zur Hand nehmen

2. Gruppenarbeit: Sammlung aggressionsauslösender Reize (10 Minuten)
   Vergleichen Sie Ihre persönlichen Ergebnisse mit den Ergebnissen anderer TeilnehmerInnen Ihre Arbeitsgruppe und erstellen Sie einen gemeinsamen Katalog aggressionsauslösender Reize auf Flip-Chart-Papier oder auf Pinnwand-Kärtchen

3. Gruppenarbeit: Möglichkeit der Veränderung Brainstorming (15 Minuten)
   Nehmen Sie aus der gemeinsamen Sammlung den aggressionsauslösenden Reiz heraus, der sich am meisten in Ihrer Arbeitsgruppe wiederholt hat. Führen Sie in der Arbeitsgruppe ein Brainstorming durch, wie dieser aggressionsauslösende Reiz verändert werden könnte ohne Rücksicht auf praktische Umsetzbarkeit in der eigenen Institution.

Ergebnisse der Gruppenarbeit

Aggression

- Aggression ist ein Verhalten, dessen Ziel eine Beschädigung oder Verletzung ist- Berkowitz 1980

Unter aggressiven Verhaltensweisen werden solche verstanden, Die Individuen oder Sachen aktiv und zielgerichtet schädigen, sie schwächen oder in Angst versetzen- Fürntratt 1974

Aggressives Verhalten liegt nur dann vor, wenn die Absicht der Schädigung Bei einem Täter vorhanden ist. Wer absichtlich etwas tut, oder unterlässt um eine Psychische/physische Beeinträchtigung einem anderen herbeizuführen Verhält sich aggressiv- Ruthemann 1990

Aggressionsauslösende Reize

- **Subjektiv erlebte Gewaltanwendung des Patienten**
- **Stressbelastung für Patienten**
- **Frustrationserlebnisse**
- **Mangelnde Autonomie, Selbstkontrolle und Mitbestimmung**
- **Verhinderte Bedürfnisbefriedigung (Grundbedürfnisse!)**
- **Stationsregeln, Hausordnung und Gewohnheiten im Umgang mit dem Patienten**
- **Aggressionsauslösende Verhaltensweisen, Interaktions- und Kommunikationsmuster von Mitarbeitern**

Aggressionsformen

- **Brachiale Aggression**: Schlagen, Treten, Kratzen, Beißen, Festhalten, Spucken
- **Verbale Aggression**: Schreien, Beschimpfen, Abwerten, Lächerlich Machen, Ignorieren, Provozieren, Vorwürfe, Drohungen
- **Imitierte Aggression**: Lernen am Modell: Erfolgreiches aggressives Verhalten wird erlernt und angewendet.
- **Feindselige Aggression:**Verhaltensweisen, bei denen einem Opfer Schmerz,Schaden oder Angst zugefügt werden soll(Motivation-Rache,Hass,Erregung etc.)
- **Sündenbockaggression**: Kollektive Aggression: individuelle Aggressionspotentiale schließen sich zusammen und "suchen" ein Opfer zur Abreaktion. Opfermerkmale: allgemein wahrnehmbar, z.B. unbeliebt , unsympathisch, andersartig (Glauben, Aussehen, Verhalten), Frustrationsquelle.
- Konsequenz: Das Opfer ist ungefährdet angreifbar, Gewaltanwendung erscheint moralisch gerechtfertigt.
- **Symbolisierte Aggression**: Kleidung, Schmuck, Waffen, Machtsymbole

- Autoaggression, expressive A., stellvertretende A., Instrumentelle A.

Deeskalationsstufe I:

Aggressionsauslösende Reize 1

- **Subjektiv erlebte Gewaltanwendung des Patienten** (z.B. Fixierung, Immobilisation)
- **Stressbelastung für Patienten** (z.B. Trennung v. gewohnter Umwelt, Eingesperrt Sein, Druck wg. Arbeitsplatz)
- **Frustrationserlebnisse** (z.B. falsche Versprechungen (versprochener Ausgang))
- **Mangelnde Autonomie, Selbstkontrolle und Mitbestimmung** (Eingesperrt Sein, Stationsreglement, Therapiepflicht)
- **Stationsregeln, Hausordnung und Gewohnheiten im Umgang mit dem Patienten**

Deeskalationsstufe I:

Aggressionsauslösende Reize 2

- **Subtile Bestrafungen** ("Ausgang unmöglich" bei sichtlich ausreichender Besetzung)

- **Verhinderte Bedürfnisbefriedigung** (Grundbedürfnisse!)
- (z.B. Intimsphäre, Möglichkeit persönlicher Abgrenzung, sexuelle Bedürfnisse)

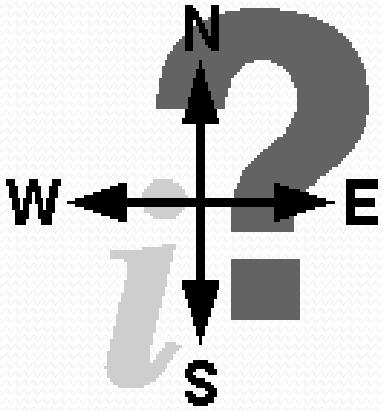
- **Aggressionsauslösende Verhaltensweisen, Interaktions- und Kommunikationsmuster von**
- **Mitarbeitern** (z.B. verbale Gewalt, Ignorieren, Provozieren, etc.)

- **Nebenwirkungen von Medikamenten**
- (Leistungsminderung, Verlangsamung, Schlaflosigkeit, Folge: Scham, Frustration)

Deeskalationsstufe I

Verhinderung der Entstehung von Gewalt und Aggression

- Aggressionsauslösende Reize
  - verändern (äußere/innere Ursachen, "eigenes Verhalten")



Gefahrenpotentiale im Umgang mit aggressiven Patienten verändern:

- Gefährdungsanalyse
- Deeskalationstraining

Wie kann ich für mehr Sicherheit in meiner Institution sorgen?

Das Stufenmodell

- **Deeskalationsstufe II - Veränderung der Bewertungsprozesse aggressiver Verhaltensweisen**

