Deeskalation im Justizvollzug

Fallbeschreibung

Berner Fachhochschule, Gesundheit
CAS Akut-und Notfallsituationen

Studienleitung: Karin McEvoy MScN
20.05.2020

Abstract

Einleitung: Der Umgang mit Aggression und Gewaltbereitschaft gilt als eine der herausforderndsten Aufgaben in der Pflege und wird in einem geschlossenen Massnahmenvollzug zusätzlich durch ein stark reglementiertes Umfeld erschwert.

Zielsetzung: Das Ziel dieser Arbeit ist, anhand einer eskalierenden Situation mit einem Insassen des Massnahmenvollzugs zu reflektieren, welche deeskalierenden Interventionen nicht körperlicher Art zu weniger Zwangsmassnahmen führen können.

Methodik: Der Fachkurs Akut- und Notfallpflege beinhaltete unter anderem auch das Thema Deeskalation. In meinem Arbeitsumfeld werde ich täglich mit Aggression und Gewalt konfrontiert und erlebe dies jeweils als grosse Herausforderung. Ich werde anhand passender Literatur und meinem Erfahrungswissen eine erlebte Situation beschreiben und analysieren.

Ergebnisse: Ein 45- jähriger Insasse mit der Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung weilt seit einem Jahr im geschlossenen Massnahmenvollzug und zeigt das erste Mal aggressives Verhalten das in Gewalt mündete, weswegen er unter Zwangsanwendungen in die Arrestzelle verlegt wird. Als Folge darauf verweigert er die Nahrungszufuhr und die Medikamenteneinnahme. Wie kam es dazu?

Diskussion: Durch personale und strukturale Faktoren wurde ein frühzeitiges Intervenieren in die Aggressionsdynamik versäumt und es kam zu einer Zwangsanwendung. Deeskalierende Möglichkeiten und Interventionen nicht körperlicher Art werden anhand der Fallgeschichte von Herr X retrospektiv und prospektiv reflektiert.

Schlussfolgerungen und Implikationen für die Praxis: Die Faktoren Zeit, Beziehung, interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kommunikation sind von Wichtigkeit in der Prävention und der Deeskalation von Aggression und Gewalt.

Inhaltsverzeichnis

Abstract 2

Einleitung 4

Informationen über den Insassen 5

Zeitachse 7

Theoretischer Hintergrund 8

- Aggression und Gewalt 8
- Der Massnahmenvollzug 9
- Deeskalierende Massnahmen nicht körperlicher Art 10
- Aggressionsdynamik 11

Follow-up und Outcomes 14

Diskussion 18

Quellenverzeichnis 20

Selbständigkeitserklärung **Fehler! Textmarke nicht definiert.**

Einleitung

Bestrafung, Isolation, mangelnde Intimsphäre, fehlende Beschäftigung, Verlust sozialer Bindungen und Wegfall an Selbstbestimmung und Autonomie in einem stark reglementierten Umfeld sind nur einige Prädiktoren die nach Schmidt-Quernheim (2018) bei Menschen in einem geschlossenen Massnahmenvollzug einer Justizvollzugsanstalt (JVA) zu einem aggressiven Verhalten führen können. In Bezug auf ihr Delikt weisen alle Insassen mindestens eine psychiatrische Vorerkrankung auf, weshalb sie zu einer stationären Behandlung mit dem Ziel zur Besserung und Sicherung verurteilt wurden (Hax-Schoppenhorst, 2012). So weist auch der hier vorgestellte Insasse Herr X eine psychiatrische Diagnose auf. Nach Müller (2018) liegt die Frustrationstoleranz bei psychisch erkrankten Menschen tiefer und der Spielraum um adäquat auf Enttäuschungen und Stress zu reagieren zeigt sich vermindert, umso wichtiger erscheint in diesem Kontext eine professionelle Herangehensweise von Seiten des Personals. So nennen Needham und Sauter (2018) den Umgang mit Aggression und Gewaltbereitschaft als eine der herausforderndsten Aufgaben in der Pflege. Eine Eskalation ist belastend für alle Beteiligten und in einem professionellen Umgang ist das Ziel, das Geschehen möglichst frühzeitig zu beeinflussen, damit mehr Handlungsspielraum zur Aggressionshandhabung zur Verfügung steht (Schirmer et al., 2012). Aggressives Verhalten sieht Müller (2018) stets als Form einer missglückten Kommunikation und verweist auf die Unverzichtbarkeit den Gründen einer Eskalation nachzugehen. Eine frühzeitige Beeinflussung und das Erfassen von auslösenden Gründen misslingt in meinem Arbeitsumfeld oft und so treffe ich bei meiner Arbeit im Gesundheitsdienst der JVA Solothurn wiederholt auf Situationen wie Medikations- und Behandlungsverweigerung, Insassen in Arrestzellen oder selbst- und fremdgefährdendes Verhalten, welche mangels adäquater Interventionen in einer Eskalationsverhinderung- und/oder Unterbrechung, resultieren können. Nicht zuletzt aufgrund mangelnder Kenntnisse von Interventionen in der gewaltfreien Deeskalation, die im Gegensatz zu körperlichen Deeskalationstechniken bei den regelmässigen Schulungen nicht behandelt werden. Das Ziel dieses Fallberichts ist deshalb, anhand einer eskalierenden Situation mit Herr X zu reflektieren, welche deeskalierenden Interventionen nicht körperlicher Art zu weniger Zwangsmassnahmen in der JVA Solothurn führen können.

