

Informeller Zwang als (pflegerische) Intervention in einer patientenorientierten Suchtbehandlung?

reflektierte Kommunikation zur Förderung der
therapeutischen Allianz

1. Münsterlinger Tagung Suchttherapie
15. Juni 2018

R. Steinauer, MSc (nursing)

Inhalt

- › Hintergrund
- › Studie «informal coercion: a neglected form of communication in psychiatric settings»
 - › Fokus Suchtbehandlung

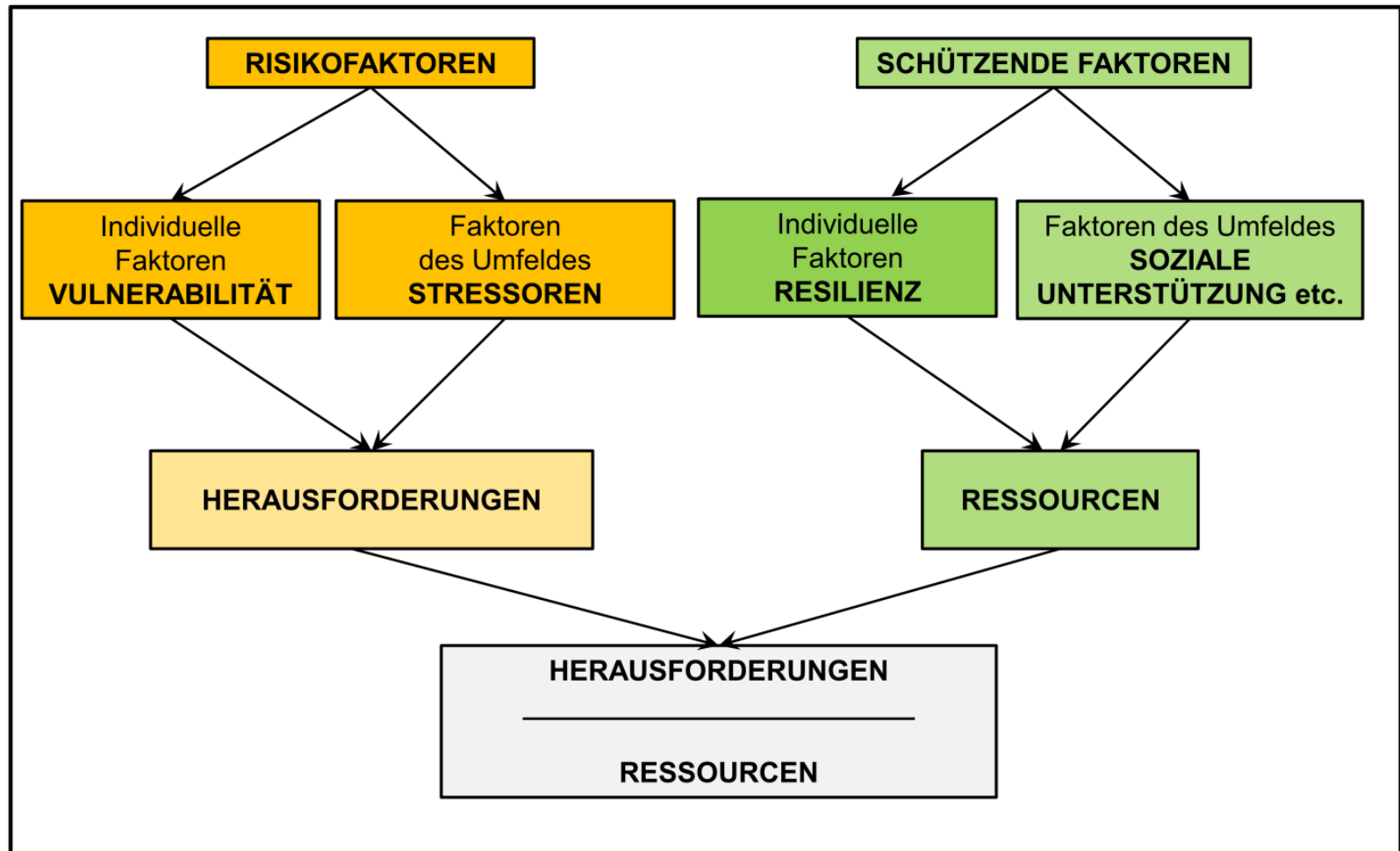


Intervention

- › Mit Intervention wird eine „Massnahme“ beschrieben, welche darauf abzielt, bestimmte Prozesse, Bedingungen, Einstellungen oder Verhaltensweisen zu beeinflussen.
- › Es werden **Verhaltensprävention** und **Verhältnisprävention** unterschieden.
 - › Verhaltensprävention zielt darauf ab, das Wissen, die Einstellung/Motivation und das Verhalten eines Individuums oder einer bestimmten Zielgruppe zu beeinflussen.
 - › Massnahmen der Verhältnisprävention verändern die strukturellen Rahmenbedingungen.
- › Suchttrias: Substanz, Individuum und Gesellschaft/Umwelt