Eigene Grundhaltung verändern

Wahrnehmung

Interpretation

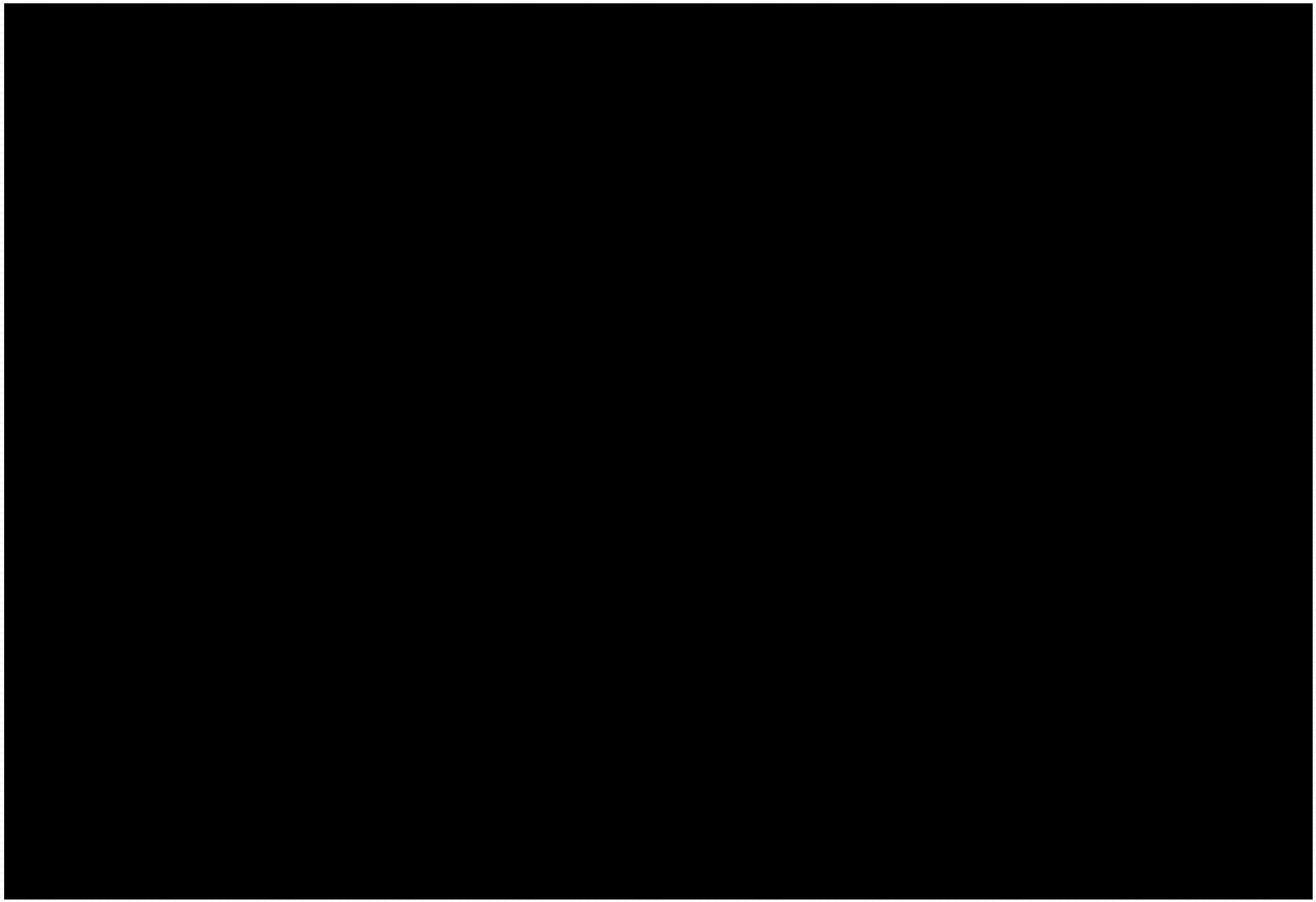
Gefühl

Handlung

Beeinflusst uns manchmal unsere eigene Angst ???