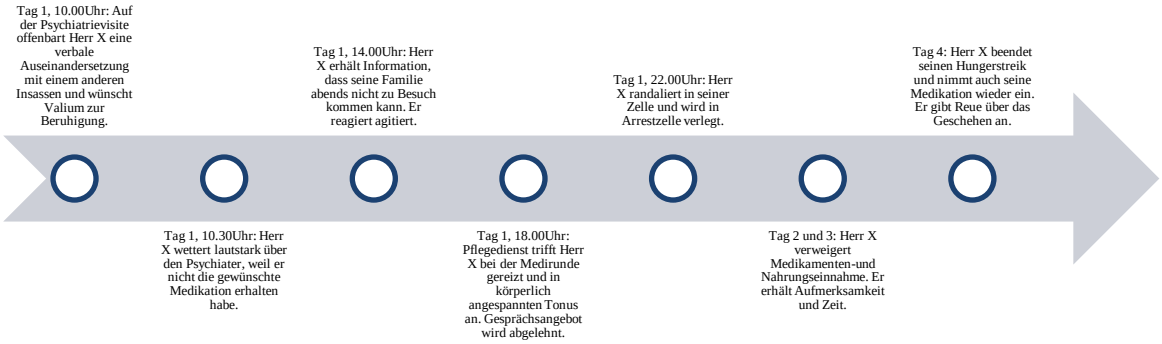
Informationen über den Insassen

Der 45- jährige Herr X ist verheiratet und Vater von zwei Kindern im Vorschulalter. Er wurde zu einer Massnahme verurteilt aufgrund sexueller Nötigung und Vergewaltigung mit der Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung. Er weilt seit gut einem Jahr in der JVA Solothurn und war bisher stets Absprachefähig und hielt sich an die institutionellen Regeln. Im Kontakt zugewandt und höflich. Am Tag zuvor war Herr X auf der Psychiatrievisite, weil er Valium wünschte zur Beruhigung. Auf Nachfrage des Psychiaters beschäftigte ihn eine verbale Auseinandersetzung mit einem anderen Insassen deren Inhalt er nicht erzählen wollte. Herr X erhält zur Nacht Zolpidem und Quetiapin 25mg morgens und abends. Der Psychiater informiert ihn über die Problematik einer Suchtentwicklung und zeigt sich gewillt anstelle des Valiums die Quetiapin Dosis zu erhöhen. Herr X zeigt sich einverstanden und willigt ein. Zurück in seiner Wohngruppe fällt Herr X der Betreuung auf, weil er lautstark über den Psychiater wettert und auf Nachfrage äussert, dass er nicht die gewünschte Medikation erhalten habe. Bei dem Mittagessen wirkt er wieder ruhig und freut sich auf den Besuch seiner Familie abends. Während der Arbeit am Nachmittag erfährt er, dass seine Familie abends nicht kommen kann, weil ein Kind erkrankt ist. Herr X reagiert agitiert auf diese Information, lässt sich aber durch den Arbeitsagogen beruhigen und führt seine Arbeit fort. Ich treffe Herr X bei der abendlichen Medirunde in einem körperlich angespannten Tonus und gereizt an. Er wirft mir vor, dass ich spät komme und er schon lange auf seine Medikamente warte. Ich frage ihn ob ihn etwas beschäftige und bekomme zur Antwort, dass ich ihm dabei nicht helfen könne und ich solle ihm nun endlich seine Medikamente geben. Ob ich nach der Medirunde nochmals bei ihm vorbeikommen solle winkt er mit einer Handbewegung ab und geht seines Weges. Ich beende meine Runde und gehe anschliessend in den Feierabend. Am nächsten Morgen lese ich im Verlaufsjournal, dass Herr X in seiner Zelle randalierte und mit Gegenständen um sich warf, weshalb er in die Arrestzelle verlegt wurde und er sowohl die Einnahme der Medikamente wie auch die Nahrungseinnahme verweigere. Ich fühlte mich schuldig, dass ich nach der Medirunde nicht nochmal bei ihm vorbeigegangen bin und ihm meine Bereitschaft für ein Gespräch angeboten habe.

Während seines Aufenthaltes im Arrest benötigte Herr X viel Aufmerksamkeit und Beziehungsarbeit aber auch medizinische Betreuung zur Überwachung seines Allgemeinzustandes bei Verweigerung der Nahrungseinnahme. Am dritten Tag seines Arrestaufenthaltes nahm er seine Medikamente wie auch Nahrung wieder ein. Während eines Gespräches gab er Reue über das Geschehen an, es sei einfach alles zu viel gewesen für ihn. Ein Mitinsasse habe ihn beleidigt und mit Fettsack tituliert, dabei habe er stets das Gefühl gehabt in ihm einen Freund zu haben. Mit der Vorfreude auf seine Familie konnte er diese Enttäuschung noch verkraften aber die Absage des Besuches habe sich wie eine weitere Zurückweisung angefühlt.

Zeitachse

In Fallberichten ist gemäss Care-Report-Richtlinien ein Zeitstrahl einzufügen (CARE Checkliste, 2013). Dieser dient der Veranschaulichung des Verlaufs und der Erfassung der wichtigen Zeitpunkte des Geschehens. Das vorliegende Fallbeispiel beschreibt einen Zeitraum von vier Tagen.



Theoretischer Hintergrund

Aggression und Gewalt

Eine Abgrenzung zwischen aggressivem und nicht-aggressivem Verhalten ist schwierig zu definieren. Je nach eigener Lebensgeschichte wird ein Verhalten unterschiedlich als bedrohlich eingestuft und Aggression anders empfunden. Sobald ein Verhalten subjektiv als bedrohlich erlebt wird und/oder objektiv eine Schädigung vorliegt, wird von Aggression gesprochen. (Schirmer et al. 2012).

Aggression wird in der Literatur auch als latentes Potential innerer Impulse und psychischer Energien zu einer Zielerreichung beschrieben. Oud et al. (2012) zitieren Defares et al. (1991), nach ihnen könnten sich Gefühle grundlegender Natur, Basisemotionen wie zum Beispiel Machtlosigkeit, Frustration, Zorn, Wut, Schuld, Ärger und Hilflosigkeit umwandeln in aggressives Verhalten. Dies kann vor allem dann der Fall sein, wenn ein Gefühlserleben an Intensität, Häufigkeit und/oder Dauer zunehmend ist.

