

**Einstellungen von psychiatrischen Patient*innen und
Mitarbeiter*innen zu Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie –
Möglichkeiten zur Reduktion von Zwang aus Sicht
von Betroffenen und Beschäftigten**

Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades (Dr. phil.)

an der Universität Hamburg,

Fakultät für Psychologie und Bewegungswissenschaften,

Institut für Psychologie

Vorgelegt von Diplom-Psychologin Eva Carolin Krieger

geb. am 13.09.1984 in Gießen

Hamburg, 2020

Tag der mündlichen Prüfung: 03.08.2020

Mitglieder des Promotionsprüfungsausschusses

Vorsitzender: Prof. Dr. phil. Alexander Redlich

Erstgutachter: Prof. Dr. phil. Steffen Moritz

Zweitgutachterin: Prof. Dr. rer. nat. Tania M. Lincoln

Erster Disputationsgutachter: Prof. Dr. phil. Bernhard Dahme

Zweiter Disputationsgutachter: Prof. Dr. med. Matthias Nagel

Danksagung

Auf dem Weg zur bestandenen Promotionsprüfung haben mich viele Menschen begleitet, denen ich hier ganz herzlich danken möchte.

Zu allererst gilt mein Dank Prof. Steffen Moritz, der mir diese Arbeit überhaupt erst ermöglicht hat. Für die Betreuung, die Unterstützung, wann immer sie nötig war, und die vielen lehrreichen Gespräche bedanke ich mich ganz herzlich!

Ein weiterer Dank gilt Prof. Tania Lincoln, die als Zweitgutachterin diese Doktorarbeit betreut hat. Durch die Zusammenarbeit an der gemeinsamen Veröffentlichung konnte ich einiges von Ihnen lernen. Weiterhin möchte ich mich bei Prof. Matthias Nagel bedanken, der die Durchführung der Studien ermöglicht hat. Vielen Dank für das große Vertrauen in unsere Arbeit. Ebenfalls möchte ich Prof. Bernhard Dahme und Prof. Alexander Redlich danken, dass sie Teil der Prüfungskommission waren.

Ein ganz besonderer Dank gilt allen Patientinnen und Patienten sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die als Teilnehmer*innen die wichtigste Säule der Untersuchungen darstellten.

Meinen Eltern kann ich nicht genug danken. Ihr habt mir alles ermöglicht, habt alle meine Wege und Entscheidungen begleitet, mich immer bedingungslos unterstützt. Ohne Euch wäre ich nicht da, wo ich jetzt stehe. Danke dafür und für so Vieles mehr!

Zu guter Letzt gilt mein Dank Dir, Frithjof. Ohne Dich wäre diese Arbeit vielleicht nicht mehr fertig geworden. Du hast mich immer wieder motiviert, mich gestützt und wenn nötig, auch gepusht. Du warst immer da, auch als die Zeiten schwieriger wurden. Die nächste große Prüfung müssen wir gemeinsam bestehen. Ich freue mich darauf!

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	3
Zusammenfassung	5
1 Einleitung	9
1.1 Terminologie und Prävalenz	10
1.2 Rechtliche Situation in Deutschland.....	12
1.3 Wirksamkeit von Zwangsmaßnahmen	14
1.4 Körperliche und psychische Auswirkungen von Zwangsmaßnahmen.....	15
1.5 Einstellungen und Präferenzen von betroffenen Patient*innen zu Zwangsmaßnahmen	16
1.6 Einstellungen von Beschäftigten in Psychiatrien zu Zwangsmaßnahmen	18
1.7 Der Einfluss von Emotionen auf Zwangsmaßnahmen	20
1.8 Möglichkeiten zur Reduktion oder Vermeidung von Zwangsmaßnahmen	21
1.8.1 Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen.....	22
1.8.2 Evidenz von Nachbesprechungen.....	24
1.8.3 Nachbesprechungen in komplexen Stationskonzepten.....	25
1.9 Ziele der Dissertation	26
1.9.1 Studie I (Artikel I).....	27
1.9.2 Studie II (Artikel II).....	28
1.9.3 Artikel III.....	29
2 Studie I: Patients' attitudes towards and acceptance of coercion in psychiatry	31

3	Studie II: Coercion in psychiatry: A cross- sectional study on staff views and emotions	33
4	Artikel III: Strukturierte Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen mit Patienten – Überblick und aktueller Stand	35
5	Diskussion.....	37
5.1	Einstellungen und Akzeptanz	40
5.2	Emotionen	44
5.3	Möglichkeiten der Reduktion von Zwangsmaßnahmen.....	46
5.4	Stärken, Limitationen und zukünftige Forschung.....	51
5.5	Klinische Implikationen und Schlussfolgerungen.....	54
	Literatur.....	57
	Appendix A: Volltext der Publikationen.....	71
	Appendix B: Liste bisheriger Publikationen.....	99
	Appendix C: Curriculum Vitae.....	101
	Erklärungen.....	103

Abkürzungsverzeichnis

ACMQ	The Attitudes to Containment Measures Questionnaire
BDI-II	Beck-Depressions-Inventar Revision
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BPRS	Brief Psychiatric Rating Scale
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
CRPD	Committee on the Rights of Persons with Disabilities
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
GAF	Global Assessment of Functioning
HmbPsychKG	Hamburgisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
PHQ-9	Patient Health Questionnaire – Gesundheitsfragebogen für Patient*innen 9
PsychKG	Psychisch-Kranken-Gesetz
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
SACS	Staff Attitude to Coercion Scale
UBG	Unterbringungsgesetze
UN-BRK	UN-Behindertenrechtskonvention

Zusammenfassung

Hintergrund: Freiheitsentziehende Maßnahmen und medizinische Zwangsbehandlungen in psychiatrischen Kliniken sind ein kontroverses und viel diskutiertes Themengebiet. Trotz der damit verbundenen hohen Belastungen für alle Beteiligten, sowohl Patient*innen als auch Mitarbeiter*innen, handelte es sich dabei über lange Zeit um einen wenig erforschten Bereich. In den letzten Jahren ist ein deutlicher Zuwachs von Konzepten und Maßnahmen zu verzeichnen, die das Ziel haben, Zwangsmaßnahmen in der Akutpsychiatrie zu verhindern oder zu reduzieren. Dieses gesteigerte Interesse spiegelt sich auch in einem Anstieg wissenschaftlicher Arbeiten wider. Dennoch ist bisher wenig über die Einstellungen der Betroffenen zu Zwangsmaßnahmen bekannt. Empirische Daten darüber, wie Patient*innen, die Erfahrungen mit Zwangsmaßnahmen in Psychiatrien gemacht haben, diese im Nachhinein bewerten, welche eigenen Präferenzen sie für ihre zukünftige Behandlung haben und welche Möglichkeiten zur Reduktion von Zwang sie sehen, sind bisher rar. Noch weniger erforscht sind die Einstellungen sowie die mit Zwangsmaßnahmen einhergehenden Emotionen von Mitarbeiter*innen, die direkt oder indirekt an der Durchführung der Maßnahmen beteiligt sind. Dies erscheint jedoch vor dem beschriebenen Hintergrund relevant, da die Einstellungen und Emotionen direkte Auswirkungen auf Entscheidungsfindungsprozesse (so auch z. B. für oder gegen eine bestimmte Maßnahme) haben können.

Ziele: Ziel der vorliegenden Dissertation ist es, die Einstellungen von betroffenen Patient*innen und Mitarbeiter*innen in Psychiatrien zu Zwangsmaßnahmen sowie damit einhergehende Emotionen zu untersuchen. Zudem sollen aus Sicht beider untersuchter Gruppen Möglichkeiten zur Reduktion dieser Maßnahmen erfasst werden. Die beiden zu diesem Zwecke durchgeführten Studien verfolgen zudem das Ziel, praktische Implikationen für den Stationsalltag abzuleiten, um zukünftig Zwangsmaßnahmen weiter reduzieren zu können.

Methode: Es werden zwei Studien konzipiert, die zum einen die Einstellungen zu Zwangsmaßnahmen der Patient*innen (Studie I), und zum anderen die der Mitarbeiter*innen (Studie II) in der Asklepios Klinik Nord- Wandsbek und Ochsenzoll untersuchen. Studie II umfasst zudem Items zur Einstellung der Beschäftigten zu reflektierenden Maßnahmen (Team-Supervisionen und Nachbesprechungen von Zwangsmaßnahmen mit den betroffenen Patient*innen und Mitgliedern aus dem Behandler*innen-Team). Nachbesprechungen von Zwangsmaßnahmen mit Patient*innen und Mitarbeiter*innen bieten die Grundlage für die dritte Publikation, eine Übersichtsarbeit, die im Rahmen dieser Dissertation entstanden ist.

Ergebnisse: In Studie I akzeptierten Patient*innen „nicht-invasive Maßnahmen“ (z. B. „weicher Raum“, Isolierung) eher als „invasive Maßnahmen“ (z. B. Fixierung, Zwangsmedikation). Das Verständnis für Zwangsmaßnahmen nahm mit fortschreitender Behandlungsdauer zu. Die meisten Patient*innen bewerteten verschiedene Optionen (z. B. Musik oder Bewegung) als hilfreich, um Zwangsmaßnahmen zu vermeiden. In Studie II waren Beschäftigte mit mehr Berufserfahrung am kritischsten gegenüber Zwangsmaßnahmen eingestellt. Mitarbeitende der Pflege bewerteten Zwangsmaßnahmen positiver als andere Berufsgruppen. Die Mehrheit empfand bei der Ausübung von Zwangsmaßnahmen Emotionen wie Mitgefühl, Trauer oder Angst. Fast 20 % gaben an, Macht zu erleben. Reflektierende Interventionen (v. a. Supervisionen oder Nachbesprechungen) wurden von den meisten Beschäftigten als wichtig erachtet. Etwa die Hälfte gab an, dass diese Interventionen bereits routinemäßig durchgeführt werden. Mitarbeiter*innen vermuteten, dass bestimmte Faktoren (z. B. hohes Stresslevel, geringe Personalausstattung) die Wahrscheinlichkeit für Zwangsmaßnahmen erhöhen könnten.

Schlussfolgerungen: Auf Akutstationen sollten „mildere“ Maßnahmen als Alternative zu invasiven Zwangsmaßnahmen angeboten werden. Patient*innen sollten so viel wie möglich in ihren Behandlungsprozess miteinbezogen werden, da sich ihre subjektiven Präferenzen unterscheiden. Die Ergebnisse der Studien führten zu konkreten Veränderungen in der Psychiatrie Wandsbek. Ein „weicher Raum“, in dem sich

Patient*innen in akuten Situationen nicht verletzen können, wurde als „nicht-invasive“ Maßnahme auf der neuen Akutstation eingerichtet, um invasivere Maßnahmen zu vermeiden. Zudem wurden Sportgeräte und Bewegungstherapien auf den geschützten Stationen etabliert. Die Einstellung zu Zwangsmaßnahmen sowie damit einhergehende Emotionen unterscheiden sich zwischen Berufsgruppen und Beschäftigten mit unterschiedlich viel Berufserfahrung. Reflektierende Maßnahmen (z. B. Supervisionen, Nachbesprechungen von Zwangsmaßnahmen mit den Patient*innen) können helfen, eigenes Handeln zu reflektieren. Weitere Forschungsanträge (z. B. zu Nachbesprechungen von Zwangsmaßnahmen) wurden von der Arbeitsgruppe bereits vorbereitet.

1 Einleitung

Der Einsatz von freiheitsentziehenden Maßnahmen und Zwangsbehandlungen in der Akutpsychiatrie ist ein viel diskutiertes und hochemotionales Thema. In psychiatrischen Kliniken Tätige befinden sich häufig in einem ethisch-moralischen Dilemma, welches die Wahrung des Selbstbestimmungsrechtes der Patient*innen auf der einen Seite und die allgemeine Pflicht zur Hilfeleistung auf der anderen Seite gegenüberstellt. Dieses Dilemma spiegelt sich auch in den vier ethisch-moralischen Prinzipien wider, die Beauchamp und Childress (2019, zuerst 1979) für den Bereich der Heilberufe formulierten und für diese eine ethische Orientierung bieten sollen: Autonomie/Selbstbestimmungsrecht der Patient*innen (*respect for autonomy*), Nicht-Schaden (*nonmaleficence*), Fürsorge/Hilfeleistung (*beneficence*) und Gerechtigkeit (*justice*). In der Akutpsychiatrie steht das Fürsorgeprinzip bzw. die ärztliche Auffassung, zum Wohle der Patient*innen zu handeln, häufig in Konflikt mit dem Prinzip, die Autonomie der Patient*innen zu wahren und den Betroffenen nicht zu schaden. Dies kann im Rahmen von schweren psychischen Erkrankungen z. B. dann geschehen, wenn Menschen sich selbst oder andere Personen akut gefährden. Hier gilt es in jedem Einzelfall, genau abzuwägen, ob eine medizinische oder freiheitsentziehende Maßnahme gegen den Willen der Patient*innen gerechtfertigt ist. Während Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken häufig als „notwendiges Übel“ betrachtet werden (Wilson, Rouse, Rae & Ray, 2017), fordern Patient*innen- und Angehörigenverbände regelmäßig das Verbot solcher Maßnahmen (Werner-Fuß-Zentrum, 2014).

Zwangsmaßnahmen prägen zu einem gewissen Grade das öffentliche Bild der Psychiatrie, wenngleich diese Maßnahmen lediglich einen eher geringen Teil der behandelten Personen betreffen (Flammer & Steinert, 2019; Steinert et al., 2015). Trotz der Brisanz der Thematik waren in den vergangenen Jahrzehnten wissenschaftliche Studien zu Zwangsmaßnahmen eher rar gesät. In den letzten Jahren ist

ein deutlicher Zuwachs an Forschung zu beobachten, was auf ein zunehmendes Interesse für dieses komplexe Themengebiet schließen lässt. Zudem lässt sich die Tendenz beobachten, dass zunehmend Konzepte und Maßnahmen entwickelt werden, die zum Ziel haben, Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken zu reduzieren. Einige dieser Konzepte werden in Abschnitt 1.8 *Möglichkeiten zur Reduktion oder Vermeidung von Zwangsmaßnahmen* besprochen.

Freiheitsentziehende Maßnahmen und Zwangsbehandlungen finden auch in anderen medizinischen Bereichen (v. a. Geriatrie, Pflegeheime, forensische Psychiatrie) Anwendung. Die vorliegende Dissertation beschäftigt sich jedoch ausschließlich mit dem Bereich der Akutpsychiatrie.

1.1 Terminologie und Prävalenz

Im Kontext von Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken unterscheidet man zwischen den freiheitsentziehenden Maßnahmen und den medizinischen Zwangsbehandlungen. Erstere umfassen die mechanische Fixierung, d. h. die Fesselung an ein Bett, die Isolierung in einem abgeschlossenen Raum sowie das Festhalten oder Überwältigen durch Personen. Auch die unfreiwillige Unterbringung auf einer geschlossenen Station wird den freiheitsentziehenden Maßnahmen zugerechnet. Eine Zwangsbehandlung ist hingegen eine medizinische Maßnahme gegen den erklärten oder gezeigten Willen der Betroffenen, wie z. B. die Gabe von Zwangsmedikation oder der Einsatz von Zwangsernährung. Weiterhin können auch verschiedene diagnostische oder pflegerische Tätigkeiten sowie medizinische Behandlungen (wie z. B. die Elektrokrampftherapie) gegen den Willen von Betroffenen als Zwangsbehandlung angewendet werden (Adorjan et al., 2017; Steinert & Kallert, 2006). Im Folgenden wird übergeordnet der Begriff ‚Zwangsmaßnahmen‘ gewählt, da sich die Dissertation sowohl mit freiheitsentziehenden Maßnahmen (Fixierung, Isolierung, Unterbringung, Festhaltetechniken) als auch medizinischen Zwangsbehandlungen (Zwangsmedikation) befasst.

In der Literatur wird im Hinblick auf Zwangsmaßnahmen zudem zwischen formellem und informellem Zwang unterschieden. Die meisten Studien zu Zwangsmaßnahmen befassen sich mit formellem Zwang, so auch die vorliegende Dissertation. Während der formelle Zwang sich auf die oben beschriebenen Maßnahmen bezieht und nur im Rahmen von Gesetzen angewendet werden darf, umfasst der informelle Zwang verschiedene Maßnahmen und Verhaltensweisen der Beschäftigten, die häufig schwierig zu objektivieren sind. Oft haben sie das Ziel, Behandlungsadhärenz zu schaffen oder aber formellen Zwang zu vermeiden (Hotzy & Jaeger, 2016). Typische informelle Maßnahmen sind z. B. das Überreden, das Überzeugen, das Drohen oder das Demonstrieren von Macht. Das Ausmaß an empfundenem Zwang durch informelle Zwangsmaßnahmen bei den Betroffenen variiert sehr stark, und es kann davon ausgegangen werden, dass diese Maßnahmen weitaus häufiger auftreten als formelle, freiheitsentziehende Maßnahmen oder Zwangsbehandlungen (Hotzy & Jaeger, 2016). Negative Folgen informeller Zwangsmaßnahmen sind u. a. ein potenzieller Schaden der therapeutischen Beziehung, die weitere Stigmatisierung der Psychiatrie sowie eine mögliche zukünftige Vermeidung psychiatrischer Behandlungen (Hotzy & Jaeger, 2016).

Es gibt deutliche Unterschiede zwischen verschiedenen Ländern, Regionen und Institutionen in Bezug auf die Art, Häufigkeit und Dauer der angewendeten Zwangsmaßnahmen (Lepping, Masood, Flammer & Noorthoorn, 2016; Martin et al., 2007; Noorthoorn et al., 2015; Raboch et al., 2010; Steinert et al., 2010). Zum einen werden die Unterschiede in der Literatur durch Patient*innenmerkmale, wie klinische oder soziodemografische Faktoren erklärt (Luciano et al., 2014; Thomsen et al., 2017); zum anderen werden auch strukturelle Unterschiede der Kliniken oder Länder als Erklärung herangezogen. So sind einige Maßnahmen in manchen Ländern gänzlich verboten. In Großbritannien dürfen z. B. keine Fixierungen durchgeführt werden und auch Isolierungen kommen nur selten zur Anwendung (Steinert et al., 2010). Die *European Violence in Psychiatry Research Group* kritisiert, dass in Europa die Durchführung von Zwangsmaßnahmen sehr unterschiedlich gehandhabt wird und

es bisher keinen *best-practice*-Ansatz gibt (Cowman, Björkdahl, Clarke, Gethin & Maguire, 2017). So gibt es laut den Autor*innen z. B. keine Übereinstimmungen, Empfehlungen oder klaren Richtlinien, z. B. der EU, welche Zwangsmaßnahmen bevorzugt angewendet werden sollten und welche zu unterlassen sind.

In Deutschland gab es lange Zeit kaum systematische Datenerhebungen zu Art, Häufigkeit und Dauer von Zwangsmaßnahmen in den Kliniken. Seit 2016 gibt es in Baden-Württemberg das Zentralregister, in dem im Rahmen einer Vollerhebung alle Unterbringungsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen zentral erfasst werden (Flammer & Steinert, 2019). In Deutschland sind laut einer repräsentativen Studie ca. 6,2 % aller in psychiatrischen Kliniken aufgenommen Behandelten von freiheitsbeschränkenden Zwangsmaßnahmen betroffen; in 0,6 % aller Fälle kommt es zu einer medikamentösen Zwangsbehandlung (Flammer & Steinert, 2019; Steinert et al., 2015). Ein Vergleich von zehn Kliniken in Baden-Württemberg ergab, dass etwa 8,4 % aller in Psychiatrien behandelten Fälle von Zwangsmaßnahmen betroffen waren (Martin et al., 2007), was in etwa dem Ergebnis (8 %) einer weiteren bundesweiten Pilotstudie zur Erprobung eines einheitlichen Erfassungsinstrumentes von Zwangsmaßnahmen entspricht (Adorjan et al., 2017). Auch in einer europäischen Studie lagen die in Deutschland, den Niederlanden, Wales und Irland ermittelten Prävalenzraten für Zwangsmaßnahmen mit 4,5 % bis 9,4 % im einstelligen Prozentbereich (Lepping et al., 2016).

1.2 Rechtliche Situation in Deutschland

Die Würde und Freiheit jedes Menschen sowie die körperliche Unversehrtheit stehen unter dem besonderen Schutz des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland. Gegen diese Rechte darf nur auf Grundlage von Gesetzen eingegriffen werden. Im Falle einer akuten Eigen- oder Fremdgefährdung im Rahmen einer psychischen Erkrankung greifen hier entweder die Unterbringungsgesetze (UBG) oder die Psychisch-Kranken-Gesetze (PsychKG) der Bundesländer. Freiheitsentziehende

Zwangmaßnahmen und Zwangsbehandlungen sind in Deutschland nur im Rahmen einer stationären Unterbringung zulässig, also nicht im ambulanten Rahmen, was in anderen Ländern zum Teil anders gehandhabt wird (z. B. in Großbritannien oder den USA; Kisely, Campbell & O'Reilly, 2017).

Nachdem 2011 durch zwei Gerichtsurteile des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) eine Rechtsunsicherheit hinsichtlich der Zwangsbehandlung von psychisch Erkrankten entstanden war (BVerfG, Beschluss des Zweiten Senats vom 23. März 2011), änderte sich in Deutschland Anfang 2013 die Gesetzeslage zur Durchführung von medizinischen Zwangsbehandlungen. In der Phase zwischen 2011 und 2013 gab es keine Rechtsgrundlage für die Durchführung einer medizinischen Zwangsbehandlung (z. B. Zwangsmedikation). Seit 2013 wird die Zwangsbehandlung Betreuer nun auch über den Paragraphen § 1906 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) geregelt, der zuvor nur die freiheitsentziehende Unterbringung umfasste. Für die Anordnung einer medizinischen Zwangsbehandlung braucht es seither immer einer richterlichen Genehmigung.

Im Jahr 2018 kam es zu einem weiteren Urteil des Bundesverfassungsgerichts, welches die psychiatrische Praxis erneut veränderte. In dessen Folge dürfen Fixierungen im Rahmen der öffentlich-rechtlichen Unterbringung (PsychKG) nur nach vorherigem Richtervorbehalt erfolgen (BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 24. Juli 2018). Gemäß diesem Urteil dürfen Zwangsmaßnahmen nur als letztes Mittel bei akuter Eigen- oder Fremdgefährdung durchgeführt werden, und auch nur dann, wenn der zu erwartende Nutzen der Maßnahmen die möglichen Beeinträchtigungen überwiegt.

Die Entscheidungen der höchsten Gerichte stehen auch in Zusammenhang mit den UN-Konventionen über die Rechte von Menschen mit Behinderung (UN-BRK), die im Jahr 2006 von den Vereinten Nationen verabschiedet wurden. Wenn ihr auch keine rechtliche Verbindlichkeit zukommt, hat sich Deutschland neben vielen anderen Ländern verpflichtet, die Prinzipien der Selbstbestimmung und Diskriminierungsfreiheit für Menschen mit psychischen Erkrankungen einzuhalten. In dem von

der UNO eingesetzten Fachausschuss „Committee on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD)“ wird u. a. die vollständige Abschaffung von Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen gefordert. Gleichzeitig wird aber auch festgeschrieben, dass niemand nur deshalb nicht behandelt werden darf, weil sie oder er aktuell krankheitsbedingt eine Behandlung nicht zulässt. Hier kann jedoch im Kontext der psychiatrischen Erkrankungen ein ethischer Konflikt entstehen. Das Bundesverfassungsgericht kritisierte daher einige der Positionen, weil es eine Schutzpflicht für gerade diejenigen Personen sieht, die aufgrund einer Erkrankung oder Behinderung keinen freien Willen bilden können. Diese dürften nicht einfach ihrem Schicksal überlassen werden.

1.3 Wirksamkeit von Zwangsmaßnahmen

Bisher existieren nur wenige Studien zur Wirksamkeit von Zwangsmaßnahmen (Chieze, Hurst, Kaiser & Sentissi, 2019; Luciano et al., 2014; Nelstrop et al., 2006; Sailas & Wahlbeck, 2005), z. B. hinsichtlich der Reduktion von Aggression oder einer Symptomverbesserung. Randomisiert-kontrollierte Studien sind u. a. aus ethischen Gründen schwer durchführbar. Die bisherigen Studien unterscheiden sich laut eines systematischen Reviews zur Sicherheit und Effektivität von Fixierungen und Isolierungen zudem sehr in der (teilweise mangelhaften) Methodik mit häufig geringen Fallzahlen und unklaren Definitionen, welche Zwangsmaßnahme zur Anwendung kam (Nelstrop et al., 2006). Trotz der mangelnden Evidenz gelten Zwangsmaßnahmen in den meisten Psychiatrien als probates „letztes Mittel der Wahl“, um die betroffenen Patient*innen selbst oder aber andere Personen zu schützen (Flammer & Steinert, 2019; Steinert et al., 2015). Der Zusammenhang zwischen erlebten Zwangsmaßnahmen und den Folgen dieser auf die betroffenen Patient*innen wird weiterhin kontrovers diskutiert (Chieze et al., 2019; Luciano et al., 2014).

1.4 Körperliche und psychische Auswirkungen von Zwangsmaßnahmen

Zur Sicherheit von Zwangsmaßnahmen und zu den möglichen körperlichen Folgen durch deren Anwendung gibt es wenige belastbare Studien. Ob ein direkter Zusammenhang zwischen Fixierungen und plötzlichem Tod besteht, ist laut einem systematischen Review anhand der bisherigen Datenlage nicht klar zu ermitteln (Nelstrop et al., 2006). Ein aktuelles Literaturreview betrachtete 67 Studien zu den körperlichen Folgen von Zwangsmaßnahmen (Kersting, Hirsch & Steinert, 2019). Die meisten Studien befassten sich mit Fixierungen. Die am häufigsten berichtete Folge war der Tod durch Herzstillstand (v. a. durch Strangulation oder Thoraxkompression). Auch Lungenembolien, Thromboembolien oder Verletzungen wurden berichtet. Die Inzidenzrate von Verletzungen im Rahmen von Fixierungen lag bei den untersuchten Studien zwischen 0,4 % und 4 %. In einer prospektiven Studie von Ishida und Kollegen konnten bei 11,6 % der fixierten Patient*innen Hinweise auf eine asymptomatische Venenthrombose gefunden werden (Ishida et al., 2014). Es besteht weiterhin ein Mangel an Studien zu den Inzidenzraten schwerwiegender Ereignisse im Rahmen von Zwangsmaßnahmen, weshalb es hier dringend weiterer Forschung bedarf. Gerade zu weiteren Maßnahmen, wie der Zwangsmedikation oder der Isolierung, gibt es bisher kaum Untersuchungen hinsichtlich körperlicher Folgen (Kersting et al., 2019).

Neben den körperlichen Auswirkungen von Zwangsmaßnahmen werden in der Literatur auch psychische Folgen berichtet. Ein aktuelles Literaturreview zu potenziellen Auswirkungen von Zwangsmaßnahmen auf die psychische Verfassung von Betroffenen fand Inzidenzraten zwischen 25 % bis 47 % für Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) nach Isolierungen oder Fixierungen (Chieze et al., 2019). Diese Symptome zeigten sich verstärkt bei Personen, die bereits in der Vergangenheit traumatische Ereignisse erlebt hatten. Einer amerikanischen Studie

zufolge empfanden mehr als zwei Drittel der untersuchten Patient*innen mit Psychosen mindestens eine ihrer Unterbringungen als traumatisch (Paksarian et al., 2014). Wenn auch Posttraumatische Belastungsstörungen nach dem Erleben von Zwangsmaßnahmen nicht die Regel zu sein scheinen, so erleben die meisten Betroffenen die Maßnahmen als erniedrigend und sie können auch nach längerer Zeit noch mit subjektivem Leid und negativen Gefühlen verbunden sein (Steinert, Birk, Flammer & Bergk, 2013).

1.5 Einstellungen und Präferenzen von betroffenen Patient*innen zu Zwangsmaßnahmen

Bisherige Studien befassten sich mit sehr verschiedenen Fragestellungen zur Einstellung von betroffenen Patient*innen zu Zwangsmaßnahmen mit teilweise wenigen Schnittmengen. Zwei Studien untersuchten z. B. nur die Einstellung der Betroffenen zur unfreiwilligen Unterbringung, nicht aber zu anderen Zwangsmaßnahmen: Ein Literaturreview zu Unterbringungen in psychiatrischen Kliniken zeigte, dass zwar ein großer Teil der Betroffenen (zwischen 33–81 %) im Nachhinein seine Unterbringung als hilfreich empfand; im Umkehrschluss bedeutet dies aber auch, dass ein hoher Anteil der Personen seine Unterbringung nicht als nützlich einschätzte (Katsakou & Priebe, 2006). O'Donoghue und Kollegen (2010) zeigten in einer Studie, dass sogar 72 % der Untersuchten im Nachhinein davon überzeugt waren, dass ihre Unterbringung notwendig war. Eine eher positive Einschätzung der Unterbringung war wiederum mit einem höheren Maß an Krankheitseinsicht assoziiert.

Einige Studien untersuchten die subjektiven Präferenzen von Patient*innen in Bezug auf spezifische Zwangsmaßnahmen. Die Ergebnisse unterscheiden sich hierbei deutlich voneinander (Georgieva, Mulder & Wierdsma, 2012; Haw, Stubbs, Bickle & Stewart, 2011; Veltkamp et al., 2008; Vishnivetsky et al., 2013; Whittington, Bowers, Nolan, Simpson & Neil, 2009). Whittington und Kolleg*innen (2009) untersuchten

die Akzeptanz von 11 verschiedenen Zwangsmaßnahmen bei 1361 Patient*innen und 1226 Mitarbeiter*innen in England mit dem *The Attitudes to Containment Measures Questionnaire* (ACMQ). In dieser Studie lehnten Patient*innen Netzbetten, mechanische Fixierung und intramuskuläre Zwangsmedikation am stärksten ab. Im Unterschied dazu stellten Haw und Kolleg*innen (2011) in einer Studie mit forensischen Patient*innen fest, dass eine Mehrheit der Befragten eine intramuskuläre Medikation gegenüber einer Isolation bevorzugte. Ein ähnliches Ergebnis wurde von Georgieva und Kolleg*innen (Georgieva et al., 2012) berichtet, die 161 Patient*innen vor ihrer Entlassung von geschlossenen Stationen nach ihrer bevorzugten Zwangsmaßnahme befragten, falls diese in Zukunft noch einmal erforderlich sei. Etwas mehr als die Hälfte der Befragten (57 %) gab an, dass sie ggf. eine Zwangsmedikation gegenüber anderen Maßnahmen bevorzugen würden. Die Angaben der Patient*innen waren dabei deutlich durch deren vorherige Erfahrungen mit Zwangsmaßnahmen beeinflusst. Eine Studie aus Israel untersuchte die Einstellung adoleszenter Patient*innen zu Isolierung versus Fixierung (Vishnivetsky et al., 2013). Die Mehrzahl (70 %) bevorzugte Isolierungen und mehr als 80 % erlebten diese als weniger bedrohlich als Fixierungen. Emotionen wie Scham oder Ärger tauchten während Isolierungen signifikant seltener auf als bei Fixierungen. Veltkamp und Kolleg*innen (Veltkamp et al., 2008) kamen beim Vergleich von Isolierung und Zwangsmedikation zu einem anderen Resultat: Sie fanden keinen Unterschied in der Wirksamkeit oder der Einstellung von Patient*innen gegenüber diesen beiden Zwangsmaßnahmen. Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen Bergk und Kolleg*innen (Bergk, Einsiedler, Flammer & Steinert, 2011). In einer randomisiert-kontrollierten Studie wurden Fixierung und Isolierung hinsichtlich ihres Grades an Einschränkung aus Betroffenenensicht mit der *Coercion Experience Scale* verglichen. Dabei wurden keine Unterschiede in der Präferenz der Patient*innen für eine der beiden Maßnahmen festgestellt. Die Autor*innen schlussfolgerten, dass keine der Maßnahmen der anderen aus einer ethischen oder Sicherheitsperspektive überlegen sei. In einer Follow-Up-Studie nach einem Jahr zeigte sich jedoch, dass Isolierungen zumindest im Nachhinein als weniger restriktiv erlebt werden (Steinert et al., 2013).

Aus ihren Ergebnissen leiteten die Autor*innen ab, dass es für Betroffene wichtig sei, ihnen im besten Falle die Wahl der Maßnahme zu überlassen. So könne Kontrolle über die Situation erlangt und Gefühle wie Hilflosigkeit reduziert werden. Nach Bergk und Kolleg*innen (2011) sollten die Präferenzen und ehemaligen Erfahrungen der Patient*innen in zukünftige klinische Entscheidungen miteinbezogen werden. Zu einem ähnlichen Schluss kamen Valenti und Kolleg*innen (Valenti, Giacco, Katsakou & Priebe, 2014). Wichtige Faktoren, um die Autonomie von Patient*innen zu fördern, seien die Berücksichtigung individueller Sichtweisen sowie das Einbeziehen in den eigenen Behandlungsprozess.

1.6 Einstellungen von Beschäftigten in Psychiatrien zu Zwangsmaßnahmen

Die Einstellung der Beschäftigten gegenüber Zwangsmaßnahmen wird in der Literatur als ein wichtiger Einflussfaktor für die Anwendung dieser Maßnahmen betrachtet (Husum, Bjørngaard, Finset, & Ruud, 2011). Zur Beurteilung der Einstellungen entwickelten Husum und Kollegen (Husum, Finset & Ruud, 2008) daher die *Staff Attitude to Coercion Scale* (SACS). Diese besteht aus drei Subskalen: „Kritische Einstellung“ (z. B. „In der Behandlung werden zu viele Zwangsmaßnahmen angewendet“), „Pragmatische Einstellung“ (z. B. „Die Anwendung von Zwangsmaßnahmen ist als Schutz in gefährlichen Situationen notwendig“) und „Positive Einstellung“ (z. B. „In der Behandlung sollten mehr Zwangsmaßnahmen angewendet werden“).

Die Autor*innen der SACS stellten in einer Studie mit 651 Beschäftigten in Norwegen erhebliche individuelle Unterschiede in der Einstellung dieser gegenüber Zwangsmaßnahmen fest (Husum, Bjørngaard, Finset, & Ruud, 2011). Einige, aber nicht alle Unterschiede ließen sich durch Merkmale des Personals erklären (z. B. Geschlecht, Alter, Berufsgruppe). Teichert und Kolleg*innen (2016) untersuchten 343 Psychiater*innen ebenfalls mit der SACS. In dieser Studie zeigte sich eine eher pragmatische Sichtweise auf Zwangsmaßnahmen, gefolgt von einer kritischen und

einer positiven Sichtweise. Andere Forschungsgruppen (Husum et al., 2008; Molewijk, Kok, Husum, Pedersen & Aasland, 2017), welche die SACS verwendeten, fanden ebenfalls eine eher pragmatische Sichtweise unter den Beschäftigten. Die Befragten zeigten insgesamt selten moralische Zweifel gegenüber Zwangsmaßnahmen (Molewijk et al., 2017). Die Autor*innen vermuten, dass Beschäftigte weniger kritisch werden, wenn sie mehr Erfahrung mit Zwangsmaßnahmen haben (Molewijk et al., 2017).

Die Autor*innen der SACS fanden in einer weiteren Studien entgegen ihren Erwartungen keinen Zusammenhang zwischen der Einstellung gegenüber Zwangsmaßnahmen (gemessen mit der SACS) und der Ausübung der Maßnahmen (Husum, Bjorngaard, Finset & Ruud, 2010). Sie kamen zu dem Schluss, dass die Einstellung des Personals die Verwendung von Zwangsmaßnahmen nicht unbedingt vorhersagen kann, oder aber, dass die SACS nicht geeignet ist, die Einstellung gegenüber Zwangsmaßnahmen zu erfassen (Husum et al., 2011).

Wynn (2003) untersuchte die Einstellungen von Beschäftigten zu Fixierungen und Isolierungen. Die meisten der Befragten waren der Meinung, dass Zwangsmaßnahmen die Integrität der Patient*innen und die therapeutische Beziehung beeinträchtigen sowie andere Patient*innen verängstigen könnten. Insgesamt empfand die Mehrheit der Befragten Zwangsmaßnahmen, ähnlich wie in einer anderen Studie (Lind, Kaltiala-Heino, Suominen, Leino-Kilpi & Välimäki, 2004), nicht als ethisch problematisch (Wynn, 2003).

