

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeuroNeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

**Emotionen psychiatrischer
Patienten während der Fixierung //**
**Emotions in psychiatric patients
under mechanical restraint**

Fugger G, Gleiss A, Aigner M

Kasper S, Frey R

Journal für Neurologie

Neurochirurgie und Psychiatrie

2018; 19 (1), 20-26

Homepage:

www.kup.at/

JNeuroNeurochirPsychiatr

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Indexed in
EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031117M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Mozartgasse 10

Preis: EUR 10,-



Aktuelles

E-Learning

DFP-Konto



SERVICE: SUPPORT(AT)MEINDFP.AT

Entsprechend dem Fortbildungsgedanken des Journals für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie werden laufend approbierte Fachartikel zur Erlangung von DFP-Punkten der Akademie der Ärzte publiziert.

Die aktuellen Artikel auf www.meindfp.at:

NEUROLOGIE

Berger T, Bsteh G. Update: Primäre progrediente Multiple Sklerose (PPMS)

PSYCHIATRIE

Praschak-Rieder N. Rationaler Einsatz von Antidepressiva

Fachartikel und Test zur Erlangung der DFP-Punkte finden Sie auf

<http://www.meindfp.at>

Bitte halten Sie Ihr „meindfp“-Passwort bereit.

Emotionen psychiatrischer Patienten während der Fixierung

G. Fugger¹, A. Gleiss², M. Aigner³, S. Kasper¹, R. Frey¹

Kurzfassung: *Ausgangspunkt und Fragestellung:* Bis heute ist kaum systematisch erfasst, was psychiatrische Patienten während einer Fixierung empfinden. *Methode:* Zwölf ausreichend orientierte Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen wurden mittels selbst entworfenem Fragebogen und visuellen Analogskalen (VAS) während einer Fixierung bezüglich Emotionen und Einsicht untersucht. *Ergebnisse:* Im Median zeigten VAS insbesondere Ohnmacht, Depressivität und Aggression, jedoch relativ wenig Angst und Ablehnung der Schutzfixierung sowie wenig Krankheitsgefühl. VAS und Fragebogen korrelierten am besten zur Depressivität ($R = 0,8$), zur Ohnmacht und Aggression ($R = 0,5$). Insgesamt zeigten die Daten eine hohe interindividuelle Variabilität. *Schlussfolgerung:* Die diagnostisch heterogene Stichprobe zeigte vor allem eine depressive Reaktion auf Fixierung, die durch eine hohe Korrelation der

Messinstrumente belegt ist. Die relativ geringe Angst unter der Zwangsmaßnahme könnte auf das Konzept der psychiatrischen Intermediate Care Station (IMC) zurückzuführen sein.

Schlüsselwörter: Zwangsmaßnahmen, Fixierung, psychiatrische Intermediate Care, Emotionen, Einsicht

Abstract: Emotions in psychiatric patients under mechanical restraint. *Objective:* Studies systematically exploring patients' feelings under coercive measures are scarce. *Methods:* Twelve patients with different diagnoses and sufficient orientation were investigated by a self-designed 20-item questionnaire and visual analogue scales (VAS) concerning emotions and insight during mechanical restraint by belts. *Results:* According to VAS median scores, powerlessness, depressiveness and

aggression predominated in the critically ill sample. Anxiety and disapproval of the fixation were reported to a lesser extent, whereas patients' feeling of illness was expressed weakly. Correlations between corresponding dimensions of the questionnaire and VAS were mostly pronounced for depressiveness ($R = 0.8$) but also for powerlessness and aggression ($R = 0.5$). Data showed high interindividual variability. *Conclusion:* In a diagnostic heterogeneous sample, the dimension depressiveness was notable and verified by a high correlation between the measuring instruments. Fear under mechanical restraint was pronounced less which might be related to the concept of psychiatric intermediate care. **J Neurol Neurochir Psychiatr 2018; 19 (1): 20–6.**

Keywords: coercion, physical restraint, psychiatric intermediate care, emotions, insight

■ Einleitung

In den letzten Jahren hat die Anwendung mechanischer Fixierungen („physical restraint“, „mechanical restraint“), Isolierung („seclusion“) und Zwangsmedikation („forced medication“) im Rahmen der psychiatrischen Behandlung zunehmend Forschungsinteresse hervorgerufen [1, 2]. Wissenschaftliche Beweise für die Wirksamkeit und die Risiken von Zwangsmaßnahmen fehlen bis dato aufgrund von methodologischen und ethischen Schwierigkeiten im Studiendesign. Es stellt sich die Frage, ob es sich bei Fixierungen oder anderen Zwangsmaßnahmen um adjuvante Maßnahmen zur Verstärkung oder Beschleunigung der sonstigen psychiatrischen Therapie oder reine Sicherungsmaßnahmen – in diesem Kontext heißt es in Österreich „Schutzfixierung“ statt „Fixierung“ – handelt, die mittels eines randomisierten Studiendesigns kaum zu untersuchen sind [3]. Jedenfalls sind Anstrengungen zur Verbesserung und Reduktion von Zwangsmaßnahmen wesentlich [4].

Steinert und Kollegen untersuchten die Häufigkeit der Anwendung von Zwangsmaßnahmen an psychiatrischen Kliniken in Deutschland über 8 Jahre und bei 138.000 psychiatrischen Klinikaufnahmen. Der Anteil der Betroffenen sank im Zeitraum bereits um ein Viertel, allerdings hauptsächlich in der F0 Diagnosegruppe von deliranten und dementen Patienten, wo beispielsweise alternative Methoden zur Sturzprävention

Anklang gefunden hatten. Weiters konnte bei einer Reduktion von Fixierungen eine Verschiebung zu mehr Isolierungen beobachtet werden [5].

Generell unterliegen Zahlen zur Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen international großen Schwankungen [6]. In einer Studie von Raboch und Kollegen zum Thema Zwangsmaßnahmen bei gerichtlich angehaltenen Patienten in psychiatrischen Abteilungen in zehn europäischen Ländern war ein Drittel des Untersuchungssamples ($n = 2000$) von Fixierung, Isolierung oder der Verabreichung von Zwangsmedikation betroffen. Neben der Schwere der Erkrankung und der Diagnose kristallisierten sich vor allem nationale Behandlungspräferenzen bei unterschiedlichen gesetzlichen Rahmenbedingungen als maßgeblich mitbestimmende Faktoren heraus, welche Art von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen appliziert wurde [7]. Bedingungen auf Stationen inklusive Stationsatmosphäre und Platzangebot beeinflussen zudem die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen [8, 9]. Flammer und Kollegen [10] fanden aggressives Verhalten 24 Stunden vor Aufnahme als wichtigsten prädiktiven Faktor für die Anwendung jeglicher Art von Zwangsmaßnahmen. Auch die Länge des Spitalsaufenthalts und ein hoher CGI-Score waren mit einer signifikanten Zunahme von Fixierungen, Isolierungen und Zwangsmedikation assoziiert. Da Zwangsmaßnahmen einen schwerwiegenden Eingriff in die Freiheitsrechte des Patienten darstellen, gilt der diesbezügliche Umgang auch als Qualitätsindikator in der Psychiatrie [11].