Needham und Sauter (2018) führen die nach Steinert (2008) erhobenen Aussagen an, dass das Gewaltrisiko bei psychisch erkrankten Menschen fünf Mal höher sei als bei der Allgemeinbevölkerung, bei Männern höher als bei Frauen und kriminelles Verhalten psychisch erkrankter Menschen überwiegend in Form von Gewalt bestehe. Betrachtet man dies im Kontext auf einen geschlossenen Massnahmenvollzug an Männern kann dies eine Erklärung für die hohe Rate an Eskalationsvorfällen sein.

Gewalt wird als schwerwiegende Form von Aggression verstanden und eine Abgrenzung der beiden Begriffe ist nach Oud et al. (2012) schwierig zu definieren, da das subjektiv Erlebte das Ausmass der Aggression bestimmt und somit ein aggressives Verhalten Gewalt beinhalten kann, jedoch nicht muss. Ruthemann (1993) spricht von Gewalt sobald eine Person zum Opfer wird. Dies liege vor, wenn einer Person fortwährend oder zeitweilig unterbunden wird ihren Bedürfnissen und Wünschen angemessen zu Leben. Gewalt heißt also, dass ein ausgesprochenes oder unausgesprochenes Bedürfnis des Opfers missachtet wird. Dies kann durch eine Person, *personal* oder durch die Umgebung, *strukturell* verursacht sein. Personale Gewalt vermag *direkt* oder *indirekt*, zum Beispiel durch Delegation ausgeführt werden, die direkte Gewalt kann in *aktiver*, im Sinne der Misshandlung oder *passiver* Form im Sinne der Vernachlässigung, angewendet werden. Aus dieser

Perspektive können alle in einem Massnahmenvollzug Arbeitende und Wohnende von Gewalt betroffen sein.

Der Massnahmenvollzug

Wird ein Delikt in Zusammenhang mit einer psychischen Störung ausgeübt und mit einer Behandlung dieser, können weitere Delikte vermieden werden, verordnet das Gericht eine stationär therapeutische Massnahme. Eine solche Anordnung dient zum einen dem Schutz der Allgemeinbevölkerung vor verurteilten psychisch gestörten Personen und zum anderen verfolgt sie das Ziel einer angepassten Behandlung oder Pflege dieser, um einer Rückfallgefahr entgegenzuwirken. Vollzogen werden diese Massnahmen in einer forensisch psychiatrischen Klinik oder einer Massnahmenvollzugseinrichtung. Solange Gefahr vor weiteren Straftaten oder einer Flucht besteht wird die Behandlung in einer geschlossenen Einrichtung durchgeführt und bei nicht Erreichen der Ziele, auf Antrag der Vollzugsbehörde durch das Gericht verlängert (Bewährungs- und Vollzugsdienste, 2021).

In der Regel basiert eine Behandlung auf einem sozial gleichgestellten, horizontalen Verhältnis zwischen Behandler und Behandelten, Werte wie Autonomie und Selbstbestimmung werden respektiert und das Verhältnis kann bei Nichtgefallen jederzeit beendet werden. Im Massnahmenvollzug unterliegt eine Behandlung einem vertikalen Machtverhältnis da diese nicht auf Freiwilligkeit basiert und eine Verlängerung des Freiheitsentzugs in den Machtbefugnissen der Behandelnden liegt. In einem solchen Kontext ist eine auf Vertrauen basierende therapeutische Behandlung nur schwer zu erreichen (Kröber, 2019). Gerechtfertigt wird eine solche Behandlung, weil die öffentliche Sicherheit höher gewichtet wird als die Freiheit des Einzelnen. Ein Massnahmenvollzug unterliegt dementsprechend einem Spannungsfeld zwischen therapeutischen Bedürfnissen und den Anforderungen an die Sicherheit, diese kann auch mit restriktiven Methoden gewährleistet werden (Barp & Sachs, 2019). Für die Sicherheit hauptverantwortlich ist das Fachpersonal des Justizvollzugs aber auch alle Mitarbeitenden anderer Berufsgruppen wie Sozialdienst, Pflegedienst, psychiatrischer Dienst, medizinischer Dienst, Arbeitsagogen, erfüllen einen Sicherheitsauftrag und führen somit ein Doppelmandat (Höwler, 2019).

Deeskalierende Massnahmen nicht körperlicher Art

Zu Verstehen wie eine Eskalation entsteht, beschreibt Richter (2012) als zentrales Element für eine effektive Deeskalation. In einem Massnahmenvollzug sind die Auslöser die zu einem gewalttätigen Verhalten führen oft den einzelnen Krankheitsbildern verschuldet oder dem Erleben von Machtlosigkeit (Trost & Rogge, 2016). Grundzüge der einzelnen Krankheitsbilder zu kennen, aber auch eine strukturierte Risikobewertung oder eine umfassende Anamnese in den ersten Aufenthaltstagen kann zu einer Verringerung von Gewalt und Zwang beitragen und bereits Hinweise auf Situationen und Auslöser geben die bei einem Betroffenen zu aggressivem Verhalten führen (Abderhalden et al., 2012; Trost & Rogge, 2016). Nach Trost und Rogge (2016) und Wilson et al. (2018) sollten bei einer solchen Risikoeinschätzung vermehrt auch die Schutzfaktoren und Ressourcen berücksichtigt werden um anstelle der negativ behafteten Risikofaktoren auch positive Ansätze in der Risikobewältigung zu Erlangen. Eine Situationsanalyse als Intervention einer Aufarbeitung eines aggressiven Verhaltens oder Vorfalls kann auch bereits der Prävention weiterer Ereignisse dienen. Weiter nennen sie stabile Sozialbeziehungen im Sinne einer tragfähigen professionellen Beziehung die eine authentische und wertschätzende Kommunikation beinhaltet, sowohl in der Prävention wie in der Deeskalation von Aggressionsereignissen als wesentliche Faktoren. Ergänzend führt hier Richter (2014) das Zeigen von Sorge, Respekt, Empathie, Fairness und Ernsthaftigkeit an und verweist auch darauf, dass Deeskalation am besten als frühe Intervention gelingt. Eine Möglichkeit sieht er in der Herstellung einer Beziehung die er auch Arbeitsbeziehung nennt. Diese dient dem Vertrauensgewinn auf beiden Seiten des Konflikts und soll geprägt sein von Wertschätzung und Anerkennung des Problems. Kuivalainen et al. (2017) verweisen in ihrer Studie auf die Notwendigkeit, das Personal in einer Vielzahl von Deeskalationstechniken zu schulen. Nach Richter (2014) sollten sich alle Mitarbeiter aufeinander verlassen können und die gleiche Strategie verfolgen in einem effektiven Aggressionsmanagement weshalb es sich bewährt hat das gesamte Team der Behandelnden zusammen zu schulen.