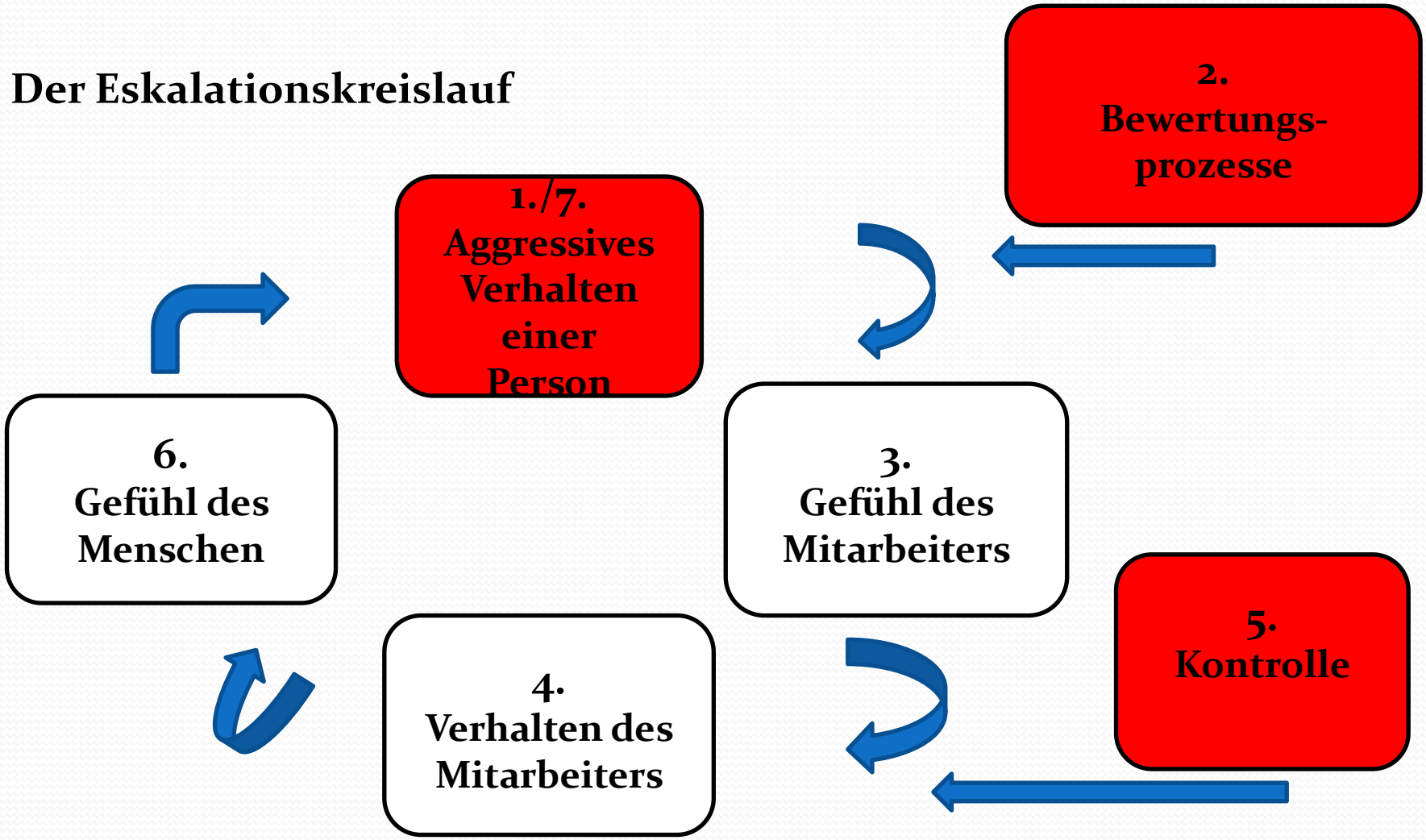
Wahrnehmung Interpretation

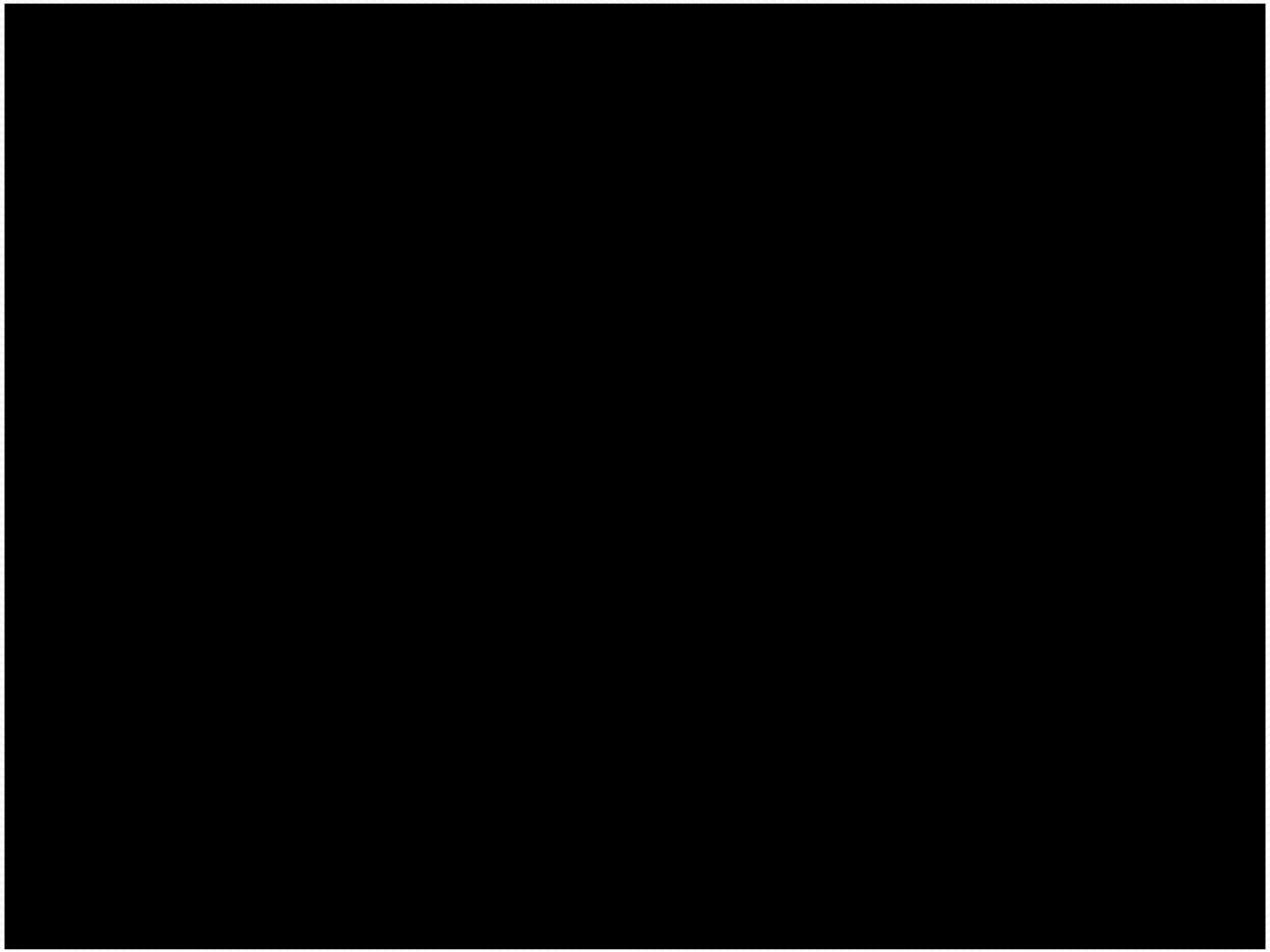
Gefühl Handlung



Deeskalationsstufe II

Der Eskalationskreislauf





Es gibt nur ein Rudi Völler…

Deeskalationsstufe II

- **Die Ebenen der Wahrnehmung**

Sachinhaltsohr

Selbstoffenbarungsohr **Appellohr**

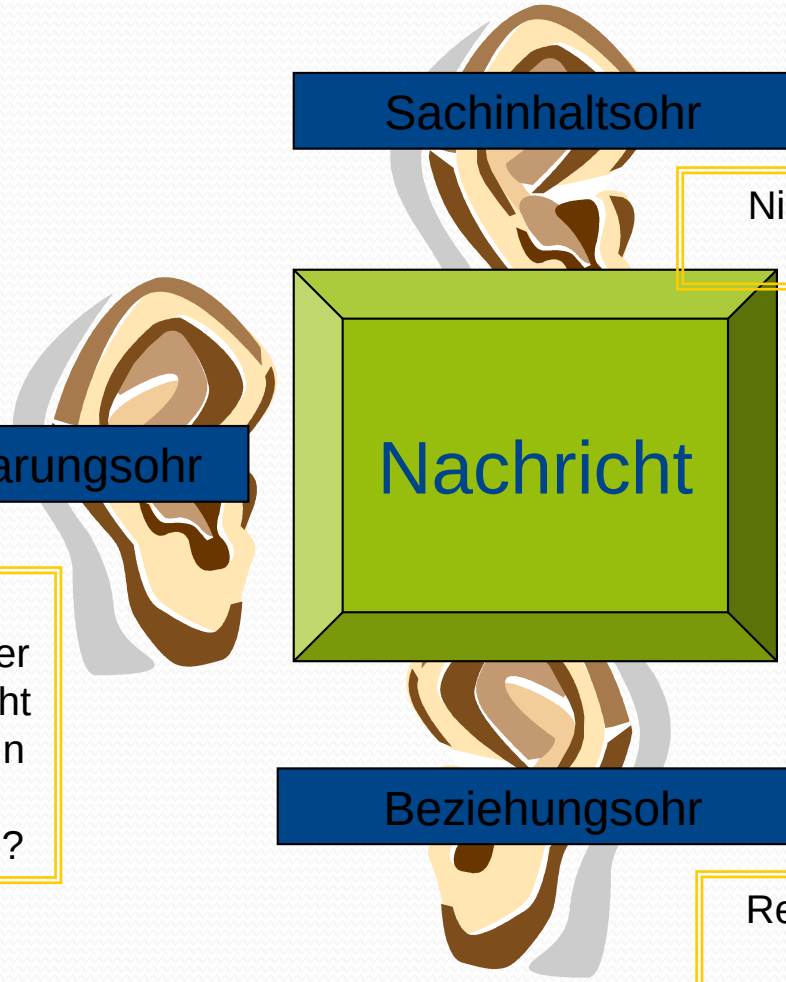
Beziehungsohr

Schulz von Thun

Ein psychologisches Modell der zwischenmenschlichen Kommunikation

nach Schulz v. Thun

Kommunikationspsychologie



Sachinhaltsohr

Nimmt rein Fakten und Inhalte wahr.

Selbstoffenbarungsohr

Fragt distanziert und Anteil nehmend, was der Sender mit der Nachricht tatsächlich sagen will. In welcher Verfassung befindet er sich gerade?

Nachricht

Appellohr

Sucht nach der versteckten Forderung in der Nachricht.

Beziehungsohr

Reagiert emotional, horcht nach in der Nachricht verborgenen Haltungen und Gefühlen.

Kommunikationspsychologie

Ein psychologisches Modell der zwischenmenschlichen Kommunikation

nach Schulz v. Thun

- Betrachten Sie dieses Bild nach den Ohren des
  - Empfängers

Kommunikationspsychologie

"Du, die Ampel ist grün."

Sachinhaltsohr

Nimmt rein Fakten und Inhalte wahr:
"Die Ampel ist grün."

Appellohr

Sucht nach der versteckten Forderung in der Nachricht.
"Fahr endlich los!"

Beziehungsohr

Gefühlsohr, reagiert emotional, horcht nach in der Nachricht verborgenen Haltungen und Gefühlen.
z.B. Ärger, Wut, Gekränktheit: "Wie redet der denn mit mir?", "Glaubt der, ich kann nicht fahren?!", "Hält mich der für blöd?"

Selbst-offenbarungsohr

Fragt distanziert und Anteil nehmend, was der Sender mit der Nachricht tatsächlich sagen will. In welcher Verfassung befindet er sich gerade?
"Sein Auto ist kaputt. Wir sind spät dran.", "Das Meeting hat vor fünf Minuten begonnen.", "Er hat Angst vor der Entlassung."

Deeskalationsstufe II

Private und professionelle Beziehungsmuster

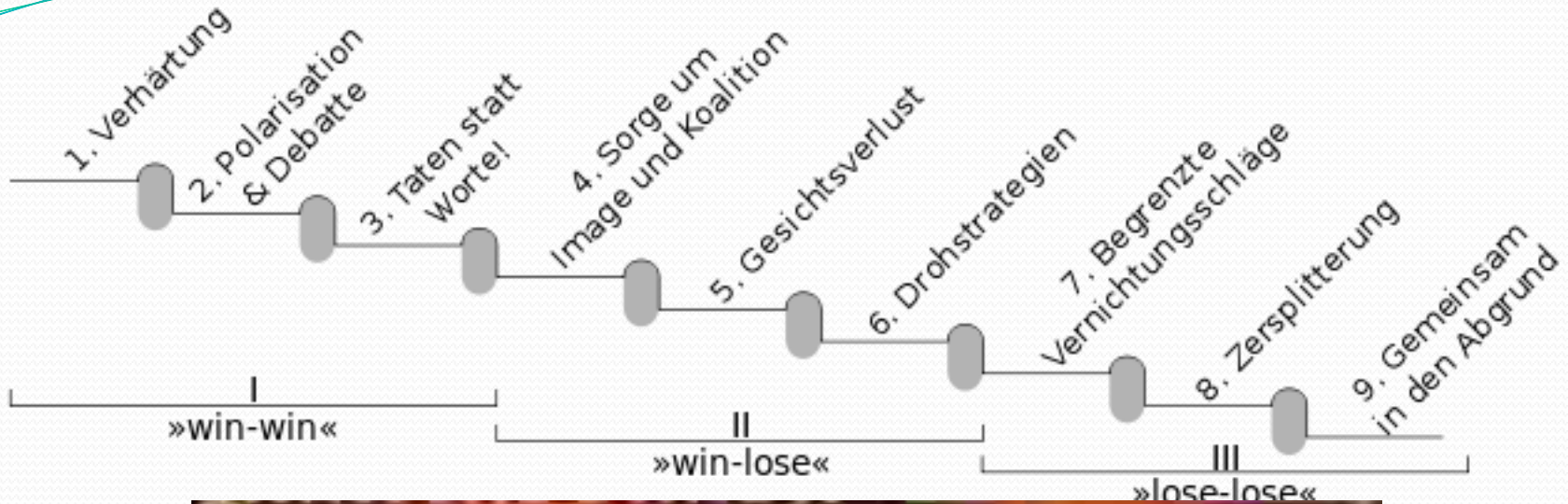
Privates Beziehungsmuster
(Beziehungsohr)

- "Patient meint mich als Person."
- "Patient greift mich persönlich an.„
- "Patient verhält sich unverschämt und frech!"
- "Patient ist aggressiv.„
- Übertragungsprozesse
- Angst, Wut, Ärger, Minderung des
- Selbstwertgefühls.