Auch verschiedene soziodemografische Faktoren beeinflussen laut Studien die Einstellungen der Beschäftigten gegenüber Zwangsmaßnahmen. So wird über signifikante Unterschiede in den Einstellungen von verschiedenen Berufsgruppen berichtet. In einer Studie von Aasland et al. (2018) zeigten Psychiater*innen und Pflegende im Vergleich zu Psychologen*innen und anderen Berufsgruppen eine positivere Einstellung gegenüber autoritativen (paternalistischen) Maßnahmen und eine negativere Einstellung gegenüber dialogischen (partizipativen) Interventionen. In einer weiteren Studie wurden mehr moralische Zweifel gegenüber Zwangsmaßnahmen

bei Psycholog*innen und Psychiatr*innen im Vergleich zu anderen Berufsgruppen festgestellt (Molewijk et al., 2017).

Einige Studien deuten darauf hin, dass die Einstellung zu Zwangsmaßnahmen sowohl durch das Geschlecht des Personals (Bregar, Skela-Savič & Plesničar, 2018; Klinge, 1994; Laiho et al., 2014; Lind et al., 2004) als auch durch den Bildungsstand beeinflusst wird, wobei die Ergebnisse hier teilweise widersprüchlich sind. In zwei Studien beurteilten weibliche Beschäftigte Zwangsmaßnahmen eher als eine positive Form der Betreuung, während männliche Kollegen sie primär als ein negatives Ereignis erlebten (Bregar et al., 2018; Klinge, 1994). In einer weiteren Studie bewerteten Frauen die Maßnahmen hingegen als problematischer als Männer (Lind et al., 2004). Darüber hinaus sind Personen mit höherem Bildungsniveau der Meinung, dass Zwangsmaßnahmen im Vergleich zu Teammitgliedern mit geringerer Bildung zu häufig zur Anwendung kommen (Klinge, 1994).

Zum möglichen Einfluss der Berufserfahrung auf die Einstellung zu Zwangsmaßnahmen finden sich in der Literatur ebenfalls widersprüchliche Ergebnisse. In einigen Studien wurde eine positivere Einstellung zu Zwangsmaßnahmen bei einer geringeren Anzahl von Berufsjahren festgestellt (Bregar et al., 2018; Hemamalini, Mendonsa, Karkal, Kakunje & Chandran, 2017; Korkeila, Koivisto, Paavilainen & Kylmä, 2016). Andere Studien kamen zu gegenteiligen Ergebnissen (Van Doeselaar, Slegers & Hutschemaekers, 2008; Molewijk et al., 2017).

1.7 Der Einfluss von Emotionen auf Zwangsmaßnahmen

Neben den individuellen Einstellungen von Mitarbeiter*innen zu Zwangsmaßnahmen spielen vermutlich auch weitere internale Prozesse eine Rolle für die Ausübung der Maßnahmen. Bislang ist wenig über den Einfluss von Emotionen des Personals in psychiatrischen Kliniken auf Zwangsmaßnahmen bekannt (Sequeira & Halstead, 2004). Dass diese jedoch beteiligt sein können, lässt sich aus der gut untersuchten Triade aus Kognitionen (z. B. Einstellungen), Emotionen und Handlungen ableiten,

die in der klinischen Psychologie häufig zur Erklärung menschlichen Verhaltens verwendet wird (Dalglish & Power, 1999; Eich, Killstrom, Bower, Forgas & Niedenthal, 2000; Hautzinger, 1998). Viele Wissenschaftler*innen gehen heute davon aus, dass Emotionen bei wichtigen Entscheidungsfindungsprozessen eine maßgebliche Rolle spielen (Garfinkel et al., 2015; Lerner, Li, Valdesolo & Kassam, 2015). Dieser Zusammenhang ist bisher jedoch nicht im Kontext von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie erforscht worden.

Zwangsmaßnahmen sind für die Patient*innen (Armgarth et al., 2013; Bonner, Lowe, Rawcliffe & Wellman, 2002; Chieze et al., 2019; Frueh et al., 2005), aber auch für die Mitarbeiter*innen emotional belastend (Bonner et al., 2002). Die vorherrschenden Emotionen der in Psychiatrien Tätigen sind häufig Angst und Wut (Sequeira & Halstead, 2004). Über die spezifischen Emotionen, die das Personal vor und während der Anwendung von Zwangsmaßnahmen erlebt, ist bisher jedoch wenig bekannt. Das Wissen darüber, ob die Anwendung von Zwangsmaßnahmen z. B. routinemäßig mit bestimmten Emotionen verbunden ist, könnte in Schulungsprogramme für das Personal einfließen. Ziel könnte es sein, den Beschäftigten zu helfen, sich den eigenen Emotionen und Einstellungen stärker bewusst zu werden und zu verstehen, wie diese das Urteils- und Entscheidungsvermögen beeinflussen können.

1.8 Möglichkeiten zur Reduktion oder Vermeidung von Zwangsmaßnahmen

Das zunehmende Interesse an der Reduktion oder Vermeidung von Zwangsmaßnahmen zeigt sich in der kürzlich erschienenen S3-Behandlungsleitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ der DGPPN (Steinert, Hirsch & Gerlinger, 2018). Auch wissenschaftliche Studien widmen sich in den letzten Jahren verstärkt der Frage, wie Zwangsmaßnahmen in Akutpsychiatrien weiter reduziert oder gar vermieden werden können (Gooding,

McSherry & Roper, 2020; Hirsch & Steinert, 2019; Scanlan, 2010). Eine aktuelle Literaturübersicht über 84 Studien beleuchtete die Wirksamkeit verschiedener Maßnahmen zur Vermeidung von Isolierung oder Fixierung (Hirsch & Steinert, 2019). Hirsch und Steinert (2019) identifizierten dabei sieben Kategorien von Interventionen: Mitarbeitertrainings, Organisation, Risikovorhersagen, Umwelt, Nachbesprechungen, Psychotherapie und Behandlungsvereinbarungen.

Für mehrere komplexe Behandlungskonzepte wurde die Wirksamkeit für die Reduktion von Zwangsmaßnahmen nachgewiesen, so z. B. die *Six Core Strategies* (Huckshorn, 2006), das *Safewards*-Modell (Bowers et al., 2014) und das *Engagement*-Modell (Murphy & Bennington-Davis, 2005). Die Autor*innen (Hirsch & Steinert, 2019) empfehlen, verschiedene Interventionen zu kombinieren, um die Anwendung von Zwangsmaßnahmen zu minimieren. Darüber hinaus raten sie dazu, alle in Psychiatrien Tätige in Deeskalationstechniken zu schulen und Nachbesprechungen mit den Patient*innen nach einer Isolierung oder Fixierung durchzuführen. Dies entspricht auch den Empfehlungen eines weiteren Reviews (Dahm, Jensen, Husum & Leiknes, 2016).

1.8.1 Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen

Die formelle Ausübung von freiheitsentziehenden Maßnahmen wird in Deutschland über die Psychisch-Kranken-Gesetze der Bundesländer oder über das Betreuungsgesetz § 1906 BGB geregelt. In welchem Umfang eine Nachbesprechung in den PsychKGs erwähnt wird, unterscheidet sich zwischen den einzelnen Bundesländern und wird hier exemplarisch anhand der Gesetzestexte von Hamburg und Nordrhein-Westfalen erläutert: In Hamburg („Hamburgisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (HmbPsychKG)“, 2019) wird zur Nachbesprechung einer Fixierung folgender Satz unter § 18, (3) erwähnt: „Art, Beginn und Ende einer Fixierung, die Gründe für ihre Anordnung und die Art der ständigen Betreuung und Überwachung [...] und die entsprechende Umsetzung sowie

die Nachbesprechung sind zu dokumentieren“. Es fehlen hier Angaben über den Inhalt, Zeitpunkt oder teilnehmende Personen bei einer Nachbesprechung. In Nordrhein-Westfalen („Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG)“, 2020) heißt es hingegen etwas expliziter: „Die Maßnahmen, einschließlich ihres Zwangscharakters, ihrer Durchsetzungsweise, ihrer maßgeblichen Gründe und der Wirkungsüberwachung, sind durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt zu dokumentieren und nachzubesprechen, sobald es der Gesundheitszustand der Betroffenen zulässt.“ Auch hier findet sich jedoch kein konkreter Hinweis z. B. auf den Zeitpunkt oder die teilnehmenden Personen.

In verschiedenen Behandlungsleitlinien wird die Nachbesprechung von freiheitsentziehenden Maßnahmen klar empfohlen. In der deutschen S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ (Steinert et al., 2018) wird empfohlen (Empfehlungsgrad A, Evidenzgrad 3), dass Nachbesprechungen von Zwangsmaßnahmen den betroffenen Patient*innen angeboten, durchgeführt und dokumentiert werden müssen. Ziel ist es, zukünftig die Anwendung von Zwangsmaßnahmen zu verhindern. Es erfolgen konkrete Empfehlungen für die teilnehmenden Personen. So sollen die Nachbesprechungen gemeinsam mit den Bezugspflegepersonen sowie den Bezugstherapeut*innen erfolgen. Ein besonderer inhaltlicher Fokus solle auf die Vermeidung von Symptomen einer PTBS gerichtet werden. Das britische Pendant, die NICE-Leitlinie (National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2015), empfiehlt ebenfalls klar, alle restriktiven Interventionen nachzubesprechen. Hier wird zwischen zwei Formen unterschieden, nämlich der unmittelbaren sowie der formellen externen Nachbesprechung. Bei der erstgenannten sollen zunächst akute physische (z. B. Durst) und emotionale Belastungen (z. B. Angst) identifiziert und diesen begegnet werden. Die formelle Nachbesprechung solle dann innerhalb von 72 Stunden nach Beendigung der Maßnahme erfolgen. Hierbei sollen auch eine unbeteiligte Patientin/ein unbeteiligter Patient sowie ein unbeteiligtes Mitglied einer anderen Abteilung anwesend

sein. Ziel ist es zu erarbeiten, was zu der Maßnahme geführt hat und wie die Situation hätte anders gelöst werden können. Daraus können zudem Empfehlungen struktureller Art abgeleitet werden. (z. B. Mitarbeiter*innentrainings, Stationskonzepte etc.). Andere Leitlinien, so die „Leitlinie für den Umgang mit aggressivem Verhalten in der Psychiatrie“ des Arbeitskreises der Chefärzt*innen und leitenden Pflegepersonen der psychiatrischen Kliniken in Rheinland-Pfalz (Anderl-Doliwa, Breitmaier, Claus, Elsner & Kuntz-Sommer, 2014) oder der Leitfaden des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (Gather, Noeker & Juckel, 2017), bieten explizite Leitfragen für eine solche Intervention.

1.8.2 Evidenz von Nachbesprechungen

Zur Wirksamkeit von Nachbesprechungen, z. B. hinsichtlich der Vermeidung von zukünftigen Zwangsmaßnahmen, oder der Prävention von Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung gibt es bisher kaum wissenschaftliche Studien (Hammervold, Norvoll, Aas & Sagvaag, 2019; Sutton, Webster & Wilson, 2014). Bisher sind zwei Pilotstudien bekannt, die erste Hinweis darauf liefern, dass Nachbesprechungen die Häufigkeit und Dauer von Isolierungen signifikant reduzieren konnten (Goulet, Larue & Lemieux, 2018; Whitecross, Seery & Lee, 2013). Weiterhin sind Studien veröffentlicht, die sich mit komplexeren Stations- oder Behandlungskonzepten befassen, welche die Nachbesprechung als eine von mehreren Interventionen umschließen. Hierzu werden die Ergebnisse in einem aktuellen Literaturreview zusammengefasst (Hammervold et al., 2019). Das Review zeigt, dass sich die Art der Nachbesprechungen in den verschiedenen Studien stark unterscheidet (v. a. hinsichtlich Teilnehmer*innen, Zeitpunkt, Form und Inhalt). Ob Nachbesprechungen als Einzelinterventionen zur Reduktion von Fixierungen beitragen, konnte aus diesem Review nicht geschlussfolgert werden. Die Autor*innen vermuten dennoch, dass Nachbesprechungen von Zwangsmaßnahmen ein vielversprechender Ansatz sein können, um Zwangsmaßnahmen zu reduzieren und um zu einem ethisch

besser vertretbaren und professionelleren Umgang mit diesen Maßnahmen führen können (Hammervold et al., 2019). Hier sind jedoch weitere Studien erforderlich.

Einige Studien konnten zeigen, dass Nachbesprechungen nach Zwangsmaßnahmen bisher noch nicht routinemäßig auf Akutstationen erfolgen (Bonner et al., 2002; Needham, Dip & Sands, 2010; Sheehan & Burns, 2011; Sutton et al., 2014), obwohl die Durchführung dieser Intervention sowohl von Patient*innen als auch von Mitarbeiter*innen als hilfreich erachtet werden (Bonner et al., 2002; Bonner & Wellman, 2010; Wullschleger et al., 2018b). In einer aktuellen deutschen Pilotstudie einer Berliner Arbeitsgruppe wurde ein konkreter Leitfaden zur Nachbesprechung evaluiert (Wullschleger et al., 2018b). Hierbei nehmen die betroffene Person, ein an der Zwangsmaßnahme beteiligtes Teammitglied sowie ein moderierendes und unbeteiligtes Teammitglied teil. Insgesamt wurde diese Form der Nachbesprechung sowohl von den Patient*innen als auch von den Beschäftigten als hilfreich erlebt. Als besonders positiv erwähnen die Autor*innen hierbei die Möglichkeit, die therapeutische Beziehung zu verbessern.

1.8.3 Nachbesprechungen in komplexen Stationskonzepten

Einige komplexe Behandlungskonzepte integrieren verschiedene Strategien und Interventionen, um Zwangsmaßnahmen zu reduzieren. In einigen der Programme findet sich auch die Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen als eine dieser Interventionen wieder (*Six Core Strategies*; Huckshorn, 2006; *Weddinger Modell*; Mahler, Jarchov-Jádi, Montag & Gallinat, 2013). Verschiedene Studien erbrachten bereits den Nachweis, dass die Anwendung von Zwangsmaßnahmen durch die *Six Core Strategies* reduziert werden kann (Huckshorn, 2006; LeBel et al., 2014; Scanlan, 2010). Das *Weddinger Modell* (Mahler et al., 2013) basiert auf einem *recovery*-orientierten Ansatz, der besonders die Förderung von Transparenz und Partizipation in der psychiatrischen Behandlung betont. Patient*innen sollen auch auf Akutstationen möglichst an allen Entscheidungsfindungsprozessen beteiligt werden und sich

dadurch mehr „auf Augenhöhe“ mit den Mitarbeiter*innen im eigenen Behandlungsprozess fühlen (Hammervold et al., 2019). Die Autor*innen konnten in einer ersten Studie Hinweise dafür finden, dass die Einführung des *Weddinger Modells* zu einer signifikanten Reduktion der Anzahl der Fixierungen und der durchschnittlichen Isolierungsdauer geführt hat (Mahler et al., 2019). Die Integration der Nachbesprechungen als eine Intervention in ein komplexes Behandlungskonzept wird von verschiedenen Autor*innen empfohlen (Hirsch & Steinert, 2019; Wullschleger et al., 2018b).

1.9 Ziele der Dissertation

Ziel der vorliegenden Dissertation ist es, die Einstellungen von betroffenen Patient*innen und Beschäftigten in Psychiatrien zu freiheitsentziehenden Maßnahmen und Zwangsbehandlungen sowie damit einhergehende Emotionen zu untersuchen. Zudem sollen aus Sicht beider untersuchter Gruppen Möglichkeiten zur Reduktion dieser Maßnahmen erfasst werden. Die Studien verfolgen zudem das Ziel, praktische Implikationen für den Stationsalltag und die Schulung von Beschäftigten abzuleiten, um zukünftig Zwangsmaßnahmen weiter reduzieren zu können.

Lange Zeit waren Zwangsmaßnahmen ein unterbeforschter Themenkomplex. Empirische Daten dazu, wie Patient*innen, die Erfahrungen mit Zwangsmaßnahmen in Psychiatrien gemacht haben, diese im Nachhinein bewerten, welche Emotionen damit einhergehen, welche eigenen Präferenzen sie für ihre zukünftige Behandlung haben und welche Möglichkeiten zur Reduktion von Zwang sie sehen, existieren bisher kaum. Noch weniger erforscht sind die Einstellungen von Beschäftigten in Psychiatrien zu Zwangsmaßnahmen, die direkt oder indirekt mit der Durchführung der Maßnahmen konfrontiert bzw. daran beteiligt sind. Diese erscheinen jedoch relevant, da die Einstellungen sowie die emotionale Beteiligung direkte Auswirkungen auf Entscheidungsprozesse (Garfinkel et al., 2015; Lerner et al., 2015) und somit

auch die Durchführung der Maßnahmen (z. B. Häufigkeit der Anwendung, Entscheidung für eine bestimmte Maßnahme) haben können.

Zu diesen Themen werden zwei Studien konzipiert, die zum einen die Sicht der Patient*innen und zum anderen die Beschäftigten in einer großen psychiatrischen Klinik in Hamburg untersuchen. Die Studie zu den Beschäftigten umfasst zudem Items zur Einstellung gegenüber reflektierenden Maßnahmen, wie Team-Supervisionen oder Nachbesprechungen von Zwangsmaßnahmen mit den betroffenen Patient*innen und Mitgliedern aus dem Behandler*innen-Team. Die letztgenannte Intervention bietet die Grundlage und Motivation für den dritten Artikel, der im Rahmen dieser Dissertation entstanden ist. Nachbesprechungen von Zwangsmaßnahmen werden darin als ein bisher neues und wenig erforschtes Themengebiet zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen beleuchtet.

1.9.1 Studie I (Artikel I)

Ziel der Studie I war es, die Einstellungen von Patient*innen gegenüber Zwangsmaßnahmen zu untersuchen. Dafür wurden ein Interview sowie ein neuer Fragebogen entwickelt. Zudem wurden etablierte Skalen zur Erfassung der Psychopathologie (BPRS, GAF, BDI-II, PHQ-9) und Krankheitseinsicht (Insight Scale) genutzt. Die Studie untersuchte, ob Patient*innen, die Zwangsmaßnahmen erfahren haben, sich in Bezug auf demografische und psychopathologische Parameter von denjenigen unterscheiden, die sich freiwillig auf einer geschützten Station befanden (d. h., keine Zwangsmaßnahmen wurden angewendet). Ein weiteres Ziel war die Erfassung der mit Zwangsmaßnahmen einhergehenden Emotionen. Darüber hinaus wurde das Verständnis der Patient*innen für die erlebten Zwangsmaßnahmen (unfreiwillige Unterbringung, Fixierung, Isolierung, Zwangsmedikation, Videobeobachtung) zu zwei Zeitpunkten (während der Maßnahme und im Nachhinein) untersucht. Videobeobachtung (v. a. im Rahmen von Isolierungen) auf psychiatrischen Akutstationen ist nur vorübergehend erlaubt und nur unter bestimmten gesetzlichen Umständen

(„Hamburgisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (HmbPsychKG)“, 2019). In dieser Studie wurde sie als eine spezifische Art der Zwangsmaßnahme in Kombination mit einer Isolierungsmaßnahme untersucht. Die Studie untersuchte weiterhin, welche Arten von Zwangsmaßnahmen betroffene Patient*innen präferieren würden, falls Zwangsmaßnahmen auch bei einer zukünftigen Behandlung als unvermeidlich angesehen werden. Frühere Studien zu individuellen Präferenzen und zur Akzeptanz hinsichtlich spezifischer Zwangsmaßnahmen erbrachten bisher widersprüchliche Ergebnisse. Zudem wurden die Patient*innen befragt, welche (möglichen) Mittel zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen sie als wirksam erachten.

1.9.2 Studie II (Artikel II)

In Studie II wurden allgemeine Einstellungen, Ansichten und begleitende Emotionen zu Zwangsmaßnahmen von verschiedenen, in psychiatrischen Kliniken tätigen Berufsgruppen untersucht. Die teilweise großen Unterschiede in der Anwendung von Zwangsmaßnahmen zwischen Institutionen oder Ländern sind laut der bisherigen Literatur nicht vollständig durch persönliche (z. B. Geschlecht, Berufsgruppe) oder strukturelle (z. B. Stationsinfrastruktur) Faktoren zu erklären. Ein individueller Faktor, der als wichtig erachtet wird, ist die Einstellung von Mitarbeiter*innen gegenüber Zwangsmaßnahmen. Die Einstellung von Mitarbeiter*innen wurde meist mit der *Staff Attitudes to Coercion Scale* (SACS) untersucht, die im Rahmen des Dissertationsprojekts von mir ins Deutsche übersetzt und in der Studie verwendet wurde. Den Autor*innen der SACS zufolge erfasst sie drei Arten von Einstellungen, die als „kritische Einstellung“, „pragmatische Einstellung“ und „positive Einstellung“ betitelt werden. Dennoch stellen die Autor*innen der SACS fest, dass die Skala nicht alle Unterschiede in der Anwendung von Zwangsmaßnahmen erklären kann (Husum et al., 2010). Für die vorliegende Studie wurde daher die SACS durch drei weitere wichtige Aspekte im Zusammenhang mit Zwangsmaßnahmen ergänzt. Dazu wurden wei-

tere Items entwickelt, die mit der Durchführung von Zwangsmaßnahmen einhergehende Emotionen erfassen. Hintergrund ist, dass Emotionen eine wichtige Rolle bei Entscheidungsprozessen spielen können, sodass die Anwendung von Zwangsmaßnahmen vermutlich auch durch Emotionen beeinflusst werden kann. Da einige Autor*innen annehmen, dass eine Reduktion von Zwangsmaßnahmen nur möglich ist, wenn die Mitarbeiter*innen bereit sind, ihre eigene Praxis zu reflektieren (Goulet & Larue, 2016; Van Doeselaar et al., 2008; Wullschleger et al., 2018b), wurden als weitere Aspekte die Ansichten von Beschäftigten zur Kommunikation über Zwangsmaßnahmen sowie zu reflektierenden Interventionen (z. B. Nachbesprechungen von Zwangsmaßnahmen, Team-Supervision) untersucht. Als dritter Punkt wurde untersucht, welche potenziellen Risikofaktoren (institutionelle Faktoren oder Patient*innencharakteristika) nach Ansicht der Beschäftigten die Wahrscheinlichkeit der Durchführung einer Zwangsmaßnahme erhöhen könnten. Diese drei Themen (Emotionen der Mitarbeiter*innen, Ansichten zu reflektierenden Interventionen und von den Mitarbeiter*innen wahrgenommene Risikofaktoren) wurden in bisherigen Studien wenig untersucht.

1.9.3 Artikel III

Aus den Ergebnissen der beiden Studien ergab sich die Motivation für eine dritte Publikation. Der vorliegende Artikel stellt eine praxisorientierte Übersichtsarbeit zum Thema strukturierte Nachbesprechungen von Zwangsmaßnahmen mit den betroffenen Patient*innen dar. Diese Intervention ist derzeit noch wenig erforscht, es scheint sich jedoch dabei nach ersten Erkenntnissen um eine vielversprechende Maßnahme zu handeln, um Zwangsmaßnahmen zu reduzieren oder gar zu verhindern. Ziel des dritten Artikels ist es, eine eher kurze, praxisorientierte und methodenkritische Übersicht zu einem recht neuen Thema beizutragen, die verschiedene Aspekte miteinschließt: die rechtliche Situation von Nachbesprechungen, Nachbesprechungen als Inhalt aktueller Behandlungsleitlinien, eine kurze Zusammenfassung der vorhandenen Evidenz der Intervention sowie die Herausforderungen einer

möglichen Implementierung auf Akutstationen. Die Arbeit beabsichtigt, weitere Forschung zu stimulieren und ist eher als Ausblick denn als Rückschau gedacht. Ein Forschungsantrag zu einer Studie zu Nachbesprechungen von Zwangsmaßnahmen wurde durch unsere Arbeitsgruppe bereits vorbereitet.

2 Studie I: Patients' attitudes towards and acceptance of coercion in psychiatry

Krieger E., Moritz S., Weil R. & Nagel M. (2018). Patients' attitudes towards and acceptance of coercion in psychiatry. *Psychiatry Research*, 260, 478–485.

Hintergrund und Ziele: Die empirische Forschung zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen in Psychiatrien hat über die Jahre stetig zugenommen, nachdem dieser Aspekt vorher v. a. dem Feld der Meinungen und politischen Weltbilder überlassen war. Insbesondere die Einstellungen zu Zwangsmaßnahmen aus Sicht der betroffenen Patient*innen blieben dabei lange unbeachtet. In der vorliegenden Studie wurden die Einstellungen betroffener Patient*innen zu Zwangsmaßnahmen, damit einhergehende Emotionen, individuelle Präferenzen für spezifische Maßnahmen sowie mögliche Alternativen zu Zwangsmaßnahmen untersucht.

Methoden: Es wurden 213 Patient*innen in Hamburg untersucht, die während ihres Aufenthalts in der Psychiatrie Zwangsmaßnahmen erfahren haben, sowie 51 weitere Patient*innen, die sich freiwillig auf einer geschützten Station aufhielten. Zur Erhebung der Daten wurden ein neues, selbst entwickeltes Interview, ein neuer Fragebogen sowie etablierte Skalen zur Messung der Psychopathologie genutzt.

Ergebnisse: „Nicht-invasive Maßnahmen“ (z. B. „weicher Raum“, Isolierung) wurden von den Patient*innen eher akzeptiert als „invasive Maßnahmen“ (z. B. Fixierung, Zwangsmedikation). Das Verständnis für die Zwangsmaßnahmen nahm mit fortschreitender Behandlungsdauer zu. Die meisten Patient*innen bewerteten u. a. Musik oder Bewegung als hilfreich, um Zwangsmaßnahmen zu vermeiden.

Limitationen: Das Design war naturalistisch und explorativ, es fanden weder Randomisierung noch Kontrolle von Variablen statt. Die Studie wurde in nur einer psychiatrischen Klinik mit zwei Standorten durchgeführt. Soziale Erwünschtheit im Antwortverhalten kann nicht ausgeschlossen werden.

Fazit: Akutstationen sollten „mildere“ Alternativen zu Zwangsmaßnahmen anbieten, unter Berücksichtigung dessen, was die einzelnen Patient*innen als mild erachtet. Ein „weicher Raum“ sowie Sportgeräte auf den Akutstationen wurden infolge der Ergebnisse in der psychiatrischen Klinik in Hamburg-Wandsbek bereits implementiert. Beschäftigte sollten versuchen, die Patient*innen so weit wie möglich in Entscheidungen bzgl. ihrer Behandlung miteinzubeziehen.

3 Studie II: Coercion in psychiatry: A cross-sectional study on staff views and emotions

Krieger E., Moritz S., Lincoln T.M., Fischer R. & Nagel M. (2020). Coercion in psychiatry: A cross-sectional study on staff views and emotions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 00:1–14.

Hintergrund und Ziele: Die Einstellungen zu Zwangsmaßnahmen von Beschäftigten in Psychiatrien spielen eine wichtige Rolle bei der Vermeidung der Maßnahmen. Die Studie untersuchte Einstellungen zu Zwangsmaßnahmen, zu reflektierenden Interventionen (Team-Supervision, Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen) und begleitende Emotionen verschiedener Berufsgruppen. Der Fragebogen thematisierte erstmalig auch tabuisierte Emotionen wie Macht oder Gleichgültigkeit. Zudem wurden Faktoren, welche die Wahrscheinlichkeit für Zwangsmaßnahmen erhöhen könnten, erhoben.

Methoden: Beschäftigte ($N = 138$) einer Psychiatrie in Hamburg wurden mit der *Staff Attitude to Coercion Scale* (SACS) und neu entwickelten Items zu ihren Einstellungen zu Zwangsmaßnahmen sowie damit einhergehenden Emotionen untersucht.

Ergebnisse: Erfahrene Beschäftigte waren am kritischsten eingestellt. Pflegende bewerteten Zwangsmaßnahmen positiver als andere Berufsgruppen. Die Mehrheit empfand Mitgefühl, etwa die Hälfte Hilflosigkeit, Trauer oder Angst. Fast 20 % gaben an, bei der Ausübung Macht zu erleben. Supervisionen oder Nachbesprechungen wurden von den meisten als wichtig erachtet. Nur die Hälfte gab an, dass diese Interventionen bereits routinemäßig durchgeführt werden. Beschäftigte vermuteten, dass z. B. ein hohes Stresslevel und eine geringe Personalausstattung die Wahrscheinlichkeit für Zwangsmaßnahmen erhöhen könnten.

Limitationen: Die Studie war auf eine Klinik mit zwei Standorten begrenzt. Weder Randomisierung noch Kontrolle von Variablen fand statt.

Fazit: Einstellungen zu Zwangsmaßnahmen sowie damit einhergehende Emotionen unterscheiden sich zwischen Beschäftigten. Erfahrene Beschäftigte sowie reflektierende Interventionen könnten zur Prävention von Zwangsmaßnahmen beitragen. Ein Forschungsprojekt zu Nachbesprechungen von Zwangsmaßnahmen ist derzeit in Planung.

4 Artikel III: Strukturierte Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen mit Patienten – Überblick und aktueller Stand

Krieger E., Fischer R., Moritz S. & Nagel M. (submitted). Strukturierte Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen mit Patienten – Überblick und aktueller Stand. *Der Nervenarzt*.

Hintergrund und Ziele: Das Interesse an Möglichkeiten zur Vermeidung oder Reduktion von Zwangsmaßnahmen in Psychiatrien steigt seit Jahren, auch angesichts stärker werdenden gesellschaftlichen Drucks. Strukturierte Nachbesprechungen von Zwangsmaßnahmen mit Patient*innen sowie Personen aus dem Behandler*innen-Team werden zunehmend in Behandlungsleitlinien empfohlen. Ob die Intervention zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen beiträgt, ist bisher jedoch unklar. Ziel des Artikels war es, eine praxisorientierte Übersicht zu rechtlichen Hintergründen, Empfehlungen in Behandlungsleitlinien, Evidenzen sowie Herausforderungen einer Implementierung von Nachbesprechungen zu bieten.

Methoden: Es erfolgte eine Literaturrecherche zu Nachbesprechungen von Zwangsmaßnahmen sowie eine Übersicht des geltenden Rechts.

Ergebnisse: Nachbesprechungen von Zwangsmaßnahmen werden in Behandlungsleitlinien empfohlen und finden auch in den PsychKGs der Bundesländer ihren Platz. Bisher fehlt jedoch Evidenz dafür, ob die Intervention zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen beitragen kann. Erste Pilotstudien zeigten vielversprechende Ergebnisse hinsichtlich der Nützlichkeit und Durchführbarkeit der Maßnahme sowie der Reduktion von Isolierungen in Häufigkeit und Dauer.

Limitationen: Bei dem Artikel handelt es sich nicht um ein vollständiges Literaturreview.

Fazit: Die strukturierte Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen mit Patient*innen könnte eine wirksame Intervention zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen

4 Artikel III: Strukturierte Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen mit Patienten

darstellen, für die es bisher jedoch noch wenig wissenschaftliche Evidenz gibt. Ein Forschungsantrag zu diesem Thema wird von den Autor*innen derzeit vorbereitet.

5 Diskussion

In der vorliegenden Dissertation wurden im Rahmen von zwei Studien die Einstellungen von Patient*innen und von Beschäftigten in Psychiatrien zu Zwangsmaßnahmen sowie damit einhergehende Emotionen untersucht. Weiterhin wurde erhoben, welche Möglichkeiten aus Sicht der Patient*innen und Beschäftigten genutzt werden können, um die Anwendung von Zwangsmaßnahmen zukünftig zu reduzieren. Wie aktuell und relevant der Themenkomplex ist, zeigt auch die kürzlich erschienene S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“, die von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) herausgegeben wurde (Steinert et al., 2018). Teile der Ergebnisse der Dissertation wurden auf Fachkonferenzen (World Congress of Psychiatry 2017, Subjektive Seite der Schizophrenie 2016, DGPPN-Kongress 2015) vorgestellt.

Aus den Ergebnissen der Dissertation ergaben sich konkrete Implikationen, die in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Asklepios Klinik Nord Wandsbek bei der Eröffnung einer neuen Akutstation im Jahr 2019 umgesetzt werden konnten. Auf Grundlage des Ergebnisses, dass Patient*innen in einem Notfall einen „weichen Raum“, in dem man sich nicht verletzen kann, als freiheitsentziehende Maßnahme am ehesten akzeptieren würden, wurde ein solcher durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz genehmigt und in der Klinik geschaffen. Auf der Station kann Patient*innen im Notfall nun bei akuter Eigen- oder Fremdgefährdung diese „mildere Maßnahme“ angeboten werden. Ziel ist es, durch den „weichen Raum“ invasivere Maßnahmen möglichst zu verhindern. Zudem wurden im Innenhof der geschützten Stationen Sportgeräte aufgestellt, da die befragten Patient*innen Möglichkeiten zur Bewegung als einen wichtigen Punkt angaben, um Zwangsmaßnahmen auf Akutstationen zu vermeiden. Es ergaben sich zudem Ideen für weitere For-

schungsprojekte zu Zwangsmaßnahmen, die in der Arbeitsgruppe bereits umgesetzt wurden oder sich derzeit in Vorbereitung befinden. Die weiteren Ergebnisse der beiden Studien werden in den folgenden Abschnitten diskutiert.

In Studie I wurden Patient*innen von drei geschützten Stationen der Asklepios Kliniken Nord Ochsenzoll und Wandsbek in Hamburg untersucht, die im aktuellen Klinikaufenthalt freiheitsentziehende Maßnahmen oder Zwangsbehandlungen erlebt haben, sowie eine Kontrollgruppe, die sich freiwillig auf einer geschützten Station befand. Ziel der Studie war es, generelle Einstellungen gegenüber Zwangsmaßnahmen, das Verständnis für die Maßnahmen während und nach der Durchführung derselben sowie damit einhergehende Emotionen zu erfassen. Zudem wurden die subjektiven Präferenzen der Betroffenen im Hinblick auf spezifische Zwangsmaßnahmen untersucht. Als weiteren Aspekt untersuchte die Studie Möglichkeiten zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen aus Sicht der betroffenen Patient*innen. Für die Zwecke der Studie wurden ein Interview und ein Fragebogen auf Grundlage ausführlicher Literaturrecherchen, klinischer Erfahrungen und Forschungsinteressen neu entwickelt sowie bereits etablierte Fragebögen zur Erfassung der Psychopathologie verwendet.

Der größte Teil der untersuchten Patient*innen, die Zwangsmaßnahmen erlebten (71,1 %), hatte eine Hauptdiagnose aus dem Schizophreniespektrum; bei der Kontrollgruppe war es etwa die Hälfte der Teilnehmer*innen (51 %). Da die Teilnahme an der Studie freiwillig war und somit ein Selektionseffekt nicht auszuschließen ist, entsprechen diese Zahlen nicht unbedingt der echten prozentualen Verteilung von Diagnosen in der untersuchten Klinik. Dennoch entspricht das Ergebnis etwa einer großen Kohortenstudie, die herausfand, dass Personen mit der Diagnose einer Schizophrenie neben organisch bedingten Störungen und geistigen Behinderungen das größte Risiko haben, eine Zwangsmaßnahme zu erfahren (Thomsen et al., 2017).

Die Krankheitseinsicht war – wie erwartet – in der Gruppe der Patient*innen mit zuvor erlebten Zwangsmaßnahmen niedriger als in der sich freiwillig in Behandlung befindenden Kontrollgruppe. Dies passt zu den Ergebnissen von O'Donoghue und

Kollegen (O'Donoghue et al., 2010), die zeigten, dass das Maß an Krankheitseinsicht stark damit assoziiert war, ob die Betroffenen ihre Unterbringung als notwendig erachteten. Es wurden keine Gruppenunterschiede zwischen verschiedenen Nationalitäten oder Personen mit unterschiedlichen Muttersprachen hinsichtlich der Anzahl von erlebten Zwangsmaßnahmen gefunden. Dies widerspricht zunächst früheren Studien, in denen ein Migrationshintergrund, vor allem aus Ländern mit niedrigem oder mittlerem Einkommen (Thomsen et al., 2017), als Prädiktor für das Erleben von unfreiwilligen Unterbringungen oder Zwangsmaßnahmen festgestellt wurde (Juckel & Haußleiter, 2015). Auf der anderen Seite konnten in der vorliegenden Studie jedoch aus personellen und strukturellen Gründen keine Interviews mit Patient*innen geführt werden, die kein Deutsch sprachen.