Forschungsergebnisse und Erfahrungen der klinischen Praxis zeigen, dass eine unfreiwillige Aufnahme und die Anwendung von Zwangsmaßnahmen von betroffenen Patienten oft kontrovers wahrgenommen wird [12]. Die Anwendung von Fixierung und Isolierung wird teilweise eher als Bestrafung mit negativen Konsequenzen auf die Arzt-Patienten-Beziehung gesehen [13–15], weniger als therapeutische Intervention. Die so genannte

Eingelangt am 13.03.2017, angenommen nach Überarbeitung am 12.06.2017, Pre-Publishing Online am 24.07.2017

Aus der ¹Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinische Abteilung für Biologische Psychiatrie, Medizinische Universität Wien, ²Zentrum für Medizinische Statistik, Informatik und Intelligente Systeme (CeMSIS), Institut für Klinische Biometrie, Medizinische Universität Wien, ³Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Abteilung für Erwachsenenpsychiatrie, Universitätsklinikum Tulln, Karl-Landsteiner-Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften

Korrespondenzadresse: A. o. Univ.-Prof. Dr. Richard Frey, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinische Abteilung für Biologische Psychiatrie, Medizinische Universität Wien, A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20, E-Mail: richard.frey@meduniwien.ac.at

„Thank you-Theory“ [16] lenkt unsere Aufmerksamkeit auf die Annahme, dass viele Patienten, die ursprünglich eine stationäre Aufnahme ablehnten und sich möglicherweise auch gewalttätig dagegen wehrten, später ihre Meinung änderten. Studien bestätigen, dass ein Großteil der zwangsweise eingewiesenen Patienten im Nachhinein die Behandlung akzeptierte und sich nach der Entlassung bezüglich der Notwendigkeit der Zwangsunterbringung einsichtig zeigte [17, 18]. Auch das betroffene Personal sieht Zwangsmaßnahmen zum Teil kontrovers. Einerseits werden Interventionen wie psychiatrisch indizierte Fixierung befürwortet, häufig mit dem Hintergrund, dass laut Studien bis zu 16 Prozent der psychiatrischen stationären Patienten innerhalb der ersten Woche des Aufenthalts aggressives Verhalten aufweisen, andererseits wird eine Freiheitsbeschränkung auch vom Personal mit negativen Gefühlen und Scham assoziiert [19, 20].

Zwar sind viele administrative und deskriptive Aspekte von Beschränkungen, wie Art, Häufigkeit und Dauer bereits untersucht worden, das subjektive Erleben von Zwangserfahrungen wurde nur wenig beforscht und lässt Fragen offen [21]. Bei retrospektiv durchgeführten Befragungen nach den Empfindungen zum Zeitpunkt von Zwangsmaßnahmen von Armgart und Kollegen wurden als führende Emotionen Wut, Ärger und Ver zweiflung angegeben, im Nachhinein auch Verständnis [22].

Ziel unserer Studie war es, erstmals (soweit wir wissen) Emotionen gegenwärtig fixierter Patienten mittels Fragebogen zu erfassen und eine Verifizierung mittels visueller Analogskalen durchzuführen, um Anhaltspunkte für das Erleben und den empfundenen Leidensdruck der befragten Patienten zu gewinnen.

■ Patienten und Methoden

Studienpopulation und Studiendesign

47 Patienten erfuhren Zwangsmaßnahmen im Sinne einer mechanischen Fixierung durch Gurte an der psychiatrischen Intensivüberwachungsstation (intermediate care, IMC) [23]. Während der Fixierung wurde die individuelle Fähigkeit zur studienkonformen Befragung durch einen Facharzt für Psychiatrie evaluiert. Als Einschlusskriterien wurden neben der Freiwilligkeit der Teilnahme eine gegebene Orientierung der Patienten hinsichtlich eigener Person, Ort und Situation definiert, so dass 12 von 47 Patienten in die vorliegende explorative Studie nach Einholen einer Einverständniserklärung eingeschlossen und während der Fixierung befragt werden konnten. Vier Tage nach Beendigung der Fixierung wurde die Impact of Coercion Scale über die 12 Patienten hinaus weiteren 24 Patienten vorgelegt. Elf von 47 Patienten konnten sich nicht an die Fixierung erinnern. Die Datenerhebung in Kontakt mit den Patienten wurde ausschließlich durch G.F. durchgeführt. Andererseits war G.F. in die Behandlung der Patienten nicht involviert. Das Projekt wurde bei der Ethikkommission der Medizinischen Universität Wien eingereicht und bewilligt (EK Nr 464/2009).

■ Untersuchungsinstrumente

Impact of Coercion-Scale (IC-Scale)

Bei der Impact of Coercion-Scale handelt es sich um eine Eigenentwicklung der Autoren. Die diplomierten Pflegeperso-

nen der psychiatrischen Intensivstation führten im Jahre 2002 an der psychiatrischen Intensivstation Interviews mit ehemals gerichtlich untergebrachten Patienten durch, die nicht mehr fixiert, aber noch stationär aufgenommen waren. Die narrativen Aussagen von 15 Patienten (Daten nicht publiziert) wurden bei der Erstellung des Selbstbeurteilungsbogens IC-Scale zur Schutzfixierung berücksichtigt, insbesondere was die spontane Wortwahl der Patienten zur Charakterisierung von Empfindungen und Bewertungen betrifft. Aus den damaligen Ergebnissen wurden insgesamt 20 Fragen formuliert. Diese wurden in die fünf Dimensionen Ohnmacht, Angst, Depression, Einsicht (in die Gefährdung und bezüglich Schutzfixierung) und Aggression gegliedert, wobei jede Dimension aus jeweils vier Fragen – respektive Items – besteht. Die Patienten wurden gebeten, zur Beantwortung der vorgegebenen Fragen für jedes Item aus den Antwortmöglichkeiten „ja, sehr“, „mittelmäßig“, „nein“ durch Ankreuzen zu wählen. Dafür wurden die Scores 3, 2 oder 1 vergeben. Nur für die Fragen 8, 17 (Ohnmacht) und 4, 12, 16 und 18 (Einsicht) steht „ja, sehr“ für einen Score von 1 bzw. „nein“ für einen Score von 3. Alle Fragen zur IC-Scale sind in Tabelle 1 ersichtlich. Für jede Dimension ergibt sich ein Summenscore von mindestens 4 bis maximal 12. Die IC-Scale wurde während der Fixierung und vier Tage nach Beendigung der Fixierung vorgelegt.