Professionelles Beziehungsmuster
(Selbstoffenbarungsohr)

- "Patient meint nicht wirklich mich persönlich."
- "Patient greift mich an als Repräsentant der
- Einrichtung."
- "Patient ist in Not, er möchte etwas Wichtiges
- mitteilen."
- Man kann den Patienten weiter intensiv
- wahrnehmen.
- Abgrenzung
- Die Fähigkeit auf den Patienten einzugehen bleibt
- erhalten.

Konfliktablauf nach Glasl

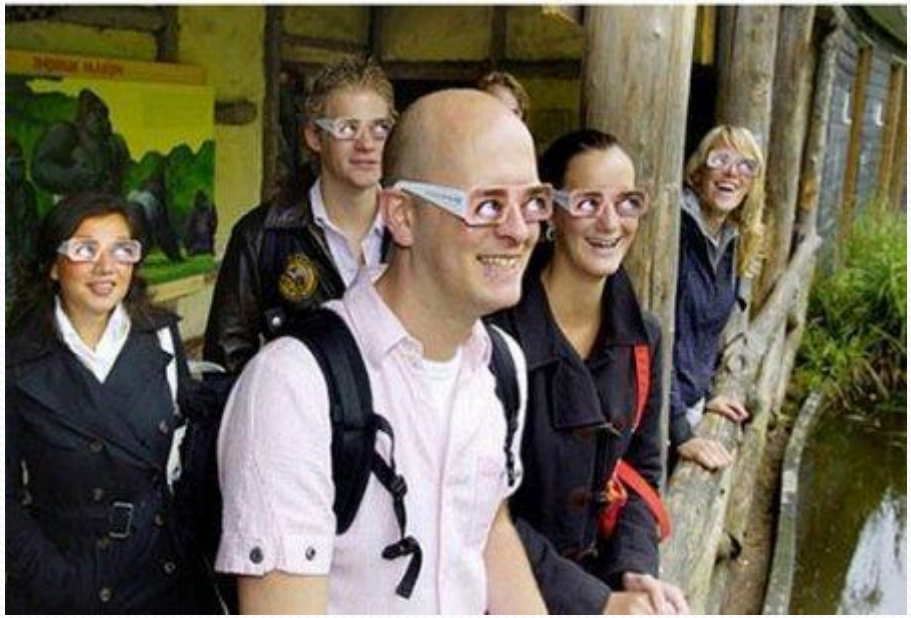


wenn man einfach mal schmunzeln kann…

Reif für die psychiatrische Klinik?

Ein Besucher einer geschlossenen Anstalt fragt den Direktor, nach welchen Kriterien entschieden wird, wann ein Patient aufgenommen wird oder nicht. Der Direktor antwortet: "Wir füllen eine Badewanne, geben dem Kandidaten einen Teelöffel, eine Tasse und einen Eimer und bitten ihn, die Badewanne zu leeren. Der Besucher: "Ich verstehe. Ein normaler Mensch würde den Eimer nehmen, richtig?"
Der Direktor: "Nein, ein normaler Mensch würde den Stöpsel ziehen. Möchten Sie ein Zimmer mit oder ohne Balkon?"

Bokito aus Rotterdam



Das Stufenmodell

- **Deeskalationsstufe III- Verständnis der Ursachen und Beweggründe aggressiver Verhaltensweisen**

Angst

Wut

Ärger

Aggression als Reaktion auf:

Schmerz

Überforderung

Konflikte

KontrolleAutonomieverlust

Schuldgefühle

Sucht

Kränkung

Schmerz

Trauer

Selbstwertverlust

Deeskalationsstufe III

Verständnis der Ursachen und Beweggründe aggressiver Verhaltensweisen

- **Aggression als Reaktion auf:**

Ärger und Wut

Mangelndes Kommunikations- und Ausdrucksvermögen
(z.B. soziale, kognitive Defizite)

Überforderung (z.B. zu viele Gruppen, zu hoher Anspruch)

Verletzung und Kränkung

Kontroll- und Autonomieverlust

Hilflosigkeit, Ohnmacht

Selbstwertverlust und Minderwertigkeitserleben
(z.B. ich bin anders, und deshalb in der Psychiatrie; kann mich nicht selbstversorgen, bin ein Versager)

Deeskalationsstufe III

Verständnis der Ursachen und Beweggründe aggressiver Verhaltensweisen

- **Aggression als Reaktion auf:**

Konflikte (unter Patienten, mit Angehörigen)

Innere Ambivalenzen

Krankheit, Schmerz und Trauer

Innere Verzweiflung (z.B. abgerissener Kontakt nach draußen)

Schuldgefühle, mangelnde Selbstannahme (Familie in unmögliche Situation gebracht)

Sucht

Angst (Beziehungsangst, Angst v. Statusverlust, Existenzangst, Zukunftsangst, wahnhafte Ängste, etc.)

Aggression ist eine Verhaltensreaktion!

Herausforderndes Verhalten

Herausforderndes Verhalten sind Verhaltensweisen von betreuten Menschen ohne aggressive/schädigende Absicht, die stark vom gewünschten oder akzeptablen Verhaltensweisen abweichen und Probleme oder Belastungen verursachen.

Sie fordern den Betreuenden zu einer notwendigen Reaktion heraus, bei der die Interpretation des herausfordernden Verhaltens maßgeblich für die Reaktion ist.

Wesuls/Nössner 2006

Deeskalationsstufe III

Systemische Sichtweise aggressiver Verhaltensweisen

Aggression ist der missglückte Versuch und sozial nicht erwünschte Versuch einer Kommunikation

Aus professionellen Gesichtspunkten als Beziehungsversuch zu verstehen

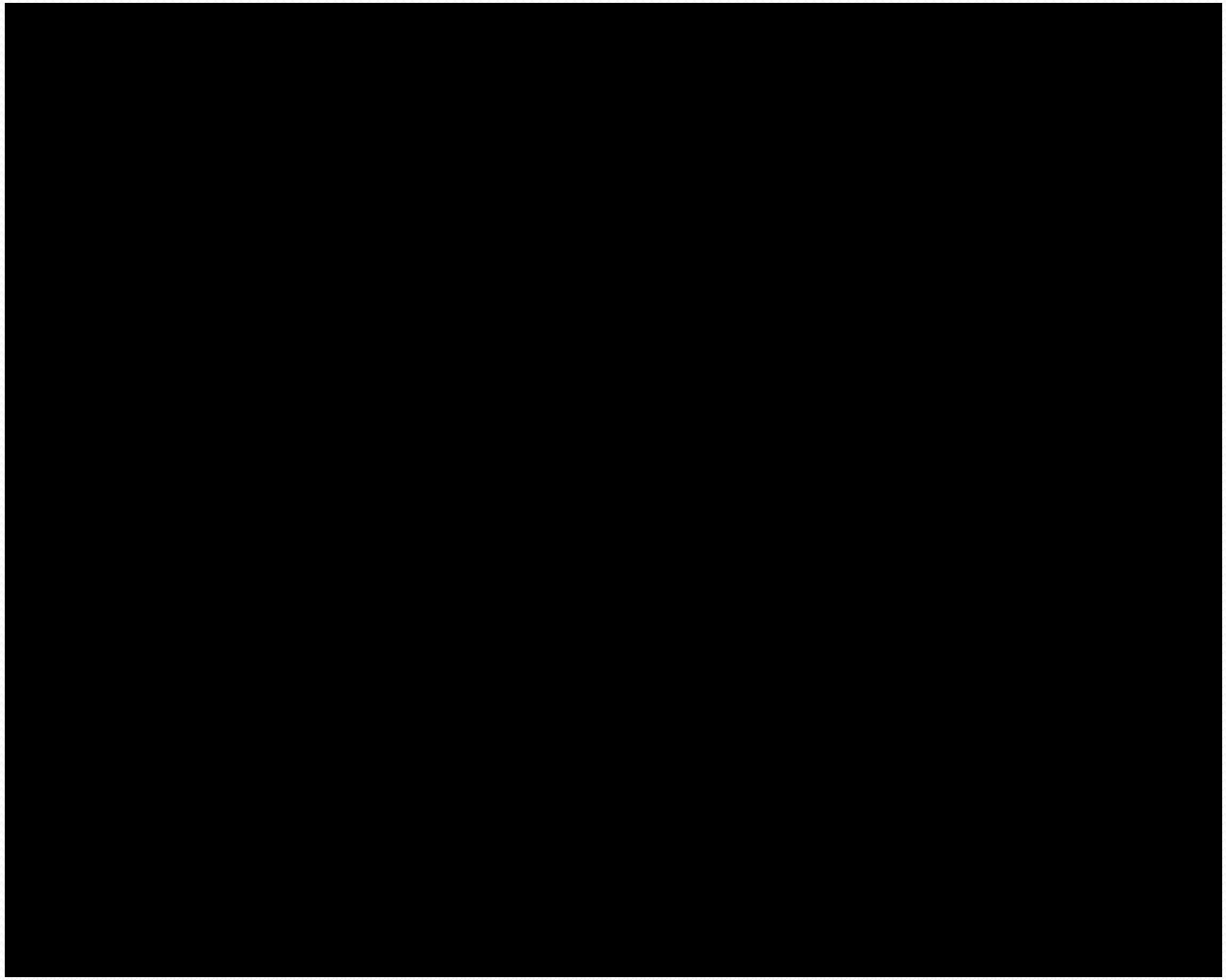
(Psychisch) Krank zu sein bedeutet eine Störung der Beziehungsfähigkeit zu sich selbst und zu anderen