Aggressionsdynamik

Um die Dynamik eines aggressiven Verhaltens zu veranschaulichen benutzt Richter (2012) der von Breakwell (1998) entwickelte Phasenverlauf einer Eskalation der die Dynamik in folgende Phasen einteilt.

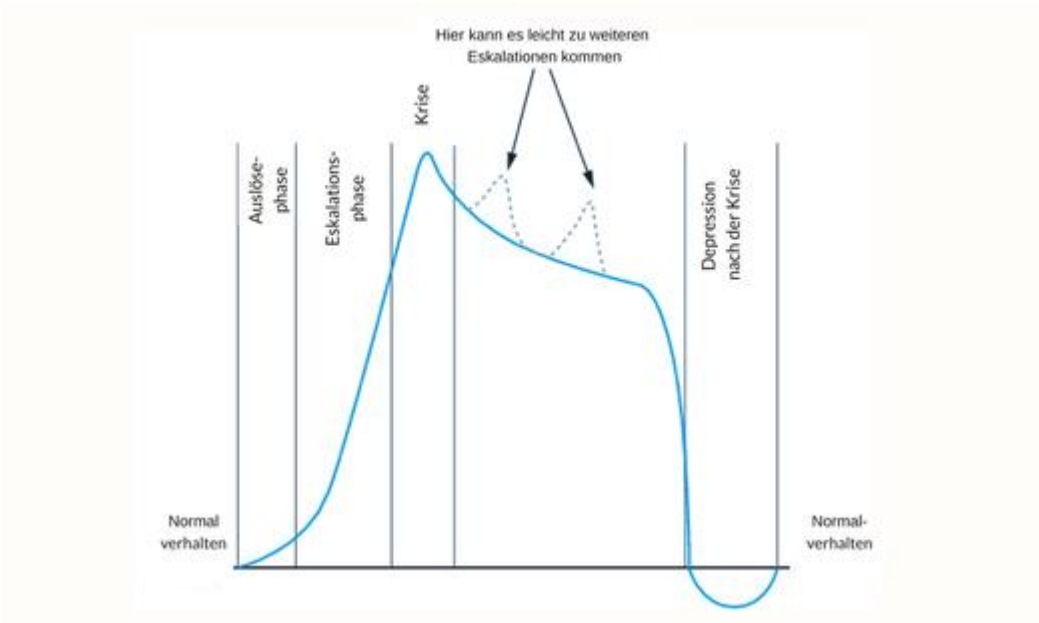


Abbildung 2: Aggression bewältigen. Umgang mit Gewalttätigkeit in Klinik, Schule und Sozialarbeit. Breakwell, G. (1998). Verlag H. Huber.

In der *Auslösephase* beginnt sich das «normale» Verhalten einer Person nach und nach zu verändern. In der *Eskalationsphase* wird die Person, je länger die Eskalation fortschreitet, je weniger mit rationalen Argumenten zu beeinflussen sein. Bei der *Krisenphase* geht es um die Sicherheit aller Beteiligten, Optionen sind zunehmend physisch ausgeprägt. Nach Needham und Sauter (2018) ist in dieser Phase die Aggressivität bereits eingetreten. Die längst andauernde Phase wird als *Erholungsphase* bezeichnet, während dieser nähert sich das Verhalten allmählich dem Normalverhalten an. Die Erregung geht allmählich zurück, die Phase kann nach Needham und Sauter (2018) bis zu mehreren Stunden dauern und es kann bei einem zu frühen Eingreifen in das Geschehen zu erneuter Aggressivität kommen. Der Phase *Depression nach der Krise* wird eine physische und psychische Erschöpfung beigemessen, Gefühle der Scham, Hoffnungslosigkeit und Schuld können sich bemerkbar machen.

Es muss berücksichtigt werden, dass alle an einer Eskalation Beteiligten in die Erregungsschleife des Geschehens geraten und die Emotionen der jeweiligen Erregungsphase

das Verhalten bestimmt (Walter et al. 2012). Dies ist essentiell zu wissen, in Bezug auf mögliche Interventionen wie auch auf präventive Massnahmen. Walter et al. (2012) nehmen dazu auf das von (Leadbetter&Paterson, 1995) entwickelte *7- Phasen-Modell* Bezug, welches eine Reihe von Praxisprinzipien, zentraler zwischenmenschlicher Fertigkeiten und phasenspezifischer Strategien im Umgang beschreibt. Dieses Modell wurde in tabellarischer Form auch von Reinhardt (2019) in seinem Unterrichtsmaterial im Fachkurs Akut- und Notfallpflege (2020/21) der Berner Fachhochschule (BFH) verwendet.