In Studie II wurden Beschäftigte der Asklepios Kliniken Nord Ochsensoll und Wandsbek in Hamburg untersucht. Ziel der Studie war es, generelle Einstellungen gegenüber Zwangsmaßnahmen sowie damit einhergehende Emotionen zu erfassen. Zudem wurden zwei weitere Aspekte betrachtet: die Einstellungen der Beschäftigten zu reflektierenden Maßnahmen (d. h. Team-Supervisionen oder Nachbesprechungen von Zwangsmaßnahmen mit den betroffenen Patient*innen) sowie mögliche Risikofaktoren, welche die Wahrscheinlichkeit der Durchführung von Zwangsmaßnahmen aus Beschäftigtensicht erhöhen. Für diese Zwecke wurde die etablierte *Staff Attitude to Coercion Scale* (SACS; Husum et al., 2008) ins Deutsche übersetzt. Zudem wurde auf Grundlage ausführlicher Literaturrecherchen sowie eigener Forschungsinteressen eine Reihe von zusätzlichen Items entwickelt, um die SACS zu ergänzen und die genannten Themenkomplexe beleuchten zu können. Bei der Studie handelte es sich um eine exploratorische Querschnittsstudie, die online durchgeführt wurde. Es wurden alle Beschäftigte, also nicht nur diejenigen, die an der Durchführung von Zwangsmaßnahmen beteiligt sind, per E-Mail angeschrieben und auf die Studie aufmerksam gemacht. Dahinter stand der Gedanke, möglichst allen Mitarbeitenden der Psychiatrien die Möglichkeit zu geben, sich an der Studie zu be-

teiligen, da vermutlich auch die meisten eine explizite Meinung zum Thema Zwangsmaßnahmen vertreten. Die Teilnahme war anonym und freiwillig. Die meisten Teilnehmenden stammten aus den Berufsgruppen der Pflege und der Ärzt*innen. Andere Berufsgruppen waren damit unterrepräsentiert – als dritte Berufsgruppe floss in die Analysen nur noch die der Psycholog*innen ein. Der Großteil der Teilnehmenden war bereits an der Durchführung von Zwangsmaßnahmen beteiligt. Dass mit der Studie v. a. die Einstellungen und Emotionen direkt betroffener Beschäftigter erfasst wurden, spricht für eine hohe Relevanz der Ergebnisse. Im Umkehrschluss bedeutet dieser Selektionseffekt aber, dass kaum Erkenntnisse über die Einstellung von Mitarbeiter*innen erlangt werden konnten, die bisher nicht an der Anwendung von Zwangsmaßnahmen beteiligt waren.

In den folgenden Abschnitten werden die Ergebnisse der beiden Studien zu den Aspekten Einstellungen und Akzeptanz, Emotionen sowie Möglichkeiten der Reduktion von Zwangsmaßnahmen diskutiert und gegenübergestellt. Aus den Ergebnissen der beiden Studien zu Einstellungen von Patient*innen und Beschäftigten zu reflektierenden Interventionen – insbesondere der strukturierten Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen mit den betroffenen Patient*innen und Mitgliedern aus dem Behandler*innenteam – ergab sich die Motivation für einen dritten Artikel. Die Ergebnisse dieses Artikels werden in Abschnitt *Nachbesprechungen von Zwangsmaßnahmen* (vgl. unter Kap. 5.3) diskutiert.

5.1 Einstellungen und Akzeptanz

In Studie I wurden auf Akutstationen untergebrachte Patient*innen hinsichtlich ihrer Einstellungen gegenüber Zwangsmaßnahmen untersucht, die teilweise in ihrem aktuellen Aufenthalt solche Maßnahmen erlebten. Das Verständnis für alle auf den Stationen untersuchten Maßnahmen (unfreiwillige Unterbringung, Isolierung, Fixierung, Zwangsmedikation) nahm über die Zeit der Behandlung zu. Am meisten Verständnis hatten die Betroffenen für die Unterbringung gegen ihren Willen, am

wenigsten für den Erhalt von Zwangsmedikation. Das Verständnis für Fixierungen nahm über die Zeit am wenigsten zu; das Verständnis für Isolierungen am stärksten. Diese Erkenntnisse unterstreichen das weitere Ergebnis, dass „invasive“ Maßnahmen (Fixierungen, Zwangsmedikation) von den Befragten signifikant stärker abgelehnt wurden als „nicht-invasive“ Maßnahmen (Isolierung mit Beobachtung durch eine Glasscheibe oder Videobeobachtung, „weicher Raum“, 1:1-Betreuung). Vor dem Hintergrund der PsychKG, in denen geregelt ist, dass Zwangsmaßnahmen u. a. nur dann legal sind, wenn andere, weniger einschränkende Maßnahmen keinen Erfolg hatten, erscheint es als unabdinglich, zu berücksichtigen, welche Maßnahmen Patient*innen ablehnen oder noch am ehesten akzeptieren würden.

Aus diesem Grund wurden daher auch individuelle Präferenzen erfasst, sollten in Zukunft Zwangsmaßnahmen erneut unvermeidlich sein. Am ehesten akzeptiert wurde wieder eine „nicht-invasive“ Maßnahme, nämlich der „weiche Raum“, während Fixierungen und Festhaltetechniken am wenigsten akzeptabel erschienen. Das Verständnis für Isolierungen nahm während der Behandlung am stärksten zu. Das steht im Einklang mit unserem Ergebnis, dass für potenzielle zukünftige Maßnahmen Patient*innen Isolierungen einer Zwangsmedikation oder Fixierung vorziehen würden. Dies passt auch zu den Ergebnissen von Georgieva und Kolleg*innen (2012), die zu dem Schluss kamen, dass vergangene Erfahrungen künftige Präferenzen für Maßnahmen beeinflussen. Unser Ergebnis unterstreicht zudem die Befunde von Vishnivetsky et al. (2013), die zeigten, dass Isolierungen gegenüber Fixierungen bevorzugt und als weniger beängstigend empfunden werden. Auch Steinert und Kollegen (2013) kamen in einer Follow-Up-Studie nach einem Jahr zu dem Ergebnis, dass Isolierungen von den Betroffenen im Nachhinein als weniger negativ und restriktiv im Vergleich zu Fixierungen wahrgenommen werden, während in der Originalstudie, die kurz nach den erlebten Maßnahmen durchgeführt wurde, noch keine Unterschiede zwischen den beiden Maßnahmen festgestellt werden konnten (Bergk et al., 2011). Ähnlich einer aktuellen Studie zeigten die Patient*innen in der vorliegenden Studie eine sehr geringe Präferenz für Zwangsmedikation (Reisch et al.,

2018), was jedoch im Widerspruch zu den Ergebnissen von Georgieva und Kolleg*innen (2012) steht.

Diese unterschiedlichen Studienergebnisse weisen darauf hin, dass es individuell verschieden zu sein scheint, welche Maßnahme präferiert oder am ehesten akzeptiert würde. Vor diesem Hintergrund wird empfohlen, die persönlichen Präferenzen der jeweils Betroffenen bei möglichen zukünftigen Zwangsmaßnahmen in die Entscheidungsfindung und Behandlungsplanung miteinzubeziehen. Ein partizipatorisches Vorgehen und eine größtmögliche Transparenz in der Behandlung können die Autonomie von Patient*innen stärken (Valenti et al., 2014) und zudem für den Erhalt oder den Wiederaufbau der therapeutischen Beziehung förderlich sein (Wullschleger, Mielau, Mahler, Vandamme & Montag, 2018). Die individuelle Präferenz der Patient*innen kann zudem hinsichtlich der Wahl der mildesten Maßnahme relevant sein, wenn Zwangsmaßnahmen aus klinischer Sicht als unvermeidbar angesehen werden.

Bei den Beschäftigten zeigte sich in Studie II insgesamt eine eher kritische Einstellung gegenüber Zwangsmaßnahmen. Die Einstellungen wurden mit der SACS gemessen. Dieses Ergebnis unterscheidet sich zu anderen Studien, die ebenfalls die SACS anwandten und in denen eine eher pragmatische Einstellung der Beschäftigten gegenüber Zwangsmaßnahmen festgestellt wurde (Husum et al., 2008; Molewijk et al., 2017; Teichert et al., 2016). Dieser Unterschied zu vorherigen Untersuchungen könnte durch eine bestimmte Selektion der Stichprobe erklärbar sein. Die Teilnehmenden aus der vorliegenden Studie waren fast alle bereits an der Durchführung von Zwangsmaßnahmen beteiligt. Eine mögliche Erklärung könnte sein, dass v. a. diejenigen Mitarbeitenden teilnahmen, die sehr am Thema interessiert oder eventuell besonders kritisch gegenüber den Maßnahmen eingestellt sind und sich deshalb beteiligten. Die Teilnahme war anonym, um Effekten der sozialen Erwünschtheit vorzubeugen. Dennoch kann vor dem Hintergrund, dass der Initiator der Studie der Chefarzt einer der beteiligten Kliniken ist, ein Einfluss der sozialen Erwünschtheit auf die Ergebnisse nicht gänzlich ausgeschlossen werden.

In der Studie ergaben sich Unterschiede zwischen den Berufsgruppen: Pflegende bewerteten Zwangsmaßnahmen signifikant positiver als Ärzt*innen oder Psycholog*innen. Eine mögliche Erklärung hierfür ist, dass Beschäftigte aus der Pflege meist diejenigen sind, die besonders häufig auf den Akutstationen mit Aggressivität konfrontiert werden und die Zwangsmaßnahmen ausüben. Dass diese Maßnahmen von Pflegenden daher als positiver bewertet werden, weil sie ggf. häufiger die Erfahrung machten, dass solche Maßnahmen z. B. Schutz und Sicherheit bieten können, könnte den Unterschied erklärbar machen. Diese These wird auch durch eine Studie von Van Doeselaar und Kollegen (2008) unterstützt. In dieser Studie wurden Isolierungen von Beschäftigten umso positiver bewertet, je häufiger sie diese angewendet hatten. Die Autor*innen führten dies auf das Prinzip der Habituation zurück. Beschäftigte aus anderen Berufsgruppen, so z. B. Psycholog*innen, sind in der Regel seltener direkt mit der Ausübung von Zwang konfrontiert. Diese vielleicht doch eher theoretische Betrachtung der Maßnahmen führt ggf. zu einer kritischeren Einstellung bei solchen Berufsgruppen. Diese Interpretation steht in Einklang mit den Ergebnissen von Molewijk und Kollegen (2017). In ihrer Studie gab ein höherer Anteil von Psycholog*innen und Psychiatr*innen an, moralische Zweifel gegenüber Zwangsmaßnahmen zu empfinden, als Pflegepersonal.

Ein weiteres Ergebnis der vorliegenden Studie ist, dass Beschäftigte mit mehr Berufserfahrung signifikant kritischer gegenüber Zwangsmaßnahmen eingestellt waren als unerfahrene. Auch andere Studien zeigten, dass eine niedrigere Anzahl an Berufsjahren (Bregar et al., 2018; Hemamalini et al., 2017; Korkeila et al., 2016) eher eine positive Einstellung gegenüber der Ausübung von Zwangsmaßnahmen vorhersagt. Dies scheint zunächst der These von Van Doeselaar und Kollegen zu widersprechen, die besagt, dass eine häufige Anwendung der Maßnahmen zu einer eher positiven Einstellung gegenüber diesen führt. Allerdings ist das Maß an Berufserfahrung nicht automatisch gleichzusetzen mit der Häufigkeit angewandter Zwangsmaßnah-

men. Beschäftigte mit langjähriger Berufserfahrung in psychiatrischen Einrichtungen können durchaus selten oder nie mit der Ausübung von Zwangsmaßnahmen in Kontakt gekommen sein, falls sie in anderen Bereichen tätig sind.

Aus den Ergebnissen der vorliegenden Studie lässt sich schließen, dass es sinnvoll erscheint, unerfahrene und erfahrene Mitarbeiter*innen in Teams zu integrieren, da sich die Einstellung über die Berufsjahre offenbar verändert und das Maß an Berufserfahrung einen Einfluss auf die Einstellungen gegenüber Zwangsmaßnahmen hat.

5.2 Emotionen

Neben den Einstellungen werden auch Emotionen als ein wichtiger Faktor bei der Entscheidungsfindung angesehen (Lerner et al., 2015) und haben somit vermutlich auch Einfluss auf die Entscheidung für oder gegen die Anwendung von Zwangsmaßnahmen. Die Auswirkungen bestimmter negativer Emotionen wie Wut auf kognitive Leistungen wie Entscheidungsfindungen wurden sogar auf neuronaler Ebene nachgewiesen (Garfinkel et al., 2015). In beiden Studien wurden daher die Emotionen in Bezug auf die Maßnahmen aus Patient*innen- sowie aus Beschäftigtensicht erfasst. Die Ergebnisse der beiden Studien zeigen, dass Zwangsmaßnahmen mit vorwiegend negativen Emotionen bei allen Beteiligten einhergehen und eine große Belastung darstellen.

In Studie I wurden die Patient*innen zu ihren Emotionen befragt, die sie im Rahmen ihres aktuellen Aufenthalts während der Ausübung von Zwangsmaßnahmen empfunden haben. Wie erwartet, empfand die Mehrheit der Studienteilnehmer*innen während der Ausübung der Maßnahmen negative Emotionen wie Hilflosigkeit, Verzweiflung, Scham, Wut oder Angst. Etwa 40 % gaben an, Gleichgültigkeit empfunden zu haben. Positive Emotionen, wie ein Gefühl der Sicherheit oder Erleichterung, wurden am meisten für die unfreiwillige Unterbringung angegeben, doch auch während der anderen Maßnahmen erlebte ein Teil der Befragten diese Gefühle. Steinert

und Kollegen (2013) kamen ebenfalls zu dem Ergebnis, dass immerhin 58 % der Befragten im Nachhinein auch einige positive Effekte durch freiheitsentziehende Maßnahmen erlebten (v. a. zur Ruhe kommen). Dass ein Teil der Betroffenen auch eher positive Gefühle wie Sicherheit oder Erleichterung erlebt oder durch die Maßnahmen zur Ruhe kommt, liefert einen Beitrag zu der Diskussion, ob Zwangsmaßnahmen v. a. Schutz- und Sicherheitsmaßnahmen darstellen oder aber auch einen therapeutischen Effekt haben können (Simon, 2014; Steinert, 2011; Steinert et al., 2013). Die Ergebnisse zeigen auch, dass die Maßnahmen zum Teil sehr unterschiedlich wahrgenommen werden können und stützen auch die im Abschnitt zuvor gezogene Schlussfolgerung, dass persönliche Präferenzen und das individuelle Erleben der Betroffenen in zukünftige Behandlungsprozesse miteinbezogen werden sollten (Valenti et al., 2014).

Ähnlich wie die Patient*innen empfanden die Beschäftigten in Studie II vorwiegend negative Emotionen in Bezug auf die Durchführung von Zwangsmaßnahmen. Die am häufigsten angegebene Emotion (93 %) war Mitleid gegenüber den Patient*innen. Viele Beschäftigte erlebten, ähnlich wie die Patient*innen, Hilflosigkeit, Trauer, Angst oder Ärger. Die Studie thematisierte zum ersten Mal auch tabuisierte Emotionen in Bezug auf Zwangsmaßnahmen. So gaben fast 20 % der Beschäftigten an, Macht zu empfinden, wenn sie an die Durchführung von Zwangsmaßnahmen denken; 4 % erlebten Gleichgültigkeit. Zudem wurden Unterschiede zwischen Berufsgruppen hinsichtlich ihrer Emotionen gefunden. So empfanden Mitarbeiter*innen der Pflege signifikant häufiger Verzweiflung als Ärzt*innen. Im Vergleich zu jüngeren Beschäftigten erlebten ältere zudem häufiger Ärger oder Scham bei der Anwendung von Zwangsmaßnahmen.

Emotionen von Beschäftigten, die während der Durchführung von Zwangsmaßnahmen auftreten, wurden bisher in der Literatur kaum erhoben. Die in dieser Dissertation dargestellten Ergebnisse könnten z. B. im Rahmen von Mitarbeiter*innentrainings oder Team-Supervisionen genutzt werden, um eigenes Handeln und Entscheidungsfindungen zu reflektieren. Auch das Wissen darüber, welche Emotionen durch

Zwangmaßnahmen bei den Behandelten entstehen können, könnte Inhalt von Schulungen und Trainings sein, damit diese Maßnahmen wirklich nur als allerletztes Mittel der Wahl zum Einsatz kommen.

5.3 Möglichkeiten der Reduktion von Zwangsmaßnahmen

In Studie I wurde ermittelt, welche Möglichkeiten Patient*innen zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen sehen. Die Teilnehmenden stimmten am häufigsten der Aussage zu, dass Musik, Bewegung und Entspannungsmöglichkeiten zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen beitragen können. Ebenso seien eine verbesserte Kommunikation (z. B. mehr Gespräche, feste Bezugspersonen auf der Station) und Möglichkeiten der Akutmedikation aus Sicht der Patient*innen hilfreich. Diese Aussagen entsprechen etwa den Ergebnissen einer anderen deutschen Studie (Heumann, Bock & Lincoln, 2017). Ein Unterschied in der Einschätzung von Patient*innen und Beschäftigten könnte in der Bewertung bestehen, in welchem Maße eine reizarme Umgebung auf Akutstationen zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen beitragen kann: Während diese Maßnahme von den Patient*innen in der Studie als am wenigsten hilfreich eingeschätzt wurde, wird diese von Beschäftigten in der Praxis häufig als ein wichtiger Aspekt betrachtet, der zur Minderung von Aggression beitragen kann. Dies passt zu der Einschätzung (Duxbury & Whittington, 2005), dass Patient*innen und Mitarbeiter*innen sich häufig in ihrer Wahrnehmung von Aggression und deren Management unterscheiden. Vor diesem Hintergrund scheint es wichtig, die Perspektiven aller betroffenen Personengruppen zu verstehen und daraus abzuleiten, welche Möglichkeiten zur Reduktion oder Vermeidung von Zwangsmaßnahmen von allen Beteiligten befürwortet werden.

Die Beschäftigten in Studie II gaben sehr unterschiedliche Einschätzungen darüber ab, ob Zwangsmaßnahmen häufig verhindert werden könnten oder nicht. Aus dieser Uneinigkeit zwischen den Befragten lässt sich ableiten, dass hier noch Potenzial zur

Reduktion von Zwangsmaßnahmen vorhanden sein könnte. Es gilt zunächst herauszufinden, warum manche Beschäftigte die Maßnahmen für unausweichlich halten und andere wiederum denken, diese könnten häufig verhindert werden. Hier scheinen weitere Forschungsvorhaben sinnvoll, um diese Divergenz in den Einstellungen der betroffenen Beschäftigten noch besser zu verstehen.

Die Teilnehmenden der Studie gaben weiterhin Risikofaktoren an, die aus ihrer Sicht die Wahrscheinlichkeit für die Durchführung von Zwangsmaßnahmen erhöhen könnten. Hier wurden sowohl strukturelle (z. B. hoher Stresslevel, schlechte personelle Besetzung) als auch patient*innenbezogene Faktoren (z. B. Intoxikation, Fremdgefährdung, männliches Geschlecht) erfasst. Bei den strukturellen Faktoren stimmten die Beschäftigten am häufigsten zu, dass ein hoher Stresslevel (88 %), eine schlechte personelle Besetzung (84 %) oder eine volle Station (77 %) die Wahrscheinlichkeit für Zwangsmaßnahmen erhöhen könnten. Auch die Anwesenheit bestimmter Teammitglieder wurde von einem großen Teil der Befragten (67 %) für die Durchführung von Zwangsmaßnahmen für wichtig erachtet. Diese Ergebnisse erscheinen deshalb als äußerst relevant, da sie die Sichtweise derjenigen widerspiegeln, welche die Entscheidungen, eine Zwangsmaßnahme anzuwenden, treffen müssen und diese auch durchführen. Die am häufigsten genannten Aspekte erscheinen zum Teil veränderbar (z. B. schlechte personelle Besetzung oder eine volle Station). Ein hoher Stresslevel resultiert vermutlich aus verschiedenen Faktoren, und auch hier erscheint es sinnvoll, besser zu verstehen, was den hohen Stresslevel der Beschäftigten verursacht. Dass die Anwesenheit bestimmter Teammitglieder aus Sicht eines nicht unerheblichen Teils der Befragten eine Rolle dabei spielen könnte, dass Zwangsmaßnahmen zur Anwendung kommen, lässt aufhorchen, da die Anwendung vor diesem Hintergrund als sehr individuell und personenabhängig erscheint.

Insgesamt kann man aus den vorliegenden Ergebnissen und früheren Studien (Van Doeselaar et al., 2008; Goulet & Larue, 2016; Mangaoil, Cleverley & Peter, 2018) zu dem Schluss gelangen, dass die Reflexion eigener Handlungen, Einstellungen und

Emotionen eine wichtige Voraussetzung dafür ist, die Hintergründe und Risikofaktoren für die Anwendung von Zwangsmaßnahmen besser zu verstehen. Mögliche Interventionen zur Reflexion werden in diesem Abschnitt weiter unten diskutiert. Es sollten individuelle Erklärungen und Strategien für jedes Team gefunden werden, um die Gründe für die Durchführung von Zwangsmaßnahmen zunächst zu verstehen und um sie dann erfolgreich reduzieren zu können.

Als mögliche Interventionen zur Reduktion oder Verhinderung von zukünftigen Zwangsmaßnahmen wurden in beiden Studien die Einstellungen der Befragten zu reflektierenden Maßnahmen untersucht. Hier kommen u. a. die Aspekte von Partizipation und *shared-decision-making* zum Tragen, die sich in Interventionen, wie z. B. Behandlungsvereinbarungen, Nachbesprechungen von Zwangsmaßnahmen oder auch Team-Supervisionen, wiederfinden. Von den befragten Patient*innen stimmte etwa die Hälfte der Aussage „Ich könnte mir vorstellen für den Fall eines erneuten Aufenthaltes mit den Mitarbeitern auf der Station einen anderen Behandlungsverlauf zu planen“ zu. Dies stützt frühere Ergebnissen von Valenti und Kolleg*innen (2014), die zu dem Schluss kamen, dass die Einbeziehung der Patient*innen in ihren Behandlungsplan ihre Autonomie fördern kann. Krisenpläne oder Behandlungsvereinbarungen beinhalten Präferenzen der Patient*innen im Falle von Notfällen und können im Hinblick auf zukünftige Zwangseinweisungen für die Patient*innen vorteilhaft sein (Maître et al., 2013). Es gibt Hinweise darauf, dass gemeinsame Krisenpläne auch dazu beitragen können, zukünftige Zwangseinweisungen zu reduzieren (Henderson et al., 2004; de Jong et al., 2016; Ruchlewska et al., 2014), und einen positiven Effekt auf die therapeutische Beziehungen haben können (Nicaise, Lorant & Dubois, 2013; Thornicroft et al., 2013). Bisher fehlen jedoch noch belastbare Studien, um mit Sicherheit sagen zu können, dass Behandlungsvereinbarungen zukünftige Zwangsmaßnahmen reduzieren oder gar verhindern können (Khazaal et al., 2014; Khazaal, Chatton, Pasandin, Zullino & Preisig, 2009).

Die Mehrheit der Beschäftigten betrachtete Team-Supervisionen als eine wichtige Maßnahme. Dies unterstützt die Schlussfolgerung von Van Doeselaar et al. (2008),

dass die Reflexion der eigenen Praxis in der Akutpsychiatrie notwendig ist, um Zwangsmaßnahmen zu reduzieren. Supervisionen können dem Team helfen, eigene Einstellungen und Emotionen kontinuierlich zu reflektieren. Auch aus den Ergebnissen einer aktuellen Studie lässt sich schlussfolgern, dass Supervisionen eine wertvolle Maßnahme zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen sein können (Gerace & Muir-Cochrane, 2019). Dennoch fehlt es auch hier bislang an belastbaren Studien über die Wirksamkeit dieser Maßnahme in Bezug auf die Reduktion oder Verhinderung von Zwangsmaßnahmen. Die Beschäftigten gaben in der Studie an, Nachbesprechungen von Zwangsmaßnahmen als eine sinnvolle Intervention zu empfinden. Der Aspekt der strukturierten Nachbesprechungen von Zwangsmaßnahmen mit Patient*innen und Teammitgliedern wird im Folgenden diskutiert.

Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen

Nahezu jeder Beschäftigte in Studie II stimmte zu, dass es wichtig sei, transparent bezüglich der Behandlung zu sein und den Patient*innen zu erklären, warum Zwangsmaßnahmen angewendet werden. Die Mehrheit hielt Nachbesprechungen von Zwangsmaßnahmen mit den Patient*innen für wichtig, doch nur die Hälfte der Beschäftigten berichtete, den Eindruck zu haben, dass dies bereits routinemäßig geschieht. Weitere Studien bestätigen dieses Ergebnis, dass Nachbesprechungen nach Zwangsmaßnahmen bisher in der klinischen Praxis noch nicht standardmäßig stattfinden (Bonner et al., 2002; Needham et al., 2010; Sheehan & Burns, 2011; Sutton et al., 2014). Andere Studien zeigten, dass die Durchführung von Nachbesprechungen sowohl von Patient*innen als auch von Beschäftigten als hilfreich erachtet wird (Bonner et al., 2002; Bonner & Wellman, 2010). Hierbei schätzten Beschäftigte die Intervention offenbar als positiver ein als Patient*innen (Wullschleger et al., 2018b). Diese gemeinsame reflektierende Intervention erscheint auch vor dem Hintergrund sinnvoll, dass Patient*innen und Beschäftigte in psychiatrischen Kliniken einen teilweise unterschiedlichen Blick auf den Umgang mit Aggression haben (Reisch et al., 2018).

Für strukturierte Nachbesprechungen als eine mögliche Intervention zur Reduktion oder Vermeidung zukünftiger Zwangsmaßnahmen gibt es bis dato noch wenig Evidenz. Auch wenn erste Studien Hinweise darauf liefern, dass Zwangsmaßnahmen dadurch signifikant reduziert oder verkürzt werden könnten (Goulet et al., 2018; Whitecross et al., 2013), bedarf es diesbezüglich weiterer zukünftiger Forschung. Hierfür wird auch eine klarere Definition einer solchen Maßnahme benötigt (z. B. hinsichtlich Zeitpunkt, teilnehmender Personen, Ziele), damit zukünftige Studien auch vergleichbare Konzepte beleuchten. Ob Nachbesprechungen von Zwangsmaßnahmen als eine Einzelintervention empfohlen werden sollten, muss weiterhin untersucht werden. Zwar kann man den Standpunkt vertreten, dass die Nachbesprechung einer Zwangsmaßnahme eine klar umgrenzte Intervention ist, die allen Patient*innen angeboten werden sollte. Dafür sprechen erste Pilotstudien zur Wirksamkeit (Goulet et al., 2018; Whitecross et al., 2013) und Machbarkeit (Wullschleger et al., 2018b) sowie verschiedene aktuelle Behandlungsleitlinien (National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2015; Steinert et al., 2018). Vor dem Hintergrund der fehlenden Evidenz zur Wirksamkeit kann eine klare Empfehlung jedoch nicht gegeben werden. Zudem empfehlen Expert*innen, möglichst verschiedene Interventionen zu kombinieren, um Zwangsmaßnahmen auf Akutstationen wirkungsvoll zu reduzieren (Hirsch & Steinert, 2019; Sutton et al., 2014). Dies spräche dafür, eine solche Intervention in ein komplexeres Behandlungskonzept, wie z. B. das *Weddinger Modell* (Mahler et al., 2013), einzubetten. Die Implementierung von solchen komplexen therapeutischen Strategien erscheint vielversprechend, jedoch bedarf es dabei umfangreicher Veränderungen, die vom gesamten Team und der Leitungsebene getragen werden müssen (Wullschleger et al., 2018b).

5.4 Stärken, Limitationen und zukünftige Forschung

In Studie I wurde eine große Anzahl von Patient*innen, die in ihrem aktuellen Klinikaufenthalt Zwangsmaßnahmen erlebt haben, mit einem neu entwickelten Fragebogen sowie etablierten Skalen zu ihren Einstellungen hinsichtlich Zwangsmaßnahmen befragt. Bis dato gab es kaum Studien, die eine so große Anzahl von Patient*innen auf Akutstationen untersuchten. Die einzelnen Befragungen waren zeitaufwendig und wurden, je nachdem welche Maßnahme die Patient*innen erlebten, diesbezüglich individualisiert.

Der neu entwickelte Fragebogen wurde bislang noch nicht auf seine psychometrischen Eigenschaften hin überprüft. Das explorative und naturalistische Design der Studie führte zu einigen Einschränkungen: Die Befragung war für manche Teilnehmer*innen sehr anstrengend und führte auch zu einigen Abbrüchen, sodass nicht alle Datensätze vollständig vorliegen. Die Zeitpunkte der Befragungen unterschieden sich teilweise sehr voneinander, weil der Gesundheitszustand mancher Teilnehmer*innen eine frühere Befragung nicht erlaubte. Da die Teilnahme an der Studie freiwillig war und aus ethischen Gründen keine Randomisierung oder Kontrolle von Variablen erfolgen konnte, ergaben sich teils ungleiche Verteilungen. Manche Maßnahmen waren somit in der Studie unterrepräsentiert, so z. B. Isolierungen mit oder ohne Videobeobachtung. Einige Patient*innen, z. B. solche, die sich nur sehr kurz auf der geschützten Station befanden, wurden teilweise nicht mehr angetroffen und gingen nicht mit in die Befragung ein. Genauso wenig konnten Patient*innen befragt werden, die kein Deutsch sprachen, da die Fragebögen nicht in anderen Sprachen vorlagen. Die Befragten wurden mehrfach über die Freiwilligkeit und Anonymität der Studienteilnahme aufgeklärt, sowie darüber, dass durch Teilnahme oder Nicht-Teilnahme keinerlei Nachteile für sie oder ihren Behandlungsverlauf entstehen werden. Dennoch ist vor dem Hintergrund einer Studie auf einer geschützten Station mit Patient*innen, die sich dort größtenteils unfreiwillig befanden, auch von Effek-

ten sozialer Erwünschtheit im Antwortverhalten auszugehen. Um dem vorzubeugen, war die Studienleiterin bewusst nicht Teil des Behandler*innen-Teams, um eine Vermischung von verschiedenen Interessen zu verhindern. Der Initiator der Studie, der Chefarzt einer der Kliniken ist, hat sich aus der Datenerhebung vollständig herausgehalten und auch im gesamten Verlauf bis zur Beendigung der Studie keinerlei Einsicht in die Daten erhalten.

In Studie II wurden per Online-Befragung insgesamt 138 Beschäftigte einer großen Psychiatrie in Hamburg mit zwei Standorten zu ihren Einstellungen und Emotionen verbunden mit Zwangsmaßnahmen untersucht. Hierfür wurde die *Staff Attitude to Coercion Scale* (SACS) (Husum et al., 2008) ins Deutsche übersetzt. Da nicht alle Forschungsfragen damit befriedigend beantwortet werden konnten, wurden zusätzliche Items entwickelt, die weitere, neue Aspekte beleuchteten (mit Zwangsmaßnahmen einhergehende Emotionen, Einstellung zu reflektierenden Interventionen, Risikofaktoren für Zwangsmaßnahmen aus Beschäftigtensicht). Diese neuen Aspekte sind in bisherigen Studien noch nicht ausreichend beleuchtet worden. Die neuen Items sind bis dato noch nicht validiert.

Der Großteil der Befragten war bereits direkt an der Durchführung von Zwangsmaßnahmen beteiligt und hatte somit einen engen Bezug zum Thema, was als Stärke der Studie betrachtet werden kann. Dennoch konnten somit Einstellungen von anderen Beschäftigten aus Psychiatrien zu Zwangsmaßnahmen in der Studie nicht erfasst werden. Die Teilnahme an der Studie war anonym und freiwillig, um Effekte der sozialen Erwünschtheit zu minimieren. Die Befragten äußerten sich insgesamt kritischer gegenüber Zwangsmaßnahmen als in früheren Studien. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass aufgrund der Tatsache, dass der Initiator der Studie der Chefarzt einer der beiden Studienstandorte ist, dennoch eine gewisse soziale Erwünschtheit im Antwortverhalten stattgefunden hat. Die Freiwilligkeit der Teilnahme führte zudem dazu, dass von etwa 1000 per E-Mail kontaktierten Personen nur etwa 13,8 % antworteten. Da die Teilnehmenden aus einer Klinik mit zwei

Standorten in Hamburg stammten, kann nicht mit gänzlicher Sicherheit geschlossen werden, dass sich die Ergebnisse auf Beschäftigte aus anderen Kliniken oder Ländern übertragen lassen. In der Studie wurden erstmalig systematisch Emotionen erfasst, die Beschäftigte während der Durchführung von Zwangsmaßnahmen erleben. Bei der gestellten Frage – „Welche Gefühle empfinden Sie, wenn sie an die Durchführung von Zwangsmaßnahmen denken?“ – kann jedoch nicht mit Sicherheit geschlossen werden, dass die rückblickend erinnerten Gefühle auch identisch mit denen sind, welche die Beschäftigten in der konkreten Situation erleben.

Zukünftige Forschung sollte dem Ziel gewidmet werden, noch besser zu verstehen, weshalb sich die Anwendung von Zwangsmaßnahmen zwischen Ländern, Institutionen und einzelnen Stationen so sehr unterscheidet. Hier lässt sich vermuten, dass durch mehr Erkenntnisse die Durchführung von Zwang an vielen Stellen noch weiter reduziert werden kann. Ein spezifischer Fokus könnte auf Entscheidungsfindungsprozesse gerichtet werden: Wie, durch wen oder wann genau wird die Entscheidung getroffen, eine Zwangsmaßnahme durchzuführen? Weshalb entscheiden sich Mitarbeiter*innen für eine spezifische Maßnahme? Weshalb würden andere Mitarbeiter*innen in derselben Situation anders entscheiden? Weshalb genau vermuten manche Beschäftigte, dass Zwangsmaßnahmen häufig vermieden werden könnten, während andere nicht dieser Meinung sind (wie Studie II ergab)?

Zukünftige Studien sollten zudem verstärkt den Fokus auf die Präferenzen und individuellen Einstellungen von betroffenen Patient*innen richten, um noch besser zu verstehen, wie Behandlungsverläufe auf Akutstationen mit so wenig Zwang wie möglich vonstattengehen und wie Patient*innen noch stärker in Entscheidungen hinsichtlich ihrer Behandlung miteinbezogen werden können. Da randomisiert-kontrollierte Studien im Bereich der Akutpsychiatrie ethisch schwierig zu rechtfertigen sind, wären cluster-randomisierte Studien denkbar, in denen z. B. ganze Stationen miteinander verglichen werden. Ein Fokus könnte dabei auf der Verhinderung von weiteren Zwangsmaßnahmen liegen, indem man z. B. verschiedene Stations-

konzepte miteinander vergleicht. Auch die weitere Erforschung einzelner Interventionen, wie Behandlungsvereinbarungen, strukturierter Nachbesprechungen oder Team-Supervisionen zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen, bedarf weiterer Forschung. Bisher gibt es aufgrund fehlender Studien nicht ausreichend Evidenz dafür, dass diese Interventionen zukünftige Zwangsmaßnahmen reduzieren oder verhindern. In der Folge der im Rahmen der Dissertation durchgeführten Studien wurde ein Forschungsantrag zu Nachbesprechungen von Zwangsmaßnahmen von der Arbeitsgruppe bereits vorbereitet. Zudem sollten weitere Schulungen und Trainings für Beschäftigte entwickelt werden, welche die gewonnenen Erkenntnisse zu Einstellungen und Emotionen beinhalten. Auch diese sollten hinsichtlich ihrer Wirksamkeit evaluiert werden.