Deeskalationsstufe III:

Frühwarnsignale

- Drohende Grundstimmung
- Psychomotorische Erregung
- Gesteigerte Aktivität
- Körperspannung
- Verzerrte Gesichtszüge
- Verkrampfte Hände
- Schwitzen
- Starrer Blick
- Abwesender Blick
- Anzeichen eingeschränkter Selbstkontrolle
- Drohende Gesten
- Geringe Körperdistanz
- Gesteigerte Tonhöhe und Lautstärke

Versuch der Kommunikation?



Das Stufenmodell

- **Deeskalationsstufe 4- (Sekundärprävention)Kommunikative Deeskalationstechniken im direkten Umgang mit hochgespannten Patienten**

Sicherheitshinweise und Verhaltensregeln bei bevorstehenden Brachialaggressionen

Umgang mit der eigenen Angst!

meine Angst ist berechtigt und normal, aber ich kann sie reduzieren oder in erträglichen Grenzen halten

Sicherheitshinweise und Verhaltensregeln bei bevorstehenden Brachialaggressionen

Wie kann ich meine Angst reduzieren?

- Ruhig und gleichmäßig atmen
- Reales betrachten der Situation (Ich bin nicht alleine, es sind noch andere Kollegen da)
- Selbstsicherheitstraining Schulung im Umgang mit Eskalationssituationen

=> Erweiterung der Handlungskompetenzen

Dadurch ist verbale Deeskalation länger möglich

Deeskalationsstufe IV

Kommunikative Deeskalationstechniken im direkten Umgang mit hochgespannten Menschen

12 Grundregeln der Deeskalation

Wehret den Anfängen	Beruhigen Sie sich selbst	An die eigene Sicherheit denken	Schaulustige entfernen
Lassen Sie sich nicht provozieren	Vorwürfe, Ermahnungen, Belehrungen und Drohungen vermeiden	Achten Sie auf Ihre Körper-sprache, Mimik, Gestik und Stimme	Nicht die Person beherrschen oder kontrollieren
Der Mensch braucht einen Ansprechpartner	Augenkontakt herstellen	Bedürfnisse und Gefühle herausarbeiten	Wertschätzende, helfende Haltung

Deeskalationsstufe IV

- **Kontaktphase**
- **Beziehungsphase- Widerspieglungen**
- **Konkretisierungsphase (Was genau ,Jetzt, am Meisten)**
- **Lösungsphase**

Kommunikation…

Verbale Deeskalationstechniken

1. Die Kontaktaufnahme

Person mit Namen anreden

„Hallo“ verschafft zusätzliche Aufmerksamkeit

Eigenes Energieniveau und Lautstärke dem Klientenzustand anpassen

Bei motorischer Unruhe leichte Mitbewegung

Angebote können helfen, sollten aber nicht überstrapaziert werden

Kommt die Personheftig auf einen zu: lautes Aussprechen der Worte „Halt, Stopp, bleiben Sie jetzt stehen“ mit deutlicher Gestik oder Ausweichschritt durchführen

Ohne Herstellung des Kontakts sind keine weiteren Deeskalationsbemühungen sinnvoll

Kommunikative Deeskalationstechniken im direkten Umgang mit hochgespannten Menschen

Verbale Deeskalationstechniken

Kommunikation mit „aggressiven“ Patienten

1. **Die Kontaktaufnahme**
2. **Der Kontakt- bzw. Beziehungsaufbau**

Verbale Deeskalationstechniken

2. Der Kontakt- bzw. Beziehungsaufbau

Sich dem inneren Zustand des Menschen mit viel Empathie nähern. Dem Menschen signalisieren, dass man für ihn da ist, seine innere Not sieht und ihm helfen will

Wahrnehmung des Menschen: welche Hintergrundemotionen, Beweggründe oder Mitteilungen könnten dem aggressiven Verhalten zugrunde liegen?

Widerspiegelung der wahrgenommenen oder vermuteten Gefühle, Beweggründe etc.

Wertfreie Widerspiegelungen sind in dieser

Phase unverzichtbar, um dem Menschen deutlich zu machen, dass man ihn versteht.

Verbale Deeskalationstechniken

2. Der Kontakt- bzw. Beziehungsaufbau

Die Widerspiegelung muss so formuliert werden, dass der Mensch sie als seine Zustandsbeschreibung annehmen kann, wertende Beschreibungen wie „aggressiv", „beleidigend", „unverschämt" etc. dürfen nicht widergespiegelt werden!

Widerspiegelungen, Beispiele:

- **„Herr Müller, Sie wirken gerade sehr aufgeregt und ärgerlich,..."**
- **„Frau Meier, ich hab das Gefühl, sie haben gerade vor irgendetwas Angst,..."**
- **„Ich merke, daß Sie gerade sehr angespannt sind, irgendetwas quält Sie. Stimmt das?"**
- **„Frau Schulz, Ihnen geht es gerade gar nicht gut, Sie zittern ja richtig und sind völlig hibbelig, irgend was belastet Sie ganz arg..."**
- **„Sie wirken so, als ob Sie im Moment alles annervt "**
- **„Sie scheinen gerade eine Mordswut zu haben"**
- **„Ich merke, wie verzweifelt Sie sind und das Sie es gerade einfach nicht mehr aushalten"**

Kommunikative Deeskalationstechniken im direkten Umgang mit hochgespannten Menschen

Verbale Deeskalationstechniken

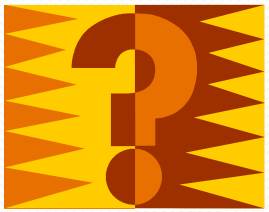
Kommunikation mit „aggressiven“ Patienten

1. **Die Kontaktaufnahme**
2. **Der Kontakt- bzw. Beziehungsaufbau**
3. **Die Konkretisierung der Ursachen und Beweggründe**

Verbale Deeskalationstechniken

3. Konkretisierung der Ursachen und Beweggründe

~~Warum~~



Konkretisierungsfragen:

~~Wieso~~

Was… genau …

Wie

kam es denn dazu, daß…

~~Weshalb~~

Was ist denn passiert, dass…

Verbale Deeskalationstechniken

3. Konkretisierung der Ursachen und Beweggründe

- **Konkretisierungsfragen, Beispiele**

„Vor was genau haben Sie gerade Angst?"
„Was genau hat Sie denn jetzt so aufgeregt?"
„Was genau macht Sie gerade so verzweifelt"
„Was genau halten Sie jetzt gerade nicht mehr aus?"
„Was genau ist es denn, was Sie gerade am meisten ärgert?`"
„Was ist denn passiert, dass Sie jetzt so wütend werden mussten?"
„Was genau quält Sie denn gerade so, dass Sie alles kurz und klein schlagen könnten?"