Phase	Gefühl	Patient	Mitarbeiter	Ziele	Fokus	Fertigkeiten	Interventionen
1.) Auslöse-Phase	Angst	Erregung, Auf- und Ablaufen, Seufzen, Rückzug	Beruhigung	Einschätzen, Identifikation Ursachen/Auslöser, Angstreduktion, verbale Interaktion, Problemlösung	Emotionale Verfassung Problem	Empathie, Da-Sein, Echtheit, Aktives Zuhören, Geduld	Persönlicher Kontakt, Gefühle reflektieren, Bestätigung, offene Fragen, einbeziehen **Nicht**: Warum-Fragen, geschlossene Fragen, Fachsprache, Zwang, Belehrung, Bewertung, Kritik an Person, autoritäre Haltung
2.) Übergangsphase	Wut	Feindselige und negative Wahrnehmung	Beruhigung Verhaltenskontrolle Deeskalation	Eskalation verhindern Erregung reduziert Realität und Orientierung Sicherheit	Mögliche Gefahren Koordination	Wie oben plus: Deeskalationsmethoden, Koordinationsgeschick	Absprachen treffen, Kooperation verlangen, Umgebung gestalten, Gefahren minimieren, große Zugeständnisse, nicht akzeptables Verhalten benennen, Selbstoffenbarung, Verhandeln, Zeit geben, kleine Zugeständnisse fordern, Perspektiven anbieten **Nicht**: drohen, Ultimaten, Zwang, Widersprüche
3.) Krisen-Phase	Aggression	Konzentration auf Anwesende, Bedrohungsgefühl, Urteilsfähigkeit reduziert, bedrohliche Gesten, verbale Aggression	Beruhigung Verhaltenskontrolle Deeskalation	Wie oben	Wie oben	Wie Phase 1 plus: Deeskalationsmethoden, Fähigkeit Absprachen umzusetzen	Wie oben
4.) Destruktive Phase	Aggression	Verbale und physische Aggression/Gewalt	Flucht Selbstverteidigung Kontrolle	Sicherheit	Erregung Risiken Fluchtmöglichkeiten	Risikoeinschätzung, Abwehr- und Teamtechniken, Koordinationsgeschick	Abwehrtechniken, Teamtechniken, Eingrenzen, Umgebungsgestaltung, Kommunikation, Koordination
5.)Wiederherstellungs-Abkühlungsphase	Aggression	Reduktion aggressiven Verhaltens	Aufmerksamkeit	Kontrolle gewinnen Sicherheit	Risikobegrenzung	Koordinationsgeschick	Medikamente, standardisierte Vorgehensweisen **Nicht**: Patienten in Gemeinschaft lassen
6.) Übergangs-phase	Wut, Ärger	Abnehmende Aggressivität/Erregung	Beruhigung Deeskalation Problemlösen Beratung	Kontrolle Absprachen treffen	Bestehende Probleme/Trigger	Sicheres Auftreten, Verhandlungsgeschick, Planungskompetenz	Erwartungen an das Patienten-Verhalten klarstellen, Sanktionen/Belohnungen benennen/ausüben, einbinden, verstehen und Einsicht fördern, Problemlösungen anbieten
7.) Auflösungs-phase	Wut, Ärger, Schuld, Groll	Beruhigung, evtl. Rückzug	Reflexion Beratung	Sicherheit: erneute Eskalationen vermeiden	Reaktionen	Einschätzung Gesprächsführung Selbstbeherrschung	Nachbesprechung, Geschehen schildern (Vorboten, Verhalten, Konsequenzen, Wiedereintritt), sozial verträgliche Verhaltensweisen benennen

Abbildung 2: Phasenbeschreibung nach Leadbetter& Paterson. Reinhardt (2019)

Follow-up und Outcomes

Herr X hat sich auf der Psychiatrievisite angemeldet und Hilfe gesucht, weil er erkannt hat, dass er unruhig war und ihn ein Konflikt mit einem Mitinsassen beschäftigte. Dem Psychiater öffnete er sich jedoch nicht um näheres zu erzählen. Dies kann daran liegen, dass diese Visitentermine jeweils auf 15 Minuten beschränkt sind und Herr X sich unter Zeitdruck fühlte oder er kein Vertrauensverhältnis zu ihm verspürt. So ist es gerade in der ersten Phase des Eskalationsgeschehens nach Leadbetter und Paterson (1999), von Wichtigkeit sich Zeit zu nehmen, aktiv zuzuhören um das Problem zu identifizieren. Ein Vertrauensproblem könnte das von Kröber (2019) erwähnte vertikale Machtgefüge sein, so wollte Herr X sich dem Psychiater vielleicht nicht anvertrauen, weil dieser entscheidende Machtbefugnisse über seinen weiteren Aufenthalt haben kann. Das auffällige Verhalten auf seiner Wohngruppe und das Geschehen am Arbeitsplatz wurde nicht an den Gesundheitsdienst weitergeleitet. Bei beiden Situationen wäre eventuell noch eine Absprachefähigkeit erlangt worden. Damit eine Behandlung im forensischen Setting gelingt und Ziele erreicht werden können bedingt es der interdisziplinären Zusammenarbeit (Barp & Sachs, 2019). Da Herr X bis zu diesem Zeitpunkt noch nie eine Tendenz zu aggressivem Verhalten zeigte, fühlten sich die Beteiligten vielleicht auch nicht gefordert zu intervenieren um eine Eskalation zu verhindern, da diese für sie nicht absehbar war. Nach Leadbetter und Paterson (1999) sind in der zweiten und dritten Phase Absprachen und ein Verhandeln noch möglich. So hätte das Eskalationsgeschehen durch die Betreuung der Wohngruppe, den Arbeitsagogen und durch mich die abends vorbei ging, unterbrochen werden können. Der Faktor Zeit scheint auch hier eine wichtige Rolle gespielt zu haben. Die Beteiligten der Wohngruppe steckten in den Mittagsvorbereitungen, bei der Arbeit hat die Produktion Priorität und bei mir war das Ziel die Medirunde im zeitlichen Plan auszuüben und anschliessend in den Feierabend zu gehen. Herr X hat an diesem Tag mehrfach seine Überforderung gezeigt, leider wurde von uns, die wir die Behandelnden sind, das nicht wahrgenommen. Dieses Versäumnis führte dazu, dass die Eskalation ihren Lauf nahm und in die nach Leadbetter und Paterson (1999) beschriebene *Destruktive Phase* kam in der es nicht mehr nur zu verbaler, sondern auch zu physikalischer Aggression und Gewalt