5.5 Klinische Implikationen und Schlussfolgerungen

Durch die Ergebnisse der beiden Studien ergaben sich in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Asklepios Klinik Nord Wandsbek konkrete Veränderungen auf den Akutstationen. Auf der Grundlage der Ergebnisse konnte auf der neu eröffneten Station ein „weicher Raum“ geschaffen werden, in dem man sich in akuten Situationen nicht verletzen kann. Dies wurde in der vorliegenden Studie von den Befragten am ehesten akzeptiert, sollten Zwangsmaßnahmen als unausweichlich erscheinen. Somit kann den Betroffenen jetzt eine weitere, „mildere Maßnahme“ angeboten werden, sollte es zu akuter Eigen- oder Fremdgefährdung kommen. Zudem wurden Sportgeräte im Innenhof aufgestellt und Bewegungstherapien angeboten, damit die Betroffenen die Möglichkeit haben, sich trotz der Behandlung auf einer geschützten Station ausreichend zu bewegen. Dies wurde von den Befragten in der Studie I als hilfreich erachtet, um Zwangsmaßnahmen auf den Akutstationen zu verhindern. Aus den beiden Studien entstanden zudem weitere Forschungsprojekte, die in den Kliniken Wandsbek und Ochsenzoll bereits umgesetzt wurden oder sich aktuell in Vorbereitung befinden.

Die Reduktion oder gar die Vermeidung von Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken ist ein komplexes Unterfangen, welches verschiedene Maßnahmen und Interventionen erfordert (Hirsch & Steinert, 2019). Patient*innen zeigen sehr individuelle Einstellungen und Präferenzen bezüglich Zwangsmaßnahmen. Was als am ehesten akzeptabel erachtet wird, unterscheidet sich individuell und sollte bestenfalls mit jedem Betroffenen für einen möglichen zukünftigen Klinikaufenthalt festgehalten werden. Hierfür bieten sich z. B. Behandlungsvereinbarungen an. Mehr als die Hälfte der befragten Patient*innen in der aktuellen Studie würde eine solche Intervention bevorzugen. Der stärkere Einbezug von Patient*innen in ihre Behandlung, auch im akuten Setting, kann das Gefühl von Autonomie stärken und die therapeutische Beziehung fördern.

Um den Zweck zu verfolgen, Zwangsmaßnahmen weiter zu reduzieren, sollten sich Stationsteams darüber bewusst werden, welche individuellen Faktoren in ihrem spezifischen Setting die Wahrscheinlichkeit für Zwangsmaßnahmen erhöhen. Hier können sowohl strukturelle als auch patient*innenbezogene Faktoren eine Rolle spielen. Welche veränderbar sind (z. B. Belegung der Station, personelle Besetzung, räumliche Faktoren usw.), gilt es, individuell in einer Institution bzw. in einem Team zu eruieren.

Weiterhin erscheinen spezifische Trainingsprogramme oder Mitarbeiter*innenschulungen als sinnvoll, welche die Erkenntnisse über den Einfluss von individuellen Einstellungen und Emotionen hinsichtlich Zwangsmaßnahmen beinhalten. Mitarbeiter*innen müssen sich bezüglich ihrer Handlungen, Entscheidungen und auch über deren Auswirkungen auf die Patient*innen bewusst sein und diese immer wieder reflektieren. Der Reflexion muss regelmäßige Zeit und Priorität eingeräumt werden, denn ansonsten bestünde die Gefahr, dass die Maßnahmen im Alltagsgeschäft „untergehen“. Eine solche Möglichkeit könnte eine regelmäßige Team-Supervision oder Intervision darstellen, z. B. in festen zeitlichen Abständen oder nach jeder durchgeführten Zwangsmaßnahme. Auch die Nachbesprechungen von Zwangsmaßnahmen sowohl mit den betroffenen Patient*innen, aber auch im Team, bieten die

Chance der Reflexion der Maßnahmen und des eigenen Handelns und Erlebens. Aus den Studienergebnissen ergab sich in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Asklepios Klinik Nord Wandsbek die Motivation, ein nachfolgendes Forschungsprojekt zu diesem Thema zu fokussieren. Aktuell befindet sich eine Studie zu Nachbesprechungen von Zwangsmaßnahmen in Vorbereitung.

Die verschiedenen Berufsgruppen mit ihren unterschiedlichen Einstellungen und Emotionen sollten in regelmäßigen Austausch auf Augenhöhe treten, denn die Ergebnisse der vorliegenden Studie lassen darauf schließen, dass es Unterschiede zwischen Berufsgruppen und auch zwischen Berufsanfänger*innen und erfahrenen Beschäftigten in den Einstellungen zu Zwangsmaßnahmen gibt. Erfahrene Personen zeigen sich kritischer hinsichtlich der Maßnahmen, was darauf schließen lässt, dass sich Einstellungen über die Zunahme der Berufserfahrung verändern können. Es wird daher empfohlen, Stationsteams mit sehr erfahrenen und weniger erfahrenen Beschäftigten zu mischen.

Zusammenfassend wird empfohlen, den Fokus verstärkt auf die Reflexionsfähigkeit von Beschäftigten, aber auch von Patient*innen zu richten und in einen offenen Dialog über die Maßnahmen zu treten. Dies erscheint unabdinglich, wenn das Ziel verfolgt werden soll, Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken weiter zu reduzieren.

Literatur

- Aasland, O. G., Husum, T. L., Førde, R. & Pedersen, R. (2018). Between authoritarian and dialogical approaches: Attitudes and opinions on coercion among professionals in mental health and addiction care in Norway. *International Journal of Law and Psychiatry*, 57, 106–112.
<https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2018.02.005>
- Adorjan, K., Steinert, T., Flammer, E., Deister, A., Koller, M., Zinkler, M. et al. (2017). Zwangsmaßnahmen in deutschen Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. Eine Pilotstudie der DGPPN zur Erprobung eines einheitlichen Erfassungsinstrumentes. *Der Nervenarzt*, 88(7), 802–810.
<https://doi.org/10.1007/s00115-016-0261-3>
- Anderl-Doliwa, B., Breitmaier, J., Claus, S., Elsner, S. & Kuntz-Sommer, B. (2014). Leitlinie für den Umgang mit aggressivem Verhalten. Prävention Therapie Zwangsmaßnahmen. Zugriff am 24.06.2020. Verfügbar unter
https://www.lapk-rlp.de/wp-content/uploads/140908_Leitlinie_fuer_den_Umgang_mit_aggressivem_Verhalten_2.pdf
- Armgar, C., Schaub, M., Hoffmann, K., Illes, F., Emons, B., Jendreyshak, J. et al. (2013). Negative Emotionen und Verständnis – Zwangsmaßnahmen aus Patientensicht. *Psychiatrische Praxis*, 40, 278–284.
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2019). *Principles of Biomedical Ethics* (8th ed.). Oxford University Press.
- Bergk, J., Einsiedler, B., Flammer, E. & Steinert, T. (2011). A randomized controlled comparison of seclusion and mechanical restraint in inpatient settings. *Psychiatric Services*, 62(11), 1310–1317.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.62.11.1310>

- 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. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(4), 465–473.
- Bonner, G. & Wellman, N. (2010). Postincident Review of Aggression and Violence in Mental Health Settings. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 48(7), 35–40.
- Bowers, L., Alexander, J., Bilgin, H., Botha, M., Dack, C., James, K. et al. (2014). Safewards: the empirical basis of the model and a critical appraisal. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21, 354–364.
<https://doi.org/10.1111/jpm.12085>
- Bregar, B., Skela-Savič, B. & Plesničar, B. K. (2018). Cross-sectional study on nurses' attitudes regarding coercive measures: the importance of socio-demographic characteristics, job satisfaction, and strategies for coping with stress. *BMC Psychiatry*, 18(171). <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1756-1>
- Chieze, M., Hurst, S., Kaiser, S. & Sentissi, O. (2019). Effects of Seclusion and Restraint in Adult Psychiatry: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, 10(July), 1–19. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00491>
- Cowman, S., Björkdahl, A., Clarke, E., Gethin, G. & Maguire, J. (2017). A descriptive survey study of violence management and priorities among psychiatric staff in mental health services, across seventeen european countries. *BMC Health Services Research*, 17(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-1988-7>
- Dahm, K. T., Jensen, J. O., Husum, T. L. & Leiknes, K. A. (2016). Interventions for Reducing Coercion in Mental Health for Adults: A Systematic Review and the Impact of Updating. *Journal of Brain Sciences*, 1(1), 1–23.
<https://doi.org/10.18488/journal.83/2015.1.1/83.1.1.23>

- Dalgleish, T. & Power, M. J. (1999). *Handbook of Cognition and Emotion. Behaviour Research and Therapy*. Chichester: John Wiley & Sons.
[https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(00\)00008-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00008-5)
- Van Doeselaar, M., Slegers, P. & Hutschemaekers, G. (2008). Professionals' attitudes toward reducing restraint: The case of seclusion in The Netherlands. *Psychiatric Quarterly*, 79(2), 97–109. <https://doi.org/10.1007/s11126-007-9063-x>
- Duxbury, J. & Whittington, R. (2005). Causes and management of patient aggression and violence: Staff and patient perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 469–478. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03426.x>
- Eich, E., Killstrom, J. F., Bower, G. H., Forgas, J. P. & Niedenthal, P. M. (2000). *Cognition and Emotion*. New York: Oxford University Press.
- Flammer, E. & Steinert, T. (2019). Das Fallregister für Zwangsmaßnahmen nach dem baden- württembergischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz : Konzeption und erste Auswertungen. *Psychiatrische Praxis*, 46(2), 82–89.
- Frueh, B. C., Knapp, R. G., Cusack, K. J., Grubaugh, A. L., Sauvageot, J. A., Cousins, V. C. et al. (2005). Special section on seclusion and restraint: Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. *Psychiatric Services*, 56(9), 1123–1133. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.9.1123>
- Garfinkel, S. N., Zorab, E., Navaratnam, N., Engels, M., Mallorquí-Bagué, N., Minati, L. et al. (2015). Anger in brain and body: The neural and physiological perturbation of decision-making by emotion. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 11(1), 150–158. <https://doi.org/10.1093/scan/nsv099>
- Gather, J., Noeker, M. & Juckel, G. (2017). *LWL-Standard zur Vermeidung, Anwendung und Dokumentation von freiheitsentziehenden Maßnahmen und Zwangsbehandlungen in der Psychiatrie*. Lengerich: Pabst Science Publishers.

- Georgieva, I., Mulder, C. L. & Wierdsma, A. (2012). Patients' preference and experiences of forced medication and seclusion. *Psychiatric Quarterly*, 83(1), 1–13. <https://doi.org/10.1007/s11126-011-9178-y>
- Gerace, A. & Muir-Cochrane, E. C. (2019). Perceptions of nurses working with psychiatric consumers regarding the elimination of seclusion and restraint in psychiatric inpatient settings and emergency departments: An Australian survey. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28, 209–225. <https://doi.org/10.1111/inm.12522>
- Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG). (2020). *Gesetze und Verordnungen. Landesrecht NRW*. Zugriff am 13.4.2020. Verfügbar unter: https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_bes_text?sg=0&menu=1&bes_id=4853&aufgehoben=N&anw_nr=2
- Gooding, P., McSherry, B. & Roper, C. (2020). Preventing and reducing 'coercion' in mental health services: an international scoping review of English-language studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1–13. <https://doi.org/10.1111/acps.13152>
- Goulet, M. & Larue, C. (2016). Post-Seclusion and/or Restraint Review in Psychiatry: A Scoping Review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(1), 120–128. The Authors. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.09.001>
- Goulet, M. H., Larue, C. & Lemieux, A. J. (2018). A pilot study of "post-seclusion and/or restraint review" intervention with patients and staff in a mental health setting. *Perspectives in Psychiatric Care*, 54(2), 1–9. <https://doi.org/10.1111/ppc.12225>
- Hamburgisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (HmbPsychKG). (2019). Zugriff am 13.4.2020. Verfügbar unter: <http://www.landesrecht-hamburg.de/jportal/portal/page/bshaprod.psml?nid=t&showdoccase=1&doc.id=jlr-PsychKGHAV5P18&st=null>

- Hammervold, U. E., Norvoll, R., Aas, R. W. & Sagvaag, H. (2019). Post-incident review after restraint in mental health care -a potential for knowledge development, recovery promotion and restraint prevention. A scoping review. *BMC Health Services Research*, 19(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4060-y>
- Hautzinger, M. (1998). *Depression*. Göttingen: Hogrefe.
- Haw, C., Stubbs, J., Bickle, A. & Stewart, I. (2011). Coercive treatments in forensic psychiatry: a study of patients' experiences and preferences. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 22(4), 564–585.
<https://doi.org/10.1080/14789949.2011.602097>
- Hemamalini, S., Mendonsa, R., Karkal, R., Kakunje, A. & Chandran, V. V. M. (2017). Attitudes of psychiatrists towards coercive measures in psychiatry : A case vignette study. *Indian Journal of Basic and Applied Medical Research*, 6(2), 298–304.
- Henderson, C., Flood, C., Leese, M., Thornicroft, G., Sutherby, K. & Szmukler, G. (2004). Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. *BMJ*, 329, 136.
<https://doi.org/10.1136/bmj.38155.585046.63>
- Heumann, K., Bock, T. & Lincoln, T. M. (2017). Bitte macht (irgend) was ! Eine bundesweite Online- Befragung Psychiatrieerfahrener zum Einsatz milderer Maßnahmen zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen. *Psychiatrische Praxis*, 44(02), 85–92. <https://doi.org/10.1055/s-0041-109033>
- Hirsch, S. & Steinert, T. (2019). Measures to avoid coercion in psychiatry and their efficacy. *Deutsches Ärzteblatt Online*, 116(19), 336–343.
<https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0336>
- Hotzy, F. & Jaeger, M. (2016). Clinical relevance of informal coercion in psychiatric treatment-A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 1–12.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00197>

- Huckshorn, K. A. (2006). *Six Core Strategies for Reducing Seclusion and Restraint Use*©. Alexandria: National Association of State Mental Health Program Directors. Zugriff am 24.06.2020. Verfügbar unter <https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/Consolidated%20Six%20Core%20Strategies%20Document.pdf>
- Husum, T. L., Finset, A. & Ruud, T. (2008). The Staff Attitude to Coercion Scale (SACS): Reliability, validity and feasibility. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31(5), 417–422. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2008.08.002>
- Husum, T. L., Bjørngaard, J. H., 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 services research*, 10, 89. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-89>
- Husum, T. L., Bjørngaard, J. H., Finset, A. & Ruud, T. (2011). Staff attitudes and thoughts about the use of coercion in acute psychiatric wards. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(9), 893–901. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0259-2>
- Ishida, T., Katagiri, T., Uchida, H., Takeuchi, H., Sakurai, H., Watanabe, K. et al. (2014). Incidence of Deep Vein Thrombosis in Restrained Psychiatric Patients. *Psychosomatics*, 55(1), 69–75. <https://doi.org/10.1016/j.psym.2013.04.001>
- de Jong, M. H., Kamperman, A. M., Oorschot, M., Priebe, S., Bramer, W., van de Sande, R. et al. (2016). Interventions to reduce compulsory psychiatric admissions. *JAMA Psychiatry*, 73(7), 657. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0501>
- Juckel, G. & Haußleiter, I. (2015). Involuntary admissions in accordance to the mental health act (PsychKG) – What are the strongest predictors? Die stationäre Unterbringung nach dem Psychisch- Kranken-Gesetz (PsychKG NRW) – was sind die stärksten Prädiktoren? *Psychiatrische Praxis*, 133–139.

- Kersting, X. A. K., Hirsch, S. & Steinert, T. (2019). Physical harm and death in the context of coercive measures in psychiatric patients: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry, 10*. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00400>
- Khazaal, Y., Chatton, A., Pasandin, N., Zullino, D. & Preisig, M. (2009). Advance directives based on cognitive therapy: A way to overcome coercion related problems. *Patient Education and Counseling, 74*(1), 35–38. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.08.006>
- Khazaal, Y., Manghi, R., Delahaye, M., Machado, A., Penzenstadler, L. & Molodynski, A. (2014). Psychiatric advance directives, a possible way to overcome coercion and promote empowerment. *Frontiers in Public Health, 2*, 1–5. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2014.00037>
- Kisely, S. R., Campbell, L. A. & O'Reilly, R. (2017). Compulsory Community and Involuntary Outpatient Treatment for People with Severe Mental Disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews, (3)*, 1–60. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004408.pub5>.
- Klinge, V. (1994). Staff opinions about seclusion and restraint at a state forensic hospital. *Hospital & community psychiatry, 45*(2), 138–41.
- Korkeila, H., Koivisto, A. M., Paavilainen, E. & Kylmä, J. (2016). Psychiatric Nurses' Emotional and Ethical Experiences Regarding Seclusion and Restraint. *Issues in Mental Health Nursing, 37*(7), 464–475. <https://doi.org/10.3109/01612840.2016.1163626>
- Laiho, T., Lindberg, N., Joffe, G., Putkonen, H., Hottinen, A., Kontio, R. et al. (2014). Psychiatric staff on the wards does not share attitudes on aggression. *International Journal of Mental Health Systems, 8*(14), 1–7.
- LeBel, J. L., Duxbury, J. A., Putkonen, A., Sprague, T., Rae, C. & Sharpe, J. (2014). Multinational Experiences in Reducing and Preventing the Use of Restraint and Seclusion. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 52*(11), 22–29.

- Lepping, P., Masood, B., Flammer, E. & Noorthoorn, E. O. (2016). Comparison of restraint data from four countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(9), 1301–1309.
<https://doi.org/10.1007/s00127-016-1203-x>
- Lerner, J. S., Li, Y., Valdesolo, P. & Kassam, K. S. (2015). Emotion and decision making. *The Annual Review of Psychology*, 66, 799–823.
<https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115043>
- Lind, M., Kaltiala-Heino, R., Suominen, T., Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. (2004). Nurses' ethical perceptions about coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(4), 379–385.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2004.00715.x>
- Luciano, M., Sampogna, G., Vecchio, V. Del, Pingani, L., Palumbo, C., Rosa, C. De et al. (2014). Use of coercive measures in mental health practice and its impact on outcome: a critical review. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 14(2), 131–141.
<https://doi.org/10.1586/14737175.2014.874286>
- Mahler, L., Jarchov-Jádi, I., Montag, C. & Gallinat, J. (2013). *Das Weddinger Modell: Resilienz- und Ressourcenorientierung im klinischen Kontext* (1. Auflage.). Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Mahler, L., Heinz, A., Jarchov-Jádi, I., Bermpohl, F., Montag, C. & Wullschleger, A. (2019). Therapeutische Haltung und Strukturen in der (offenen) Akutpsychiatrie: das Weddinger Modell Therapeutic attitudes and structures in (open) acute psychiatry: the Wedding model. *Der Nervenarzt*, 7(90), 700–704.
<https://doi.org/10.1007/s00115-019-0741-3>
- Maître, E., Debien, C., Nicaise, P., Wyngaerden, F., Le Galudec, M., Genest, P. et al. (2013). Les directives anticipées en psychiatrie: Revue de la littérature qualitative, état des lieux et perspectives. *Encephale*, 39(4), 244–251.
<https://doi.org/10.1016/j.encep.2012.10.012>

- Mangaoil, R. A., Cleverley, K. & Peter, E. (2018). Immediate Staff Debriefing Following Seclusion or Restraint Use in Inpatient Mental Health Settings: A Scoping Review. *Clinical Nursing Research*, 1–40.
<https://doi.org/10.1177/1054773818791085>
- Martin, V., Kuster, W., Baur, M., Bohnet, U., Hermelink, G., Knopp, M. et al. (2007). Die Inzidenz von Zwangsmaßnahmen als Qualitätsindikator in psychiatrischen Kliniken. Probleme der Datenerfassung und -verarbeitung und erste Ergebnisse. *Psychiatrische Praxis*, 75(34), 26–33.
- Molewijk, B., Kok, A., Husum, T., Pedersen, R. & Aasland, O. (2017). Staff's normative attitudes towards coercion: The role of moral doubt and professional context - A cross-sectional survey study. *BMC Medical Ethics*, 18(1), 1–14.
<https://doi.org/10.1186/s12910-017-0190-0>
- Murphy, T. & Bennington-Davis, M. (2005). *Restraint and Seclusion. The Model for Eliminating Their Use in Healthcare*. Marblehead: HCPro.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2015). *Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. NICE guideline*. Verfügbar unter: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10/resources/violence-and-aggression-shortterm-management-in-mental-health-health-and-community-settings-pdf-1837264712389>
- Needham, H., Dip, G. & Sands, N. (2010). Post-Seclusion Debriefing: A Core Nursing Intervention. *Perspectives in Psychiatric Care*, 46(3), 221–233.
<https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2010.00256.x>
- Nelstrop, L., Chandler-Oatts, J., Bingley, W., Bleetman, T., Corr, F., Cronin-Davis, J. et al. (2006). A systematic review of the safety and effectiveness of restraint and seclusion as interventions for the short-term management of violence in adult psychiatric inpatient settings and emergency departments. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3(1), 8–18.

- Nicaise, P., Lorant, V. & Dubois, V. (2013). Psychiatric Advance Directives as a complex and multistage intervention: A realist systematic review. *Health and Social Care in the Community*, 21(1), 1–14.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2012.01062.x>
- Noorthoorn, E., Lepping, P., Janssen, W., Hoogendoorn, A., Nijman, H., Widdershoven, G. et al. (2015). One-year incidence and prevalence of seclusion: Dutch findings in an international perspective. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(12), 1857–1869. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1094-2>
- O'Donoghue, B., Lyne, J., Hill, M., Larkin, C., Feeney, L. & O'Callaghan, E. (2010). Involuntary admission from the patients' perspective. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(6), 631–638.
<https://doi.org/10.1007/s00127-009-0104-7>
- Paksarian, D., Mojtabai, R., Kotov, R., Cullen, B., Nugent, K. L. & Bromet, E. J. (2014). Perceptions of hospitalization-related trauma and treatment participation among individuals with psychotic disorders. *Psychiatric Services*, 65(2), 266–269. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200556>.
- Raboch, J., Kalisová, L., Nawka, A., Kitzlerová, E., Onchev, G., Karastergiou, A. et al. (2010). Use of coercive measures during involuntary hospitalization: findings from ten European countries. *Psychiatric Services*, 61(10), 1012–1017.
- Reisch, T., Beerli, S., Klein, G., Meier, P., Pfeifer, P., Buehler, E. et al. (2018). Comparing Attitudes to Containment Measures of Patients, Health Care Professionals and Next of Kin. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 1–8.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00529>
- Ruchlewska, A., Wierdsma, A. I., Kamperman, A. M., Van Der Gaag, M., Smulders, R., Roosenschoon, B. J. et al. (2014). Effect of crisis plans on admissions and emergency visits: A randomized controlled trial. *PLoS ONE*, 9(3), 1–7.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0091882>

- Sailas, E. & Wahlbeck, K. (2005). Restraint and seclusion in psychiatric inpatient wards. *Current Opinion in Psychiatry*, 18(5), 555–559.
<https://doi.org/10.1097/01.yco.0000179497.46182.6f>
- Scanlan, J. N. (2010). Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings: what we know so far a review of the literature. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(4), 412–423.
<https://doi.org/10.1177/0020764009106630>
- Sequeira, H. & Halstead, S. (2004). The psychological effects on nursing staff of administering physical restraint in a secure psychiatric hospital : ‘ When I go home , it ’ s then that I think about it ’. *The British Journal of Forensic Practice*, 6(1), 3–15. <https://doi.org/10.1108/14636646200400002>
- Sheehan, K. A. & Burns, T. (2011). Perceived coercion and the therapeutic relationship: a neglected association? *Psychiatric services*, 62, 471–476.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.62.5.471>
- Simon, A. (2014). Zwischen Selbstbestimmung und Zwang: Zwangsbehandlung in der Psychiatrie aus ethischer Perspektive. Between Autonomy and Coercion: Compulsory Treatment in Psychiatry from an Ethical Perspective. *Psychiatrische Praxis*, 41, 58–62.
- Steinert, T. & Kallert, T. W. (2006). Medikamentöse Zwangsbehandlung in der Psychiatrie. *Psychiatrische Praxis*, 33(4), e1–e12.
<https://doi.org/10.1055/s-2005-867054>
- Steinert, T., Lepping, P., Bernhardsgrütter, R., Conca, A., Hatling, T., Janssen, W. et al. (2010). Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals : a literature review and survey of international trends. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 889–897.
<https://doi.org/10.1007/s00127-009-0132-3>
- Steinert, T. (2011). Nach 200 Jahren Psychiatrie: Sind Fixierungen in Deutschland unvermeidlich? *Psychiatrische Praxis*, 38(7), 348–351.

- Steinert, T., Birk, M., Flammer, E. & Bergk, J. (2013). Subjective Distress After Seclusion or Mechanical Restraint: One-Year Follow-Up of a Randomized Controlled Study. *Psychiatric Services*, 64(10), 1012–1017. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200315>
- Steinert, T., Zinkler, M., Elsässer-Gaimaier, H. P., Starrach, A., Hoppstock, S. & Flammer, E. (2015). Langzeittendenzen in der Anwendung von Fixierungen und Isolierungen in fünf psychiatrischen Kliniken. *Psychiatrische Praxis*, 42(7), 377–383. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1370174>
- Steinert, T., Hirsch, S. & Gerlinger, G. (2018). S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“.
- Sutton, D., Webster, S. & Wilson, Mi. (2014). Debriefing following seclusion and restraint. A summary of relevant literature. Zugriff am 24.06.2020. Verfügbar unter <https://openrepository.aut.ac.nz/bitstream/handle/10292/9084/debriefing-following-seclusion-and-restraint-281014.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Teichert, M., Schäfer, I. & Lincoln, T. M. (2016). Wo ein Wille ist, ist auch ein Weg? Eine bundesweite Onlinebefragung von Psychiatern zum Einsatz von Alternativen zu Zwangsmaßnahmen. *Psychiatrische Praxis*, 43(2), 101–106. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1387431>
- Thomsen, C., Starkopf, L., Hastrup, L. H., Andersen, P. K., Nordentoft, M. & Benros, M. E. (2017). Risk factors of coercion among psychiatric inpatients: a nationwide register-based cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(8), 979–987. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1363-3>
- Thornicroft, G., Farrelly, S., Szmukler, G., Birchwood, M., Waheed, W., Flach, C. et al. (2013). Clinical outcomes of Joint Crisis Plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: A randomised controlled trial. *The Lancet*, 381, 1634–1641. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60105-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60105-1)

- Valenti, E., Giacco, D., Katasakou, C. & Priebe, S. (2014). Which values are important for patients during involuntary treatment? A qualitative study with psychiatric inpatients. *J Med Ethics*, *40*, 832–6.
<https://doi.org/10.1136/medethics-2011-100370>
- Veltkamp, E., Nijman, H., Stolker, J. J., Frigge, K., Dries, P. & Bowers, L. (2008). Patients' preferences for seclusion or forced medication in acute psychiatric emergency in the Netherlands. *Psychiatric services*, *59*(2), 209–211.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.59.2.209>
- Vishnivetsky, S., Shoval, G., Leibovich, V., Giner, L., Mitrany, M., Cohen, D. et al. (2013). Seclusion room vs. physical restraint in an adolescent inpatient setting: Patients' attitudes. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, *50*(1), 6–10.
- Whitecross, F., Seear, A. & Lee, S. (2013). Measuring the impacts of seclusion on psychiatry inpatients and the effectiveness of a pilot single-session post-seclusion counselling intervention. *International Journal of Mental Health Nursing*, *22*, 512–521. <https://doi.org/10.1111/inm.12023>
- Whittington, R., Bowers, L., Nolan, P., Simpson, A. & Neil, L. (2009). Approval ratings of inpatient coercive interventions in a national sample of mental health service users and staff in England. *Psychiatric Services*, *60*(6), 792–798.
- Wilson, C., Rouse, L., Rae, S. & Ray, M. K. (2017). Is Restraint a „Necessary Evil“ in Mental Health Care? Mental Health Inpatients' and Staff Members' Experience of Physical Restraint. *International Journal of Mental Health Nursing*, *26*(5), 500–512.
- Wullschleger, A., Mielau, J., Mahler, L., Vandamme, A. & Montag, C. (2018a). Beiträge zur Vermeidung von Zwang in der Akutpsychiatrie Contributions to reduce coercion in psychiatric care. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, *86*(08), 500–508.

- Wullschleger, A., Vandamme, A., Ried, J., Pluta, M., Montag, C. & Mahler, L. (2018b). Standardisierte Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen auf psychiatrischen Akutstationen: Ergebnisse einer Pilotstudie Standardized Debriefing of Coercive Measures on Psychiatric Acute Wards: A Pilot Study Einleitung Methodik. *Psychiatrische Praxis*.
<https://doi.org/10.1055/a-0651-6812>
- Wynn, R. (2003). Staffs' attitudes to the use of restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital. *Nordic Journal of Psychiatry*, (12), 453–459.
<https://doi.org/10.1080/08039480310003470>

Appendix A: Volltext der Publikationen

A.1 Studie I

Psychiatry Research 260 (2018) 478–485



Contents lists available at ScienceDirect

Psychiatry Research

journal homepage: www.elsevier.com/locate/psychres



Patients' attitudes towards and acceptance of coercion in psychiatry

Eva Krieger^{a,b,*}, Steffen Moritz^b, Ricarda Weil^b, Matthias Nagel^a

^a Department of Psychiatry and Psychotherapy, Asklepios Clinic Nord-Wandsbek, Jüthornstraße 71, 22043 Hamburg, Germany

^b University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Department of Psychiatry and Psychotherapy, Martinistr. 52, 20246 Hamburg, Germany



ARTICLE INFO

Keywords:

Involuntary treatment
Compulsory treatment
Hospitalization
Restraint
Seclusion
Forced medication

ABSTRACT

Coercive interventions for psychiatric patients are controversial. Research on different preventive measures has increased over the last years. The present study examined patients' attitudes towards and understanding of previously experienced coercive measures as well as their preferences related to coercive measures and possible alternatives. In total, 213 patients who had experienced coercion and 51 patient controls (patients staying voluntarily on a closed ward with no coercive treatment) from three acute wards were examined via expert interviews and questionnaires in the framework of a naturalistic trial. Assessments included a new self-developed questionnaire as well as instruments measuring psychopathology. Patients who had experienced coercion differed from controls in both symptoms and insight into their illness. As expected, "noninvasive measures" (e.g., the use of a "soft room," observation in seclusion) were better accepted by patients than "invasive measures" (e.g., mechanical restraint, forced medication). Forced medication and mechanical restraint were less well accepted than involuntary hospitalization, seclusion, or video surveillance. The retrospective understanding of coercive measures increased over the course of treatment. In addition, patients rated a number of options for reducing coercion on the wards, particularly music or exercises. A large subgroup indicated they would like to discuss future admissions with the staff.

1. Introduction

Coercive interventions (CI) in psychiatry, such as mechanical restraint, seclusion, or forced medication, are increasingly seen as controversial by both patients and clinicians and are considered as *ultima ratio*, to be only used when standard procedures have failed and patients are a danger to themselves or others. Psychiatrists often find themselves caught in an ethical dilemma between protecting their patient's autonomy and fulfilling their obligation to provide medical care (Simon, 2014).

A literature review revealed a dearth of empirical data about the prevalence of restraint and seclusion (Steinert et al., 2010). Coercion differs greatly in terms of frequency and type of measures used, depending on the institution (Martin et al., 2007b) and country (Raboch et al., 2010; Steinert et al., 2010; Martin et al., 2007a). The widely inconsistent application of CI emphasizes that more research is needed to better understand the relationships between different person-related as well as contextual factors (e.g., patient, staff, or institutional factors) and the use of CI. More insight may foster consensus (Raboch et al., 2010). Since there is insufficient evidence for the safety or effectiveness of CI (Nelstrop et al., 2006), research about the prevention or reduction of coercion in psychiatry is increasing (de Jong et al., 2016; Gaskin

et al., 2007; Scanlan, 2010). Nevertheless, there is still a knowledge gap concerning patient and staff attitudes towards compulsory interventions. The use of coercion is emotionally stressful for many patients (Armgarth et al., 2013) as well as for staff members (Wynn, 2003). However, Duxbury and Whittington (2005) showed that there are strong differences in the way patients and staff perceive aggression and its management. Several studies with different research aims have assessed patients' experiences of coercive measures or involuntary admissions (Armgarth et al., 2013; Fugger et al., 2016; Haw et al., 2011; Iversen et al., 2011; Katsakou et al., 2012, 2010; Katsakou and Priebe, 2006; Keski-Valkama et al., 2010; Kontio et al., 2012; Larue et al., 2013; Mayers et al., 2010; McLaughlin et al., 2016; Mellow et al., 2017; Miellau et al., 2016a; O'Donoghue et al., 2010a; Priebe et al., 2010, 2009; Soininen et al., 2013; Valenti et al., 2014; Vishnivetsky et al., 2013). A number of studies focused on involuntary admissions. O'Donoghue et al. (2010) found that as many as 72% of patients believed that their involuntary hospitalization had been necessary. This statement was moderated by patients' insight into their illness. Furthermore, the authors found a significant change in perspectives of one third of the participants to a rather neutral or negative view. A literature review on the outcomes of involuntary hospital admissions shows that between 33% and 81% of patients rated their coercive treatment as

* Corresponding author.

E-mail addresses: ev.krieger@asklepios.com (E. Krieger), moritz@uke.de (S. Moritz), ricarda.weil@gmx.de (R. Weil), ma.nagel@asklepios.com (M. Nagel).

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.029>

Received 1 February 2017; Received in revised form 11 December 2017; Accepted 12 December 2017

Available online 13 December 2017

0165-1781/© 2017 Elsevier B.V. All rights reserved.

beneficial and the admission as justified. The positive views increased over time. Nevertheless, a large subgroup of patients did not feel that the treatment was helpful (Katsakou and Priebe, 2006). In a large sample, 2326 involuntarily admitted patients' views on their admission were assessed in 11 countries. After one month, 55% thought that their involuntary admission was justified; after 3 months, the agreement had increased to 63% (Priebe et al., 2010). In a different study, the same authors found that after one year, only 40% of the formerly admitted patients considered their admission justified (Priebe et al., 2009). A secondary analysis from the EUNOMIA study with 2030 participants across ten countries identified forced medication as the only CI that was significantly associated with patient disapproval of treatment (McLaughlin et al., 2016). According to a recent American study (Paksarian et al., 2014), more than two thirds of psychotic patients perceived at least one of their hospitalizations as traumatic. Other studies have assessed the experiences evoked by different coercive measures, mostly seclusion and/or restraint (Armstrong et al., 2013; Iversen et al., 2011; Keski-Valkama et al., 2010; Kontio et al., 2012; Larue et al., 2013; Mellow et al., 2017; Soininen et al., 2013). Patients' predominant emotions related to CI are usually rage, anger, and desperation (Armstrong et al., 2013; Haw et al., 2011). In retrospect, however, one third of the patients reported understanding the need for coercion (Armstrong et al., 2013). All but one study (Iversen et al., 2011) found a rather negative appraisal of the treatment (Keski-Valkama et al., 2010; Kontio et al., 2012; Soininen et al., 2013) or great variance in their perceptions of their seclusion or restraint experiences (Larue et al., 2013). Future research should further focus on why the patients' views regarding their treatment differ so widely. Fugger et al. (2016) investigated patients' subjective perceptions during and after belt fixation. Contrary to the researchers' hypothesis, patients' attitudes towards the measure remained unchanged over time. Symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD) were noted in one quarter of the patients. Studies on patient's attitudes towards forced medication are rare, based on a literature review (Jarrett et al., 2008). Most available research has focused on only one or two CI but has not included the more common measures.

Few studies have investigated patients' preferences for specific types of coercive measures, and, again, conclusions vary widely (Georgieva et al., 2012; Haw et al., 2011; Veltkamp et al., 2008; Vishnivetsky et al., 2013; Whittington et al., 2009). Whittington et al. (2009) examined the approval ratings for 11 coercive interventions among 1361 patients and 1226 staff members in England via the Attitudes to Containment Measures Questionnaire (ACMQ). Patients strongly disapproved of net beds, mechanical restraint, and intramuscular medication, whereas intermittent observation, time-outs, and PRN medication (medication taken as needed) represented preferred methods. However, Haw et al. (2011), who investigated forensic patients, found that a majority of patients preferred intramuscular medication over seclusion. A similar result was presented by Georgieva et al. (2012), who asked 161 patients before their discharge from closed wards for their preferred coercive measures if required in the future; the majority (57%) preferred the use of forced medication in future emergencies. Their choices were strongly influenced by their prior experiences with coercion: patients who had experienced no coercion, or seclusion and forced medication preferred forced medication for future stays; those who had experienced only seclusion also favored seclusion for the future. Veltkamp and colleagues (Veltkamp et al., 2008) came to a different conclusion when comparing seclusion and forced medication. They found no difference in the effectiveness or aversiveness of these two forms of coercion, and an equal number of patients preferred both measures. A study from Israel investigated adolescent patients' attitudes towards seclusion versus restraint (Vishnivetsky et al., 2013). Seventy percent preferred seclusion over restraint, and more than 80% experienced seclusion as less threatening than restraint. Emotions such as shame, discomfort, or anger appeared significantly less during seclusion. In contrast, Bergk et al. (2011) found no difference between the subjective restrictiveness

of mechanical restraint and seclusion, as measured with the Coercion Experience Scale (Bergk et al., 2010). In fact, no coercive measure was deemed superior with respect to safety or from an ethical perspective. In conclusion, results from the literature differ widely with respect to patients' attitudes and preferences regarding CI.