Ein hoher Score (max.12) bedeutet eine stärkere Ausprägung der Emotion, abgesehen von der Dimension Einsicht, wo ein hoher Wert wenig Einsicht anzeigt.

Visuelle Analog-Skalen

Die Selbsteinschätzung der Patienten wurde auch mit (100 mm) Visuellen Analog-Skalen in folgenden Eigenschaften ermittelt:

- a) bedrückt – unbeschwert (Depressivität)
- b) ausgeliefert – selbst bestimmt (Ohnmacht)
- c) wütend – friedfertig (Aggression)
- d) ängstlich – angstfrei (Angst)
- e) sehr krank – gesund (Krankheitsgefühl)
- f) Schutzfixierung ablehnend – akzeptierend (Einsicht)

Evaluierung der Beschränkungsmodalitäten

Der Interviewer zog das ärztliche Zeugnis und die Dokumentation des medizinischen Personals in der Krankenakte hinsichtlich Grund, Dauer und Art der Fixierung zur Information heran.

Clinical Global Impression Scale (CGI)

Der CGI ist ein rasch anzuwendendes, diagnoseübergreifendes Instrument zur Erfassung des klinischen Schweregrades einer psychiatrischen Erkrankung [25]. Die Graduierung der siebenteiligen Skala gliedert sich folgendermaßen: 1 = nicht krank, 2 = grenzwertig krank, 3 = leicht krank, 4 = leicht bis mittelschwer krank, 5 = mittelschwer bis schwer krank, 6 = schwer krank, 7 = extrem schwer krank.

Erfassung des psychopathologischen Status

Der gegenwärtige psychopathologische Status wurde mit dem AMDP-System (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie, 1995) ermittelt. Die gewonnenen T-Werte vom untersuchten Kollektiv beziehen sich auf eine Stichprobe stationärer Patienten mit unterschiedlichen

Tabelle 1: Für die 5 Dimensionen der IC-Scale sind die jeweils 4 Fragen in Spalte 1 angeführt. Spalte 2 gibt den Korrelationskoeffizienten (Spearman, P-Wert) zwischen IC-Scale und den analogen Gefühlsdimensionen in VAS an. Die Antworthäufigkeiten sind in den Spalten 3–6 zu sehen.

Frage	Spearman Korrelation	Ja, sehr (n)	Mittelmäßig (n)	Nein (n)	N. b. (n)
Ohnmacht					
1. Fühlen Sie sich durch die Fixierung körperlich wie gelähmt?	-0,48 (p = 0,12)	6	4	2	0
6. Verletzt das behandelnde Personal während der Fixierung Ihre Intimsphäre?	-0,33 (p = 0,32)	2	1	8	1
8. Fühlen Sie sich über die Notwendigkeit der Fixierung ausreichend aufgeklärt?	0,00 (p = 1,00)	3	1	7	1
17. Haben Sie trotz Fixierung die Möglichkeit zur Selbstbestimmung?	-0,39 (p = 0,26)	6	4	0	2
Angst					
2. Befürchten Sie, dass Ihnen während der Fixierung Schaden zugefügt werden könnte?	-0,02 (p = 0,94)	3	3	5	1
5. Löst die Beschränkung der Bewegungsfreiheit panikartige Zustände aus?	-0,46 (p = 0,13)	5	4	3	0
11. Löst die Fixierung eine innere Unruhe aus?	-0,18 (p = 0,57)	9	1	2	0
13. Löst die Fixierung Verzweiflung aus?	-0,26 (p = 0,48)	3	4	4	1
Depression					
3. Fühlen Sie sich durch die Fixierung in Ihrem Denken gehemmt?	-0,65 (p = 0,03)	3	2	6	1
10. Haben Sie Interessen, an deren Ausübung wir Sie hindern?	-0,54 (p = 0,08)	3	4	4	1
14. Empfinden Sie ein Gefühl der Hoffnungslosigkeit?	-0,46 (p = 0,13)	4	2	6	0
20. Spüren Sie eine innere Gefühlsleere, kommt es Ihnen vor, als seien Ihre Gefühle verschwunden?	-0,70 (p = 0,02)	2	1	8	1
Einsicht					
4. Glauben Sie, dass Sie durch Ihre Erkrankung selbst gefährdet sind?	-0,11 (p = 0,74)	5	1	6	0
12. Glauben Sie, dass Sie wegen Ihrer Erkrankung andere gefährden?	0,40 (p = 0,20)	11	0	1	0
16. Halten Sie die Fixierung für unnötig?	-0,47 (p = 0,12)	4	2	6	0
18. Glauben Sie, dass die Fixierung Ihrem Schutz dient?	-0,12 (p = 0,73)	5	2	4	1
Aggression					
7. Löst die Fixierung Zorn oder Wut in Ihnen aus?	-0,43 (p = 0,19)	6	2	3	1
9. Empfinden Sie Ärger gegenüber jenen Personen, die zur Fixierung beitragen?	-0,32 (p = 0,32)	6	1	5	0
15. Empfinden Sie Ablehnung gegenüber den Personen, die Sie während der Fixierung behandeln?	-0,16 (p = 0,62)	3	3	6	0
19. Sollen jene Personen, welche die Fixierung anwenden, bestraft werden?	-0,20 (p = 0,56)	0	1	10	1

N.b., nicht beurteilbar; VAS, Visuelle Analog Skala;

[OHNMACHT]: Fragen Nr. 1, 6, 8, 17

[ANGST]: Fragen Nr. 2, 5, 11, 13

[DEPRESSION]: Fragen Nr. 3, 10, 14, 20

[EINSICHT]: Fragen Nr. 4, 12, 16, 18

[AGGRESSION]: Fragen Nr. 7, 9, 15, 19

Diagnosen und werden grob wie folgt interpretiert: < 40 unterdurchschnittlich, 40–60 durchschnittlich, > 60 überdurchschnittlich. Weiters wurde die „Brief Psychiatric Rating Scale“ (BPRS, 18 Items, 7-stufig) (Overall and Gorham, 1988) als psychiatrisches Diagnoseinstrument herangezogen.

Die Medikation der Patienten während der Fixierung wurde aus der Krankenakte entnommen.