kommen kann. Nach Richter (2014) bringen alle in eine Interaktion Erwartungen ein, Herr X dürfte die Erwartung an die Rolle der professionellen Behandler gehabt haben, dass sich jemand Zeit nimmt und auf ihn einlässt, diese Bedürfnisse wurden zugunsten des Routineablaufs nicht berücksichtigt. Die Geschehnisse des Tages nicht beeinflussen zu können aufgrund institutioneller Begebenheiten, Regeln und seiner Haft, kann bei ihm zu Gefühlen der Frustration und Machtlosigkeit geführt haben die nach Defares et al. (1991) zitiert von Oud et al. (2012) in aggressives Verhalten transformieren. Mit Zwang wurde Herr X in die Arrestzelle verlegt, Zwang in einer Behandlung kann nach Oud et al. (2012) dazu führen, dass sich Beteiligte machtlos und der Situation unterworfen fühlen. Essen und Medikamente einnehmen unterlag noch seiner Kontrolle weshalb er beides wohl verweigerte. In diesen drei Tagen bis er wieder Nahrung und Medikamente zu sich nahm bekam Herr X viel Aufmerksamkeit und die Behandler führten viele Gespräche mit ihm. Auch nach Leadbetter und Paterson (1999) sind Aufmerksamkeit, Problemlösung und Beratung die Bedürfnisse in den drei letzten Phasen des Geschehens. So erhielt Herr X aufgrund seiner Verweigerung, die Aufmerksamkeit die er sich wohl seit Beginn der Eskalation gewünscht hätte. Betrachtet man die Versäumnisse der Behandelnden in den ersten drei Phasen des Geschehens und die in diesem Kontext stehenden institutionellen Gegebenheiten, kann nach Ruthemann (1993) von personaler und struktureller Gewalt ausgegangen werden, im Sinne der Vernachlässigung und Missachtung der Bedürfnisse von Herr X. Die ganze Situation hinterliess sowohl bei ihm wie auch bei mir Gefühle der Schuld und ich würde prospektiv anders handeln.

Zeit scheint ein wichtiger Faktor zu sein in der Deeskalation. Zeit nehmen und in Verbindung bleiben sowie auch Zeit im Sinne von einem frühzeitigen Erkennen und intervenieren in ein Eskalationsgeschehen. Roberton et al. (2012) beschreiben Deeskalation als einen Prozess der mit der Fähigkeit beginnt, die Ausgangssituation zu erkennen und zu bewerten. Dies wäre der Moment gewesen als Herr X den Psychiater aufsuchte und aufgrund einer verbalen Auseinandersetzung mit einem anderen Insassen um ein Valium bat. Gerade bei Herrn X der bislang als ruhiger, unauffälliger Insasse galt und bislang nie nach zusätzlicher beruhigender Medikation verlangte, war dies der Moment in dem hätte erkannt werden sollen, dass sich eine mögliche Eskalation entwickeln könnte. Nachdem er sich dem Psychiater nicht weiter öffnen wollte, hätte ich zu diesem Zeitpunkt das erste Mal den Kontakt zu ihm suchen können zumal ich bislang eine Beziehung zu ihm pflegte basierend

auf Respekt und Vertrauen. Nach Roberton et al. (2012) gelten zwischenmenschliche Fähigkeiten wie Empathie, gegenseitiger Respekt und Vertrauen als wichtige Komponenten in der Deeskalation. Als hilfreiche Methoden nennen sie in ihrer Studie den kollaborativen Ansatz, eine Lösung und Optionen anzubieten, eine affektive Beteiligung im Sinne von dem Ausdruck von Besorgnis unter Berücksichtigung der subjektiven Erfahrung des Betroffenen, auch hier können zusätzlich Optionen angeboten werden. So hätte ich Herrn X fragen können, was er in seiner momentanen Situation als hilfreich erachtet und ihm genügend Zeit für eine Antwort lassen können. Ich hätte ihm Optionen wie zum Beispiel Rückzug in seine Zelle, Angebot eines späteren terminierten Gespräches oder ein Eingehen auf seine Erfahrungen in der Bewältigung einer Krise, anbieten können. Zusammenfassend beschreiben Roberton et al. (2012) in ihrer Studie, dass die zwischenmenschlichen Fähigkeiten der Mitarbeiter und ein kooperativer Problemlösungsstil der Schlüssel zu Strategien im Festlegen von Grenzen sind und auch die Wahrscheinlichkeit von Aggressionen vermindern. Stabile Sozialbeziehungen im Sinne einer tragfähigen professionellen Beziehung die eine authentische und wertschätzende Kommunikation beinhaltet, werden auch von Trost und Rogge (2016) und Wilson et al. (2018) sowohl in der Prävention wie in der Deeskalation von Aggressionsereignissen als wesentliche Faktoren genannt. Eine Nutzung des Patientenwissens durch vorherige Planung kann nach Price et al. (2018) bei der Deeskalationseffektivität hilfreich sein. Auch die Studien von Roberton et al. (2012) und Goodman et al. (2020) verweisen auf die Wichtigkeit des Einbezugs des Patientenwissens und einer gemeinsamen Deeskalationsplanung um potentielle Auslöser und Frühwarnzeichen für Aggressionen und Präferenzen für Deeskalationsstrategien zu identifizieren. Mit diesem Wissen wäre es wichtig gewesen bei Eintritt von Herr X in die JVA Solothurn mit ihm zusammen diese Faktoren in Bezug auf Risikoeinschätzung und möglichen, hilfreichen individuellen Interventionen, zu erfassen. Auch die Diagnosebezogenen Aspekte, die im Fall von Herrn X nach Literatur auf ein vermehrt aggressives Verhalten hinweisen, hätten einbezogen werden können. Auch bei einer Nachbereitung eines Vorfalles scheint nach Trost und Rogge (2016) und Wilson et al. (2018) eine solche Erfassung in Zusammenarbeit mit Herrn X ein sinnvolles Instrument, um aus dem Geschehenen mögliche prospektive Interventionen zur Risikoverminderung abzuleiten. Der stark reglementierte Charakter einer JVA kann sich nach Goodman et al. (2020) als hinderlich in einer Deeskalation auswirken. So wiesen Mitarbeiter in ihrer Studie häufig einen gewissen Pessimismus