According to Bergk et al. (2011), patients' preferences and former experiences should be integrated into future clinical decisions. Valenti et al. (2014) come to a similar conclusion: considering patients' views and involving them in the treatment process is an important factor in protecting patients' autonomy. As preventive measures against coercion, patients called for more one-on-one conversations and better communication with staff members (Mielau et al., 2016b). Similarly, another recent study (Heumann et al., 2015) found that patients perceived most milder noncoercive interventions as helpful in preventing coercion, especially physical activity, addressing their fears and needs, and shared decision-making. Kontio et al. (2012) gave recommendations for nursing practice based on interviews with patients to improve the situation during seclusion or restraint, such as a more comfortable environment or patient-staff agreements.

For the present study, a new questionnaire was developed to examine patients' attitudes towards coercion. The study examined whether patients experiencing CI differ from those who stay voluntarily on a closed ward (i.e., no coercive measures adopted) with respect to demographic and psychopathological parameters. The control group was examined to distinguish between coercion-related and other (e.g., ward-specific) factors. Another aim was to assess patients' emotional strain in response to CI using established scales for depression. Furthermore, patients' understanding of a variety of ongoing methods of CI (involuntary admission, mechanical restraint, seclusion, forced medication, video surveillance) was evaluated at two points in time. Video surveillance on psychiatric wards is only allowed temporarily and under specific circumstances by law (e.g., the patient agrees to the surveillance). As there is no consensus on how to classify surveillance, the current study added video surveillance as one method of CI. The study also investigated which forms of CI patients with a history of CI would prefer if CI were considered inevitable in the future. Patients were asked for their perspective on possible means of reducing coercion. To the best of our knowledge, this is the first study to assess patients' preferences regarding prevalent specific forms of CI, their accompanying emotions, and their understanding of the experience as measured at different sites and different points in time using both interviews and self-assessments.

2. Methods

This study was set up as an exploratory and naturalistic study. The study was carried out on three acute wards. Besides demographic data, the study also investigated patients' attitudes towards and understanding of CI and treatment in general, their well-being and insight into their illness, and their subjective rating of different forms of CI (involuntary hospitalization, mechanical restraint, seclusion, forced medication, and video surveillance). Interviewers were not members of the staff, and participation of patients was strictly anonymous to ensure a high level of openness and response validity.

2.1. Participants

Between July 2014 and December 2015, a total of 1282 patients were admitted involuntarily on three psychiatric intensive care units (PICUs) at the Asklepios Clinic North in Hamburg, Germany, which has a catchment area of about 600,000 residents. Two hundred and sixty-four patients consented to participate in our study. Of these, 213 had been hospitalized involuntarily and some had experienced an additional form of CI (mechanical restraint, seclusion, forced medication, and/or video surveillance). In these cases, assessment was carried out at least 4 or 5 days after the CI was finished. This delay was chosen so that

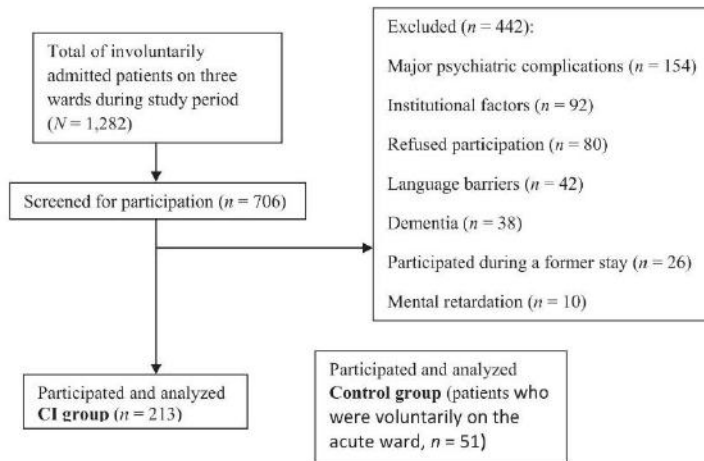


Fig. 1. Flowchart of participants.

patients could gain some temporal and cognitive distance from the coercive measure. Furthermore, 51 patients who were staying at the PICU voluntarily consented to participate as a control group.

General exclusion criteria were dementia, mental retardation, major psychiatric complications (e.g., severe suicidal tendencies or a high level of aggression), language barriers, institutional factors (e.g., a patient staying for only one night and thus not being assessed), refusal to participate, or participation during a former stay. Before inclusion of a particular patient, interviewers consulted staff. The aims of the study were explained to the patients in detail; their right to refrain from participation at any time was emphasized. Written informed consent was requested for participation as well as for publication of the anonymized data. Fig. 1 presents a flowchart of the participants in the study.

2.2. Design

Each assessment, which consisted of an interview and a questionnaire, lasted about 1.5 h. Every participant was initially requested to answer general questions on their demographic variables and psychopathology, their psychiatric treatment, and, if applicable, prior coercive measures (e.g., those who had been secluded were asked to answer questions about their experiences of and attitudes towards seclusion). For the group of patients whose admission had been voluntary, general questions about their attitudes to coercion in psychiatry were posed.

2.3. Interview and assessment

Participants were interviewed by a psychologist and diagnosed by the physician in charge. The following scales were administered:

- *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS; Overall and Gorham, 1962): The BPRS is one of the most frequently used assessments for evaluating a wide range of psychiatric symptoms, including psychotic features (e.g., suspiciousness).
- *Global Assessment of Functioning* (GAF; American Psychiatric Association, 1989): This scale is used to score the severity of illness and disability in terms of the general level of functioning; its score ranges between 1 (persistent danger of hurting self or others) and 100 (superior functioning).
- *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II; Beck et al., 1996; German translation: Hautzinger et al., 2006): This scale assesses the severity of 21 depressive symptoms. The BDI-II has a satisfactory to good internal consistency and test-retest reliability (Kühner et al., 2007).

- *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9; Löwe et al., 2002): This screening instrument assesses the severity of depression; its nine items match DSM criteria for depression. The PHQ-9 has an excellent internal reliability and test-retest reliability (Kroenke et al., 2001).
- *Insight Scale* (IS; Birchwood et al., 1994): This scale consists of 8 items and measures patients' insight into their illness along three dimensions. For the present study, the total score was used. A score higher than 9 indicates good clinical insight. The psychometric properties of the English version are satisfactory (Birchwood et al., 1994).
- We devised a new questionnaire¹ (Krieger et al., 2017) that investigates the attitudes of patients who have experienced coercion in the past. The patient's understanding of five common forms of CI (i.e., involuntary hospitalization, mechanical restraint, seclusion, forced medication, and video surveillance) and the accompanying emotions are rated at two points in time (in hindsight for the time during the application of the CI and at the time of the assessment for their current attitude). The scale asks patients for their preferences if coercive measures are deemed inevitable in the future as well as their personal suggestions for reducing the need for coercive interventions. The scale also asks for attitudes towards coercive measures that had not been used at the trial sites or that were currently not available in Germany (a "soft room," a one-on-one patient sitter, manual restraint [holding]). Items are rated from 1 (*strongly agree*) to 4 (*strongly disagree*); lower mean scores indicate stronger agreement. The questionnaire was inspired by scales developed by Bergk et al. (2010; items about experiences during coercive measures; not presented here), Armgart et al. (2013; items about emotions accompanying coercive measures), and O'Donoghue et al. (2010; especially the items about the involuntary admission process; not presented here).

2.4. Strategy of data analyses

We aimed to recruit at least 200 participants for the CI group in order to have a representative sample size and to be able to generalize the findings. To identify group differences between the CI and the control group (demographic and treatment-related variables as well as psychopathology) we computed *t*-tests for independent samples. To

¹ The questionnaire will be provided to interested persons. Please send an email to ev.krieger@asklepios.com.

Table 1
Participant characteristics: frequency or means and standard deviation (in parentheses).

	CI group (n = 213)	Control group (n = 51)	Statistics
<i>Demographic variables</i>			
female/male (%)	46.2/53.8	43.1/56.9	$\chi^2(1) = 0.16, p = 0.691$
Age	42.57 (13.05)	42.45 (12.42)	$t(262) = 0.06, p = 0.952, d = 0.01$
Nationality (native German/other) (%)	78.4/21.6	72.5/27.5	$\chi^2(1) = 0.8, p = 0.370$
Years of formal education	10.52 (1.74)	10.54 (1.64)	$t(258) = 0.08, p = 0.938, d = 0.01$
<i>Treatment-related variables</i>			
Patients under guardianship (yes/no/formerly) (%)	55.8/40.9/3.4	32.7/65.3/2	$\chi^2(2) = 9.55, p = 0.008$
Number of prior hospitalizations	7.71 (11.17)	8.13 (10.83)	$t(245) = 0.23, p = 0.816, d = 0.04$
Number of prior involuntary hospitalizations	3.38 (6.07)	0.56 (1.05)	$t(239.846) = 6.23, p < 0.001, d = 0.65$
Number of prior mechanical restraints	1.84 (5.80)	0.31 (0.85)	$t(229.177) = 3.58, p < 0.001, d = 0.37$
Number of prior seclusions	0.56 (2.59)	0.33 (1.08)	$t(247) = 0.60, p = 0.549, d = 0.10$
Number of prior periods of forced medication	1.32 (4.26)	0.25 (0.73)	$t(229.492) = 3.32, p = 0.001, d = 0.35$

Table 2
Psychopathology: means and standard deviation.

Psychopathology	CI group M (SD)	Control group M (SD)	Statistics
BDI-II	11.73 (11.74)	18.23 (12.69)	$t(155) = 3.03, p = 0.003, d = 0.53$
PHQ-9	8.51 (6.46)	11.27 (6.48)	$t(201) = 2.52, p = 0.012, d = 0.43$
GAF	18.19 (6.74)	20.64 (5.30)	$t(52) = 1.12, p = 0.269, d = 0.40$
BPRS	73.87 (13.36)	71.31 (14.64)	$t(56) = 0.59, p = 0.554, d = 0.18$
Insight Scale	6.35 (3.5)	7.96 (2.75)	$t(89.481) = 3.43, p = 0.001, d = 0.50$

measure the change in understanding of a specific CI across time, we asked about the participants' experience during the application of the measure and their appraisal of it in hindsight. Again, scores were compared using independent *t*-tests. With respect to patients' preferences for future CI, we calculated an exploratory factor analysis with varimax rotation to determine underlying factors. Scree plot inspection (a graphical depiction of the eigenvalue curve) and the Kaiser-Guttman criterion were used to select underlying factors. Furthermore, we calculated a four-way mixed variance analysis (ANOVA) to explore whether preferences for CI are moderated by gender or diagnosis. Preferences for seven measures, as well as options to reduce coercion, were analyzed via univariate ANOVA with repeated measures using pairwise post-hoc comparisons. The alpha level was set at $p < 0.05$, two-tailed.

3. Results

3.1. Participant characteristics

Table 1 displays a comparison of patients' characteristics in both groups. For the CI group, the main diagnoses were as follows: 71.1% schizophrenia spectrum disorder, 10% substance abuse or intoxication, 12.8% affective disorder (including bipolar disorder), 3.3% personality disorders, and 2.8% other diagnoses. In total, 33.6% had a comorbidity with substance abuse or intoxication. For the control group, diagnoses were as follows: 51.0% schizophrenia spectrum disorders, 21.6% substance abuse/intoxication, 19.6% affective disorders, and 7.8% personality disorders. In total, 45.1% had a comorbidity with substance abuse/intoxication.

All participants in the CI group ($n = 213$) had been admitted involuntarily. During their current stay, 78 (36.6%) had experienced mechanical restraint, 32 (15.0%) had been isolated, 30 (14.1%) had been given forced medication, and 20 (9.4%) had been monitored via video. In addition to the involuntary admission, 21.1% experienced one coercive measure, 19.7% experienced two additional measures, and 3.8% experienced three measures.

Table 2 displays group differences on the psychopathological scales. The control group displayed significantly higher scores for depression.

The correlation between BDI-II and PHQ-9 sum scores was statistically significant, $r(152) = 0.76, p < 0.001$. Most participants could be classified as 'seriously ill' according to BPRS cut-offs (Leucht et al., 2005) and had a low level of functioning according to the GAF. Both groups showed low illness insight; insight was significantly lower in the CI group.

3.2. Emotions experienced during currently applied measures

Table 3 presents the percentage of participants who experienced various emotions during mechanical restraint, forced medication, seclusion, and involuntary hospitalization. Patients were only asked about their emotions related to measures patients had previously experienced. As expected, the majority of the participants felt negative emotions such as helplessness or desperation during the measures. About 40% reported feeling indifferent regarding the CI. Positive emotions such as a sense of safety or relief were experienced mainly during an involuntary hospitalization.

3.3. Understanding of prior coercive measures

Participants in the CI group were asked for their understanding of the coercive measures during the current admission. They were asked to provide their retrospective rating of their experiences for two points in time: during the use of the coercive measure (e.g. "I understood why I was being secluded.") and at the time of the interview ("Now, in hindsight, I understand why I was secluded."). Patients expressed the highest level of understanding of the reasons for involuntary hospitalization (49.0%). Patients expressed the least understanding of forced medication (13.0%), followed by seclusion and mechanical restraint (both 24.0%). The understanding of forced medication, seclusion, and mechanical restraint increased significantly during the period of hospitalization. The understanding of mechanical restraint increased the least over time, whereas the understanding of seclusion increased the most. Table 4 shows the percentage of participants who showed an understanding of the measures and their mean scores. Higher scores indicate a lower level of understanding of the specific measure.

A subsidiary analysis showed that 57.2% (strongly agree or rather

Table 3
Percentage of “yes” responses to “During the coercive measure, I experienced the following emotions.”.

Emotion	Mechanical restraint (n = 62)	Forced medication (n = 24)	Seclusion (n = 20)	Involuntary hospitalization (n = 175)
Helplessness	80.6	66.7	90.0	65.7
Desperation	75.0	54.2	73.7	63.0
Shame/degradation	72.1	62.5	60.0	54.3
Rage	70.5	54.2	65.0	59.4
Fear	67.7	45.8	55.0	52.0
Sadness/loneliness	64.5	62.5	65.0	72.6
Aggression	57.4	41.7	50.0	41.6
Disorientation	45.9	33.3	30.0	32.4
Indifference	41.9	45.8	36.8	38.9
Sense of safety	35.5	25.0	27.8	53.3
Relief	31.1	8.7	21.2	46.5

Note. Possible answers were either “yes” or “no”; multiple responses were allowed. Not every participant answered all items of the questionnaire, so sample sizes differ.

Table 4
Mean scores, standard deviation, and percent positive understanding of the coercive measures.

Coercive measure	Mean (SD) Understanding during coercive measure [% positive agreement]	Mean (SD) Understanding in hindsight [% positive agreement]	Statistics
Involuntary hospitalization	2.62 (1.3) [49%]	–	–
Forced medication	3.52 (0.9) [13%]	2.61 (1.4) [50%]	$t(22) = 3.43, p = 0.002, d = 0.77$
Mechanical restraint	3.35 (1.1) [24%]	2.98 (1.2) [38%]	$t(54) = 2.08, p = 0.042, d = 0.30$
Seclusion	3.05 (1.3) [24%]	2.30 (1.4) [60%]	$t(19) = 2.88, p = 0.010, d = 0.56$
Video surveillance	2.67 (1.4) [44%]	2.33 (1.6) [56%]	$t(8) = 0.71, p = 0.500, d = 0.23$

Note. Items are rated from 1 (*strongly agree*) to 4 (*strongly disagree*). *Strongly agree* and *rather agree* are combined to yield the percentage of positive agreement.

agree) of the patients in the CI group endorsed the statement “I would favor taking medication against my will at home over taking it in a hospital,” whereas in the control group only 42.9% agreed. The difference was not statistically significant ($\chi^2(1, N = 266) = 2.8, p = 0.095$).

In addition, 53.3% (*strongly agree* or *rather agree*) agreed with the statement “If I am hospitalized again, I would appreciate planning the treatment process with the staff.” In the control group, a similar percentage, 55.1%, agreed with this statement.

3.4. Patients’ preferences related to specific measures

Both scree-plot inspection and the Kaiser-Guttman criterion suggested a two-factor solution that explained 60.40% of the variance for the preference scale. The Kaiser-Meyer-Olkin measure, a criterion for the appropriateness of a data set, was 0.76, suggesting good suitability of data. The first factor was named “noninvasive measures”—observation via a window in seclusion (0.84), video surveillance in seclusion (0.82), a “soft room” (0.68), and a one-on-one patient sitter (0.51)—and explained 33.66% of the variance. The second factor was named “invasive measures”—mechanical restraint (0.85), forced medication (0.84), and manual restraint (0.58)—and explained 26.74% of the variance.

Subsequently, we calculated a four-way mixed variance analysis (ANOVA). Gender (male, female) and diagnostic status (schizophrenia vs. other diagnosis) served as the between-subject factors; measure (invasive, noninvasive) was the within-subject measure. Appraisal of the measures represented the dependent variable. The main effect of the measure was significant. “Invasive measures” were rejected significantly more often than “noninvasive measures,” $F(1, 171) = 34.05, p < 0.001, \eta^2_{\text{partial}} = 0.166$. No interaction with gender or diagnosis could be found ($p > 0.6$). No differences in preferences could be found for diagnosis, $F(1, 171) = 0.474, p = 0.49$, or gender, $F(1, 171) = 2.37, p = 0.13$. A significant interaction emerged for gender and

Table 5
Agreement with the question “If coercive interventions against my will are necessary, I would prefer ...”.

Coercive measure	Agreement M (SD)
soft room	2.46 (1.26)
one-on-one patient sitter	2.56 (1.31)
observation through window (seclusion)	2.84 (1.16)
video surveillance (seclusion)	2.92 (1.16)
forced medication	3.07 (1.16)
manual restraint	3.18 (1.10)
mechanical restraint	3.19 (1.05)

Note. Agreement is rated from 1 (*strongly agree*) to 4 (*strongly disagree*).

diagnosis, $F(1, 171) = 7.38, p = 0.007, \eta^2_{\text{partial}} = 0.041$. Female participants with schizophrenia and male participants with other diagnoses rejected coercive measures more than male participants with schizophrenia or females with other diagnoses.

To follow up on the main effect of coercive measures, we looked at individual preferences for specific measures. Table 5 shows the preferences (“If coercive interventions against my will are necessary, I would prefer ...”) in descending order. Every participant had to rate seven measures, independent of their own experiences. As can be seen, a “soft room” was viewed as most acceptable, whereas manual restraint and mechanical restraint were least acceptable. Significant differences for post-hoc pairwise comparisons ($p < 0.05$) were as follows. A soft room was significantly more acceptable than all the other measures except a one-on-one patient sitter; a numeric but insignificant difference emerged in favor of “soft room.” Acceptance of a one-on-one patient sitter was significantly higher than the following measures: video surveillance, forced medication, manual restraint, and mechanical restraint. No significant difference was found between observation through a window and video surveillance.

3.5. Options to reduce coercion

Participants in the CI group were asked to rate different options to reduce coercion during their hospital stay. Pairwise comparisons suggested that music ($M = 1.4$, $SD = 0.79$, 89.2% approval), sports/exercise ($M = 1.5$, $SD = 0.9$, 88.3%), and relaxation ($M = 1.5$, $SD = 0.9$, 86.5%) received the highest approval (as manifested in a lower score), followed by better communication with the staff ($M = 1.6$, $SD = 0.9$, 85.9%), acute medication ($M = 1.6$, $SD = 0.98$, 84.7%), having a trusted person on the ward ($M = 1.6$, $SD = 0.9$, 84.3%), and more one-on-one conversations ($M = 1.7$, $SD = 0.98$, 80.8%). Provision of a smokers' room ($M = 1.9$, $SD = 1.2$, 71.1%) and a low-stimulus environment ($M = 2.0$, $SD = 1.1$, 68.0%) received the least approval. As mentioned in the methods section, lower mean scores indicate higher agreement.

4. Discussion

The present study examined patients' appraisal and understanding of various coercive measures (i.e., involuntary hospitalization, seclusion, mechanical restraint, forced medication) on psychiatric wards and the emotions these evoke as well as individual preferences if coercion is considered inevitable in the future. Participants were also asked to rate various options that might help to reduce compulsory interventions. A total of 213 consecutively admitted patients who had experienced coercion during their stay and 51 patients who were voluntarily staying on a PICU and who had experienced no CI were assessed with a newly developed questionnaire. Special care was taken to ensure that the assessors were independent, that is, not part of the treatment team, to minimize conflicts of interest and maximize the openness of patients. We will first report the main findings and then disclose the limitations. Then, our conclusions and suggestions for future research will be presented.

The overall psychopathology did not differ between the CI group and controls. Yet, the CI group showed fewer symptoms of depression and anxiety and, as expected, less insight into their illness compared to the control group. No differences emerged for the variables of 'nationality' or 'first language' regarding the number of coercive interventions during the current hospital stay. This seems to contradict results from a large sample investigated by Juckel and Haufleiter (2015), which identified migration background as a predictor of involuntary admission. This discrepancy may be explained by the fact that we could not include patients with significant language barriers, which meant that non-native speakers were underrepresented in our study. In line with Armgart et al. (2013), the majority of patients experienced negative emotions such as helplessness, desperation, shame, or rage during the CI. A smaller percentage also felt relief or a sense of safety; positive emotions were predominantly disclosed in response to involuntary admission, suggesting that for some patients a closed ward is seen as a safe environment. This ties in well with a rather high understanding (49%) of involuntary admissions relative to other measures. The understanding of forced medication, seclusion, and mechanical restraint increased significantly during the period of hospitalization, which is in accordance with some previous studies (Katsakou and Priebe, 2006; Priebe et al., 2010). The understanding of seclusion increased the most during the treatment, which is in line with our finding that, for future CI, patients would prefer seclusion over forced medication, mechanical restraint, or manual restraint. This is in agreement with Georgieva et al. (2012) who concluded that past experiences influence future preferences of measures. The result is also in line with Vishnivetsky et al. (2013) who inferred that seclusion rooms are preferred and are experienced as less frightening than restraint.

As expected, we found that "invasive measures" such as mechanical restraint, forced medication, and manual restraint were rejected significantly more often than noninvasive measures such as video surveillance (seclusion), observation via window (seclusion), or "soft

rooms." If a CI against the patient's will is considered inevitable in the future, those in the CI group would prefer a soft room or one-on-one patient sitter; they were most disapproving of mechanical restraint and manual restraint. In contrast to a prior study (Georgieva et al., 2012), patients showed a very low preference for forced medication. Our results fit the finding by McLaughlin and colleagues that forced medication is significantly associated with a stronger refusal of the treatment (McLaughlin et al., 2016). More than half of our participants indicated that they would appreciate planning a possible future hospital stay with the staff, which was higher than in a prior study (O'Donoghue et al., 2010b). Even though it might be difficult in many acute situations to discuss further treatment with patients, staff should try to involve the patient in decision-making, for example, by offering options in case a CI is required. This corroborates with prior findings from Valenti et al. (2014), who concluded that involving patients in their treatment plan can protect their autonomy. Joint crisis plans or psychiatric advance directives are interventions that include patients' preferences in case of emergencies and seem to be beneficial with respect to patients' perceptions of compulsory admission (Maître et al., 2013). There is evidence that joint crisis plans can also help reduce compulsory admissions in patients with severe mental illness (de Jong et al., 2016; Henderson et al., 2004; Ruchlewska et al., 2014) and have a positive effect on subsequent therapeutic relationships (Nicaise et al., 2013; Thornicroft et al., 2013). However, more research is needed on crisis plans as this is a complex and yet not well understood intervention. Another result of our study is that more than half of the participants would prefer to take their forced medication at home, if required, which is currently not legal in Germany. This percentage is higher than in a study by O'Donoghue and colleagues, (2010b), who found a preference of 41%. This result is noteworthy against the background of emerging alternative concepts such as home or community treatment that are increasingly being implemented and that aim to reduce hospital admissions and relapse rates. Nevertheless, there is currently insufficient evidence for its effectiveness, and more randomized controlled trials are required to resolve this issue (Burns et al., 2013; Burns and Molodynski, 2014; Maughan et al., 2014).

Similar to the results of another study (Heumann et al., 2015), patients regarded complementary therapeutic offers such as music, exercise, or relaxation as helpful in avoiding coercion. Surprisingly, a low-stimulus environment, which is often recommended by physicians and nurses, was rated as least helpful by patients.

Since there is insufficient evidence for the safety or effectiveness of CI (Nelstrop et al., 2006) and randomized controlled trials are difficult to realize for both ethical and legal reasons, it is hard to argue that clinicians should decide alone which form of CI is the most helpful for a patient. In our opinion, further research should therefore focus on patients' preferences as well as on staff and on institution-related factors that can help reduce coercion.

4.1. Limitations

A number of limitations need to be acknowledged. We developed a new questionnaire that awaits independent validation. The study design was naturalistic; no randomized control procedures could be carried out. The interviews were conducted at various times, depending on the patients' ability to participate in the assessment. The patient's understanding of the CI was assessed in hindsight during the interview and thus might be prone to memory biases. Furthermore, some coercive measures were applied rarely, resulting in small subgroups with low statistical power (e.g., participants who experienced seclusion or video surveillance). A subgroup (11.3%) refused to participate in the study, which might be interpreted as an indication for a strong rejection of the psychiatric system and/or psychiatric treatment in general. Patients staying for only a very short period of time (e.g., one night due to intoxication) were also not included. Finally, the severity of patients' disorders could have biased the results. Poor attention, perceptual

problems, memory biases, or misattribution, elicited, for example, by psychotic symptoms, may have influenced the data in ways that are hard to predict.

4.2. Conclusions

The current study suggests that patients have ambivalent attitudes towards CI; there are marked differences across the measures, and CI is not rejected by all patients. Psychiatric wards should offer flexible and “milder” CI options, taking into account what the individual patient considers mild. Staff should try to involve patients as much as possible and be clinically reasonable in the treatment process (shared decision-making), which may ameliorate fear, prevent trauma, and foster adherence. Reflection on possible future hospital stays by staff with patients, such as through the joint creation of a crisis plan, is recommended. Such a plan could incorporate the individual patient's treatment preferences for future psychiatric emergencies, which would be appreciated by many patients. This could help to increase patients' active involvement in their treatment process and thereby reduce feelings of helplessness or desperation. Further research on the effectiveness and implementation of crisis plans is required to build an evidence-based foundation before this approach can become a routine intervention. A detailed debriefing after any CI should be a standard procedure and could help both patients and staff cope with the experience, as it can be an emotional strain for all involved parties. In our opinion, one focus of future research should be on generating new noninvasive treatment options for acute psychiatric patients in order to prevent coercion. Patients perceive therapeutic offers, as well as sports, music, or relaxation, as helpful in avoiding coercion or shortening its application. There seems to be the potential to reduce rates of coercion through milder alternatives and special options (e.g., playing or listening to music, exercise therapy, using sports equipment, relaxation groups) on acute wards. Their practicability and effectiveness should be examined in further studies and reviewed on the wards.

Acknowledgments

This study was funded by Asklepios proresearch. The funding organization did not interfere with the design or conduct of the study; collection, management, analysis, and interpretation of the data; preparation, review, or approval of the manuscript; or decision to submit the manuscript for publication. No other funds were received. Sincere thanks are given to Christian Kolossa for the preparation of some of the data.

References

- American Psychiatric Association, 1989. Diagnostische Kriterien und Differentialdiagnosen des Diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen DSM-III. GAF-Skala. Global Assessment of Functioning Scale, In: DSM-III-R. Beltz, Basel.
- Armigart, C., Schaub, M., Hoffmann, K., Illes, F., Emons, B., Jendreyshak, J., et al., 2013. Negative Emotionen und Verständnis – Zwangsmaßnahmen aus Patientensicht. *Psychiatr. Prax.* 40, 278–284.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Brown, G.K., 1996. Manual for the Beck Depression Inventory-II. Psychological Corporation, San Antonio, TX.
- Bergk, J., Einstädler, B., Flammer, E., Steinert, T., 2011. A randomized controlled comparison of seclusion and mechanical restraint in inpatient settings. *Psychiatr. Serv.* 62, 1310–1317. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.62.11.1310>.
- Bergk, J., Flammer, E., Steinert, T., 2010. “Coercion Experience Scale” (CES)-validation of a questionnaire on coercive measures. *BMC Psychiatry* 10. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-10-5>.
- Birchwood, M., Smith, J., Drury, V., Healy, J., Macmillan, F., Slade, M., 1994. A self-report Insight Scale for psychosis: reliability, validity and sensitivity to change. *Acta Psychiatr. Scand.* 89, 62–67.
- Burns, T., Molodynski, A., 2014. Community treatment orders: background and implications of the OCTET trial. *Psychiatr. Bull* 38, 3–5. <http://dx.doi.org/10.1192/pb.bp.113.04628>.
- Burns, T., Rugkåsa, J., Molodynski, A., Dawson, J., Yeeles, K., Vazquez-Montes, M., et al., 2013. Community treatment orders for patients with psychosis (OCTET): a randomised controlled trial. *Lancet* 381, 1627–1633. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60107-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60107-5).
- de Jong, M.H., Kamperman, A.M., Oorschot, M., Priebe, S., Bramer, W., van de Sande, R., et al., 2016. Interventions to Reduce Compulsory Psychiatric Admissions. *JAMA Psychiatry* 73, 657. <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0501>.
- Duxbury, J., Whittington, R., 2005. Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives. *J. Adv. Nurs.* 50, 469–478. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03426.x>.
- Fugger, G., Gleiss, A., Baldinger, P., Strnad, A., Kasper, S., Frey, R., 2016. Psychiatric patients' perception of physical restraint. *Acta Psychiatr. Scand.* 133, 221–231. <http://dx.doi.org/10.1111/acps.12501>.
- Gaskin, C.J., Elsom, S.J., Happell, B., 2007. Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities. *Rev. Lit. Br. J. Psychiatry* 191, 298–303. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.106.034538>.
- Georgieva, I., Mulder, C.L., Wiersma, A., 2012. Patients' preference and experiences of forced medication and seclusion. *Psychiatr. Q.* 83, 1–13. <http://dx.doi.org/10.1007/s11126-011-9178-y>.
- Hautzinger, M., Keller, F., Kühner, C., 2006. Das Beck Depressionsinventar II. Deutsche Bearbeitung und Handbuch zum BDI II. Harcourt Test Services, Frankfurt a. M.
- Haw, C., Stubbs, J., Bickle, A., Stewart, I., 2011. Coercive treatments in forensic psychiatry: a study of patients' experiences and preferences. *J. Forens. Psychiatry Psychol.* 22, 564–585. <http://dx.doi.org/10.1080/14789949.2011.602097>.
- Henderson, C., Flood, C., Leese, M., Thornicroft, G., Sutherby, K., Szmulder, G., 2004. Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. *BMJ* 329, 136. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.38155.585046.63>.
- Heumann, K., Bock, T., Lincoln, T.M., 2015. Bitte macht (irgend) was! Eine bundesweite Online-Befragung Psychiatererfahren zum Einsatz milderer Maßnahmen zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen Please do something – no matter what! A nationwide online survey of mental health service users about the use of alternatives to coercive measures. *Psychiatr. Prax.* <http://dx.doi.org/10.1055/s-0041-109033>.
- Iversen, V.C., Sallaup, T., Vaaler, A.E., Helvik, A.-S., Morken, G., Linaker, O., 2011. Patients' perceptions of their stay in a psychiatric seclusion area. *J. Psychiatr. Intensive Care* 7, 1–10. <http://dx.doi.org/10.1017/S1742646410000075>.
- Jarrett, M., Bowers, L., Simpson, A., 2008. Coerced medication in psychiatric inpatient care: literature review. *J. Adv. Nurs.* 64, 538–548. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04832.x>.
- Juckel, G., Haußleiter, I., 2015. Involuntary admissions in accordance to the mental health act (PsychKG) – What are the strongest predictors? Die stationäre Unterbringung nach dem Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG NRW) – was sind die stärksten Prädiktoren? *Psychiatr. Prax.* 133–139.
- Katsakou, C., Bowers, L., Amos, T., 2010. Coercion and treatment satisfaction among involuntary patients. *Psychiatr. Serv.* 61, 449–456. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.61.3.286>.
- Katsakou, C., Priebe, S., 2006. Outcomes of involuntary hospital admission - a review. *Acta Psychiatr. Scand.* 114, 232–241. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00823.x>.
- Katsakou, C., Rose, D., Amos, T., Bowers, L., McCabe, R., Oliver, D., et al., 2012. Psychiatric patients' views on why their involuntary hospitalisation was right or wrong: a qualitative study. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 47, 1169–1179. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-011-0427-z>.
- Keski-Valkama, A., Koivisto, A.M., Eronen, M., Kalliala-Heino, R., 2010. Forensic and general psychiatric patients' view of seclusion: a comparison study. *J. Forensic Psychiatry Psychol.* 21, 446–461. <http://dx.doi.org/10.1080/14789940903456569>.
- Kontio, R., Joffe, G., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Hane, K., Holi, M., et al., 2012. Seclusion and restraint in psychiatry: patients' experiences and practical suggestions on how to improve practices and use alternatives. *Perspect. Psychiatr. Care* 48, 16–24. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6163.2010.00301.x>.
- Krieger, E., Weil, R., Moritz, S., Nagel, M., 2017. Patients' Experiences of and Attitudes towards Coercion Scale.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., 2001. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J. Gen. Intern. Med.* 16, 606–613.
- Kühner, C., Bürger, C., Keller, F., Hautzinger, M., 2007. Reliabilität und Validität des revidierten Beck-Depressionsinventars (BDI-ID). *Nervenarzt* 6, 651–656. <http://dx.doi.org/10.1007/s00115-006-2098-7>.
- Larue, C., Dumais, A., Boyer, R., Goulet, M.-H., Bonin, J.-P., Baba, N., 2013. The experience of seclusion and restraint in psychiatric settings: perspectives of patients. *Issues Ment. Health Nurs.* 34, 317–324. <http://dx.doi.org/10.3109/01612840.2012.753558>.
- Leucht, S., Kane, J.M., Kissling, W., Hamann, J., Etschel, E.V.A., Engel, R., 2005. Clinical implications of Brief Psychiatric Rating Scale scores. *Br. J. Psychiatry* 187, 366–371.
- Löwe, B., Spitzer, R.L., Zipfel, S., Herzog, W., 2002. PHQ-D Gesundheitsfragebogen für Patienten. Komplettversion und Kurzform, 2. Auflage. ed. Pfizer, Heidelberg.
- Maître, E., Debien, C., Nicaise, P., Wyngaerden, F., Le Galudec, M., Genest, P., et al., 2013. Les directives anticipées en psychiatrie: revue de la littérature qualitative, état des lieux et perspectives. *Encephale* 39, 244–251. <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2012.10.012>.
- Martin, V., Bernhardsgrütter, R., Göbel, R., Steinert, T., 2007a. Ein Vergleich von Schweizer und deutschen Kliniken in Bezug auf die Anwendung von Fixierung und Isolierung. *Psychiatr. Prax.* 34, 212–217. <http://dx.doi.org/10.1055/s>.
- Martin, V., Kuster, W., Baur, M., Böhnet, U., Hermelink, G., Knopp, M., et al., 2007b. Die Inzidenz von Zwangsmaßnahmen als Qualitätsindikator in psychiatrischen Kliniken. Probleme der Datenerfassung und –verarbeitung und erste Ergebnisse. *Psychiatr. Prax.* 75, 26–33.
- Maughan, D., Molodynski, A., Rugkåsa, J., Burns, T., 2014. A systematic review of the effect of community treatment orders on service use. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 49, 651–663. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-013-0781-0>.