Statistik

Kategoriale Variablen werden mittels Häufigkeiten beschrieben, kontinuierliche Variablen mit Mittelwert und Standardabweichung im Fall von annähernd symmetrischer Verteilung oder mit Median sowie Minimum und Maximum andernfalls. Der Spearman's-Korrelationskoeffizient wird zur Quantifizierung

von Assoziationen verwendet. Die Berechnungen wurden in SAS, Version 9.4 durchgeführt, das zweiseitige Signifikanzniveau betrug 0.05.

Ergebnisse

Von den 12 untersuchten Patienten waren 5 männlich (41,7 %) und 7 weiblich (58,3 %), das mediane Alter lag bei 29,5 Jahren (Minimum 18, Maximum 65). Aufgrund von Selbstgefährdung bei n = 12 und zusätzlicher Fremdgefährdung bei n = 1 waren die Patienten im Median an 11 Tagen fixiert (Min. 4, Max. 33), allerdings nicht durchgehend. Aufgerechnet in Stunden betrug die Fixierungsdauer im Median 142 Stunden (Min. 41, Max. 626).

Tabelle 2: Angabe von Median und Quartile der VAS anhand von 12 Patienten. Ein niedriger Wert steht für eine ausgeprägte negative Emotion. Spalte 1 zeigt den exakten Wortlaut der vorgelegten VAS, Spalte 2 die jeweilige Zuordnung zu einer Gefühlsdimension (mm – Millimeter)

Visuelle Analog-Skalen bei n = 12		
Traits (0 mm – 100 mm)	Eigenschaft	Median, untere, obere Quartile
ausgeliefert – selbst bestimmt	Ohnmacht	24 (4–66)
ängstlich – angstfrei	Angst	72 (40–94)
bedrückt – unbeschwert	Depression	23 (9–69)
Fixierung ablehnend – akzeptierend	Einsicht	60 (26–93)
wütend – friedfertig	Aggression	37 (19–88)
sehr krank – gesund	Krankheitsgefühl	67 (36–95)

Die diagnostische Verteilung nach ICD-10 (International Classification of Diseases, 10th revision) war folgendermaßen:

F0 (Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen): n = 1

F1 (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, Entzugsdelir): n = 1

F2 (schizophrene Störungen): n = 2, zwei Patienten mit Schizophrenie (1× kataton, 1× paranoid)

F3 (affektive Störungen): n = 4, ein Patient mit einer depressiven Episode mit psychotischen Symptomen und drei Patienten mit einer Manie mit psychotischen Symptomen

F5 (Anorexia nervosa): n = 3

F6 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen): n = 1

Tabelle 1 fasst deskriptiv die Antworthäufigkeiten bei n = 12 zu den 20 Fragen der IC-Scale zusammen. Weiters sind die Spearman-Korrelationskoeffizienten zwischen der IC-Scale und VAS in den Dimensionen Ohnmacht, Angst, Depression, Einsicht sowie Aggression mit P-Wert ersichtlich. Die höchste Korrelation zeigt sich zwischen zwei Fragen zur Depression in der IC-Scale (Denkhemmung, Gefühlsleere) und der Depressivität (bedrückt) in der VAS.

Der mittlere Summensubscore bei n = 12, während der Fixierung, zu den Dimensionen der IC-Scale war für Ohnmacht 7,3 (\pm 2,1 SD), für Angst 8,2 (\pm 2,3 SD), für Depression 6,5 (\pm 2,7 SD) für Einsicht 8,5 (\pm 2,3 SD) und für Aggression 6,9 (\pm 1,7 SD).

Vier Tage nach Beendigung der Fixierung betrug der mittlere Summensubscore zu den Dimensionen der IC-Scale für n = 36 Patienten für Ohnmacht 6,3 (\pm 1,5 SD), für Angst 7,8 (\pm 2,6 SD), für Depression 6,9 (\pm 2,1 SD) für Einsicht 7,4 (\pm 1,4 SD) und für Aggression 6,6 (\pm 2,4 SD).

Tabelle 2 zeigt deskriptiv die Resultate der VAS für die entsprechenden Eigenschaften. Wie in Spalte 3 ersichtlich, zeigte sich für die Eigenschaften Ohnmacht, Depression und Aggression ein medianer VAS-Score relativ nahe bei VAS 0, was eine starke Ausprägung der negativen Emotionen bedeutet. Mediane VAS-Scores für Angst und Einsicht (Akzeptanz) waren näher bei VAS 100, entsprechend waren die Patienten relativ wenig ängstlich und wenig ablehnend. Weiters fühlten sich die Patienten im Median eher gesund, was für ein eingeschränktes Krankheitsgefühl spricht.

Tabelle 3: Korrelationskoeffizienten nach Spearman zwischen den IC-Scale-Dimensionen Ohnmacht, Angst, Depression, Einsicht und Aggression und VAS. Die Korrelationen sind negativ, weil ein hoher Score in der IC-Scale für eine starke Ausprägung der Dimension steht, während es in den VAS umgekehrt ist. Korrelation Dimensionen Visuelle Analog-Skalen mit IC-SCALE

Dimension	Spearman Korrelationskoeffizient R	p-Wert
Ohnmacht	-0,53	0,11
Angst	-0,23	0,52
Depression	-0,83	0,005*
Einsicht	-0,41	0,21
Aggression	-0,51	0,13

*)signifikant nach Bonferroni-Holm-Korrektur

Die Korrelationen zwischen den Summenscores der Dimensionen Ohnmacht (Fragen 1, 6, 8, 17), Angst (Fragen 2, 5, 11, 13), Depression (Fragen 3, 10, 14, 20), Einsicht (Fragen 4, 12, 16, 18) und Aggression (7, 9, 15, 19) der IC-Scale mit den visuellen Analog-Skalen sind in Tabelle 3 zusammengefasst. Die VAS Krankheitsgefühl wurde nicht mit der IC-Scale korreliert. Für die Dimensionen Angst und Einsicht besteht lediglich ein schwacher Zusammenhang, Ohnmacht und Aggression zeigten einen moderaten Zusammenhang, eine starke Korrelation konnte für das Item Depression gefunden werden (Abbildung 1).