hinsichtlich der Möglichkeiten einer Deeskalation auf, der begründet wird mit der Einhaltung der Regeln und Beschränkungen im Tagesablauf die einem Risikomanagement dienen, jedoch keinen Raum zu wirkungsvollen Interventionen lassen. Auch ich hielt mich an die Regeln des Tagesablaufes und verpasste damit wichtige Interventionsmöglichkeiten. Betrachtet man dies im Kontext der intensiven und zeitaufwändigen Betreuung als Herr X in der Arrestzelle weilte gibt es jedoch retrospektiv betrachtet keine Begründung, dass eine rechtzeitige Intervention von meiner Seite gegen ein Risikomanagement verstossen hätte. Meiner Betrachtung nach hätte eine solche eher das Gegenteil bewirkt und das Risiko positiv beeinflusst. Ein weiterer Faktor stellt die interdisziplinäre Zusammenarbeit dar, die in der Fallvorstellung von Herr X gänzlich fehlte und die Hax-Schoppenhorst (2012) in Bezug auf Eskalationsverminderung als essentiell betrachtet. Ein Telefonanruf oder ein Mail hätte genügt um alle betreuenden Mitarbeitenden dieses Tages über wahrgenommenes zu informieren und hätte zu mehr Aufmerksamkeit gegenüber Herrn X führen können.

Diskussion

Zu Verstehen wie eine Eskalation entsteht, beschreibt Richter (2012) als zentrales Element für eine effektive Deeskalation. So führt die Erarbeitung dieses Fallberichtes zu einem Verständnis über hindernde wie fördernde Faktoren in einer effektiven Deeskalation nicht körperlicher Art. Anhand des Verlaufs des Eskalationsgeschehens wurden die Faktoren Zeit, die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit dem Ziel eine Eskalation zu vermeiden, wie auch eine individuelle auf den Insassen angepasste Risikobewertung und die Beziehungsarbeit als wesentliche Aspekte eruiert. (Barp & Sachs, 2019) sprechen von Risiko In einem Massnahmenvollzug sind die Auslöser die zu einem gewalttätigen Verhalten führen oft den einzelnen Krankheitsbildern verschuldet oder dem Erleben von Machtlosigkeit (Trost & Rogge, 2016). Grundzüge der einzelnen Krankheitsbilder zu kennen, aber auch eine strukturierte Risikobewertung oder eine umfassende Anamnese in den ersten Aufenthaltstagen kann zu einer Verringerung von Gewalt und Zwang beitragen und bereits Hinweise auf Situationen und Auslöser geben die bei einem Betroffenen zu aggressivem Verhalten führen (Abderhalden et al., 2012; Trost & Rogge, 2016). Nach Trost und Rogge (2016) und Wilson et al. (2018) sollten bei einer solchen Risikoeinschätzung vermehrt auch die Schutzfaktoren und Ressourcen berücksichtigt werden um anstelle der negativ behafteten Risikofaktoren auch positive Ansätze in der Risikobewältigung zu Erlangen. Eine Situationsanalyse als Intervention einer Aufarbeitung eines aggressiven Verhaltens oder Vorfalls kann auch bereits der Prävention weiterer Ereignisse dienen. Weiter nennen sie stabile Sozialbeziehungen im Sinne einer tragfähigen professionellen Beziehung die eine authentische und wertschätzende Kommunikation beinhaltet, sowohl in der Prävention wie in der Deeskalation von Aggressionsereignissen als wesentliche Faktoren. Ergänzend führt hier Richter (2014) das Zeigen von Sorge, Respekt, Empathie, Fairness und Ernsthaftigkeit an und verweist auch darauf, dass Deeskalation am besten als frühe Intervention gelingt. Eine Möglichkeit sieht er in der Herstellung einer Beziehung die er auch Arbeitsbeziehung nennt. Diese dient dem Vertrauensgewinn auf beiden Seiten des Konflikts und soll geprägt sein von Wertschätzung und Anerkennung des Problems. Dies alles bedingt jedoch der interdisziplinären Zusammenarbeit, nach Richter (2014) sollten sich alle Mitarbeiter aufeinander verlassen können und die gleiche Strategie verfolgen in einem effektiven

Aggressionsmanagement, weshalb es sich bewährt hat das gesamte Team der Behandelnden zusammen zu schulen. Auch Kuivalainen et al. (2017) verweisen in ihrer Studie auf die Notwendigkeit, das Personal in einer Vielzahl von Deeskalationstechniken zu schulen. Der in der Literatur oft beschriebene hohe Wert der Beziehung, der als positiver Einflussfaktor sowohl in der Prävention wie auch direkt auf ein Aggressionsgeschehen gilt, führt bei mir zu einer erneuten Anerkennung der Beziehungsarbeit, die bisher nicht als wichtiger Bestandteil meiner Arbeit im Massnahmenvollzug galt und von mir eher als nebensächlich eingestuft wurde in Bezug auf eine Deeskalation. Interdisziplinäre Zusammenarbeit kann in der JVA Solothurn mit Teilnahme an interdisziplinären Sitzungen und direkter Kontaktaufnahme gefördert werden. Angepasste Deeskalationsstrategien können bei der Eintrittsuntersuchung in Zusammenarbeit mit dem Insassen erfasst werden. Bei einer kommenden Sitzung werde ich meinem Team die Erkenntnisse dieser Reflexion vorstellen und sie damit, so hoffe ich, in ihrer Beziehungsarbeit und ihren kommunikativen Kompetenzen stärken.