- Mayers, P., Keet, N., Winkler, G., Flisher, A.J., 2010. Mental health service users' perceptions and experiences of sedation, seclusion and restraint. *Int. J. Soc. Psychiatry* 56, 60–73. <http://dx.doi.org/10.1177/0020764008098293>.
- McLaughlin, P., Giacco, D., Priebe, S., 2016. Use of coercive measures during involuntary psychiatric admission and treatment outcomes: data from a prospective study across 10 European countries. *PLoS One* 11, 1–8. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0168720>.
- Mellow, A., Tickle, A., Rennoldson, M., 2017. Qualitative systematic literature review: the experience of being in seclusion for adults with mental health difficulties. *Ment. Heal. Rev. J.* 22, 1–15.
- Mielau, J., Altunbay, J., Gallinat, J., Heinz, A., Birmphohl, F., Lehmann, A., et al., 2016a. Subjective experience of coercion in psychiatric care: a study comparing the attitudes of patients and healthy volunteers towards coercive methods and their justification. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 266, 337–347. <http://dx.doi.org/10.1007/s00406-015-0598-9>.
- Mielau, J., Altunbay, J., Heinz, A., Reuter, B., Birmphohl, F., Rentzsch, J., et al., 2016b. Psychiatrische Zwangsmaßnahmen: Prävention und Präferenzen aus Patientensperspektive. *Psychiatr. Prax.* <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-105861>.
- Nelstrop, et al., 2006. A systematic review of the safety and effectiveness of restraint and seclusion as interventions for the short-term management of violence in adult psychiatric inpatient settings and emergency departments. *Worldviews Evid.-Based Nurs.* 3 (1), 8–18.
- Nicaise, P., Lorant, V., Dubois, V., 2013. Psychiatric advance directives as a complex and multistage intervention: a realist systematic review. *Heal. Soc. Care Community* 21, 1–14. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2524.2012.01062.x>.
- O'Donoghue, B., Lyne, J., Hill, M., Larkin, C., Feeney, L., O'Callaghan, E., 2010a. Involuntary admission from the patients' perspective. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 45, 631–638. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-009-0104-7>.
- O'Donoghue, B., Lyne, J., Hill, M., O'Rourke, L., Daly, S., Feeney, L., 2010b. Patient attitudes towards compulsory community treatment orders and advance directives. *Ir. J. Psychol. Med.* 27, 66–71. <http://dx.doi.org/10.1017/S0790966700001075>.
- Overall, J.E., Gorham, D.R., 1962. The brief psychiatric rating scale. *Psychol. Rep.* 10, 799–812.
- Paksarian, D., Mojtabai, R., Kotov, R., Cullen, B., Nugent, K.L., Bromet, E.J., 2014. Perceptions of hospitalization-related trauma and treatment participation among individuals with psychotic disorders. *Psychiatr. Serv.* 65, 266–269. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201200556>.
- Priebe, S., Katsakou, C., Amos, T., Leese, M., Morriss, R., Rose, D., et al., 2009. Patients' views and readmissions 1 year after involuntary hospitalisation. *Br. J. Psychiatry* 194, 49–54. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.108.052266>.
- Priebe, S., Katsakou, G., Glöckner, M., Dembinskas, A., Fiorillo, A., Karastergiou, A., et al., 2010. Patients' views of involuntary hospital admission after 1 and 3 months: prospective study in 11 European countries. *Br. J. Psychiatry* 196, 179–185. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.109.068916>.
- Raboch, J., Kalisová, L., Nawka, A., Kitzlerová, E., Onchev, G., Karastergiou, A., et al., 2010. Use of coercive measures during involuntary hospitalization: findings from ten European countries. *Psychiatr. Serv.* 61, 1012–1017.
- Ruchlewskaa, A., Wierdsma, A.J., Kamperman, A.M., Van Der Gaag, M., Smulders, R., Roosenschoon, B.J., et al., 2014. Effect of crisis plans on admissions and emergency visits: a randomized controlled trial. *PLoS One* 9, 1–7. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0091882>.
- Scanlan, J.N., 2010. Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings: what we know so far A review of the Literature. *Int. J. Soc. Psychiatry* 56, 412–423. <http://dx.doi.org/10.1177/0020764009106630>.
- Simon, A., 2014. Zwischen Selbstbestimmung und Zwang: Zwangsbehandlung in der Psychiatrie aus ethischer Perspektive. *Between autonomy and coercion: compulsory treatment in psychiatry from an ethical perspective. Psychiat. Prax* 41 (1), 58–62.
- Soininen, P., Välimäki, M., Nock, T., Puukka, P., Korkeila, J., Joffe, G., et al., 2013. Secluded and restrained patients' perceptions of their treatment. *Int. J. Ment. Health Nurs.* 22, 47–55. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00838.x>.
- Steinert, T., Lepping, P., Bernhardsgrütter, R., Conca, A., Hatling, T., Janssen, W., et al., 2010. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 45, 889–897. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-009-0132-3>.
- Thornicroft, G., Farrelly, S., Szukler, G., Birchwood, M., Waheed, W., Flach, C., et al., 2013. Clinical outcomes of Joint Crisis Plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: a randomised controlled trial. *Lancet* 381, 1634–1641. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60105-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60105-1).
- Valenti, E., Giacco, D., Katsakou, C., Priebe, S., 2014. Which values are important for patients during involuntary treatment? A qualitative study with psychiatric inpatients. *J. Med Ethics* 40, 832–836. <http://dx.doi.org/10.1136/medethics-2011-100370>.
- Veltkamp, E., Nijman, H., Stolker, J.J., Frigge, K., Dries, P., Bowers, L., 2008. Patients' preferences for seclusion or forced medication in acute psychiatric emergency in the Netherlands. *Psychiatr. Serv.* 59, 209–211. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.59.2.209>.
- Vishnivetsky, S., Shoval, G., Leibovich, V., Giner, L., Mitrany, M., Cohen, D., et al., 2013. Seclusion room vs. physical restraint in an adolescent inpatient setting: patients' attitudes. *Isr. J. Psychiatry Relat. Sci.* 50, 6–10.
- Whittington, R., Bowers, L., Nolan, P., Simpson, A., Neil, L., 2009. Approval ratings of inpatient coercive interventions in a national sample of mental health service users and staff in England. *Psychiatr. Serv.* 60, 792–798.
- Wynn, R., 2003. Staffs' attitudes to the use of restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital. *Nord. J. Psychiatry* 453–459. <http://dx.doi.org/10.1080/08039480310003470>.

A.2 Studie II

Received: 20 March 2019 | Revised: 12 April 2020 | Accepted: 17 April 2020

DOI: 10.1111/jpm.12643

ORIGINAL ARTICLE



Coercion in psychiatry: A cross-sectional study on staff views and emotions

Eva Krieger^{1,2} | Steffen Moritz² | Tania M. Lincoln³ | Rabea Fischer^{1,2} | Matthias Nagel^{1,4}

¹Department of Psychiatry and Psychotherapy, Asklepios Clinic Nord – Wandsbek, Hamburg, Germany

²Department of Psychiatry and Psychotherapy, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany

³Clinical Psychology and Psychotherapy, Institute of Psychology, Faculty of Psychology and Human Movement, Universität Hamburg, Hamburg, Germany

⁴Department of Psychiatry and Psychotherapy, University Medical Center Schleswig-Holstein, Luebeck, Germany

Correspondence

Eva Krieger, Department of Psychiatry and Psychotherapy, Asklepios Clinic Nord – Wandsbek, Jüthornstraße 71, 22043 Hamburg, Germany.
Email: eva.krieger@gmx.de

Funding Information

Asklepios proresearch

Accessible summary

What is known on the subject?:

- Coercive interventions (CI) in emergency psychiatry face increasing criticism, as they can be an emotional, even traumatic event for all persons involved. They are thus considered the last resort.
- The use of coercive interventions differs widely with regard to type and frequency of measures across different countries and institutions.
- Individual staff characteristics, such as attitudes towards coercion, may play a vital role in the management of aggression.
- Little is known about the influence of emotions of staff members on CI, but they are likely to play an important role.

What the paper adds to existing knowledge?:

- Most staff members surveyed had a rather critical view of coercion and considered it a "necessary evil."
- Staff members with the most work experience had a more critical view of coercion in comparison with less experienced staff. Nurses rated coercion more positively than did psychiatrists or psychologists.
- Emotions play an important role in decision-making processes. The current study systematically asked for accompanying emotions during the application of CI and looked for individual differences. A majority of the participants experienced compassion; about half felt helplessness, grief or anxiety. Almost 20% stated that they felt a sense of power. Older staff members more often felt anger or guilt; women felt less power than men did. Nurses felt more desperation than other occupational groups.
- Staff members consider reflective interventions, such as team supervisions or post-seclusion/restraint debriefings with the patient, as important. Nevertheless, only half reported that these interventions are carried out routinely.
- Staff members believe that certain risk factors (including stress, low staffing, a fully occupied ward and the presence of particular staff members) enhance the probability of CI.

What are the implications for practice?:

- To reduce the use of coercive interventions, we recommend that psychiatric teams include highly experienced staff members as work experience has a positive effect on the attitudes towards coercive interventions.
- Structured post-seclusion/restraint debriefings and team supervisions are considered helpful by staff members and are relatively easy to implement on acute wards. Enhancing staff members' ability to reflect on their own attitudes, emotions and actions is likely to reduce coercive interventions.

Abstract

Introduction: Little is known about staff attitudes towards coercive interventions (CI) and emotions accompanying these measures.

Aim: The current study assessed attitudes, views on reflective interventions and accompanying emotions of different occupational groups towards CI, as well as factors, that increase the probability of CI.

Method: Staff members ($N = 138$) of a large psychiatric hospital in Germany were assessed using the Staff Attitude to Coercion Scale (SACS) and newly developed items assessing staff members' emotions and views on coercion.

Results: Experienced staff members were most critical of coercion. Nurses rated coercion significantly more positively than other staff. A majority experienced compassion; about half felt helplessness, grief or anxiety. Almost 20% felt a sense of power. Nurses felt the most desperation. Participants strongly desired reflective measures such as post-seclusion/restraint debriefings with patients. According to staff members, stress on the wards and low staffing increases the probability of CI.

Discussion: The study assessed accompanying emotions during the application of CI. Attitudes towards coercion and emotions are associated with individual staff characteristics (e.g. profession, work experience).

Implications: The presence of experienced staff members may help prevent CI. Staff consider reflective interventions helpful in reducing CI.

KEY WORDS

compulsory treatment, forced medication, involuntary admission, mechanical restraint, seclusion

1 | INTRODUCTION

Coercive interventions (CI) in psychiatry are last-resort measures in the management of acute violent or suicidal behaviour. Coercive measures comprise formal coercion (exercised under the provisions of a mental health act), which are the focus of the present study (in particular involuntary admission, mechanical restraint, physical restraint, seclusion and forced medication), and various types of informal coercion (e.g. persuasion, threats). Whether or not they should be applied at all remains a controversial issue, as they impose high emotional strain on patients (Armstrong et al., 2013; Chieze, Hurst, Kaiser, & Sentissi, 2019; Frueh et al., 2005; Haw, Stubbs, Bickle, & Stewart, 2011). We

examined patients' attitudes towards and acceptance of coercion in a prior study (Krieger, Moritz, Weil, & Nagel, 2018) and found that the majority of patients felt negative emotions, such as helplessness or desperation during CI. A few studies show that high emotional strain is not only imposed on patients, but also imposed on staff members (Berry, Ford, Jellicoe-Jones, & Haddock, 2013; Bonner, Lowe, Rawcliffe, & Wellman, 2002; Wynn, 2003). Consequently, research efforts have been intensified with the aim to reduce or even prevent coercion in psychiatry (Dahm, Jensen, Husum, & Leiknes, 2016; Gaskin, Elsom, & Happell, 2007; Goulet, Larue, & Dumais, 2017; Hirsch & Steinert, 2019; Johnson, 2010; Scanlan, 2010; Stewart, Van der Merwe, Bowers, Simpson, & Jones, 2010; Wullschlegler, Mielau, Mahler, Vandamme, & Montag, 2018).

1.1 | Factors that may influence the use of coercion

In line with previous literature (Kalisova et al., 2014; Martin, Bernhardsgrütter, Göbel, & Steinert, 2007; Raboch et al., 2010; Steinert et al., 2010), the European Violence in Psychiatry Research Group states that there are a wide array of practices in the management of violence or aggression within European emergency psychiatry (Cowman, Björkdahl, Clarke, Gethin, & Maguire, 2017).

To account for the inconsistency of practices within and across countries, factors, such as ward characteristics (e.g. availability of different containment methods, staffing levels, male/female staff ratio, architectural factors) have been investigated for their explanatory power (Bregar, Skela-Savič, & Plesničar, 2018; Husum, Bjørngaard, Finset, & Ruud, 2010; Janssen, Noorthoorn, van Linge, & Lendemeijer, 2007; Pettit et al., 2017; Rohe et al., 2016). Some studies also discuss how staff characteristics affect CI. The most common factors reported are staff gender, staff work experience, and therapist-patient communication and relationship, as well as the individual characteristics of the staff (Beghi, Peroni, Gabola, Rossetti, & Cornaggia, 2013; De Benedictis et al., 2011; Doedens et al., 2017; Janssen et al., 2007).

1.2 | Psychiatric staff attitudes towards coercion and related emotions

One important individual factor that has an impact on the application of coercion is staff members' attitudes towards coercion (Husum, Bjørngaard, Finset, & Ruud, 2011). Staff attitudes towards coercion play a vital role in the management of aggression, but this topic is complex and the results are inconclusive. Wynn and colleagues (2003) assessed staffs' views on the use of restraint and seclusion. Most of the respondents felt that CI compromises the patients' integrity as well as the therapist-patient relationship and might frighten other patients. Yet, the majority of team members felt that staff generally apply the measures appropriately. In general, the majority of nurses did not perceive CI as ethically problematic.

A recent study by Aasland et al. (2018) reported significant differences in the attitudes of different occupational groups. Psychiatrists and nurses displayed higher scores in authoritative views (paternalistic) and lower scores in dialogical views (user participation) compared with psychologists and other staff members. Prior studies suggest that staff gender (Bregar et al., 2018; Klinge, 1994; Laiho et al., 2014; Lind, Kaltiala-Heino, Suominen, Leino-Kilpi, & Välimäki, 2004) and level of education are associated with attitudes towards CI; female staff regard CI more as a positive form of care, whereas male staff primarily experience it as a negative event. Furthermore, staff with higher levels of education think that CI is overused compared to team members with less education (Klinge, 1994). Regarding years of work experience, previous results are not consistent. Recent studies found that a lower number of years of work experience predicted more positive

attitudes towards CI (Bregar et al., 2018; Hemamalini, Mendonsa, Karkal, Kakunje, & Chandran, 2017; Korkeila, Koivisto, Paavilainen, & Kylmä, 2016), whereas other researchers found the opposite effect (Van Doeselaar, Slegers, & Hutschemaekers, 2008; Molewijk, Kok, Husum, Pedersen, & Aasland, 2017).

1.3 | The Staff Attitude to Coercion Scale (SACS)

So far, few instruments are available for assessing staff attitudes towards coercion. To amend for this, Husum, Finset, & Ruud (2008) developed the Staff Attitude to Coercion Scale (SACS), which consists of three subscales measuring different attitudes towards coercion: critical attitude (e.g. "Too much coercion is used in treatment"), pragmatic attitude (e.g. "Use of coercion is necessary as protection in dangerous situations") and positive attitude (e.g. "More coercion should be used in treatment"). They investigated 651 staff members in Norway and found substantial differences in staff attitudes towards CI within the wards (Husum et al., 2011). Some, but not all, differences could be explained by staff characteristics (e.g. gender, age, occupational group). Doctors and psychologists were slightly less critical than nurses, whereas older staff members had higher scores on the "critical attitude" subscale. Teichert, Schäfer, & Lincoln, (2016) assessed 343 psychiatrists, also using the SACS. In this study, a pragmatic view of coercion prevailed, followed by a critical view and a positive view. Other research groups (Husum et al., 2008; Molewijk et al., 2017) that used the SACS also found a pragmatic view to prevail among healthcare professionals regarding CI. Respondents did not often experience moral doubt regarding CI (Molewijk et al., 2017). The authors found that the more experience staff members had with CI, the less critical they became. Furthermore, they found that psychologists were most critical and that psychologists and psychiatrists experienced more moral doubt than other occupational groups.

The authors of the SACS point out that important factors that may influence staff attitudes were not included in their study (Husum et al., 2011). In their previous study, contrary to their expectations, they did not find a connection between attitudes towards coercion (as measured by SACS) and its practice (Husum et al., 2010). They concluded that staff attitudes might not necessarily predict the use of CI and that the SACS is not suitable for capturing attitudes towards coercion.

1.4 | The impact of emotions

Since SACS does not sufficiently explain all the differences in the use of CI, other internal processes beyond attitudes, such as emotions, might have an impact on the application of CI. So far, little is known about the influence of staff emotions on CI (Sequeira & Halstead, 2004), but they likely play an important role. A well-investigated triad of cognition (e.g. attitudes), emotion

and action (Dagleish & Power, 1999; Eich, Killstrom, Bower, Forgas, & Niedenthal, 2000) is frequently used in psychology as a rationale for human behaviour; the triad demonstrates that all these factors interact with each other in complex and reciprocal ways (Hautzinger, 1998). Over the last several decades, research on emotion and on decision-making in particular has rapidly increased, and many scientists now believe emotions to be the significant determinant in important decisions (Lerner, Li, Valdesolo & Kassam, 2015). However, this relationship in the context of coercion in psychiatry remains unexplored.

Coercive interventions are emotionally distressing for staff members (Bonner et al., 2002), and the prevailing emotions reported by staff are anxiety and anger (Sequeira & Halstead, 2004). Little is known, however, about the specific emotions experienced by staff before and during the application of CI. Shedding light on this topic could help us better understand events that lead to coercive situations. In particular, knowing whether the use of CI is routinely associated with certain emotions might inform staff training programmes designed to reduce the use of CI by helping staff become more aware of how their emotions can influence their judgement.

1.5 | Factors that may prevent the use of coercion

A recent literature review of 84 studies focused on the efficacy of different measures to avoid seclusion or restraint (Hirsch & Steinert, 2019). Hirsch and Steinert (2019) identified seven categories of interventions: staff training, organization, risk prediction, environment, debriefings, psychotherapy and joint crisis plans. Furthermore, several complex programmes to reduce coercion have demonstrated positive effects: the Six Core Strategies (Huckshorn, 2006), the Safewards model (Bowers et al., 2014) and the engagement model (Murphy & Bennington-Davis, 2005). The authors recommend combining different interventions to optimize their effects. Furthermore, they advise training all staff members in de-escalation techniques and conducting post-seclusion/restraint debriefings with patients (this is similar to the recommendations in another review: Dahm et al., 2016). For this reason, one aspect of our investigation covered staff attitudes towards particular interventions, such as debriefings. Analysing whether such effective measures are well accepted within treatment teams can inform and aid routine implementation of such measures across treatment facilities.

1.6 | Aims and objectives

The current study aimed to examine general attitudes, views and accompanying emotions towards CI of different occupational groups in psychiatry. In the literature, differences have been found in the application of CI that cannot be fully explained by personal (e.g. gender, occupational group) or structural (e.g. ward infrastructure) factors. One individual factor deemed important is the attitude of staff towards coercion. Staff attitude has mostly been measured by the

SACS, which we therefore translated into German and used in the current study. The SACS has emerged as the gold standard for the assessment of attitudes towards coercive measures. According to its authors, it captures three attitudes named "critical attitude," "pragmatic attitude" and "positive attitude." Nevertheless, the authors of the SACS state that the scale does not predict all differences in the use of coercion (Husum et al., 2010).

For the present study, we aimed to complement the SACS by measuring three other important aspects related to CI and thus developed further items that capture emotions accompanying CI as they play an important role in decision-making processes. Since researchers suggest that reducing restraint is only possible if professionals are willing to reflect on their own practices (Van Doeselaar et al., 2008), we also assessed staff members' views of communication about CI and reflective interventions (e.g. post-seclusion/restraint debriefings, supervision). As a third aspect, we investigated which potential risk factors (institutional factors or patient characteristics) staff members believe may increase or reduce the probability of CI, which could inform preventive measures in the future. These three topics (staff emotions, staff views of reflective interventions and risk factors perceived by staff members) have not been examined previously.

2 | METHODS

2.1 | Study design and setting

The current study was set up as an exploratory cross-sectional online survey via Unipark®/Questback® at Asklepios Nord, a large psychiatric hospital in Hamburg (Germany) with a catchment area of about 600,000 residents. The hospital has different units for all forms of psychiatric disorders and includes three closed wards. All staff members (psychiatrists, nurses, psychologists), not only those involved in the application of CI, were invited to participate; they received information about the study and a link to the survey via a staff mailing list. No inclusion or exclusion criteria were imposed other than the requirement of being a staff member. Data collection occurred between March and July 2015.

2.2 | Ethical approval and conduct

This study was part of a larger project that also includes the prior study on the attitudes of patients towards coercion in psychiatry (Krieger et al., 2018). The present study did not overlap with this trial. The present project was approved by the ethics committee of the German Association of Psychology (DGPs). Participation was anonymous and voluntary. Participants were able to discontinue the survey at any point in time. Participants were informed about the aims of the study with a participant information sheet. All received contact information of the principal investigator and the head of the hospital. Data were stored on password-protected files accessible only to researchers.

2.3 | Participants

Approximately 1,000 staff members of the hospital were contacted via email. Interested staff were directed to an online platform. The study information was read by 297 staff members. The survey was started by 192 participants, and of these, 54 did not complete the survey (completion rate: 71.9%). Data from a total of 138 participants were analysed. Thus, the response rate was 13.8%. Dropouts were not considered in the analysis.

2.4 | Measures

The survey took approximately 15 min to complete. It covered demographic information, including profession, followed by staff members' attitudes towards CI (i.e. involuntary admission, seclusion, restraint, forced medication), their emotions regarding the application of CI and their opinions about potential risk factors which might increase the use of CI. The following questionnaires were administered:

- **Staff Attitude to Coercion Scale (SACS;** Husum et al., 2008; German translation: The SACS is a 15-item questionnaire that measures staff attitudes towards coercion. The scale consists of three subscales: critical attitude (coercion as offending, 6 items), pragmatic attitude (coercion as care and security, 6 items) and positive attitude (coercion as treatment, 3 items). Psychometric properties of the original scale are acceptable, with satisfactory internal consistency for the subscales (Cronbach's $\alpha = 0.69$ – 0.73) as well as for the sum score (Cronbach's $\alpha = 0.78$; Husum et al., 2008). For the current study, we translated the SACS into German. Instead of a 5-point scale, we used a 4-point scale from 1 (*strongly agree*) to 4 (*strongly disagree*) to prevent endorsement of midpoints and to use a response format consistent with the other administered questionnaire. For the German version, Cronbach's alpha for the SACS sum score was 0.83, and for the subscales, it fell between 0.64 and 0.84.
- **Additional items on views and emotions towards coercion:** We devised additional items based on a review of the existing literature and our own experiences and observations designed to assess the views and emotions of psychiatric staff towards coercion. The original survey contains 22 items that were specifically designed for the project. The study was set up as an exploratory cross-sectional survey, and not all items of the survey were relevant. For the current study, 14 items related to general attitudes towards CI, attitudes regarding emotional consequences of CI and attitudes regarding reflective interventions, such as team supervision or post-seclusion/restraint debriefings were examined. Additionally, eleven emotions that might be elicited during the application of CI have to be endorsed (*"Which of these emotions do you experience while thinking about the application of coercive interventions?"*). Furthermore, 23 risk factors (institutional or patient characteristics) that might enhance coercion are assessed (*"In your opinion,*

which of the following patient characteristics and institutional factors enhance the likelihood of the use of coercive measures?"). Other sections about staff members' preferences for different forms of CI and their ratings of patients' emotional strain are not addressed in this paper. Items are rated from 1 (*strongly agree*) to 4 (*strongly disagree*), and participants are invited to leave comments. The items are available in the Table 1.

2.5 | Statistical methods

Data were analysed using SPSS 22 (IBM) for Windows. Descriptive analyses were used to characterize staff members' attitudes towards coercion. If deviation from normality occurred, we calculated median (*Mdn*) and interquartile range (*IQR*). For the analyses, we merged *strongly agree + rather agree* into *agreement* and *strongly disagree + rather disagree* into *disagreement* as binary ratings are easier to comprehend. We computed a two-way mixed variance analysis (ANOVA); gender (male, female) and occupational group (physicians, nurses, psychologists) served as the between-subject factors, and the mean scores of the SACS subscales represented the within-subject measure. To detect differences in attitudes towards CI among different occupational groups and subgroups (gender, age group, work experience), we computed *t* tests or a one-way analysis of variance (ANOVA) with post hoc Bonferroni-adjusted analysis. To compare staff of different ages or years of work experience, we divided the participants into groups (age: 20–29, 30–39, 40–49, 50–62; years of work experience: 0–5, 6–15, 16–25, 26–39). Chi-square tests were performed to analyse relationships between nominal variables (i.e. gender, occupational group, age group, work experience and emotions). As only the SACS was used in its entirety, all other responses from the additional items were analysed for each item individually. Missing data were deleted pairwise. We used an alpha level of 0.05 for all statistical tests.

2.6 | Sample size

We did not compute a power analysis as our study was exploratory.

3 | RESULTS

3.1 | Descriptive data

A total of 138 staff members completed the survey. As can be seen in Table 2, participants were on average 40 years old. Their age ranged from 20 to 62 years. More females than males participated. More than two-thirds of participants had completed higher education. Their years of working in psychiatry ranged from 0.5 to 35 years. The number of physicians was similar to that of nurses, and together they represented the majority of the respondents (83.4%,

TABLE 1 Overview of the items

<i>General views of coercive intervention</i>	Strongly agree	Rather agree	Rather disagree	Strongly disagree
The application of coercive interventions is a necessary evil				
The application of coercive interventions is routine for me				
Coercive interventions have to be applied to ensure staff members' safety				
Coercive interventions can be traumatizing for the patients				
Coercive interventions are an emotional burden for the affected patients				
Coercive interventions are an emotional burden for the staff members				
Coercive interventions could often be avoided				
The application of coercive interventions is an emotional burden for the fellow patients				
I refuse to perform any kind of coercive intervention				
<i>Views of reflective interventions/communication</i>	Strongly agree	Rather agree	Rather disagree	Strongly disagree
There is a routine debriefing with the patient after a coercive intervention				
It is important to debrief a coercive intervention with the patient				
It is important to explain to patients why a coercive intervention was conducted				
It is important to be transparent with the patient about the treatment				
I think it is important to reflect on the application of coercive interventions in team supervision				
<i>Emotions</i>				
"Which of these emotions do you experience while thinking about the application of coercive interventions?"	Yes	No		
Grief				
Indifference				
Compassion				
Rage				
Helplessness				
Anxiety				
Anger				
Power				
Desperation				
Guilt				
Shame				
Other -----				
<i>Risk factors (patient characteristics)</i>				
"Which of the following patient characteristics in your opinion increase the probability of conducting a coercive measure?"	Strongly agree	Rather agree	Rather disagree	Strongly disagree
Patient is male				
Patient is female				
Patient is tall				
Patient is strong				
Patient is under guardianship				

(Continues)

TABLE 1 (Continued)

Risk factors (patient characteristics)				
"Which of the following patient characteristics in your opinion increase the probability of conducting a coercive measure?"	Strongly agree	Rather agree	Rather disagree	Strongly disagree
Patient does not have a guardianship				
Patient speaks little German				
Patient has a medical history of endangerment of others				
Patient has a medical history of endangerment of self				
Patient has a background as a migrant				
Patient gets few visitors				
Patient has no involved relatives				
Patient is intoxicated				
Other				
Risk factors (structural characteristics)				
"Which of the following structural characteristics in your opinion increase the probability of conducting a coercive measure?"	Strongly agree	Rather agree	Rather disagree	Strongly disagree
Low staffing				
Stress				
A fully occupied ward				
High amount of male staff members				
High amount of female staff members				
Night-time				
Presence of particular staff members				
Weekend				
Other patients already under seclusion/restraint				
Other				

TABLE 2 Overview of participants' characteristics

Variable	Parameter	Value
Gender: female/male	% (n)	61.6(85)/38.4(53)
Profession: nurse/physician/psychologist/other	% (n)	42.8(59)/40.6(56)/10.9(10)/5.7(8)
Education: 13th grade/10th grade/lower	% (n)	71(98)/26.1(36)/1.4(2)
Working on a PICU: yes/no/previously	% (n)	37(51)/46.4(64)/16.7(23)
Ever been involved in coercive treatment: yes/no	% (n)	93.5(129)/6.5(6.5)
Age in years:	M (SD)	40.42 (10.57)
Years working in psychiatry:	Mdn, IQR	Mdn: 6, IQR: 17.75 - 3 = 14.75

Note: PICU = Psychiatric Intensive Care Unit. Education: 13th grade = general qualification for university in Germany. 10th grade = from years 5 to 10 in Germany.

$n = 115$). The majority of participants had been directly involved in the application of CI. For the main analyses, we compared nurses, physicians and psychologists. No group difference was found for mean age, $F(2, 132) = 0.699, p = .499$. We detected differences in years of work experience between professions ($F[2, 130] = 10.272, p < .001$); nurses had significantly more work experience than physicians ($p = .001$) and psychologists ($p = .002$).

3.2 | Staff attitude to coercion scale (SACS)

All professional groups displayed the highest scores on the "critical attitude" subscale, followed by the "pragmatic attitude" and then the "positive attitude" subscales (see Table 3). The two-way mixed ANOVA revealed a significant main effect for the factor subscales ($F[2,272] = 461.893, p < .001, \eta_p^2 = 0.773$). There was no significant

TABLE 3 Mean scores on Staff Attitude to Coercion Scale and comparison of subgroups. The data represent M (SD)

Variable	Subscale "critical"	Subscale "pragmatic"	Subscale "positive"
Nurses	15.81 (3.449)	9.97 (3.239)	8.19 (1.923)
Physicians	15.89 (3.137)	8.96 (2.723)	9.14 (1.783)
Psychologists	16.67 (3.519)	9.87 (3.044)	9.53 (1.767)
Men	15.94 (3.602)	9.32 (3.191)	9.06 (1.936)
Women	15.88 (3.076)	9.58 (2.876)	8.49 (1.836)
<i>statistics</i>			
Gender	$t(136) = 0.106, p = .916$	$t(136) = 0.487, p = .627$	$t(136) = 1.714, p = .089$
Profession (physicians, nurses, psychologists)	$F(2, 132) = 0.413, p = .660, \eta_p^2 = 0.006$	$F(2, 132) = 1.739, p = .180, \eta_p^2 = 0.026$	$F(2, 132) = 5.419, p = .005, \eta_p^2 = 0.077$
Age (20–29, 30–39, 40–49, 50–62)	$F(3, 134) = 1.782, p = .154, \eta_p^2 = 0.038$	$F(3, 134) = 1.953, p = .124, \eta_p^2 = 0.042$	$F(3, 134) = 1.109, p = .348, \eta_p^2 = 0.024$
Years of work experience (0–5, 6–15, 16–25, 26–39)	$F(3, 132) = 3.002, p = .033, \eta_p^2 = 0.064$	$F(3, 132) = 3.351, p = .021, \eta_p^2 = 0.071$	$F(3, 132) = 2.611, p = .054, \eta_p^2 = 0.056$

interaction between gender and the subscales ($F[2,272] = 1.266, p = .284, \eta_p^2 = 0.009$), but we found a non-significant trend when comparing the mean scores; men showed higher scores on the "positive attitude" subscale than women ($t[136] = 1.714, p = .089$). There was a significant interaction between profession and the subscales ($F[4,260] = 3.361, p = .011, \eta_p^2 = 0.049$). We found differences on the "positive attitude" subscale ($F[2, 132] = 5.419, p = .005$); the Bonferroni-corrected post hoc analysis revealed a significantly higher approval of nurses on the "positive attitude" subscale (coercion as treatment) compared with physicians ($p = .018$) or psychologists ($p = .039$). No differences among professions were found for the "critical attitude" (coercion as offending) or "pragmatic attitude" (coercion as care and security) subscales. No differences were detected between age groups. No significant interaction was revealed between years of work experience and the subscales ($F[6,264] = 1.455, p = .194, \eta_p^2 = 0.032$). For exploratory purposes, we computed additional one-way ANOVAs. We found statistically significant differences for years of work experience on the "critical attitude" ($F[3, 132] = 3.002, p = .033, \eta_p^2 = 0.064$) and "pragmatic attitude" ($F[3, 132] = 3.351, p = .021, \eta_p^2 = 0.071$) subscales; staff members with the most work experience had a significantly more critical view of CI than the less experienced staff ($p = .045$). At the same time, the most experienced staff were more pragmatic regarding CI compared to the staff with less experience ($p = .031$). For the "positive attitude" subscale, no such group differences occurred.

3.3 | Psychiatric staff views towards coercion and reflective interventions

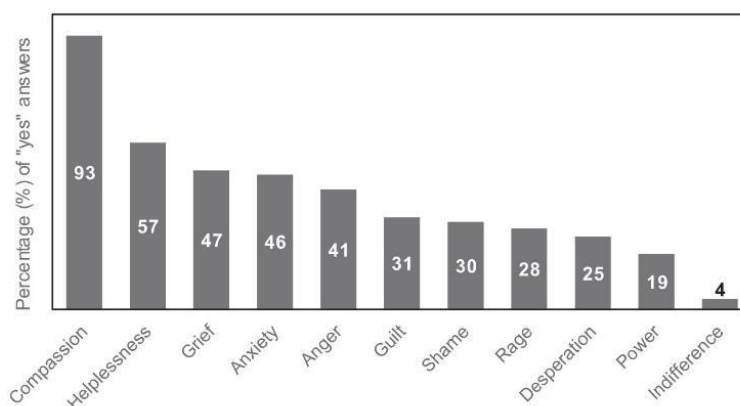
In the responses to our newly developed items, most participants regarded CI as a "necessary evil" (*agreement* = 90%, $n = 81$) and agreed that CI have to be applied to ensure the staff members' safety (*agreement* = 87.7%, $n = 121$). The majority considered CI as an emotional burden for patients (*agreement* = 95.7%, $n = 132$), fellow patients (*agreement* = 87.7%, $n = 121$) and staff members (*agreement* = 91.3%,

$n = 126$). The majority agreed that CI can be traumatizing for patients (*agreement* = 95.7%, $n = 132$). A minority considered the use of CI as routine (*agreement* = 26.7%, $n = 24$). Some generally refused to use CI (*agreement* = 10.8%, $n = 15$). Participants were undecided as to whether coercion could be avoided in many cases (*agreement* = 50.7%, $n = 70$). The analysis revealed significant differences in years of work experience with regard to the item "Coercion could often be avoided" ($F[3, 90] = 4.235; p = .008; \eta_p^2 = 0.124$); the least experienced staff (0–5 years) disagreed more strongly than experienced staff members with the statement (6–15 years: $p = .011$; 16–25 years: $p = .046$; 26–39 years: $p = .005$). The vast majority (*agreement* = 95.7%, $n = 132$) regarded team supervision following CI as an important measure for reflecting about the application of CI. Nearly every staff member agreed that it is important to be transparent with patients about the treatment (*agreement* = 98.6%, $n = 136$) and to explain to them why CI is being applied (*agreement* = 99.3%, $n = 137$). Most of the participants agreed that a debriefing with the patient after a CI is important (*agreement* = 98.5%, $n = 136$), but only half (*agreement* = 54.6%, $n = 60$) reported the impression that this happened routinely. No other group differences were found for gender, occupational group, work experience or age.

3.4 | Emotions of staff members related to coercive measures

When thinking about the application of CI, most of the participants (92.8%, $n = 128$) felt compassion towards the patient. More than half of the participants felt helpless (56.5%, $n = 78$), and approximately half experienced grief (47.1%, $n = 65$). In addition, 18.8% ($n = 26$) said they felt a sense of power and 3.6% ($n = 5$) experienced indifference (see Figure 1 for specific results). A non-significant trend was found for emotional differences between men and women: more women than men felt a sense of helplessness ($\chi^2 [1, N = 138] = 3.062, p = .080, V = 0.15$), and men felt a sense of power slightly more often than women did ($\chi^2 [1, N = 138] = 3.299, p = .072$,

FIGURE 1 "Which emotions do you experience when thinking about the application of coercive treatment?"