Im Mittel betragen die Normwerte T für die Primärskalen zum AMDP-System für Skala 1 (paranoid-halluzinatorisches Syndrom, PARHAL) 52,58 (\pm 9,84 SD), für Skala 2 (depressives Syndrom, DEPRES) 55,83 (\pm 7,55 SD), für Skala 3 (psychoorganisches Syndrom PSYORG) 68,83 (\pm 3,71 SD), für Skala 4 (manisches Syndrom, MANI) 56,83 (\pm 9,65 SD), für Skala 5 (Hostilitätssyndrom, HOSTI) 65,83 (\pm 5,32 SD) und für Skala 7 (apathisches Syndrom, APA) 60,33 (\pm 4,44 SD). Bei den übergeordneten (Ü) Skalen zum AMDP-System betragen die mittleren Normwerte T für das paranoid-halluzinatorische Syndrom, PARHAL(Ü), 59,58 (\pm 5,07 SD), für das depressive

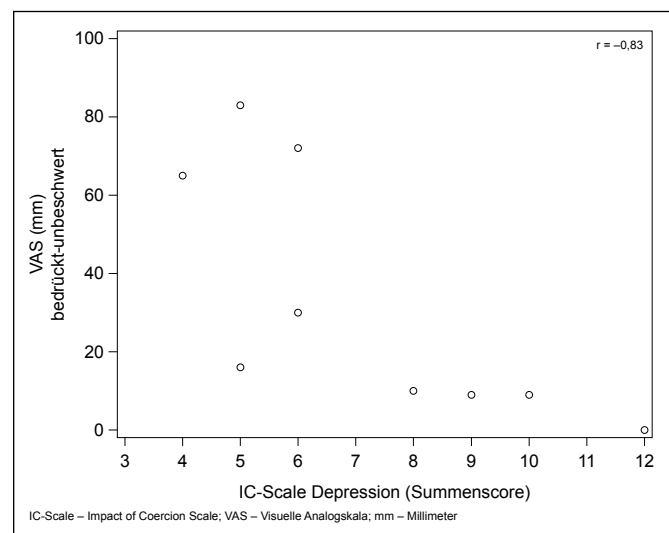


Abbildung 1: Korrelation zwischen der VAS (bedrückt – unbeschwert) und dem Summenscore der Dimension Depression der IC-Scale. Ein hoher Score in der IC-Scale steht für eine starke Ausprägung der Depression, während es in der VAS umgekehrt ist; die Korrelation ist negativ ($r = -0,83$).

Syndrom, DEPRES(Ü), 58,17 (\pm 7,46 SD) und für das psychoorganische Syndrom, PSYORG(Ü), 68,83 (\pm 3,71 SD).

Der CGI-Wert zum Schutzfixierungszeitpunkt betrug bei sämtlichen Patienten 7, der BPRS-Score lag im Mittel bei 61,50 (\pm 10,07 SD).

Alle 12 Patienten wurden während der Fixierung mit Benzodiazepinen behandelt, die mediane Tagesdosis lag bei 44 mg Diazepamäquivalenten (unteres Quartil 27, oberes Quartil 52). Weiters erhielten sämtliche Patienten Antipsychotika, 8 Patienten eine Monotherapie und 4 Patienten eine Kombinationstherapie aus 2 Antipsychotika. Das am häufigsten eingesetzte Antipsychotikum war Quetiapin ($n = 6$), gefolgt von Haloperidol und Risperidon (jeweils $n = 2$) sowie Amisulprid, Aripiprazol, Chlorprothixen, Olanzapin und Prothipendyl (jeweils $n = 1$). Die mediane antipsychotische Tagesdosis lag bei 188 % WHO DDD (Defined Daily Dosage berechnet in Chlorpromazin-Äquivalenten, wobei 300 mg für 100 % stehen), das untere Quartil lag bei 103 % DDD, das obere Quartil bei 333 % DDD. 5 Patienten wurden zusätzlich mit einem Antidepressivum, 7 Patienten mit einer Substanz aus der Klasse der Mood-Stabilizer behandelt.

■ Diskussion

Die diagnostisch heterogene Verteilung des untersuchten Studiensamples geht mit der Realität an akutpsychiatrischen Abteilungen konform. Die relativ lange Fixierungsdauer (Median 142 Stunden) im Vergleich zu Arbeiten von Knutzen [1] (5,6 h, Verteilung 0,03 h bis 385 h) oder Wynn [26] (im Mittel 6 h 20 min, Verteilung 2 h bis 15 h) sowie der Umstand, dass von 47 Patienten nur 12 befragt werden konnten, trägt dem Umstand der Krankheitsschwere an der psychiatrischen IMC Rechnung, die mit einem hohen personellen und apparativen Aufwand an der Schnittstelle von Psychiatrie und somatischer Intensivmedizin operiert [24]. Die meisten Patienten waren aufgrund von mangelnder Orientierung und Kognition oder fehlender Kooperationsfähigkeit im Rahmen der psychiatrischen Grunderkrankung bzw. mitbedingt durch die wegen Agitation indizierte, sedierende Medikation nicht in der Lage, an der Befragung teilzunehmen. Prozentuell konnte nur ein geringer Anteil an Patienten mit F0-, F1- und F2-Diagnosen während der Fixierung erreicht werden, währenddessen Patienten mit F3-, F5- und F6-Diagnosen eher befragt werden konnten. Alle Patienten wurden im Verlauf einer mehrstündigen Fixierung befragt. Die vorliegende Untersuchung darf insofern als Novum und doch ethisch vertretbar angesehen werden, als gegenwärtig gerichtlich angehaltene, fixierte Patienten eingeschlossen und befragt werden konnten – eine Gruppe von Patienten, die üblicherweise aufgrund der Behandlung außerhalb des freien Willens nicht befragt werden kann. Bisherige Untersuchungen mit ähnlicher Fragestellung konnten lediglich retrospektiv durchgeführt werden, was die Gefahr von Informationsverlust bzw. -verzerrung birgt, weshalb die prospektive Untersuchung zur unmittelbaren Sicht angezeigt ist.

Psychopathologisch geht man bei einem BPRS von im Mittel 61,50 Punkten von schwer kranken Patienten aus [27]. Zwar wurde die „Brief Psychiatric Rating Scale“ primär als Testverfahren für die Schizophrenie entwickelt, die Einschätzung der

Krankheitsschwere auch für andere Diagnosegruppen erschien uns dennoch relevant. Die Krankheitsschwere bestätigte sich auch durch den CGI-Score von 7 bei allen Patienten. Bezüglich der von uns erhobenen T-Werte des AMDP-Systems, die sich auf eine diagnostisch heterogene Stichprobe stationär behandelte psychiatrischer Patienten ($n = 2313$) zweier psychiatrischer Universitätskliniken (Berlin, München) sowie eine Vielzahl von Referenzwerten, meist aus Psychopharmakastudien, beziehen [28], besteht in unserer kleinen Stichprobe für das paranoid-halluzinatorische Syndrom, das depressive Syndrom und das manische Syndrom eine durchschnittliche Ausprägung. Das psychoorganische Syndrom, das Hostilitätssyndrom und das apathische Syndrom waren jedoch allesamt überdurchschnittlich ausgeprägt. Die deutliche Ausprägung des psychoorganischen Syndroms bei allen Diagnosegruppen dürfte auch durch die Medikation bedingt gewesen sein, da alle Patienten mit Benzodiazepinen behandelt wurden (mediane Tagesdosis: 44 mg in Diazepamäquivalenten). Alle Patienten waren in Erfüllung der Einschlusskriterien örtlich, zur eigenen Person und situativ orientiert, aber im Gedächtnis und im Denken eingeschränkt. Auch dieser Umstand spiegelt sich im erwähnten, hohen Score bezüglich des psychoorganischen Syndroms im AMDP wider.