Die Konkretisierungsfragen sind den: „Warum-, Wieso- und Weshalb-Fragen " eindeutig vorzuziehen, da sie nicht das Gefühl vermitteln, sich rechtfertigen zu müssen oder in Frage gestellt zu werden. Durch die Herstellung des aktuellen Bezugs und die Präzision der Frage kann auch ein psychotischer oder intoxikierter Patient antworten.

Verbale Deeskalationstechniken

3. Konkretisierung der Ursachen und Beweggründe

- **Aktualität der Gegenwart**
  Wörter wie „jetzt, im Augenblick, gerade, im Moment" etc. bringen den Patienten in das momentane Kontaktgeschehen hinein und helfen beim Focussieren

  Wörter wie „genau", „am meisten" etc. ermöglichen auch erregten Patienten eine Introspektion

- **Superlativfragen**
  Antwortet der Patient mit einer Vielzahl von Gründen oder Begebenheiten, bietet sich die Superlativfrage an:

  „Und was macht Ihnen davon am meisten Angst?"
  „Und was ist für Sie von allem gerade das Schlimmste?"
  „Was hat Sie denn jetzt an dem Verhalten des Zimmerkollegen am meisten geärgert?

Verbale Deeskalationstechniken

3. Konkretisierung der Ursachen und Beweggründe

Wichtig!

Nicht mehrere Fragen hintereinander, sondern nur eine Frage stellen

Genügend Zeit zur Beantwortung geben. Hocherregte Menschen brauchen länger, ein Frage zur beantworten

Spiegeln Sie die Antwort wieder, das vermittelt dem Patienten weiterhin das Gefühl, daß Sie ihn verstehen und auf ihn eingehen.

Kommunikative Deeskalationstechniken im direkten Umgang mit hochgespannten Menschen

Verbale Deeskalationstechniken

Kommunikation mit „aggressiven“ Patienten

1. Die Kontaktaufnahme
2. Der Kontakt- bzw. Beziehungsaufbau
3. Die Konkretisierung der Ursachen und Beweggründe
4. Eingehen auf Wünsche, Bedürfnisse oder Gefühle

Verbale Deeskalationstechniken

4. Eingehen auf Wünsche, Bedürfnisse, Gefühle

Lösungen finden

Auf Gefühle eingehen

auf erfüllbare Wünsche eingehen

Angebote machen

Aktuelle Bedürfnisse herausarbeiten

Lösungs-Anregungs-Fragen stellen

In ein Gespräch vertiefen

Sich auf die Problematik des Patienten einlassen

Verhalten oder Bedürfnisse des Patienten umlenken

Verbale Deeskalationstechniken

4. Eingehen auf Wünsche, Bedürfnisse, Gefühle

- **Lösungs-Anregungs-Fragen, Beispiele:**

„Was würde Ihnen jetzt wirklich gut tun?“
„Was müsste geschehen, dass Sie ruhiger werden könnten?“
„Was könnte Ihnen in Ihrer Not gerade am meisten helfen?“
„Was hindert Sie im Moment noch daran, sich zu beruhigen?“
„Durch was könnte sich ihre Aufregung lindern?“
„Kann Ihnen irgendwer oder irgendetwas helfen?“
„Was brauchen Sie von mir oder von meinen Kollegen, um nicht mehr so viel Angst zu haben (verzweifelt zu sein…)
„Was kann ich für Sie tun, um Ihnen zu helfen“
„Gibt es irgendetwas, dass ihre Wut und ihren Ärger verringern könnte?“
„Was würden Sie jetzt am liebsten tun, wenn Sie nicht so erregt wären?“
„Was müsste geschehen, dass Sie sich jetzt etwas entspannen könnten?“

Kommunikative Deeskalationstechniken im direkten Umgang mit hochgespannten Menschen

Verbale Deeskalationstechniken

Kommunikation mit „aggressiven“ Patienten

1. **Die Kontaktaufnahme**
2. **Der Kontakt- bzw. Beziehungsaufbau**
3. **Die Konkretisierung der Ursachen und Beweggründe**
4. **Eingehen auf Bedürfnisse, Wünsche oder Gefühle**
5. **Das Zeigen eigener Gefühle und Solidarisierungen**
6. **Reaktionen auf negative Entwicklungen in der Deeskalation**
7. **Vorsicht vor zu großem Ehrgeiz**

Deeskalationsstufe IV

Kommunikative Deeskalationstechniken im direkten Umgang mit hochgespannten Menschen

Verbales Deeskalationstraining

Anonym
Der dritte Mann

Das Stufenmodell

- **Deeskalationsstufe V- Patientenschonende Abwehr und Fluchttechniken**
- **Deeskalationsstufe VI- Patientenschonende Begleit-,Halte-, Immobilisationstechniken**

Das Stufenmodell

- **Deeskalationsstufe VII - (Tertiärprävention)Präventive Möglichkeiten nach aggressiven Vorfällen**

Kollegiale Ersthilfe

Nachsorgekonzeption

Schulungen

Kleine Psychotraumatologie

Definitionen Trauma:

Verletzung, Wunde, seelischer Schock, starke seelische Erschütterung

Ein Trauma ist eine Erfahrung außerhalb der Norm, bei der die psychische und physische Integrität eines Menschen bedroht ist.

Ein Trauma ist ein Erlebnis, auf welches der Mensch nicht in angemessener Weise reagieren kann und das er nicht verarbeiten kann

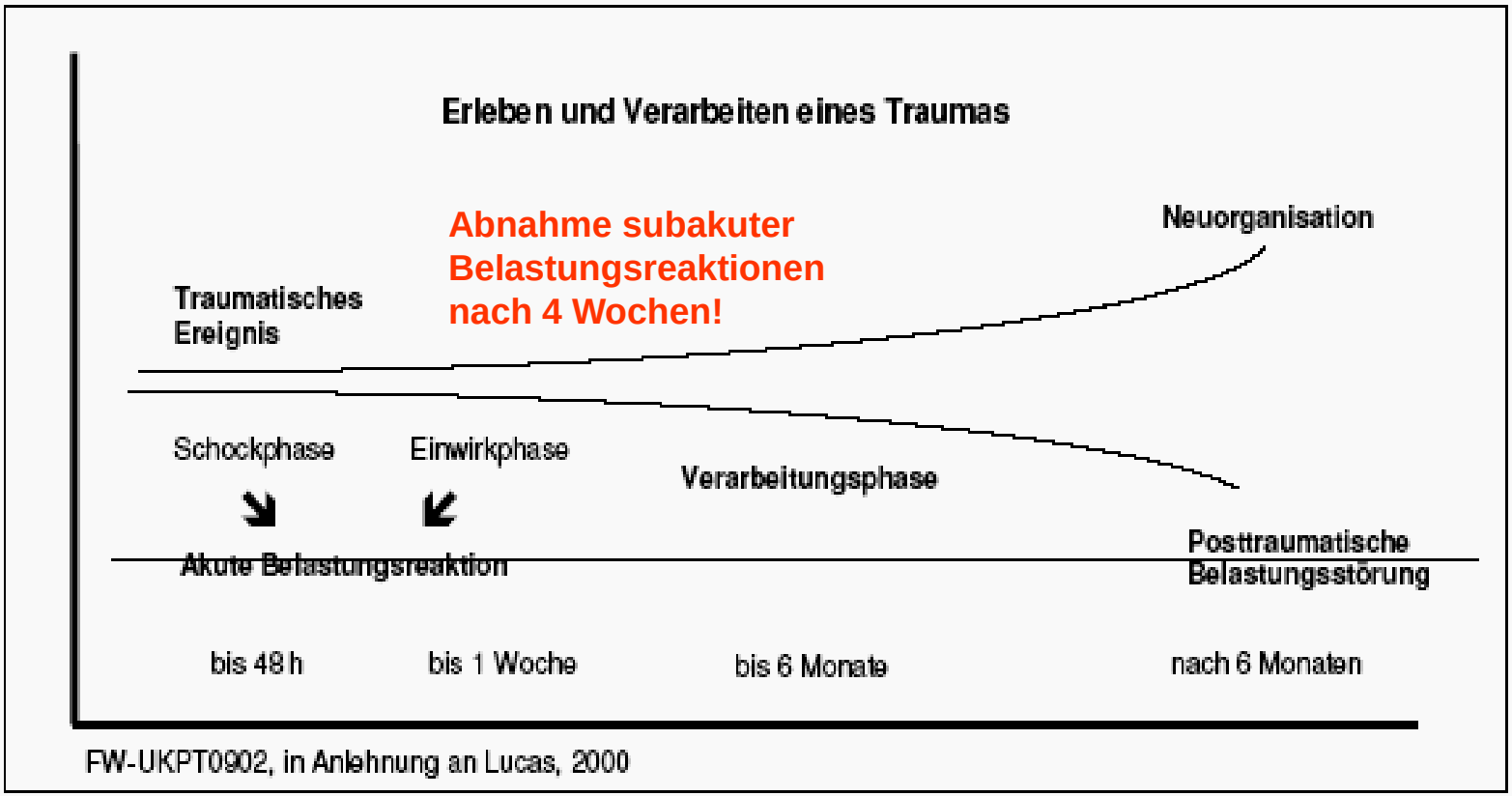
Ein belastendes, plötzliches Ereignis (critical incident) mit so starker Einwirkung auf die Psyche und dem Erleben von funktionaler Hilflosigkeit, daß es die normalen Verarbeitungsfähigkeiten eines Menschen überwältigt