$V = 0.15$). No other gender differences occurred. Nurses felt desperate significantly more often ($\chi^2 [1, N = 118] = 4.917, p = .027, V = 0.204$) than physicians. Other professions were not considered because of low numbers. Regarding age, we found a significant association. Older staff (40–49, 50–62) more frequently experienced anger ($\chi^2 [3, N = 138] = 8.314, p = .040, V = 0.25$) and shame ($\chi^2 [3, N = 138] = 12.397, p = .006, V = 0.300$) than younger staff (20–29, 30–39). The more years they had been in service, the more often staff felt anger at a non-significant trend ($\chi^2 [3, N = 138] = 7.252, p = .064, V = 0.231$).

3.5 | Factors that might increase the likelihood of coercion

Participants were asked to appraise what kinds of institutional factors or patient characteristics might increase the use of coercion. As can be seen in Figure 2, the majority of staff members agreed that a high level of stress on wards, a small number of staff, an overcrowded ward and the presence of certain staff members increased the probability of coercion. Regarding patient characteristics, participants suggested that patients' endangerment of others and intoxication of patients greatly increased the likelihood of the application of coercive measures.

4 | DISCUSSION

4.1 | Main findings

The current study examined the general attitudes and views of staff members towards CI in psychiatry as measured by the Staff Attitude to Coercion Scale (SACS) and by newly devised items in order to provide novel insights into the range of staff members' internal processes regarding coercion. We therefore explored emotions elicited in staff members when they were asked to think about the application of CI. We also assessed staff members' views of communication about CI and reflective interventions (e.g. post-seclusion/restraint

debriefings, supervision) since research suggest that reflecting on one's own practices is an important measure in reducing the use of CI (Van Doeselaar et al., 2008). Additionally, factors (institutional or patient characteristics) that might enhance the likelihood of CI from the viewpoint of staff members were investigated.

The SACS results indicated that staff members had the highest scores on the "critical attitude" subscale ("CI as offending"). This differs from prior studies which found the highest scores on the "pragmatic attitude" subscale (Husum et al., 2008; Molewijk et al., 2017; Teichert et al., 2016). One explanation for the differences to the studies of Husum (Husum et al., 2008) and Molewijk (Molewijk et al., 2017) could be that these were conducted in different countries. Steinert and colleagues (Steinert, Lepping, Baranyai, Hoffmann, & Leherr, 2005) found differences between ethical attitudes depending on the country participants lived in. However, this does not explain the difference to Teichert and colleagues (Teichert et al., 2016). Moreover, in the current study attitudes varied depending on occupational group and level of work experience; nurses rated CI more positively (positive attitude subscale "coercion as treatment") compared with physicians and psychologists, and staff with less work experience showed a less critical and less pragmatic view of CI compared with the most experienced staff members. Furthermore, half of the participants agreed with the statement that CI could be avoided in many cases, which differs from the findings of Gerace and Muir-Cochrane (2019) and a review by Van der Merwe and colleagues (Van Der Merwe, Muir-Cochrane, Jones, Tziggili, & Bowers, 2013). These authors found that nurses disagreed that containment measures could be eliminated from practice. This difference might be explained by the fact that the staff members in our study are rather critical of CI in comparison with the above-mentioned studies, which again may reflect the country where the study was conducted. There is no consensus in the current literature about the relation between years of work experience and attitudes towards CI. In the current study, those who were more critical were the ones who had more work experience. Our results are consistent with Molewijk et al. (2017) who found that psychologists and psychiatrists are more stuck in moral doubt about the use of CI than

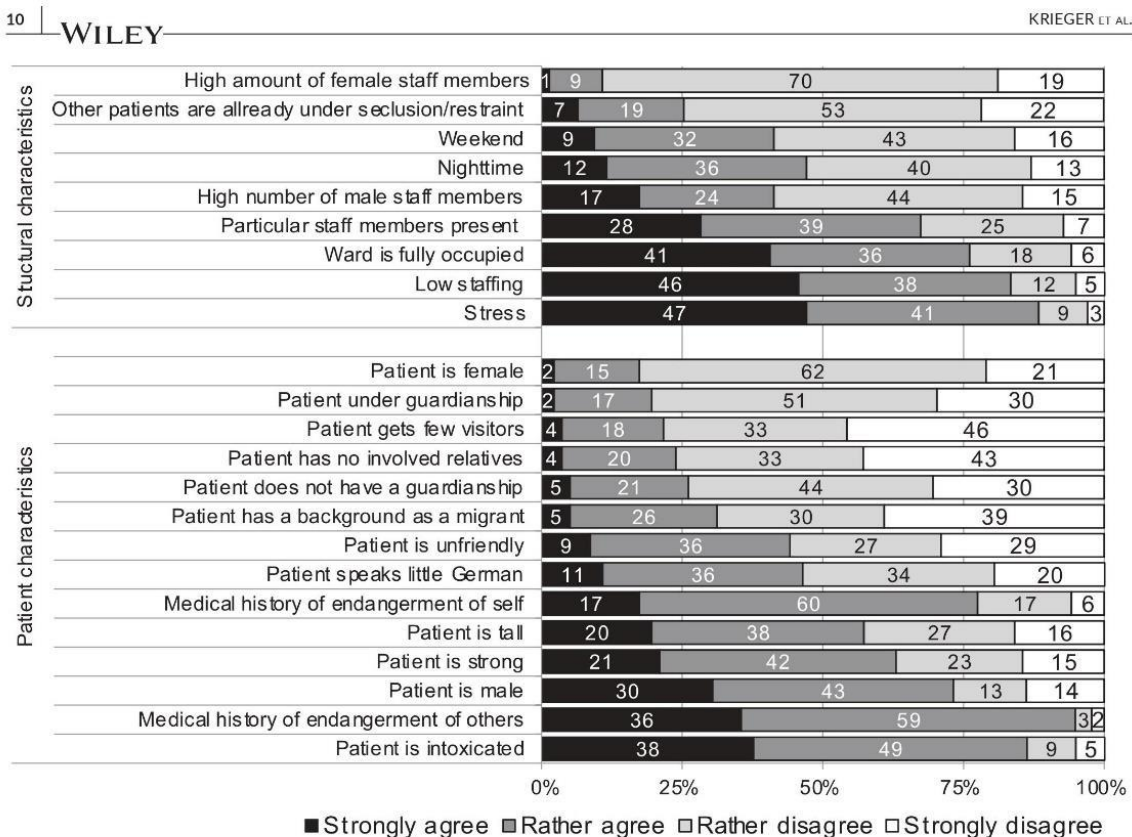


FIGURE 2 "In your opinion, which of the following patient characteristics and institutional factors enhance the likelihood of the use of coercive measures?" Participants responded on a Likert-type scale of 1 (strongly agree) to 4 (strongly disagree)

other professional groups. Furthermore, our results are in line with recent studies which demonstrate a lower number of years of work experience to be predictive of more positive attitudes towards CI (Bregar et al., 2018; Hemamalini et al., 2017; Korkeila et al., 2016). In contrast, Van Doeselaar et al. (2008) argued that the more often professionals use CI (seclusion), the more positively it is perceived, which they explain as habituation; with frequent use, CI increasingly appears to be a routine intervention, thus obscuring its negative effects. As mentioned before, our results suggest the opposite. A possible explanation for the contradictory results is that years of work experience do not correlate with the frequency of using CI. Psychologists and psychiatrists are generally more critical about CI compared with nurses. Nevertheless, in the daily routine, nurses are the ones who are confronted the most with patient aggression and the application of CI. Possibly, for this reason, they habituate quickly to the use of CI, if they are engaged frequently.

The results related to staff views on communication about CI suggest that almost all participants consider transparent communication as important, including explaining to patients why CI was applied. Reflective interventions can be used to improve the communication between staff and patient (post-seclusion/restraint debriefings) and among staff members (team supervision). The vast majority of participants regarded team supervision as an important measure

on wards. This supports the conclusion drawn by Van Doeselaar et al. (2008) that reflecting on one's own practice is important in emergency psychiatry, especially in order to reduce CI. Supervision can help staff continuously reflect on their attitudes and on the perceived appropriateness of practices across different occupational groups. Another study by Gerace and Muir-Cochrane (2019) corroborates our finding that supervision is a valuable measure in the reduction in CI: staff suggested seclusion/restraint to be more likely to occur in units with poor supervision. Nevertheless, research on the effectiveness of supervision in preventing CI is currently lacking.

Another reflective intervention on acute wards could be post-seclusion/restraint debriefings with the patients. In the current study, nearly all staff members endorsed having a debriefing after each CI, but only half reported this taking place on a regular basis. In a pilot study, researchers found that such a reflective measure can be a good learning opportunity for the team and that the use of seclusion was significantly reduced after the implementation of the debriefings (Goulet, Larue, & Lemieux, 2018). In line with this, various treatment guidelines (DGPPN, 2018; Huckshorn, 2006) and literature reviews (Hirsch & Steinert, 2019) recommend post-seclusion/restraint debriefings with the patient. Transparency in debriefings is often considered an important principle in treatment (Wullschleger et al., 2018), which is confirmed

by our results. Nevertheless, evidence of the effectiveness of post-seclusion/restraint debriefings is currently lacking. Further research on the reduction in different kinds of coercive measures is therefore needed.

Most staff members experienced CI as an emotional burden for both the patient and staff members, which is in line with some studies (Sequeira & Halstead, 2004; Wynn, 2003). The emotion experienced most in the current study was a sense of compassion towards the patient when thinking about the application of CI, and approximately half of the participants experienced negative emotions such as helplessness or grief. However, almost one-fifth also felt a sense of power. In our opinion, the strong emotion of power associated with CI is a new finding, one that accords with results obtained by Aasland et al. (2018) who found rather authoritarian attitudes towards CI, especially among psychiatrists and nurses. Another study dealing with staff members' emotional reactions to restraint found that anxiety and anger were the most common reactions (Sequeira & Halstead, 2004). To the best of our knowledge, our study is the first to test associations between emotions and staff characteristics (gender, profession, age or years of work experience). We found that women felt a sense of helplessness slightly more often and a sense of power less often compared with men. Nurses experienced significantly more desperation than other occupational groups. Furthermore, older staff felt anger and shame more often than younger staff. These results raise additional questions. Do nurses feel desperation more often than other staff because they are confronted with aggression more often, or do they feel desperation because they are less comfortable with applying CI? We lean towards the first explanation. Taking into account our findings from the SACS items, which show that nurses rated CI more positively compared with other professions, we argue that nurses' higher level of desperation is more likely to result from their more frequent experiences of aggressive behaviour, particularly since we also found that they tend to view CI as a solution to an aggressive situation more than some of the other occupational groups.

Decision-making processes are impacted by both attitudes and emotions, and some researchers now claim that emotion and decision-making go hand in hand (Lerner et al., 2015). The effects of certain negative emotions, such as anger or fear on cognitive performance have been demonstrated even at neural levels (Garfinkel et al., 2015). On the acute ward, this might translate into staff who predominantly experience fear associated with aggression resorting to CI as the safer choice more quickly rather than first attempting milder alternative measures. Therefore, investigating staff members' emotions associated with CI constitutes a valuable, novel approach to understanding situations that lead to CI and may inform training programmes that aim to diffuse such situations in order to prevent CI.

Taking into consideration the strong emotions concerning CI and the diversity in attitudes and views towards the practice of CI, enhancing staff members' ability to reflect on the use of CI would be valuable and could provide emotional relief to staff members. Moreover, reflecting on the emotions and attitudes regarding CI

in a team (e.g. feelings of fear, power or indifference) or on the subjective views about why staff members do or do not consider CI as inevitable could help to further reduce CI (Van Doeselaar et al., 2008). The current study focuses on this relationship and may therefore help to better understand relations between (diverse) views and emotions in the context of conducting CI in acute psychiatry.

Staff members suggested different structural factors (e.g. a high level of stress, low staffing, a fully occupied ward or the presence of particular staff members) and patient-related factors (e.g. intoxication, endangerment of others) which might increase the probability of CI. This is in line with earlier studies (Gaskin et al., 2007; Gerace & Muir-Cochrane, 2019; Happell & Harrow, 2010; Husum et al., 2010) that also point to the relevance of structural factors. Understanding specific risk factors for the use of CI (e.g. staff views and emotions), as well as the structural factors and patient characteristics, could offer staff the opportunity to modify processes on acute wards in ways that could lead to a reduction in the use of CI.

4.2 | What the study adds to the existing evidence

The current study used the well-established SACS as well as newly developed items to measure staff members' attitudes, views and emotions towards coercion. The additional items can be regarded as complementary to the SACS. In the current study, staff members showed the highest scores on the SACS "critical attitude" subscale, which differs from three prior studies who found the highest scores on the "pragmatic attitude" subscale (Husum et al., 2008; Molewijk et al., 2017; Teichert et al., 2016). Not much is known about occupational group differences on the SACS so far. In our study, nurses showed higher scores on the "positive attitudes" subscale than physicians and psychologists. Conversely, Husum et al. (2011) reported slightly higher scores for nurses than for doctors and psychologists on the "critical attitude" subscale.

The current study shows that staff members with more years of work experience are more critical regarding CI and agree more frequently that CI could be avoided in many cases. The previous literature is inconsistent on this topic; some studies found that fewer years of work experience is predictive of more positive attitudes towards coercion (Bregar et al., 2018; Hemamalini et al., 2017; Korkeila et al., 2016). In contrast, some authors argue that the more experience professionals have in the use of CI, the more positively (Van Doeselaar et al., 2008; Molewijk et al., 2017) or less critically (Husum et al., 2011) they perceive it.

Apart from a qualitative content analysis by Sequeira and Halstead (2004), the current study is the first known to the authors that systematically asked for accompanying emotions during the application of CI and looked for individual differences. A majority of the participants experienced compassion; about half felt helplessness, grief or anxiety. Almost 20% stated that they felt a sense of power. Older staff members more often felt anger or guilt; women felt less power than men did. Nurses felt more desperation than

other occupational groups. Emotions play an important role in the decision-making process, and some scientists now believe emotions to be the most important determinant of many decisions (Lerner et al., 2015).

This study asked staff members for views on reflective interventions (post-seclusion/restraint debriefings or supervision) regarding CI. Most staff members considered these interventions important, but only half of them reported that they occurred regularly. This is in line with the rare literature on post-seclusion/restraint debriefings that verifies that these interventions are not currently used routinely (Needham, Dip, & Sands, 2010; Sheehan & Burns, 2011).

The current study illustrates that staff members see stress, low staffing, a fully occupied ward and the presence of particular staff members as high-risk factors for the application of CI.

4.3 | Strengths and limitations

The current study investigated the general attitudes and specific views of different occupational groups in psychiatry towards CI and the emotions they experienced as well as possible risk factors that might increase the use of CI. Most participants had been directly involved in the use of coercion, which constitutes a strength of the study. The study was set up as an anonymous online survey, which generally reduces the probability of biased answers (e.g. social desirability). Nevertheless, the survey was conducted in one psychiatric hospital, and thus, social desirability cannot fully be excluded. Regarding emotions, we have to consider the fact that staff members were asked "Which of these emotions do you experience while thinking about the application of coercive interventions?" Our question was only about thinking about CI, and we cannot infer that thinking about CI and conducting CI elicit the same emotions. Furthermore, since participation in the study was voluntary and the response rate was only 13.8%, there might be a selection bias. Potentially, some of our findings might differ from the previous literature due to selection bias; in the current study, staff members have a more critical attitude towards CI measured with the SACS in comparison with other studies. The anonymous and voluntary nature of the participation could have led to the result that staff members who are very interested in the topic of coercion in general because they are critical of it or support the reduction in coercion were the ones who took part in the study. Another explanation could be that ethical attitudes vary by country (Steinert et al., 2005). The numbers of female and male staff were not balanced, and the numbers of members of certain occupational groups (psychologists, social workers and other therapists) were low. The study used newly devised items, which await further testing for psychometric properties. Data on reliability are not yet available. For the descriptive analysis, *strongly agree* and *rather agree* as well as *strongly disagree* and *rather disagree* were merged in order to create a binary rating that would be easier for readers to understand. Nevertheless, some detailed information might have been lost due to this dichotomization. The SACS was modified from a 5-point to a 4-point Likert scale to provide a consistent response format. Ability to compare our study with other

studies is therefore limited. Finally, participants were all staff members of one psychiatric hospital in Hamburg, Germany. Given that the use of CI varies widely across different institutions and countries (Martin et al., 2007; Raboch et al., 2010; Steinert et al., 2010), it is not clear to what extent these results are generalizable.

4.4 | Implications

Reducing or even eliminating CI in psychiatry is a very complex process. In order to reduce or eliminate CI, it is necessary to better understand the factors that influence its use. Of special interest are staff individual factors that may have an impact on their readiness to employ CI and their willingness to reduce CI through various alternative interventions. The current study aimed to examine general attitudes, views and accompanying emotions towards CI of different occupational groups in psychiatry. We recommend that psychiatric teams include highly experienced staff members, as this can be important in preventing CI. Furthermore, we recommend focusing on staff members' accompanying emotions regarding CI. Emotions play an important role in decision-making processes, and scientists now believe emotions to be an important determinant of many decisions, such as the decision for a CI. Post-seclusion/restraint debriefings as well as team supervisions are structured and relatively easy to implement measures on acute wards that could help to reflect CI and accompanying emotions and could help to reduce negative emotions of all persons involved. Further research on these reflective interventions is needed as evidence for their effectiveness in the reduction of CI is lacking to date. Another recommendation deduced from our results is to address certain structural factors (e.g. stress, low staffing, fully occupied ward) and patient-related factors (e.g. intoxication, endangerment of others), as staff members suggest that these factors might increase the probability of CI. Reducing coercion in psychiatry requires a variety of strategies (Goulet et al., 2017; Hirsch & Steinert, 2019). One focus should be on the enhancement of staff reflection regarding their attitudes, views and emotions towards coercive interventions.

5 | RELEVANCE STATEMENT

Staff attitudes towards coercion differ, and various factors (e.g. profession, work experience, emotions) influence staff members' views of coercion. Emphasis should be placed on enhancing staff reflection through staff trainings, supervisions, post-seclusion/restraint debriefings and other methods. Our results focus on interactions between attitudes, emotions and behaviour, which appear to be relevant in the reduction in CI.

ACKNOWLEDGMENTS

Funding: This study was funded by Asklepios proresearch. The funding organization did not interfere with design, conduct of the study, collection, management, analyses and interpretation of the data. No other funds were received.

CONFLICT OF INTEREST

One of the co-authors is chief physician of one hospital where the study was conducted. The authors declare no other conflict of interest.

ORCID

Eva Krieger  <https://orcid.org/0000-0002-1725-4547>

REFERENCES

- Aasland, O. G., Husum, T. L., Førde, R., & Pedersen, R. (2018). Between authoritarian and dialogical approaches: Attitudes and opinions on coercion among professionals in mental health and addiction care in Norway. *International Journal of Law and Psychiatry*, 57, 106–112. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2018.02.005>
- Armgarth, C., Schaub, M., Hoffmann, K., Illes, F., Emons, B., Jendreyshak, J., ... Haußleiter, I. (2013). Negative Emotionen und Verständnis – Zwangsmaßnahmen aus Patientensicht. *Psychiatrische Praxis*, 40, 278–284. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1343159>
- Beghi, M., Peroni, F., Gabola, P., Rossetti, A., & Cornaggia, C. M. (2013). Prevalence and risk factors for the use of restraint in psychiatry: A systematic review. *Rivista di Psichiatria*, 48(1), 10–22.
- Berry, K., Ford, S., Jellicoe-Jones, L., & Haddock, G. (2013). PTSD symptoms associated with the experiences of psychosis and hospitalisation: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 33(4), 526–538. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.01.011>
- 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. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 465–473. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2002.00504.x>
- Bowers, L., Alexander, J., Bilgin, H., Botha, M., Dack, C., James, K., ... Stewart, D. (2014). Safewards: The empirical basis of the model and a critical appraisal. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21, 354–364. <https://doi.org/10.1111/jpm.12085>
- Bregar, B., Skela-Savič, B., & Plesničar, B. K. (2018). Cross-sectional study on nurses' attitudes regarding coercive measures: The importance of socio-demographic characteristics, job satisfaction, and strategies for coping with stress. *BMC Psychiatry*, 18(1), 171.
- Chieze, M., Hurst, S., Kaiser, S., & Sentissi, O. (2019). Effects of Seclusion and Restraint in Adult Psychiatry: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 1–19. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00491>
- Cowman, S., Björkdahl, A., Clarke, E., Gethin, G., & Maguire, J. (2017). A descriptive survey study of violence management and priorities among psychiatric staff in mental health services, across seventeen European countries. *BMC Health Services Research*, 17(1), 1–10.
- Dahm, K. T., Jensen, J. O., Husum, T. L., & Leiknes, K. A. (2016). Interventions for reducing coercion in mental health for adults: a systematic review and the impact of updating. *Journal of Brain Sciences*, 1(1), 1–23. <https://doi.org/10.18488/journal.83/2015.1.1/83.1.1.23>
- Dalgleish, T., & Power, M. J. (1999). Handbook of Cognition and Emotion. *Behaviour Research and Therapy*, 39(1), 125–127. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(00\)00008-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00008-5)
- De Benedictis, L., Dumais, A., Sieu, N., Mailhot, M.-P., Létourneau, G., Tran, M.-A., ... Lesage, A. D. (2011). Staff Perceptions and Organizational Factors as Predictors of Seclusion and Restraint on Psychiatric Wards. *Psychiatric Services*, 62(5), 484–491. https://doi.org/10.1176/ps.62.5.pss6205_0484
- DGPPN (2018). S3-Leitlinie: Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen.
- Doedens, P., Maaskant, J. M., Latour, C. H. M., Meijel, B. K. G. V., Koeter, M. W. J., Storusum, J. G., ... de Haan, L. (2017). Nursing staff factors contributing to seclusion in acute mental health care—an explorative cohort study. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(7), 584–589. <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1297513>
- Eich, E., Killstrom, J. F., Bower, G. H., Forgas, J. P., & Niedenthal, P. M. (2000). *Cognition and Emotion*. New York: Oxford University Press.
- Frueh, B. C., Knapp, R. G., Cusack, K. J., Grubaugh, A. L., Sauvageot, J. A., Cousins, V. C., ... Hiers, T. G. (2005). Special section on seclusion and restraint: Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. *Psychiatric Services*, 56(9), 1123–1133. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.9.1123>
- Garfinkel, S. N., Zorab, E., Navaratnam, N., Engels, M., Mallorquí-Bagué, N., Minati, L., ... Critchley, H. D. (2015). Anger in brain and body: The neural and physiological perturbation of decision-making by emotion. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 11(1), 150–158. <https://doi.org/10.1093/scan/nsv099>
- Gaskin, C. J., Elsom, S. J., & Happell, B. (2007). Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities. Review of the literature. *British Journal of Psychiatry*, 191, 298–303. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp106.034538>
- Gerace, A., & Muir-Cochrane, E. C. (2019). Perceptions of nurses working with psychiatric consumers regarding the elimination of seclusion and restraint in psychiatric inpatient settings and emergency departments: An Australian survey. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28, 209–225. <https://doi.org/10.1111/inm.12522>
- Goulet, M. H., Larue, C., & Dumais, A. (2017). Evaluation of seclusion and restraint reduction programs in mental health: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 34, 139–146. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2017.01.019>
- Goulet, M. H., Larue, C., & Lemieux, A. J. (2018). A pilot study of "post-seclusion and/or restraint review" intervention with patients and staff in a mental health setting. *Perspectives in Psychiatric Care*, 54(2), 1–9. <https://doi.org/10.1111/ppc.12225>
- Happell, B., & Harrow, A. (2010). Nurses' attitudes to the use of seclusion: A review of the literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(3), 162–168. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2010.00669.x>
- Hautzinger, M. (1998). *Depression*. Göttingen: Hogrefe.
- Haw, C., Stubbs, J., Bickle, A., & Stewart, I. (2011). Coercive treatments in forensic psychiatry: A study of patients' experiences and preferences. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 22(4), 564–585. <https://doi.org/10.1080/14789949.2011.602097>
- Hemamalini, S., Mendonsa, R., Karkal, R., Kakunje, A., & Chandran, V. V. M. (2017). Attitudes of psychiatrists towards coercive measures in psychiatry: A case vignette study. *Indian Journal of Basic and Applied Medical Research*, 6(2), 298–304.
- Hirsch, S., & Steinert, T. (2019). Measures to avoid coercion in psychiatry and their efficacy. *Deutsches Ärzteblatt Online*, 116, <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0336>
- Huckshorn, K. A. (2006). *Six Core Strategies for Reducing Seclusion and Restraint Use* © A Snapshot of Six Core Strategies for the Reduction of S/R. Alexandria: National Association of State Mental Health Program Directors.
- Husum, T. L., Bjørngaard, J. H., 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 Services Research*, 10, 89. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-89>
- Husum, T. L., Bjørngaard, J. H., Finset, A., & Ruud, T. (2011). Staff attitudes and thoughts about the use of coercion in acute psychiatric wards. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(9), 893–901. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0259-2>
- Husum, T. L., Finset, A., & Ruud, T. (2008). The staff attitude to coercion scale (SACS): reliability, validity and feasibility. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31(5), 417–422. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2008.08.002>
- Janssen, W., Noorthoorn, E., van Linge, R., & Lendemeijer, B. (2007). The influence of staffing levels on the use of seclusion. *International*

- Journal of Law and Psychiatry*, 30(2), 118–126. <https://doi.org/10.1016/j.jljp.2006.04.005>
- Johnson, M. E. (2010). Violence and Restraint Reduction Efforts on Inpatient Psychiatric Units. *Issues in Mental Health Nursing*, 31, 181–197. <https://doi.org/10.3109/01612840903276704>
- Kalisova, L., Raboch, J., Nawka, A., Sampogna, G., Cihal, L., Kallert, T. W., ... Fiorillo, A. (2014). Do patient and ward-related characteristics influence the use of coercive measures? Results from the EUNOMIA international study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(10), 1619–1629. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0872-6>
- Klinge, V. (1994). Staff opinions about seclusion and restraint at a state forensic hospital. *Hospital & Community Psychiatry*, 45(2), 138–141. <https://doi.org/10.1176/ps.45.2.138>
- Korkeila, H., Koivisto, A. M., Paavilainen, E., & Kylmä, J. (2016). Psychiatric nurses' emotional and ethical experiences regarding seclusion and restraint. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(7), 464–475. <https://doi.org/10.3109/01612840.2016.1163626>
- Krieger, E., Moritz, S., Weil, R., & Nagel, M. (2018). Patients' attitudes towards and acceptance of coercion in psychiatry. *Psychiatry Research*, 260, 478–485. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.029>
- Laiho, T., Lindberg, N., Joffe, G., Putkonen, H., Hottinen, A., Kontio, R., & Sailas, E. (2014). Psychiatric staff on the wards does not share attitudes on aggression. *International Journal of Mental Health Systems*, 8(14), 1–7. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-8-14>
- Lerner, J. S., Li, Y., Valdesolo, P., & Kassam, K. S. (2015). Emotion and decision making. *The Annual Review of Psychology*, 66, 799–823. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115043>
- Lind, M., Kaltiala-Heino, R., Suominen, T., Leino-Kilpi, H., & Välimäki, M. (2004). Nurses' ethical perceptions about coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(4), 379–385. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2004.00715.x>
- Martin, V., Bernhardsgrütter, R., Göbel, R., & Steinert, T. (2007). Ein Vergleich von Schweizer und deutschen Kliniken in Bezug auf die Anwendung von Fixierung und Isolierung. *Psychiatrische Praxis*, 34, 212–217. <https://doi.org/10.1055/s>
- Molewijk, B., Kok, A., Husum, T., Pedersen, R., & Aasland, O. (2017). Staff's normative attitudes towards coercion: The role of moral doubt and professional context - A cross-sectional survey study. *BMC Medical Ethics*, 18(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12910-017-0190-0>
- Murphy, T., & Bennington-Davis, M. (2005). *Restraint and Seclusion. The Model for Eliminating Their Use in Healthcare*. Marblehead: HCPro.
- Needham, H., Dip, G., & Sands, N. (2010). Post-Seclusion Debriefing: A Core Nursing Intervention. *Perspectives in Psychiatric Care*, 46(3), 221–233. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2010.00256.x>
- Pettit, S. A., Bowers, L., Tulloch, A., Cullen, A. E., Moylan, L. B., Sethi, F., ... Stewart, D. (2017). Acceptability and use of coercive methods across differing service configurations with and without seclusion and/or psychiatric intensive care units. *Journal of Advanced Nursing*, 73(4), 966–976. <https://doi.org/10.1111/jan.13197>
- Raboch, J., Kališová, L., Nawka, A., Kitzlerová, E., Onchev, G., Karastergiou, A., ... Kallert, T. W. (2010). Use of coercive measures during involuntary hospitalization: Findings from ten European countries. *Psychiatric Services*, 61(10), 1012–1017. <https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.10.1012>
- Rohe, T., Dresler, T., Stuhlinger, M., Weber, M., Strittmatter, T., & Fallgatter, A. J. (2016). Bauliche Modernisierungen in psychiatrischen Kliniken beeinflussen Zwangsmaßnahmen. *Nervenarzt*, 1–8, <https://doi.org/10.1007/s00115-015-0054-0>
- Scanlan, J. N. (2010). Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings: What we know so far a review of the literature. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(4), 412–423. <https://doi.org/10.1177/0020764009106630>
- Sequeira, H., & Halstead, S. (2004). The psychological effects on nursing staff of administering physical restraint in a secure psychiatric hospital: 'When I go home, it's then that I think about it'. *The British Journal of Forensic Practice*, 6(1), 3–15. <https://doi.org/10.1108/14636646200400002>
- Sheehan, K. A., & Burns, T. (2011). Perceived coercion and the therapeutic relationship: A neglected association? *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 62, 471–476. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.62.5.471>
- Steinert, T., Lepping, P., Baranyai, R., Hoffmann, M., & Leherr, H. (2005). Compulsory admission and treatment in schizophrenia. *Social P*, 40, 635–641. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0929-7>
- Steinert, T., Lepping, P., Bernhardsgrütter, R., Conca, A., Hatling, T., Janssen, W., ... Whittington, R. (2010). Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: A literature review and survey of international trends. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 889–897. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0132-3>
- Stewart, D., Van der Merwe, M., Bowers, L., Simpson, A., & Jones, J. (2010). A Review of Interventions to Reduce Mechanical Restraint and Seclusion among Adult Psychiatric Inpatients. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(6), 413–424. <https://doi.org/10.3109/01612840903484113>
- Teichert, M., Schäfer, I., & Lincoln, T. M. (2016). Wo ein Wille ist, ist auch ein Weg? Eine bundesweite Onlinebefragung von Psychiatern zum Einsatz von Alternativen zu Zwangsmaßnahmen. *Psychiatrische Praxis*, 43(2), 101–106. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1387431>
- Van Der Merwe, M., Muir-Cochrane, E., Jones, J., Ziggili, M., & Bowers, L. (2013). Improving seclusion practice: Implications of a review of staff and patient views. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(3), 203–215. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2012.01903.x>
- Van Doeselaar, M., Slegers, P., & Hutschemaekers, G. (2008). Professionals' attitudes toward reducing restraint: The case of seclusion in The Netherlands. *Psychiatric Quarterly*, 79(2), 97–109. <https://doi.org/10.1007/s1126-007-9063-x>
- Wullschleger, A., Mielau, J., Mahler, L., Vandamme, A., & Montag, C. (2018). Beiträge zur Vermeidung von Zwang in der Akutpsychiatrie Contributions to reduce coercion in psychiatric care. *Fortschritte Der Neurologie Psychiatrie*, 86(08), 500–508. <https://doi.org/10.1055/a-0604-2714>
- Wynn, R. (2003). Staffs' attitudes to the use of restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital. *Nordic Journal of Psychiatry*, 12, 453–459. <https://doi.org/10.1080/08039480310003470>

How to cite this article: Krieger E, Moritz S, Lincoln TM, Fischer R, Nagel M. Coercion in psychiatry: A cross-sectional study on staff views and emotions. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2020;00:1–14. <https://doi.org/10.1111/jpm.12643>

A.3 Artikel III

Der Nervenarzt

Author's personal copy

Übersichten

Nervenarzt
<https://doi.org/10.1007/s00115-020-00969-y>

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
 Springer Nature 2020



Eva Krieger^{1,2} · Rabea Fischer^{1,2} · Steffen Moritz² · Matthias Nagel^{1,3}

¹Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Asklepios Klinik Nord – Wandsbek, Hamburg, Deutschland

²Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

³Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, Lübeck, Deutschland

Strukturierte Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen mit Patienten – Überblick und aktueller Stand

Einführung

Freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM) wie Fixierung oder Isolierung dürfen in der Psychiatrie nur bei akuter Eigen- oder Fremdgefährdung zur Anwendung kommen und auch nur dann, wenn andere, mildere Maßnahmen keine Wirkung erzielt haben. Zwangsmaßnahmen werden vielfach kritisiert, da sie sowohl für die betroffenen Patienten als auch für die Mitarbeiter auf den Stationen großes Leid verursachen [3, 8] und im Zusammenhang mit Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung stehen können [6, 8]. Zudem können die Maßnahmen die therapeutische Beziehung belasten, insbesondere durch den Vertrauensbruch oder den Verlust von Autonomie [10, 18, 22]. Das Bundesverfassungsgericht hat in einem Urteil vom 24.07.2018 die Patientenrechte gestärkt und deutlich gemacht, dass Fixierungen, die länger als eine halbe Stunde andauern, einer richterlichen Genehmigung bedürfen. Hinsichtlich der Fragestellung, wie FEM auf Akutstationen weiter reduziert werden können, gibt es zunehmend Ansätze, z. B. spezifische Interventionen wie Deeskalationstraining [29], Risikobewertungskonzepte [1], Veränderungen der Stationsumgebung [30], psychotherapeutische Konzepte [12], Behandlungsvereinbarungen [16, 28] und komplexe Stationskonzepte wie *Safewards* [5], das *Wedding Model*

[25] oder die *Six Core Strategies* [15]. Eine weitere mögliche Intervention mit dem Ziel der Prävention erneuter Maßnahmen, welche auch in einigen dieser komplexen Stationskonzepte inbegriffen ist, ist die strukturierte Nachbesprechung („debriefing“) von Zwangsmaßnahmen mit dem betroffenen Patienten und Mitgliedern aus dem Behandlersteam. Der englische Begriff „debriefing“ ist nicht klar definiert und schließt verschiedene Interventionen mit unterschiedlichen Absichten und Teilnehmern ein [33]. Der vorliegende Artikel gibt einen Überblick zu solchen Nachbesprechungen, die Faktoren, die zu einer Zwangsmaßnahme geführt haben, gemeinsam mit dem betroffenen Patienten sowie einem oder mehreren Teammitgliedern analysieren. Ziel ist es, solche Situationen in Zukunft anders zu lösen und Zwangsmaßnahmen somit bestenfalls zu verhindern. Des Weiteren soll die emotionale Entlastung aller Beteiligten [10] sowie die Prävention möglicher traumabezogener Symptome erreicht werden [15]. Durch eine Nachbesprechung könnten zudem die Patienten identifiziert werden, die weitere psychologische Unterstützung benötigen, um z. B. die Risiken einer posttraumatischen Belastungsstörung zu reduzieren. Auch die therapeutische Beziehung zwischen Betroffenen und Behandlern kann möglicherweise durch eine Nachbesprechung einer Zwangsmaßnahme gefördert werden [22]. Die

gewonnenen Erkenntnisse können ggf. in Behandlungsvereinbarungen festgehalten werden [22]. Studien zeigen, dass einige Patienten die Gründe für Zwangsmaßnahmen offenbar nicht kannten oder missverstanden haben, warum eine solche zur Anwendung kam. So werden Zwangsmaßnahmen z. B. häufig als Bestrafung für schlechtes Verhalten angesehen [13, 17]. Eine Nachbesprechung, die die Entscheidungsfindung transparent macht, scheint also auch aus diesem Grund sinnvoll zu sein.