Wie in einer früheren Studie von Armgart und Kollegen [22] dominierten auch in den von uns untersuchten fixierten Patienten, gemessen anhand VAS, Gefühle von Depression, Ohnmacht und Aggression. In unserer Stichprobe wurde Angst nur in einem geringen Maß angegeben. An dieser Stelle ist kritisch zu erwähnen, dass manche Items, wie Depressivität zum Beispiel, durch eine vorbestehende affektive Störung (in unserem Sample bei $n = 4$ der Fall) beeinflusst sein könnten. Da es keine Ausgangswerte der Beurteilungsinstrumente vor der Fixierung gibt, kann die Frage einer Änderung der Emotionen durch die Fixierung nicht beantwortet werden. Einsicht und Akzeptanz, ein bekanntes Phänomen im Rückblick auf diverse Zwangsmaßnahmen, konnte auch unter gegenwärtiger Fixierung gezeigt werden. Die Patienten akzeptierten die Zwangsmaßnahme überwiegend (VAS Einsicht im Median 60 mm, wobei 100 mm einer vollständigen Akzeptanz entspräche), obwohl das Krankheitsgefühl der Patienten nur wenig ausgeprägt war (VAS im Median 67 mm, wobei 100 mm völlige Gesundheit angäbe). Die Diskrepanz zwischen wenig Krankheitsgefühl und doch Akzeptanz der Fixierung dürfte teilweise auch durch Ergebnisse der IC-Scale zu erklären sein. Mehr als die Hälfte der Patienten erachteten die Fixierung als Schutzmaßnahme, eine Akzeptanz derselben erscheint deshalb weniger verwunderlich. Die psychiatrische Intensivpflege und Betreuung der Patienten dürfte ein weiterer, wesentlicher Faktor sein, warum relativ wenig Angst empfunden wurde und die Akzeptanz der Zwangsmaßnahme hoch war. Möglicherweise spiegelte die geringe Ablehnung zum Teil auch Resignation wider.

Mit dem von den Autoren neu erstellten Fragebogen zur Einschätzung der gegenwärtigen Befindlichkeit, der IC-Scale, wurde anhand geschlossener Fragen versucht, weitere Details zu erfahren. Bis dato existiert unseres Wissens ein einziger validierter Fragebogen zum Erleben medizinischer Zwangsmaßnahmen aus dem Jahr 2010, die Coercion Experience Scale (CES) [29]. Hier bearbeiteten die Autoren eine ähnliche Fragestellung, die CES mit insgesamt 44 Items (neun zum The-

ma Restriktionen grundlegender Menschenrechte, 35 Items in Bezug auf potentielle Stressoren durch Zwangsmaßnahmen) wurde jedoch lediglich zur Erhebung nach Fixierungen verwendet und schien uns aufgrund der doch höheren Komplexität und Anzahl der Items für eine Erhebung während der Fixierung nicht geeignet.

In der vorliegenden Studie wurden Ergebnisse der selbst entwickelten IC-Scale mit assoziierten VAS korreliert, um eine Verifizierung der abgefragten Gefühlsdimensionen unter Fixierung darstellen zu können. Für die in den VAS am stärksten ausgeprägten Eigenschaften Depressivität, Ohnmacht und Aggression zeigten sich mittlere bis hohe Korrelationen mit den Dimensionen der IC-Scale, während Angst und Einsicht nur in einem geringen Ausmaß korrelierten. In der VAS wird gezielt nach Angst gefragt, während die IC-Scale die „Angst“ in vier verschiedenen Erscheinungsformen abbilden sollte. Dies könnte ein Grund für die schlechte Korrelation sein.

Insgesamt fanden sich für die meisten einzelnen Fragen der IC-Scale relativ schwache Spearman-Korrelationen mit den VAS. Bei einem psychopathologisch dokumentierten, psychoorganischen Syndrom im AMDP besteht die Möglichkeit der Überforderung mit einem 20-teiligen Fragebogen, VAS erscheinen aufgrund des einfacheren Durchführungsprinzips besser geeignet, verfügen aber nur über einen begrenzten Informationsgehalt mit weniger spezifischer und detaillierter Information. Zudem gelten VAS auch bei kognitiv eingeschränkten oder dementen Patienten als die verlässlichste Methode, um beispielsweise Schmerz zu quantifizieren [30]. VAS dürften daher ein adäquates Instrument sein, um Emotionen zu graduieren, selbst bei Patienten, mit denen Kommunikation erschwert ist.

Abgesehen von den Korrelationen lieferte die IC-Scale doch klinisch interessante Informationen über die unmittelbare Wahrnehmung und das Erleben von Fixierung, was anhand einiger ausgewählter Fragen an dieser Stelle diskutiert werden soll. Obwohl an der IMC ein hoher personeller Aufwand etabliert ist, der Angst und Ablehnung lindern sollte, bestand in Bezug auf Aufklärung über die Notwendigkeit der Schutzfixierung ein Defizit, da nur drei der Befragten sich in ausreichendem Maße informiert gefühlt hatten (Ohnmacht, Frage 8). Interessanterweise sahen sämtliche Patienten trotz Fixierung Möglichkeiten zur Selbstbestimmung (Ohnmacht, Frage 17), nur zwei Patienten fühlten sich vom behandelnden Personal in ihrer Intimsphäre sehr verletzt (Ohnmacht, Frage 6), andererseits fühlten sich 6 Patienten „wie gelähmt“. Die Mehrheit der Patienten gab gleichzeitig in der VAS zur Ohnmacht an, dass sie sich eher ausgeliefert fühlen (Median 24 mm). Trotz anxiolytischer und antipsychotischer Medikation bei allen Patienten erschien innere Unruhe für die meisten Patienten deutlich vorhanden (Angst, Frage 11), ein Umstand der vermutlich mit einem hohen Leidensdruck einhergeht.