Ein Trauma ist ein Erlebnis, welches dem Seelenleben innerhalb kurzer Zeit einen so starken Reizzuwachs bringt, daß die Erledigung oder Aufarbeitung in normal gewohnter Weise mißlingt, woraus dauerhafte Störungen resultieren

12-478042-10

Auslöser und Epidemiologie von Traumata

- Kriegsereignisse (z.B. Granatenschock, Bombenabwürfe, grausame Geschehnisse)
- Naturkatastrophen (Vulkanausbrüche, Hochwasser, Erdbeben, 20% traumatisch belastet)
- Menschlich oder technisch verursachte Katastrophen
- Überfälle (50% traumatisch belastet)
- Mißbrauch, Vergewaltigungen (50% traumatisch belastet)
- Brachialaggressionen gegen den eigenen Körper: An- und Übergriffe (25 % traumatisch belastet)
- Gewaltsituationen aller Art
- Schwere Unfälle
- Todesfälle von Angehörigen, plötzliche Krisenereignisse



Ziel kollegialer Ersthilfe ist es, in der Einwirkphase die Verarbeitung des Traumatischen Ereignisses in Richtung Neuorganisation positiv zu beeinflussen

Kollegiale Ersthilfe

Kollegialer Beistand direkt nach dem Übergriff

Beruhigung ausstrahlen und beruhigend einwirken, verbale Deeskalation, in sicheren Raum führen, Reorientierung, vor Befragungen schützen, Ruhe, Entspannung initiieren, Situations- und Zustandsbeschreibung

Grundbedürfnisse des Geschädigten erspüren und erfüllen: Sicherheit, Zuwendung, frische Luft, Ortswechsel, Zugehörigkeit, Wertschätzung oder auch Durst, Hinlegen, etc., Begleitung solange nötig (Arzt, nach Hause bringen)

Informationen geben (Informationsblatt), Möglichkeiten der weiteren Begleitung vereinbaren, neue Verabredung treffen, Hilfe bei notwendigen Formalitäten, probatorische Sitzungen

Akute Belastungsreaktionen

Sofortige Symptome unmittelbar nach dem Ereignis
(wenige Minuten bis 2 Tage, Schockphase):

Angstsymptome (Zittern, Schwitzen, Hyperventilation, Herzrasen etc.)

Agitiertes Verhalten (aufgeregtes, nervöses, hibbeliges Verhalten)

Gefühllosigkeit, Abstumpfung, fehlende emotionale Ansprechbarkeit (z.B. ganz cool oder sachlich)

Verminderung der Wahrnehmungsfähigkeit der Umwelt (Gefährdung für Personal und Patienten)

Derealisation (Mit dem Ereignis wird so umgegangen, als ob es nicht wahr wäre)

Depersonalisation (man steht neben sich, fühlt sich nicht als ich)

Dissoziative Amnesie (Erinnerungsverlust oder verzerrte Ausschnitte)

Subakute Belastungsreaktionen

Symptome nach dem Ereignis (2 Tage bis 4 Wochen/6Monate):

Hilflosigkeitsgefühle, Depressive Verstimmungen, Traurigkeit

Angstzustände bis hin zu Panikattacken

Überaktivität, übertriebene Lustigkeit

Ärger, Wut und Haßgefühle, schnelles Aufbrausen, totale Gereiztheit

Sozialer Rückzug, wachsendes Mißtrauen, übermäßige Wachsamkeit

Orientierungslosigkeit, Versagensängste, Schuld- oder Schamgefühle

Schlaflosigkeit, Alpträume

Unfähigkeit zur Freude oder zum Genuß, extreme Schweigsamkeit

Verändertes Eß-, Trink- oder Rauchverhalten

Aspekte einer Nachsorgekonzeption

- Prävention durch Schulungen und Trainings
- Sicherung kollegialer Ersthilfe, Formalitätenregelung
- Schutz des Betroffenen vor Befragungen durch Kollegen, Führung, D-Arzt oder Polizei
- Erarbeitung eines systematischen Prozessstandards, Nachsorgekonzeption (Betroffene fühlen sich nicht stigmatisiert)
- Schulung von Führungskräften
- Ausbildung kollegialer Ersthelfer(innen)
- Absprachen mit dem Unfallversicherungsträger über Vorgehensweise und probatorische Sitzungen
- Liste von geeigneten Traumatatherapeuten vorhalten oder erarbeiten (schnelle Terminverpflichtung!)

Aspekte einer Nachsorgekonzeption

- Persönlichen Ansprechpartner mit eigener Erfahrung benennen, Informationen geben (Info-Blatt)
- Kontakt zu Betroffenen in den nächsten Tagen/Wochen aktiv suchen, Unterstützung und Anteilnahme durch die Führung sicherstellen
- Tipps zur Selbsthilfe geben von erfahrenen Kollegen oder konkretem Ansprechpartner
- Entwicklung und Heilungsverlauf beobachten, Gefährdungen erkennen, evtl. Zeitpunkt für therapeutische Hilfe besprechen, Suchtmittelkonsum beobachten
- Möglichkeiten, Ort und Zeitpunkt der Wiederaufnahme der Arbeit klären, evtl. länger freistellen
- Professionelle Nachbearbeitung des Vorfalls mit dem Ziel der Tertiärprävention, Hilfe für zukünftige ähnliche Situationen erarbeiten, ev. Schulung

Sekundärviktimisierung und „S

Häufigste Rückmeldung:

„Der Übergriff war schon schlimm genug, aber was ich dann in der Institution im Umgang mit mir erlebt habe, war das eigentliche Trauma“

- Seku … nn
  Opfe
  Insta
  Mar
  unm

- „Sek … n
  nach … ein
  Opfe
  Han … alte
  das Geschehen abermals durchlebt. Retraumatisierungen während der ersten 48 Stunden verschlechtern die Prognose erheblich

Gefahrenquellen der Sekundärviktimisierung und der Retraumatisierung

- Neugierige Kolleg(inne)n oder Führungskräfte
- Sofortige Dokumentation des Vorfalls
- Sofortige Rekonstruktion des Vorfalls
- Sofortige Unfallmeldung (Formalitäten)
- Befragungen durch Führungskräfte, Polizei oder Staatsanwaltschaft
- Befragungen durch den D-Arzt
- Befragungen von Familie, Freunden
- Zu frühe Nachbearbeitung des Vorfalls
- Falscher Ansatz bei der Nachbearbeitung des Vorfalls (Professionelle Nachbearbeitung von Vorfällen nur mit dem Ziel der Tertiärprävention, Deeskalationsstufe VII)
- Versetzungen des Mitarbeiters ohne seine Kenntnis