Quellenverzeichnis

Abderhalden, Ch., Needham, I., Dassen, T., Halfens, R., Haug, H.J. & Fischer, J.E. (2008). Strukturierte Risikobewertung und Gewalt in akuten psychiatrischen Stationen: randomisierte kontrollierte Studie. *British journal of Psychatry, 193*(1), 44-50. doi: 10.1192 / bjp.bp.107.045534

Barp, M., Sachs, J. (2019). Der Massnahmenvollzug. Ein Hort der Restriktion in der Psychiatrie? *Psychiatrische Pflege, 4*(3), 27-31. https://doi.org/10.1024/2297-6965/a000242

Bewährungs- und Vollzugsdienste, Sicherheitsdirektion des Kantons Bern (2021) *Arten von Massnahmen*. https://www.pom.be.ch/pom/de/index/freiheitsentzug-betreuung/einweisungsbehoerde/einweisung_und_vollzug/Massnahmen/Arten_von_Massnahmen.html

Bundesamt für Statistik (2020). *Massnahmenvollzug: Mittlerer Insassenbestand nach Art der Massnahme.* https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kriminalitaet-strafrecht/justizvollzug/inhaftierte-erwachsene.html#-1096316076

CARE Checkliste (2013). https://www.care-statement.org/checklist

Goodman, H., Brooks, P.K., Price, O. & Barley, E.A. (2020). Barriers and facilitators to the effective de-escalation of conflict behaviours in forensic high-secure settings: a qualitative study. *International journal of menthal health systems, 14* (59). doi: 10.1186 / s13033-020-00392-5

Hax-Schoppenhorst, T. (2012). Aggression und Gewalt in der forensischen Psychiatrie. In Walter, G., Nau, J. & Oud, N. (Hrsg.). *Aggression und Aggressionsmanagement:*(S. 280-289). Verlag Hans Huber, Hogrefe.

Höwler, E. (2019). Im Massregelvollzug. *Pflege Praxis, 72* (10), 36-39. http://doi: 10.1007/s41906-019-0162-8

Kröber, H.L. (2019) Selbstbestimmung und Zwang in der Behandlung. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, 13* (1), 1-3. http://doi: 10.1007/s11757-018-00516-1

Kuivalainen, S., Vehviläinen-Julkunen, K., Louheranta, O., Putkonen, A., Repo-Tiihonen, E. & Tiihonen, J. (2017). De-escalation techniques used, and reasons for

seclusion and restraint, in a forensic psychiatric hospital. *International Journal of Mental Health Nursing, 26*(5). https://doi.org/10.1111/inm.12389

Leadbetter, D., Paterson, B. (1999). *De-escalation in the Management of Aggression and Violence: Towards Evidence-based Practice*. doi: 10.1007/978-1-349-13577-6_6

Müller, Ch. (2018). Gerade nochmal Glück gehabt, Übergriffe forensischer Patienten. In Schmidt-Quernheim, F., & Hax-Schoppenhorst, T. (Hrsg.). *Praxisbuch forensische Psychiatrie.* (3. Aufl, S.541-546). Hogrefe Verlag

Needham, I., Sauter, D. (2018). Aggression und Gewalt. In Sauter, D., Abderhalden, Ch., Needham, I. & Wolff, S. (Hrsg.). *Lehrbuch psychiatrische Pflege*. (3. Aufl., S.619-640). Hogrefe Verlag

Oud, N., Nau, J. & Walter, G. (2012). Aggression und Gewalt – ein Problem für das Gesundheitswesen. In Walter, G., Nau, J. & Oud, N. (Hrsg.). *Aggression und Aggressionsmanagement:*(S. 35-56). Verlag Hans Huber, Hogrefe.

Price, O., Baker, J., Bee, P. & Lovell, K. (2018). The support-control continuum: An investigation of staff perspectives on factors influencing the success or failure of de-escalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings. *International Journal of Nursing Studies, 77*, 197-206. doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.10.002

Reinhardt, S. (2019). *Umgang mit Aggression*. Schulungsunterlagen im Fachkurs Akut- und Notfallpflege (2020/21) der Berner Fachhochschule.

Richter, D. (2012). Theorien und Modelle für Aggression und Gewalt gegen Mitarbeiter im Gesundheitswesen. In Walter, G., Nau, J. & Oud, N. (Hrsg.). *Aggression und Aggressionsmanagement:*(S. 62-96).Verlag Hans Huber, Hogrefe.

Richter, D. (2014). Deeskalation von Konfliktsituationen: Strategie zur Vermeidung von Zwangsmassnahmen. *Psych. Pflege Heute, 20*(4), 221-225. http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1384782

Roberton, T., Daffern, M., Thomas, S.& Martin, T. (2012). De-escalation and limit-setting in forensic mental health units. *Journal of Forensic Nursing, 8*(2), 94-101. doi: 10.1111 / j.1939-3938.2011.01125.x

Ruthemann, U. (1993). *Aggression und Gewalt im Altenheim: Verständnishilfen und Lösungswege für die Praxis.* Recom Verlag.–

Schirmer, U., Mayer, M., Vaclav, J., Papenberg, W., Martin, V., Gaschler, F., Özköylü, S. (2012). *Prävention von Aggression und Gewalt in der Pflege. Grundlagen und Praxis des Aggressionsmanagements für Psychiatrie und Gerontopsychiatrie*. Schlütersche Verlagsgesellschaft.

Schmidt-Quernheim, F. (2018). Behandlung im Massregelvollzug. In Schmidt-Quernheim, F., & Hax-Schoppenhorst, T. (Hrsg.). *Praxisbuch forensische Psychiatrie.* (3. Aufl, S.173-278). Hogrefe Verlag

Trost, A. & Rogge, S. (2016). *Basiswissen: Umgang mit Menschen im Massregelvollzug.* Psychiatrie Verlag GmbH..

Walter, G., Nau, J.& Oud, N. (2012). Präventiver Umgang mit Aggression und Gewalt im Gesundheitswesen. In Walter, G., Nau, J. & Oud, N. (Hrsg.). *Aggression und Aggressionsmanagement:*(S. 97-121).Verlag Hans Huber, Hogrefe.

Weber, J. (2017). Stationäre Behandlung von psychisch gestörten Straftätern unter der Lupe. *#prison-info : das Magazin zum Straf- und Massnahmenvollzug*, *42*(1), 5-10. Bundesamt für Justiz, Fachbereich Straf- und Massnahmenvollzug.

C. Wilson, C., Rouse, L., Rae, S.& Kar Ray, M. (2018). Mental health inpatients' and staff members' suggestions for reducing physical restraint: A qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *25*(3). https://doi.org/10.1111/jpm.12453