Betrachtet man die Fragen zur Einsicht genauer, muss vor allem Frage 16 (Halten Sie die Fixierung für unnötig?) als kritisch angesehen werden, da eine Verneinung für Patienten mit hohem psychopathologischen Score in Richtung Psychoorganizität wenig zielführend erscheint. Interessant ist, dass 11 von 12 Patienten die Frage nach Gefährdung anderer (Frage 12) sehr bejahten, die Selbstgefährdung an sich jedoch dichotom beurteilt

wurde (Frage 4), vermutlich weil sich die Patienten teilweise gesund fühlten, wie die VAS zeigt. Gemäß den Patientenakten erfuhren hingegen alle Patienten Beschränkungen aufgrund von Selbstgefährdung, nur ein Patient wurde aufgrund von zusätzlicher Fremdgefährdung fixiert. In Zusammenschau mit den übrigen Ergebnissen lässt sich an dieser Stelle der wesentliche Schluss ziehen, dass die Patienten aufgrund der Wahrnehmung, sie könnten andere gefährden, die Fixierung und die damit verbundene Ausgeliefertheit mehrheitlich akzeptierten und deshalb auch weniger Angst empfanden. Weiters zeigte eine kürzlich durchgeführte Studie von Mielau und Kollegen aus dem Jahr 2016 [31], dass Patienten im Falle von Fremdgefährdung eine Fixierung gegenüber anderen Zwangsmaßnahmen bevorzugen.

Die vorliegenden Daten stammen aus einer psychiatrischen IMC mit einer guten personellen Ausstattung, auf 2 Patienten kommt tagsüber eine Pflegeperson. In der Literatur existieren Konzepte zur Senkung von Zwangsmaßnahmen, um Traumatisierung und Folgestörungen, wie reduzierte Adhärenz, von Patienten zu vermeiden [32], wie eine gute Stationsatmosphäre [33] und Vermeidung von Crowding [8, 9] sowie Maßnahmen zur Verbesserung der Patientenorientierung [34] und Shared Decision Making [9, 33] oder Selbstreflexion im Team bzw. eine kontextabhängige Interpretation von Aggression [32, 35], die nach Möglichkeiten umzusetzen sind. Selbst in Österreich sind ideale Bedingungen, vor allem bezüglich Personaldichte und Platzangebot, in vielen Versorgungskrankenhäusern nur begrenzt vorhanden, Zwangsmaßnahmen stehen in vielen psychiatrischen Kliniken an der Tagesordnung. Shared-Decision Making lässt sich bei psychiatrischen Patienten, die nicht einsichts- und urteilsfähig sind, kaum umsetzen. Prinzipiell sind auch Störungen, deren Symptomatik in der Quantität und Qualität stark schwanken, wie beim Delir oder impulsiver Persönlichkeitsstörung, verlässlichen Vereinbarungen gegenüber schwer zugänglich. Darüber hinaus gibt es als gesetzeskonforme Kontrollinstanz die Patientenanwaltschaft und das Unterbringungsgericht, die über jede Art von Beschränkung laufend informiert sind und regelmäßig in eigenen Verhandlungen die Zulässigkeit überprüft.

Rund um die Diskussion über Verbesserungen und Reduktion von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen darf der Aspekt des subjektiven Erlebens, der in dieser Studie beleuchtet wurde, nicht vernachlässigt werden.

Als Limitationen der Studie sind einerseits die kleine Stichprobe mit Selektionsbias, da von 47 fixierten Patienten nur 12 befragt werden konnten, sowie die diagnostische Inhomogenität der untersuchten Patienten zu nennen. Die hier getroffenen Aussagen sind somit nur auf die Population jener fixierten Patienten verallgemeinerbar, die orientiert und freiwillig befragt werden konnten, und lassen sich nicht automatisch auf die gesamte Gruppe fixierter Patienten an psychiatrischen Kliniken übertragen. Um den Selektionsbias zu schmälern, wurde die IC-Scale jenen 36 Patienten, die sich vier Tage nach Beendigung der Fixierung an diese erinnern konnten, vorgelegt. Statistische Berechnungen sind bei unterschiedlich großen Fallzahlen dieser Art nicht zielführend, numerisch zeigten sich jedoch annähernd dieselben Ergebnisse. Die IC-Scale ist nicht validiert, ihre Dimensionen sind zudem insoweit hypothe-

tisch, als dass sie nicht faktorenanalytisch abgeleitet wurden, sondern von den Autoren gesetzt wurden. Insgesamt hat die Studie somit zum Teil den Charakter eines Vortests.

■ Relevanz für die Praxis

Trotz vorherrschend negativer Gefühle während der Zwangsmaßnahme war Angst wenig ausgeprägt und die Patienten akzeptierten die Fixierung zumeist. In unserem schwer kranken Patientenkollektiv ist die VAS als Messinstrument valider als der 20-Item-Fragebogen, weil sie die untersuchten Emotionen explizit ansprechen und damit sicher das zu messende Gefühl repräsentieren. Depressivität zeigte die beste Korrelation zwischen VAS und Fragebogen.

■ Danksagung

Der besondere Dank gebührt den diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern (DGKS) bzw. Krankenpflegern (DGKP) der psychiatrischen Intensivüberwachungsstation, die wesentlich zur ganzheitlichen Besserung unserer Patienten beitragen. Im wissenschaftlichen Kontext hat insbesondere Herr DGKP Christian Oppel mit seinen 2002 durchgeführten Interviews geholfen. Weiters danken wir den ärztlichen Kolleginnen und Kollegen Michaela Amering, Gerlinde Pöhacker und Simon Grisold für die Anregungen zum selbstentworfenen Fragebogen.

Literatur:

- Knutzen M, Bjorkly S, Eidhammer G et al. Mechanical and pharmacological restraints in acute psychiatric wards—why and how are they used? *Psych Res* 2013; 209: 91–7.
- Steinert T, Schmid P, Arbeitskreis zur Prävention von Gewalt und Zwang LdP-EB-W. [Coercive measures in psychiatric clinics in Germany: current practice (2012)]. *Nervenarzt* 2014; 85: 62–9.
- Steinert T, Arbeitskreis zur Prävention von Gewalt und Zwang in der P. [After 200 years of psychiatry: are mechanical restraints in Germany still inevitable?]. *Psych Prax* 2011; 38: 348–51.
- Soininen P, Putkonen H, Joffe G et al. Methodological and ethical challenges in studying patients' perceptions of coercion: a systematic mixed studies review. *BMC Psych* 2014; 14: 162.
- Steinert T, Zinkler M, Elsasser-Gaissmaier HP et al. [Long-Term Tendencies in the Use of Seclusion and Restraint in Five Psychiatric Hospitals in Germany.]. *Psych Prax* 2014; DOI: 10.1055/s-0034-1370174
- Mayoral F, Torres F. Use of coercive measures in psychiatry. *Act Espan Psiqu* 2005; 33: 331–8.
- Raboch J, Kalisova L, Nawka A et al. Use of coercive measures during involuntary hospitalization: findings from ten European countries. *Psych Serv* 2010; 61: 1012–7.
- van der Schaaf PS, Dusseldorp E, Keuning FM et al. Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use of seclusion. *Br J Psych* 2013; 202: 142–9.
- Bak J, Zoffmann V, Sestoft DM et al. Mechanical restraint in psychiatry: preventive factors in theory and practice. A Danish-Norwegian association study. *Pers Psych Care* 2014; 50: 155–66.
- Flammer E, Steinert T, Eisele F et al. Who is Subjected to Coercive Measures as a Psychiatric Inpatient? A Multi-Level Analysis. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2013; 9: 110–9.
- Martin V, Kuster W, Baur M et al. [Incidence of coercive measures as an indicator of quality in psychiatric hospitals. Problems of data recording and processing, preliminary results of a benchmarking study]. *Psych Prax* 2007; 34: 26–33.
- Chien WT, Chan CW, Lam LW et al. Psychiatric inpatients' perceptions of positive and negative aspects of physical restraint. *Pat Educ Couns* 2005; 59: 80–6.
- Sibitz J, Scheutz A, Lakeman R et al. Impact of coercive measures on life stories: qualitative study. *Br J Psych* 2011; 199: 239–44.
- Holmes D, Kennedy SL, Perron A. The mentally ill and social exclusion: a critical examination of the use of seclusion from the patient's perspective. *Iss Ment Health Nurs* 2004; 25: 559–78.
- Soininen P, Valimaki M, Noda T et al. Secluded and restrained patients' perceptions of their treatment. *Int J Ment Health Nurs* 2013; 22: 47–55.
- Stone AA. Overview: the right to treatment—comments on the law and its impact. *Am J Psych* 1975; 132: 1125–34.
- Kaltiala-Heino R, Laippala P, Salokangas RK. Impact of coercion on treatment outcome. *Int J Law Psych* 1997; 20: 311–22.
- Owen GS, David AS, Hayward P et al. Retrospective views of psychiatric inpatients regaining mental capacity. *Br J Psych* 2009; 195: 403–7.
- Chuang YH, Huang HT. Nurses' feelings and thoughts about using physical restraints on hospitalized older patients. *J Clin Nurs* 2007; 16: 486–94.
- Merineau-Cote J, Morin D. Restraint and seclusion: the perspective of service users and staff members. *Journal of applied research in intellectual disabilities : JARID* 2014; 27: 447–57.
- Meise U, Frajo-Apor B. [The „subjective aspects“ of restraint and violence in psychiatry]. *Psych Prax* 2011; 38: 161–62.
- Armgarth C, Schaub M, Hoffmann K et al. [Negative emotions and understanding – patients' perspective on coercion]. *Psych Prax* 2013; 40: 278–84.
- Fugger G, Gleiss A, Baldinger P et al. Psychiatric patients' perception of physical restraint. *Act Psych Scand* 2016; 133: 221–31.
- Winkler D, Naderi-Heiden A, Strnad A et al. Intensive care in psychiatry. *Eur Psych* 2011; 26: 260–4.
- Busner J, Targum SD. The clinical global impressions scale: applying a research tool in clinical practice. *Psychiatry* 2007; 4: 28–37.
- Wynn R. Psychiatric inpatients' experiences with restraint. *J Forens Psychiatry & Psychology* 2004; 15: 124–44.
- Leucht S, Engel RR, Davis JM et al. Equipercile linking of the Brief Psychiatric Rating Scale and the Clinical Global Impression Scale in a catchment area. *Eur Neuropsychopharmacol* 2012; 22: 501–5.
- Scharfetter C, Das A. AMDP. Klinische Interviews und Ratingskalen 2004, DOI: 34.
- Bergk J, Flammer E, Steinert T. „Coercion Experience Scale“ (CES)—validation of a questionnaire on coercive measures. *BMC Psych* 2010; 10: 5.
- Bornemann-Ciment H, Wejborra M, Michaeli K et al. [Pain assessment in patients with dementia]. *Nervenarzt* 2012; 83: 458–66.
- Mielau J, Altunbay J, Heinz A et al. [Coercive Interventions in Psychiatry: Prevention and Patients' Preferences]. *Psych Prax* 2016; DOI: 10.1055/s-0042-105861
- Lang UE, Walter M, Borgwardt S et al. [About the Reduction of Compulsory Measures by an „Open Door Policy“]. *Psych Prax* 2016; 43: 299–301.
- Boumans CE, Egger JI, Souren PM et al. Nurses' decision on seclusion: patient characteristics, contextual factors and reflexivity in teams. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2012; 19: 264–70.
- Espinosa L, Harris B, Frank J et al. Milieu improvement in psychiatry using evidence-based practices: the long and winding road of culture change. *Arch Psych Nurs* 2015; 29: 202–7.
- Lebowitz MS, Ahn WK. Effects of biological explanations for mental disorders on clinicians' empathy. *Proc Natl Acad Sci USA* 2014; 111: 17786–90.

■ Interessenkonflikte

Ohne Zusammenhang mit der vorliegenden Arbeit hat R. Frey Vortragshonorare von AstraZeneca, Bristol-Myers Squibb, Eli Lilly und AOP Orphan erhalten.

Ohne Zusammenhang mit der vorliegenden Arbeit hat S. Kasper Forschungsunterstützung von Eli Lilly, Lundbeck A/S, Bristol-Myers Squibb, Servier, Sepracor, GlaxoSmithKline, Organon erhalten und hat als Berater bzw. im Advisory Board für AstraZeneca, Austrian Sick Found, Bristol-Myers Squibb, GlaxoSmithKline, Eli Lilly, Lundbeck A/S, Pfizer, Organon, Sepracor, Janssen, und Novartis fungiert und die Organisation von Referenten für AstraZeneca, Eli Lilly, Lundbeck A/S, Servier, Sepracor und Janssen unterstützt.

M. Aigner, G. Fugger und A. Gleiß geben keine Interessenkonflikte an.

Dr. med. univ. Gernot Fugger



Geboren 1984. 2004–2010 Studium der Humanmedizin an der Medizinischen Universität Wien, ab 2010 Doktoratsstudium der medizinischen Wissenschaften an der Medizinischen Universität Wien. Von 2010–2012 Turnusarzt in Wien und Niederösterreich, anschließend Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin am Universitätsklinikum Tulln sowie an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Wien.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)