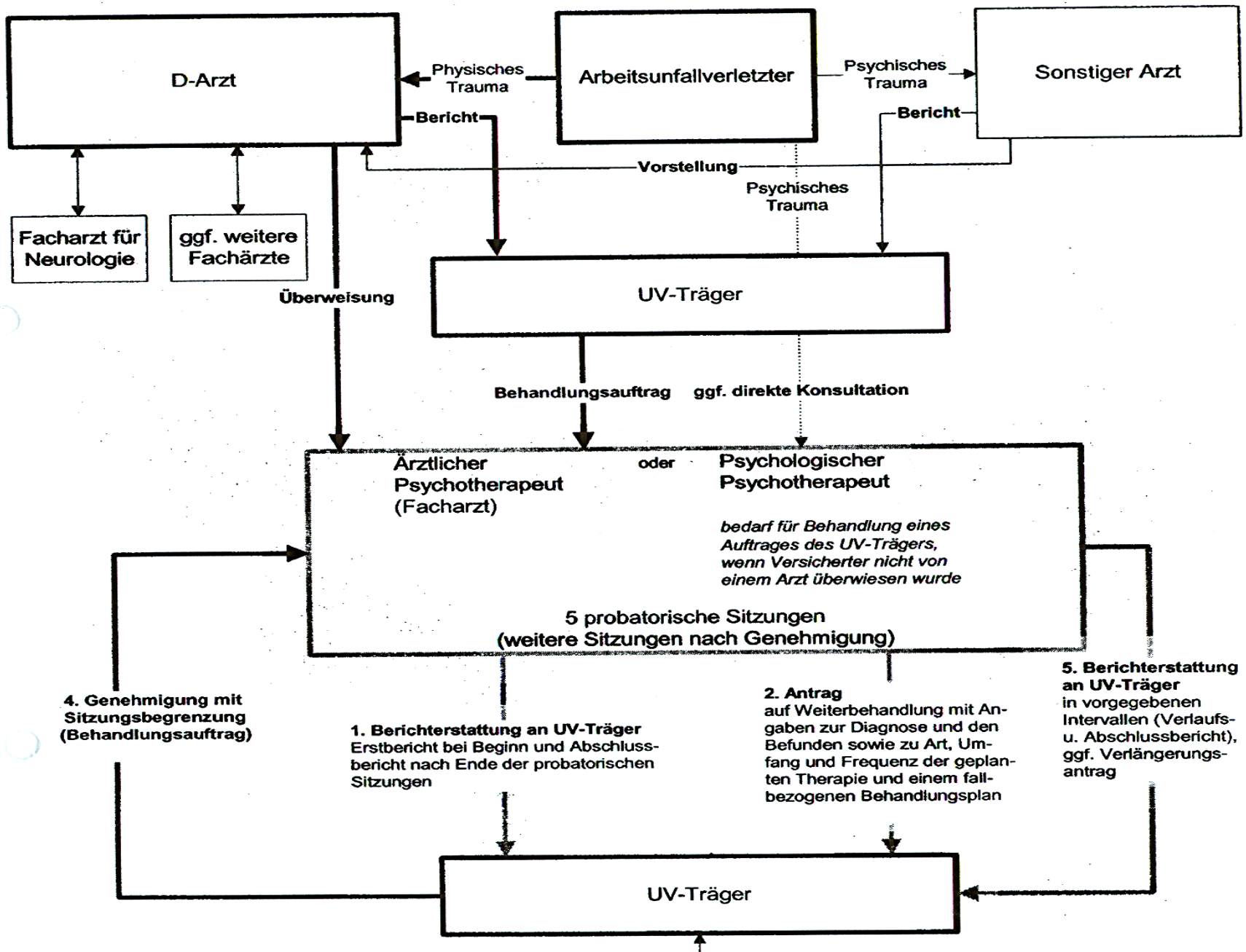
Aspekte einer Nachsorgekonzeption

- Prävention durch Schulungen und Trainings
- Sicherung kollegialer Ersthilfe, Formalitätenregelung
- Schutz des Betroffenen vor Befragungen durch Kollegen, Führung, D-Arzt oder Polizei
- Erarbeitung eines systematischen Prozessstandards, Nachsorgekonzeption (Betroffene fühlen sich nicht stigmatisiert)
- Schulung von Führungskräften
- Ausbildung kollegialer Ersthelfer(innen)
- Absprachen mit dem Unfallversicherungsträger über Vorgehensweise und probatorische Sitzungen
- Liste von geeigneten Traumatatherapeuten vorhalten oder erarbeiten (schnelle Terminverpflichtung!)

Aspekte einer Nachsorgekonzeption

- Persönlichen Ansprechpartner mit eigener Erfahrung benennen, Informationen geben (Info-Blatt)
- Kontakt zu Betroffenen in den nächsten Tagen/Wochen aktiv suchen, Unterstützung und Anteilnahme durch die Führung sicherstellen
- Tipps zur Selbsthilfe geben von erfahrenen Kollegen oder konkretem Ansprechpartner
- Entwicklung und Heilungsverlauf beobachten, Gefährdungen erkennen, evtl. Zeitpunkt für therapeutische Hilfe besprechen, Suchtmittelkonsum beobachten
- Möglichkeiten, Ort und Zeitpunkt der Wiederaufnahme der Arbeit klären, evtl. länger freistellen
- Professionelle Nachbearbeitung des Vorfalls mit dem Ziel der Tertiärprävention, Hilfe für zukünftige ähnliche Situationen erarbeiten, ev. Schulung

Nachsorgekonzeption Unfallkassen



BGW
Berufsgenossenschaft
für Gesundheitsdienst
und Wohlfahrtspflege

Was ist zu tun….?
Beispiel für Stralsund

1.www.bgw-online.de – Unfallbogen(oder schon im PC abgelegt)

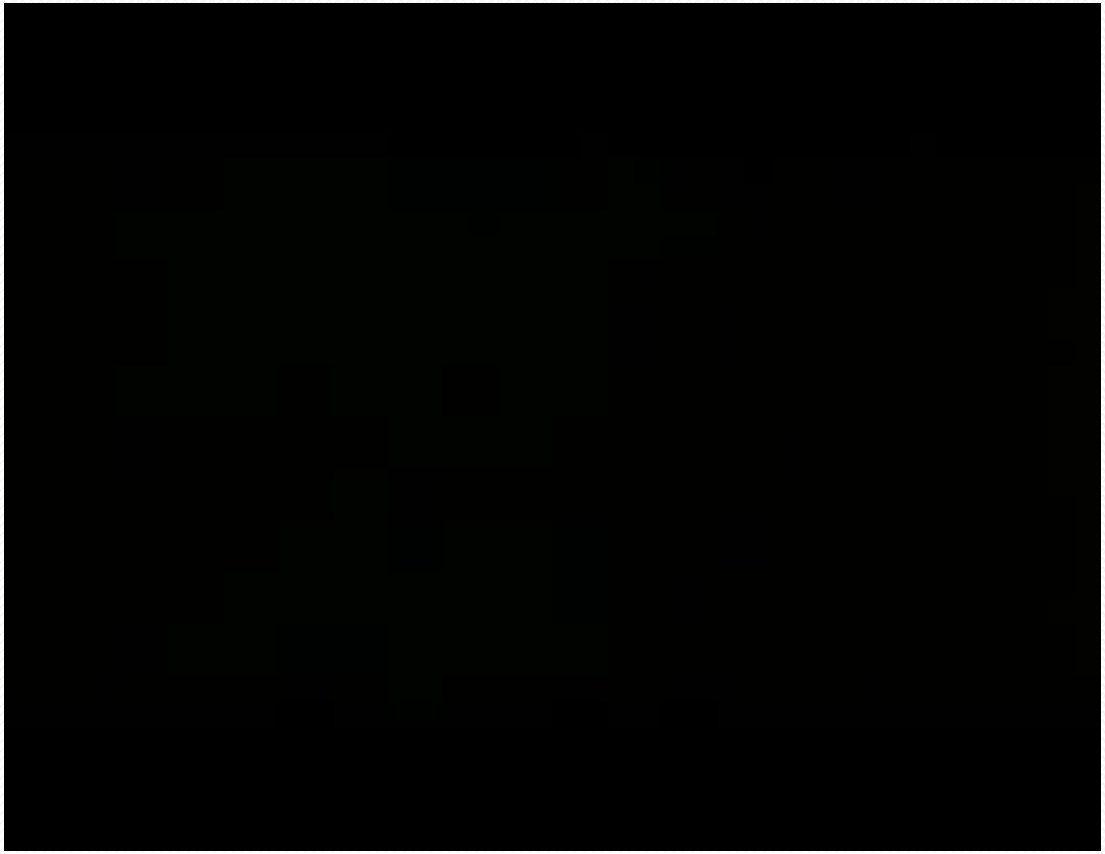
2. Anruf: Bezirksverwaltung : 040/41250

3. Unfallanzeige faxen : 040/41252999

4. Liste der Psychologen für probatorische Sitzungen

Frau Kiekbusch: Smiterlowstrasse 7
03831/309093

Vielen Dank für ihre Aufmerksamkeit



Noch Fragen?

deeskalationsmanagement-stralsund@mail.de