Nachbesprechungen und rechtliche Grundlagen

Die Anwendung von Zwangsmaßnahmen in allgemein-psychiatrischen Kliniken ist in Deutschland über die Psychisch-Kranken-Gesetze (kurz: PsychKG) der Bundesländer oder über das Betreuungsgesetz § 1906 BGB geregelt. Die verschiedenen PsychKGs unterscheiden sich zum Teil deutlich in Inhalt und Umfang. Exemplarisch für Hamburg [11] wird zur Nachbesprechung einer Zwangsmaßnahme (insbesondere Fixierung) folgender Satz unter § 18 (3) genannt: „Art, Beginn und Ende einer Fixierung, die Gründe für ihre Anordnung und die Art der ständigen Betreuung und Überwachung (...) und die entsprechende Umsetzung sowie die Nachbesprechung sind zu dokumentieren“. Genauere Angaben oder konkrete

Published online: 28 July 2020

Der Nervenarzt

Übersichten

Empfehlungen, z. B. über Inhalt, Zeitpunkt oder anwesende Personen (z. B. ob nur innerhalb des Behandlungsteams oder mit dem Patienten und Behandlern gemeinsam) bei einer Nachbesprechung, werden nicht gemacht. In den PsychKGs anderer Bundesländer ist die Nachbesprechung mit dem Patienten sowie deren Inhalt teilweise expliziter geregelt. Beispielhaft dafür heißt es im PsychKG von Nordrhein-Westfalen [9] demnach: „Die Maßnahmen, einschließlich ihres Zwangscharakters, ihrer Durchsetzungsweise, ihrer maßgeblichen Gründe und der Wirkungsüberwachung, sind durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt zu dokumentieren und nachzubesprechen, sobald es der Gesundheitszustand der Betroffenen zulässt“. Dennoch erfolgt auch hier kein konkreter Hinweis auf Zeitpunkt, beteiligte Personen oder Umfang der Nachbesprechung.

Nachbesprechungen in Behandlungsleitlinien

Strukturierte Nachbesprechungen werden in verschiedenen Behandlungsleitlinien empfohlen. Im Juli 2018 gab die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) die S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ [7] heraus. Diese berücksichtigt sowohl wissenschaftliche Erkenntnisse, gesetzliche Vorgaben als auch ethische Überlegungen und soll professionell Tätigen wie auch Betroffenen und anderen Interessierten einen praktischen Leitfaden für eine gute klinische Praxis vermitteln. Die Leitlinie empfiehlt (Empfehlungsgrad A, Evidenzgrad 3), dass zur Reduktion FEM eine Nachbesprechung angeboten, durchgeführt und dokumentiert werden soll. Laut Expertenkonsens sollte die Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen abhängig vom psychischen Befinden des Patienten gemeinsam mit einer pflegerischen Bezugsperson sowie dem zuständigen Therapeuten erfolgen. Ein besonderes Augenmerk ist auf die psychische Belastung sowie auf mögliche Symptome einer posttraumatischen Belastungsstö-

rung zu richten. Auch die britische National Institute for Health and Care Excellence (NICE)-Leitlinie [26] empfiehlt die Nachbesprechung aller restriktiven Interventionen. Hier wird zwischen einer unmittelbaren und einer formellen externen Nachbesprechung unterschieden. Bei der unmittelbaren Nachbesprechung geht es zunächst darum, bei allen Beteiligten physische und emotionale Belastungen zu identifizieren, diesen zu begegnen und Unterstützung und ein Gefühl von Sicherheit zu vermitteln. Innerhalb von 72h nach der Maßnahme soll dann eine formelle Nachbesprechung erfolgen. Diese soll von einem unbeteiligten Patienten sowie unbeteiligten Mitarbeitern einer anderen Abteilung geleitet werden. Gemeinsam soll erarbeitet werden, was zu dem Zwischenfall geführt hat und was hätte anders gemacht werden können. Zudem sollen bei Bedarf Empfehlungen für mögliche Veränderungen auf struktureller Ebene (z. B. Mitarbeitertrainings, Stationskonzepte etc.) ausgesprochen werden. In der „Leitlinie für den Umgang mit aggressivem Verhalten in der Psychiatrie“, welche vom Arbeitskreis der Chefarzte und leitenden Pflegepersonen der psychiatrischen Kliniken in Rheinland-Pfalz erarbeitet wurde [2], wird explizit gefordert, dass jedem Patienten zeitnah, sobald dies der Gesundheitszustand zulässt, die Möglichkeit einer Nachbesprechung mit beteiligten Mitarbeitern angeboten wird. Dazu werden explizite Leitfragen für eine Nachbesprechung mit dem Patienten genannt. Ziel hierbei ist es u. a., dass sich Mitarbeiter und der Patient über ihre subjektiven Sichtweisen und Empfindungen bez. der Maßnahme austauschen und für zukünftige ähnliche Situationen individuelle Absprachen treffen. Es wird auch auf die Möglichkeit hingewiesen, daraus eine Behandlungsvereinbarung zu erarbeiten. Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe hat einen eigenen Standard zum Umgang mit Zwangsmaßnahmen herausgegeben, in dem zusätzlich noch darauf hingewiesen wird, dass dem Patienten angeboten werden soll, bei einer Nachbesprechung auch einen Angehörigen daran teilhaben zu lassen [23]. Zudem steht ebenfalls ein strukturiertes

Formular zur Nachbesprechung zur Verfügung.

Evidenz zu Nachbesprechungen als Einzelintervention

Bisher liegen nur wenige Studien vor, die sich mit der Wirksamkeit von Nachbesprechungen, z. B. hinsichtlich der Vermeidung zukünftiger Zwangsmaßnahmen oder der Prävention von Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung, beschäftigen haben. Randomisiert-kontrollierte Studien gibt es unseres Wissens noch keine. Die meisten Studien beziehen sich auf komplexere Programme, die die Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen als eine von mehreren Interventionen beinhalten. Zur Wirksamkeit strukturierter Nachbesprechungen als einzelne Intervention gibt es bisher nur wenige Evidenz [12, 33]. Zwei Pilotstudien liefern erste Hinweise dafür, dass sich die Häufigkeit und Dauer von Isolierungen durch strukturierte Nachbesprechungen signifikant reduzieren ließen [10, 36]. Ein aktuelles Literaturreview fasst die Ergebnisse der bisher vorliegenden Studien zur Nachbesprechung von Fixierungen zusammen [12]. Es fanden sich 5 Studien, die Nachbesprechungen als einzelne Intervention untersuchten; die weiteren 7 Studien untersuchten komplexere Behandlungsprogramme, die Nachbesprechungen integrierten. Das Review zeigte, dass sowohl die Studiendesigns als auch die Durchführung solcher Nachbesprechungen hinsichtlich der Teilnehmer, dem Zeitrahmen, Form und Inhalt stark zwischen den Studien variierte, was die wissenschaftliche Untersuchung solcher Maßnahmen erschwert. Ob Nachbesprechungen als Einzelinterventionen zur Reduktion von Fixierungen beitragen, konnte aus diesem Review nicht geschlossen werden. Dennoch gehen die Autoren davon aus, dass Nachbesprechungen von Zwangsmaßnahmen ein vielversprechender Ansatz sein können und zu einem ethisch besser vertretbaren und professionelleren Umgang mit Zwangsmaßnahmen führen können [12]. Weitere Studien sind erforderlich, bevor belastbare Aussagen getroffen werden können. In einer Studie unse-

Zusammenfassung · Abstract

Nervenarzt <https://doi.org/10.1007/s00115-020-00969-y>
© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2020

E. Krieger · R. Fischer · S. Moritz · M. Nagel

Strukturierte Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen mit Patienten – Überblick und aktueller Stand

Zusammenfassung

Hintergrund. Maßnahmen zur Vermeidung oder Reduktion freiheitsentziehender Maßnahmen (FEM) stehen vermehrt im Fokus des Forschungsinteresses. Strukturierte Nachbesprechungen von Zwangsmaßnahmen mit den betroffenen Patienten werden in Behandlungsleitlinien empfohlen, sind als eine mögliche Intervention hinsichtlich ihrer Wirksamkeit bisher jedoch noch wenig untersucht.

Ziel der Arbeit und Methoden. Der vorliegende Artikel gibt einen Überblick zu strukturierten Nachbesprechungen von Zwangsmaßnahmen und stellt die rechtlichen Grundlagen, die Inhalte verschiedener Behandlungsleitlinien sowie die bisherige Evidenz solcher Maßnahmen kurz dar.

Weiterhin werden Herausforderungen der Implementierung diskutiert.

Ergebnisse. Strukturierte Nachbesprechungen von Zwangsmaßnahmen mit Patienten werden in verschiedenen Behandlungsleitlinien empfohlen und auch in den Psychisch-Kranken-Gesetzen der Länder (PsychKG) finden sich je nach Bundesland mehr oder weniger konkrete Hinweise für die Durchführung der Intervention. In welchem Rahmen (z. B. Teilnehmer oder Zeitpunkt) die Nachbesprechung stattfinden kann, wird bisher insgesamt sehr unterschiedlich gehandhabt. Es gibt bisher kaum wissenschaftliche Studien zur Wirksamkeit von Nachbesprechungen als Einzelintervention; diese werden jedoch in einigen komplexen Behandlungskonzepten bereits durchgeführt.

Erste Pilotstudien ergaben Hinweise für eine Reduktion von Zwangsmaßnahmen durch Nachbesprechungen. Bisher finden strukturierte Nachbesprechungen jedoch noch nicht routinemäßig statt.

Diskussion. Bei der strukturierten Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen mit Patienten handelt es sich möglicherweise um eine Erfolg versprechende Intervention zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen, für die es bisher jedoch noch wenig wissenschaftliche Evidenz gibt. Diese in ein komplexeres therapeutisches Behandlungskonzept einer Station einzubetten, erscheint sinnvoll.

Schlüsselwörter

Isolierung · Fixierung · Zwangsmaßnahmen · Nachbesprechung · Akutpsychiatrie

Post-seclusion/post-restraint debriefing with patients—overview and current situation

Abstract

Background. Research on measures to prevent or reduce the use of coercive measures is steadily gaining momentum in research. Post-seclusion/post-restraint debriefings with the affected patients are recommended in treatment guidelines but the effectiveness as an intervention has so far only scarcely been studied.

Aims and methods. This article briefly outlines the existing literature on post-seclusion/post-restraint debriefings, the legal basis in Germany, recommendations by various treatment guidelines as well as the existing evidence of the effectiveness. Furthermore, challenges pertaining to the implementation of debriefings are discussed.

Results. Various treatment guidelines recommend post-seclusion/post-restraint debriefings with patients and the individual Mental Health Laws (PsychKG) of the German federal states provide more or less specific guidance on how to implement the intervention. So far, hardly any scientific studies on the effectiveness of post-seclusion/post-restraint debriefings exist but they are already carried out in a variety of complex treatment concepts. Various parameters, e.g. who participates and when the debriefing is conducted, also vary across implementations. Initial pilot studies have shown indications for positive effects in terms of reducing coercive measures through the implementation of

post-seclusion/post-restraint debriefings; however, structured debriefings are not yet part of routine practice.

Conclusion. Structured post-seclusion/post-restraint debriefings with patients constitute a possible intervention to reduce coercive measures, but as of now there is little scientific evidence for the efficacy. Incorporating them into complex therapeutic treatment concepts for ward programs appears to be meaningful.

Keywords

Seclusion · Restraint · Compulsory treatment · Debriefing · Emergency psychiatry

rer Arbeitsgruppe, in der wir insgesamt 213 Patienten befragten, die im aktuellen Aufenthalt untergebracht waren und teilweise weitere Zwangsmaßnahmen erlebt haben, gaben 75,3 % an, dass sie sich eine Nachbesprechung nach einer Isolierung oder Fixierung wünschen würden [20]. In einer Onlinestudie mit 138 Psychiatriemitarbeitern erachteten die meisten Teilnehmer (98,5%) Nachbesprechungen mit dem Patienten als sinnvoll; ob dies jedoch regelmäßig im

Alltag geschieht, darüber waren sich die Mitarbeiter uneinig [19]. Weitere Studien bestätigten, dass Nachbesprechungen nach Zwangsmaßnahmen bisher nicht routinemäßig erfolgen [3, 27, 32, 33]. Die Durchführung von Nachbesprechungen wird sowohl von Patienten als auch von Mitarbeitern als hilfreich erachtet [3, 4], wobei Mitarbeiter die Intervention als positiver einschätzten als Patienten [37]. In einer aktuellen deutschen Pilotstudie einer Berliner Arbeitsgruppe

wurde ein Leitfaden zur Nachbesprechung evaluiert [37]. Hierbei wird ein klarer Rahmen formuliert, in dem die Nachbesprechung stattfinden soll: Es nehmen der betroffene Patient, ein an der Zwangsmaßnahme beteiligter Mitarbeiter sowie ein moderierendes und unbeteiligtes Teammitglied daran teil. Insgesamt wurde diese Form der Nachbesprechung sowohl von den Patienten als auch von den Mitarbeitern als hilfreich erlebt. Die Autoren betonen als

Übersichten

einen positiven Effekt der Intervention besonders die Aussicht auf Wiederherstellung der therapeutischen Beziehung. Die strukturierte Form des Leitfadens wurde dabei als hilfreich und unproblematisch in der Anwendung bewertet. Die Autoren weisen auf die Notwendigkeit hin, dem Patienten eine Nachbesprechung mehrfach anzubieten, um den individuell günstigsten Zeitpunkt dafür zu finden. Der Leitfaden zur Nachbesprechung wird von den Autoren zur Verfügung gestellt [37].

Nachbesprechungen im Rahmen komplexer Stationskonzepte zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen

In den letzten Jahren wurden komplexe Stationskonzepte entwickelt, die verschiedene Strategien mit dem Ziel der Reduktion von Aggression und Zwangsmaßnahmen integrieren. Ein solches Programm einer amerikanischen Arbeitsgruppe beinhaltet sechs Kernstrategien (*Six Core Strategies*) zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen [15]. Hier stellt die Nachbesprechung („debriefing techniques“) eine der sechs Hauptstrategien dar. Verschiedene Studien erbrachten Nachweise für die Wirksamkeit hinsichtlich der Reduzierung von Zwangsmaßnahmen durch *Six Core Strategies* [15, 21, 31]. Ein weiteres komplexes Stationskonzept entstammt einer Berliner Arbeitsgruppe und nennt sich *Weddinger Modell* [25]. Dieses Konzept basiert auf einem Recovery-orientierten Ansatz, der besonders die Förderung von Transparenz und Partizipation in der psychiatrischen Behandlung betont. Patienten sollen auch auf Akutstationen möglichst an allen Entscheidungsfindungsprozessen beteiligt werden und sich dadurch mehr „auf Augenhöhe“ mit den Mitarbeitern im eigenen Behandlungsprozess zu fühlen [12]. Auch wenn die Durchführung einer Zwangsmaßnahme nicht verhindert werden konnte, ist beim *Weddinger Modell* therapeutische Transparenz und Offenheit entscheidend, um die therapeutische Beziehung aufrechtzuerhalten. Jede Zwangsmaßnahme wird daher systematisch anhand eines Leitfadens nachbesprochen [37]. Die Autoren

konnten in einer ersten Studie Hinweise dafür finden, dass die Einführung des *Weddinger Modells* zu einer signifikanten Reduktion der Anzahl der Fixierungen und der durchschnittlichen Isolierungsdauer geführt hat [24].

Herausforderungen der Implementierung

Die Arbeit mit psychisch schwer kranken Menschen setzt generell besondere Kenntnisse und Fertigkeiten bei den Mitarbeitern auf Akutstationen voraus. Eine sensible Situation wie die Nachbesprechung einer Zwangsmaßnahme erfordert hier nochmals besondere therapeutische Kompetenzen. Alle Mitarbeiter auf Akutstationen sollten standardmäßig in Deeskalationsstrategien geschult sein, die auch Strategien der Gesprächsführung umfassen. Auch störungsspezifisches Wissen bez. der Psychopathologie und interaktioneller Besonderheiten ist notwendig, um bestmöglich auf die Bedürfnisse des einzelnen Patienten eingehen und mit kritischen Situationen umgehen zu können. Moderatoren von Nachbesprechungen werden regelmäßig mit starken Emotionen wie Wut, Angst oder Scham aufseiten der Patienten, aber auch der Mitarbeiter konfrontiert werden. Der Umgang damit erfordert besondere therapeutische Kompetenzen. Hinzu kommen Anforderungen hinsichtlich der Emotionserkennung und Regulation bei der Übernahme professionellen Handelns. Therapeutische Selbsterfahrung erscheint in diesem Zusammenhang hilfreich. Eine weitere Herausforderung können die z.T. divergierenden Sichtweisen der verschiedenen Beteiligten darstellen. Aggressive Vorfälle, deren Auslöser sowie Empfehlungen zur Deeskalation werden von den betroffenen Patienten teilweise anders eingeschätzt als von den Mitarbeitern. So variieren die Sichtweisen von Mitarbeitern und Patienten v. a. hinsichtlich der wahrgenommenen Schwere des aggressiven Vorfalls, während die faktenbasierten Angaben (z. B. Ort oder Länge des Vorfalls) sich nicht unterscheiden [35]. Vermeulen und Kollegen [35] empfehlen daher, eine Nachbesprechung mit der faktenbasierten Rekapitulation der Situation zu

beginnen, weil sich alle Beteiligten weitestgehend einig darüber sind. Weiterhin ist denkbar, dass dynamische Prozesse in einem Team durchaus eine Herausforderung darstellen können, wenn es um die Implementierung neuer Konzepte und Interventionen geht. Schwierige Situationen, die zu Aggressionen oder Zwangsmaßnahmen führen, können von verschiedenen Teammitgliedern unterschiedlich bewertet werden. Verschiedene Meinungen bergen Konfliktpotenzial, gerade bei einem sehr emotional geladenen Thema wie der Durchführung von Zwangsmaßnahmen. Hier benötigen Behandlerteams ggf. zusätzliche Möglichkeiten zur Reflexion, wie interne Fallbesprechungen oder externe Supervisionen, um den verschiedenen Beteiligten mit ihren Emotionen und Sichtweisen Raum zu geben. Als Voraussetzung für die Arbeit mit derart schwer erkrankten Menschen ist eine therapeutische Haltung unabdingbar, die sich aus Respekt, der größtmöglichen Transparenz und dem Interesse an Partizipation zusammensetzt. Um eine Intervention wie die systematische Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen auf einer Station erfolgreich zu implementieren, reicht es vermutlich nicht aus, dass einzelne Mitarbeiter diese als sinnvoll erachten. Vielmehr erscheint die Einbettung in ein gesamttherapeutisches Stationskonzept sinnvoll, welches von allen Teammitgliedern getragen werden muss. Entsprechend empfehlen Experten [14, 33] die Kombination verschiedener Interventionen und therapeutischer Strategien, welche die Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen beinhalten, um restriktiven Maßnahmen vorzubeugen.

Diskussion und Fazit

Strukturierte Nachbesprechungen von Zwangsmaßnahmen werden in den Psychisch-Kranken-Gesetzen der Länder sehr unterschiedlich umschrieben und in verschiedenen Behandlungsleitlinien empfohlen, kommen jedoch in der Praxis noch nicht routinemäßig zum Einsatz. Sie sollten laut verschiedener Behandlungsleitlinien jedem Patienten nach einer Zwangsmaßnahme angeboten werden und nach Möglichkeit mit dem

Patienten sowie Mitgliedern aus dem Behandlungsteam (z. B. Bezugspflege, Therapeut) stattfinden. Sie dienen der Reflexion von Situationen, die zu einer Zwangsmaßnahme geführt haben, und haben das Ziel, andere Lösungen zu finden, um Zwangsmaßnahmen zukünftig zu vermeiden. Zudem bieten sie die Möglichkeit, die betroffenen Personen emotional zu entlasten, Transparenz zu schaffen und die therapeutische Beziehung zu verbessern. Experten empfehlen, Nachbesprechungen von Zwangsmaßnahmen in ein gesamttherapeutisches Stationskonzept einzubetten, welches das Interesse verfolgen sollte, Zwangsmaßnahmen und Aggression in der Akutpsychiatrie zu reduzieren. Hier erscheint es logisch, dass dieses Konzept von allen Mitarbeitern einer Station getragen werden muss. Dennoch kann es sich bei der Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen zunächst auch um eine einzelne Intervention handeln, die, wenn sie klar umgrenzt und beschrieben ist, auf Akutstationen relativ einfach zu implementieren wäre. Hier bietet sich die Verwendung strukturierter Leitfäden zur Nachbesprechung an. Hierin könnte jedoch auch ein Grund für die bisher fehlende Evidenz der Maßnahme liegen. Bisher gibt es verschiedene Beschreibungen und Leitfäden für Nachbesprechungen (z. B. hinsichtlich der Teilnehmer, des Zeitpunktes und des Inhaltes). Diese Heterogenität erschwert es jedoch, die wirksamen Elemente der Maßnahme zu erfassen. Eine genauere Differenzierung verschiedener Formen erscheint für die weitere Erforschung unabdingbar [33]. Studien, die die Wirksamkeit von Nachbesprechungen hinsichtlich verschiedener Teilnehmerkonstellationen, Zeitpunkten und Inhalten vergleichen, erscheinen notwendig, um zu erfassen, welche Rahmenbedingungen zur Reduktion zukünftiger FEM beitragen. Laut zweier Pilotstudien gibt es Hinweise dafür, dass Nachbesprechungen die Dauer und Anzahl von Zwangsmaßnahmen reduzieren können. Bisher fehlen jedoch noch belastbare Studien, die die Wirksamkeit von Nachbesprechungen als einzelne Intervention bez. der Reduktion oder Prävention von Zwangsmaßnahmen nachweisen konnten. Weiterhin gibt

es bisher noch keinen Nachweis dafür, dass Nachbesprechungen von Zwangsmaßnahmen hinsichtlich der Prävention von Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung wirksam sind. Hier bedarf es ebenfalls weiterer Forschung. Ein weiterer wichtiger Aspekt betrifft die Möglichkeit zur Reflexion von Mitarbeitern über eigene Einstellungen, Emotionen und Handlungen. Einige Experten postulieren, dass die Reduktion FEM v. a. dadurch erzielt werden kann, dass Mitarbeiter bereit sein müssen, das eigene Handeln kritisch zu reflektieren [34]. Hierfür kann die Intervention eine gute Alternative darstellen. Eine umfassende psychotherapeutische Versorgung auf Akutstationen stellt bisher leider noch keine Selbstverständlichkeit dar. Es bleibt zu hoffen, dass der zunehmende Fokus auf die Reduktion FEM in Forschung und Praxis zu einer weiteren Verbesserung der Versorgung schwer erkrankter Menschen in der Akutpsychiatrie führen wird. Die systematische Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen mit Patienten könnte dabei ein Baustein sein. Es bleibt zu diskutieren, ob die Einführung einer Nachbesprechung als Einzelintervention empfohlen werden soll oder ob dies immer im Zusammenhang mit komplexeren therapeutischen stationären Konzepten geschehen sollte, für die bereits wissenschaftliche Studien hinsichtlich der Wirksamkeit vorliegen. Trotz der bisher lückenhaften Evidenz für die Nachbesprechung als Einzelintervention werden diese von Experten und Fachverbänden in verschiedenen Leitlinien als „good clinical practice“ empfohlen [7, 26].

Korrespondenzadresse

Eva Krieger
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
Asklepios Klinik Nord – Wandsbek
Jüthornstraße 71, 22043 Hamburg,
Deutschland
eva.krieger@gmx.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. E. Krieger, R. Fischer, S. Moritz und M. Nagel geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

1. Abderhalden C, Needham I, Dassen T et al (2008) Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 193:44–50. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.045534>
2. Anderl-Doliwa B, Breitmaier J, Claus S et al (2014) Leitlinie für den Umgang mit aggressivem Verhalten. Prävention Therapie Zwangsmaßnahmen
3. 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
4. Bonner G, Wellman N (2010) Postincident review of aggression and violence in mental health settings. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 48:35–40
5. Bowers L, Alexander J, Bilgin H et al (2014) Safewards: the empirical basis of the model and a critical appraisal. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 21:354–364. <https://doi.org/10.1111/jpm.12085>
6. Chieze M, Hurst S, Kaiser S, Sentissi O (2019) Effects of seclusion and restraint in adult psychiatry: a systematic review. *Front Psychiatry* 10:1–19. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00491>
7. DGPPN (2018) S3-Leitlinie: Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen
8. Frueh BC, Knapp RG, Cusack KJ et al (2005) Special section on seclusion and restraint: patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. *Psychiatr Serv* 56:1123–1133. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.9.1123>
9. Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG). https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_bes_text?sg-0&menu=1&bes_id=4853&aufgehoben=N&anw_nr=2. Zugegriffen: 13. Apr. 2020
10. Goulet MH, Larue C, Lemieux AJ (2018) A pilot study of "post-seclusion and/or restraint review" intervention with patients and staff in a mental health setting. *Perspect Psychiatr Care* 54:1–9. <https://doi.org/10.1111/ppc.12225>
11. Hamburgisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (Hmb-PsychKG). <http://www.landesrecht-hamburg.de/jportal/portal/page/bshaprod.psm?mid=t&showdoccase=1&docid=jlr-PsychKGHAV5P18&st=null>. Zugegriffen: 13. Apr. 2020
12. Hammervold UE, Norvoll R, Aas RW, Sagvaag H (2019) Post-incident review after restraint in mental health care—a potential for knowledge development, recovery promotion and restraint prevention. A scoping review. *BMC Health Serv Res* 19:1–13. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4060-y>
13. Haw C, Stubbs J, Bickle A, Stewart I (2011) Coercive treatments in forensic psychiatry: a study of patients' experiences and preferences. *J Forensic*

Übersichten

- Psychiatry Psychol 22:564–585. <https://doi.org/10.1080/14789949.2011.602097>
14. Hirsch S, Steinert T (2019) Measures to avoid coercion in psychiatry and their efficacy. *Dtsch Arztebl.* <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0336>
 15. Huckshorn KA (2006) Six core strategies for reducing seclusion and restraint use. A snapshot of six core strategies for the reduction of S/R, S1–23
 16. de Jong MH, Kamperman AM, Oorschot M et al (2016) Interventions to reduce compulsory psychiatric admissions. *JAMA Psychiatry* 73:657. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0501>
 17. Keski-Valkama A, Koivisto AM, Eronen M, Kaltiala-Heino R (2010) Forensic and general psychiatric patients' view of seclusion: a comparison study. *J Forensic Psychiatry Psychol* 21:446–461. <https://doi.org/10.1080/14789949093456569>
 18. Khatib A, Ibrahim M, Roe D (2018) Re-building trust after physical restraint during involuntary psychiatric hospitalization. *Arch Psychiatr Nurs* 32:457–461. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.01.003>
 19. Krieger E, Moritz S, Lincoln TM et al (2020) Coercion in psychiatry: a cross-sectional study on staff views and emotions. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* <https://doi.org/10.1111/jpm.12643>
 20. Krieger E, Moritz S, Weil R, Nagel M (2018) Patients' attitudes towards and acceptance of coercion in psychiatry. *Psychiatry Res* 260:478–485. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.029>
 21. LeBel JL, Duxbury JA, Putkonen A et al (2014) Multinational experiences in reducing and preventing the use of restraint and seclusion. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 52:22–29
 22. Ling S, Cleverley K, Perivolaris A (2015) Understanding mental health service user experiences of restraint through debriefing: a qualitative analysis. *Can J Psychiatry* 60:386–392. <https://doi.org/10.1177/070674371506000903>
 23. LWL-Forschungsinstitut für Seelische Gesundheit Institut für Präventions- und Versorgungsforschung in Psychiatrie P und P im L-PW (2017) LWL-Standard zur Vermeidung, Anwendung und Dokumentation von freiheitsentziehenden Maßnahmen (feM) und Zwangsbehandlungen in der psychiatrischen Behandlung
 24. Mahler L, Heinz A, Jarchov-Jädi I et al (2019) Therapeutische Haltung und Strukturen in der (offenen) Akutpsychiatrie: das Weddinger Modell. *Nervenarzt* 7:700–704. <https://doi.org/10.1007/s00115-019-0741-3> (Therapeutic attitudes and structures in (open) acute psychiatry: the Wedding model)
 25. Mahler L, Jarchov-Jädi I, Montag C, Gallinat J (2013) Der Patient im Mittelpunkt: Das Weddinger Modell: Resilienz- und Ressourcenorientierung im klinischen Kontext, 1. Aufl. Psychiatrie-Verlag, Köln
 26. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2015) Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. NICE guideline
 27. Needham H, Dip G, Sands N (2010) Post-seclusion debriefing: a core nursing intervention. *Perspect Psychiatr Care* 46:221–233. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2010.00256.x>
 28. Nicaise P, Lorant V, Dubois V (2013) Psychiatric advance directives as a complex and multistage intervention: a realist systematic review. *Health Soc Care Community* 21:1–14. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2012.01062.x>
 29. Price O, Baker J, Bee P, Lovell K (2015) Learning and performance outcomes of mental health staff training in de-escalation techniques for the management of violence and aggression. *Br J Psychiatry* 206:447–455. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.144576>
 30. Rohe T, Dresler T, Stuhlinger M et al (2016) Bauliche Modernisierungen in psychiatrischen Kliniken beeinflussen Zwangsmaßnahmen. *Nervenarzt.* <https://doi.org/10.1007/s00115-015-0054-0>
 31. Scanlan JN (2010) Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings: what we know so far a review of the literature. *Int J Soc Psychiatry* 56:412–423. <https://doi.org/10.1177/0020764009106630>
 32. Sheehan KA, Burns T (2011) Perceived coercion and the therapeutic relationship: a neglected association? *Psychiatr Serv* 62:471–476. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.62.5.471>
 33. Sutton D, Webster S, Wilson M (2014) Debriefing following seclusion and restraint. A summary of relevant literature
 34. Van Doeselaar M, Slegers P, Hutschemaekers G (2008) Professionals' attitudes toward reducing restraint: the case of seclusion in The Netherlands. *Psychiatr Q* 79:97–109. <https://doi.org/10.1007/s1126-007-9063-x>
 35. Vermeulen JM, Doedens P, Boyette LLN et al (2019) "But I did not touch nobody!"—Patients' and nurses' perspectives and recommendations after aggression on psychiatric wards—a qualitative study. *J Adv Nurs* 75:2845–2854. <https://doi.org/10.1111/jan.14107>
 36. Whitcross F, Seeary A, Lee S (2013) Measuring the impacts of seclusion on psychiatry inpatients and the effectiveness of a pilot single-session post-seclusion counselling intervention. *S* 512–521 <https://doi.org/10.1111/inm.12023>
 37. Wullschleger A, Vandamme A, Ried J et al (2018) Standardisierte Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen auf psychiatrischen Akutstationen: Ergebnisse einer Pilotstudie. *Psychiatr Prax.* <https://doi.org/10.1055/a-0651-6812> (Standardized Debriefing of Coercive Measures on Psychiatric Acute Wards: A Pilot Study)

Appendix B: Liste bisheriger Publikationen

Krieger, E., Fieker, M., Moritz, S. & Nagel, M. (2015). Individualisiertes Metakognitives Therapieprogramm für Menschen mit Psychose (MKT+). *Psychotherapie im Dialog*, 16(03), 64-68.

Krieger, E., Moritz, S., Weil, R. & Nagel, M. (2015). Einstellung von Behandlern zu Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie – Erste Ergebnisse. Poster-Präsentation auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), Berlin, Deutschland.

Krieger, E. & Moritz, S. (2015). Metakognitive Trainingsprogramme (MKT) bei Psychose. Vortrag auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), Berlin, Deutschland.

Krieger, E., Moritz, S. & Nagel, M. (2016). Einstellung von Behandlern zu Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie – Erste Ergebnisse. Vortrag auf dem Kongress „Subjektive Seite der Schizophrenie“, Hamburg, Deutschland.

Schneider, B. C., Brüne, M., Bohn, F., Veckenstedt, R., Kolbeck, K., **Krieger, E.**, Becker, A., Drommelschmidt, K., Englisch, S., Eisenacher, S., Lee-Grimm, S. I., Nagel, M., Zink, M. & Moritz, S. (2016). Investigating the efficacy of an individualized metacognitive therapy program (MCT+) for psychosis: study protocol of a multi-center randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 16, 51.

Moritz, S., **Krieger, E.**, Bohn, F. & Veckenstedt, R. (2017). *MKT+: Individualisiertes Metakognitives Therapieprogramm für Menschen mit Psychose (2. Aufl.)*. Heidelberg: Springer-Verlag.

Nagel, M. & **Krieger, E.** (2017). Einstellung betroffener Patienten und Mitarbeiter zu Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie. Projektbericht. *medtropole*.

Krieger, E., Moritz, S. & Nagel, M. (2017). Akzeptanz und mögliche Vermeidung spezifischer Zwangsmaßnahmen – Eine Mitarbeiterbefragung. Poster-Präsentation auf dem World Congress of Psychiatry (WPA), Berlin, Deutschland.

Dietrichkeit, M., **Krieger, E.**, Kolbeck, K. & Moritz, S. (2017). Behandlungen kognitiver Verzerrungen bei Psychose – Überblick aktueller Befunde. *Verhaltenstherapie*, 27, 210-217.

Moritz, S., Göritz, A. S., Kühn, S., Schneider, B. C., **Krieger, E.**, Röhlinger, J. & Zimmerer, S. (2017). Muslims love Jesus, too? Corrective information alters prejudices against Islam. *Pastoral Psychology*, 66, 65-77.

Dietrichkeit, M., Flint, K., **Krieger, E.**, Grzella, K., Nagel, M. & Moritz, S. (2018). Two case studies from a virtual reality intervention for delusions. Feasibility and preliminary evidence. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 11, 1-17.

Veckenstedt, R. & **Krieger, E.** (2018). Metakognitives Training (MKT) und Metakognitives Therapieprogramm (MKT+) für Patienten mit Psychose. Einführung und praktische Umsetzung. Workshop auf dem Kongress „Subjektive Seite der Schizophrenie“, Hamburg, Deutschland.

Krieger E., Moritz S., Weil R. & Nagel M. (2018). Patients' attitudes towards and acceptance of coercion in psychiatry. *Psychiatry Research*, 260, 478–485.

Krieger E., Moritz S., Lincoln T.M., Fischer R. & Nagel M. (2020). Coercion in psychiatry: A cross-sectional study on staff views and emotions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 00:1–14.

Krieger E., Fischer R., Moritz S. & Nagel M. (submitted). Strukturierte Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen mit Patienten – Überblick und aktueller Stand. *Der Nervenarzt*.

Appendix C: Curriculum Vitae

Lebenslauf aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht enthalten.

Lebenslauf aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht enthalten.

Erklärungen



FAKULTÄT
FÜR PSYCHOLOGIE UND
BEWEGUNGSWISSENSCHAFT
Institut für Bewegungswissenschaft
Institut für Psychologie

Erklärung gemäß *(bitte Zutreffendes ankreuzen)*

- § 4 (1c) der Promotionsordnung des Instituts für Bewegungswissenschaft der Universität Hamburg vom 18.08.2010
- § 5 (4d) der Promotionsordnung des Instituts für Psychologie der Universität Hamburg vom 20.08.2003

Hiermit erkläre ich,

_____ Eva Carolin Krieger _____ (Vorname, Nachname),

dass ich mich an einer anderen Universität oder Fakultät noch keiner Doktorprüfung unterzogen oder mich um Zulassung zu einer Doktorprüfung bemüht habe.

Braunschweig, 03.08.2020
Ort, Datum

Eva Krieger
Unterschrift

Studien- und Prüfungsbüro Bewegungswissenschaft • Fakultät PB • Universität Hamburg • Mollerstraße 10 • 20148 Hamburg
Studien- und Prüfungsbüro Psychologie • Fakultät PB • Universität Hamburg • Von-Melle-Park 5 • 20146 Hamburg

www.pb.uni-hamburg.de

Eidesstattliche Erklärung nach *(bitte Zutreffendes ankreuzen)*

- § 7 (4) der Promotionsordnung des Instituts für Bewegungswissenschaft der Universität Hamburg vom 18.08.2010**
- § 9 (1c und 1d) der Promotionsordnung des Instituts für Psychologie der Universität Hamburg vom 20.08.2003**

Hiermit erkläre ich an Eides statt,

1. dass die von mir vorgelegte Dissertation nicht Gegenstand eines anderen Prüfungsverfahrens gewesen oder in einem solchen Verfahren als ungenügend beurteilt worden ist.
2. dass ich die von mir vorgelegte Dissertation selbst verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und keine kommerzielle Promotionsberatung in Anspruch genommen habe. Die wörtlich oder inhaltlich übernommenen Stellen habe ich als solche kenntlich gemacht.

Braunschweig, 03.08.2020

Ort, Datum

Eva Krieger

Unterschrift