Interventionen in der Suchtprävention

Modell der Risiko- und Schutzfaktoren



Suchtschweiz, 2013

Leitlinie Suchtbehandlung

Leitlinien für Interventionen in der Drogenbehandlung Kurzfassung (fact sheets) 2008

- › **Kurzintervention**
- › **Motivierende Gesprächsführung**
- › **Harm Reduction**
- › **Substitution**
- › **Psychosoziale Interventionen**

http://www.zis-hamburg.de/uploads/tx_userzis/Fact_sheets_treat_deutsch.pdf

S3 Leitlinie alkoholbezogene Störungen

Ziele: Abstinenz oder Konsumreduktion

1. Screening und Diagnostik

2. Behandlung:

- › Kurzinterventionen
- › Qualifizierte Entzugsbehandlung
- › Pharmakotherapie
- › Früherkennung und Behandlung von Komorbiditäten
- › Alters- und Geschlechtsspezifische Behandlung
- › Psychotherapie

<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/076-001.html>

Psychotherapie

| Schlüsselempfehlungen | Empfehlungsgrad |
|---|-----------------|
| Psychotherapeutische Behandlung - Interventionskomponenten | |
| Motivationale Interventionsformen sollen im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden. | A |
| Kognitive Verhaltenstherapie soll im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden. | A |
| Kontingenzmanagement sollte im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden. | B |
| Angehörigenarbeit soll im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden. | A |
| Paartherapie soll im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden. | A |
| Psychodynamische Kurzzeittherapie soll im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden. | B |
| Angeleitete Patientengruppen sollten im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden. | B |
| Neurokognitives Training (NKT) kann im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden. | KKP |

PSYCHOTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNG

RÜCKFALLPRÄVENTION

- > **Primäre und sekundäre Rückfallprävention**
- > **Einflussbereiche der Rückfallprävention:**
Risikosituationen, rückfallbezogene Kognitionen, Bewältigungskompetenzen, ausgewogener Lebensstil
- > **Teilnahme an Selbsthilfegruppen und Nachsorgeangeboten**
6-12 Monate Teilnahme in einer ambulanten Gruppe nach einer Entzugsbehandlung wird empfohlen



PSYCHOTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNG

MOTIVIERENDE GESPRÄCHSFÜHRUNG

- > **Empathie ausdrücken**
Aktives Zuhören ohne zu werten oder zu kritisieren
- > **Diskrepanzen entwickeln**
Gemeinsam Wünsche und Ziele identifizieren und Diskrepanzen benennen
- > **Widerstand umlenken**
Widerstand nicht direkt benennen und zu neuen Perspektiven einladen
- > **Selbstwirksamkeit fördern**
An Veränderungen zu glauben ist ein starker Motivator, verantwortlich für Veränderungen ist der Patient

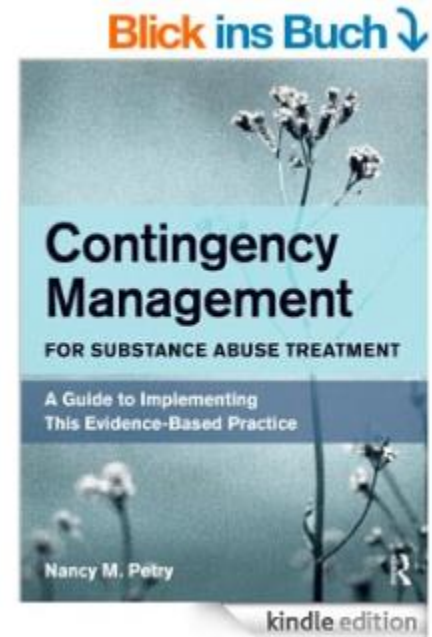


Millner & Rollnick, 2015

PSYCHOTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNG

KONTINGENZMANAGEMENT

- > **Gutscheine und Preise werden bei Erfolg zur Verstärkung des Verhaltens eingesetzt**
- > Hilft bei der Reduktion von Kokain, Heroin, Benzodiazepinen, Cannabis und Zigaretten
- > Vermutlich besonders geeignet bei Drogenmissbrauch



PSYCHOTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNG

COMMUNITY REINFORCEMENT APPROACH

- > **Ziel: Leben ohne Sucht soll attraktiver werden** als der Konsum von Substanzen
- > **Grundannahme: Verstärker aus dem sozialen Umfeld haben Einfluss auf den Substanzkonsum**
- > **Methode: Fokussierung auf positive Verstärker** in der Therapie, im sozialen Umfeld und in der Paarbeziehung



Gewaltfreie Kommunikation (Rosenberg, 2005)

- > **Beobachtung:** eine konkrete Handlung oder Unterlassung wird beschreiben ohne sie zu bewerten
- > **Gefühl:** die beobachtete Handlung oder Unterlassung führt zu einem wahrnehmbaren Gefühl
- > **Bedürfnis:** das wahrgenommene Gefühl weist auf ein Bedürfnis hin z.B. Sicherheit, Freundschaft, Verständnis
- > **Bitte:** aus dem Bedürfnis entsteht eine Bitte, die einen Wunsch für jetzt oder für die Zukunft beinhaltet



Psychosoziale Interventionen

(Gerlach & Stöver, 2007)

Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen/-ressourcen (Coping-Strategien und Stärkung der Handlungsautonomie im Sinne von

- › **Empowerment**
- › **Sicherung finanzieller (Basis)Versorgung**
- › **Klärung juristischer Situationen**
- › **Hilfe bei Arbeitsplatz- und Wohnraumbeschaffung**
- › **Unterstützung bei der Aufnahme schulischer und beruflicher Rehabilitationsmassnahmen**
- › **Tagesstrukturierung/Freizeitgestaltung**
- › **Vermittlung von Therapieangeboten**
- › **Beratung**

Einzelfallhilfe und Koordinierungstätigkeiten (Casemanagement)

Recoveryorientierte Interventionen

- › **CHIME** (Leamy et al, 2011):
 - › **Zugehörigkeit**
Teilnahme an gesellschaftl. Aktivitäten, Peers, Gruppen
 - › **Hoffnung und Zuversicht**
Geduld, Haltung «Genesung ist möglich»
 - › **Positives Selbstbild**
Stärken wiederentdecken, Integration in Lebensgeschichte
 - › **Sinn im Leben**
Austausch fördern, Spiritualität und Religion
 - › **Empowerment**
Information, Autonomie, Beseitigung von Hindernissen

(In: Indermauer, 2016)

Informeller Zwang



©teachSam

Überzeugen, nicht überreden



INFORMELLER ZWANG / INFORMAL COERCION

Definition:

- > Interaktionen mit Patientinnen und Patienten, die darauf abzielen, die **Behandlungsbereitschaft** zu verbessern
- > Mit der Absicht, die Behandlungsbereitschaft eines Patienten zu erhöhen, eine Entscheidung für eine fachlich empfehlenswerte Therapieoption zu lancieren oder gesundheitsschädliche Verhaltensweisen zu reduzieren, **kann** im Rahmen der Arzt-Patienten-Interaktion **in unterschiedlichem Ausmass Druck** auf den Patienten aufgesetzt werden. (Jaeger, 2016)

INFORMELLER ZWANG / INFORMAL COERCION

Druckmittel

- > Persuasion
- > interpersonal leverage
- > inducements
- > Threats

- > compulsory treatment
(formeller Zwang)

Überreden

konditionale Angebote

Drohungen

Zwangsbehandlung

(Szmukler & Applebaum, 2008)

Beispiele

- › **Inducement:**

Ein Wohnheim für psychisch Kranke setzt für den Erhalt eines Wohnplatzes für alle Patienten voraus, dass sie sich beim Heimpsychiater behandeln lassen und ihre Medikamente unter Sichtkontrolle einnehmen.

- › **Threats**

Eine Pflegefachperson zum Patienten: „Schlucken Sie bitte dieses Medikament. Ansonsten muss ich es Ihnen spritzen“.

Prävalenz

- **Rund ein Drittel psychiatrischer Patienten in CH und UK berichten von Erfahrungen mit konditionalen Angeboten oder Drohungen (Jäger& Rössler, 2009; Burns et al, 2011)**
- **45-60% im Versorgungsangebot der USA (Monahan, 2005)**
- **Erhalt der Wohnmöglichkeit unter der Voraussetzung der Akzeptanz einer psychiatrischen Behandlung in CH, UK und USA am häufigsten (20-30%)**
- **Risikofaktoren auf Patientenseite: Substanzabusus, frühere unfreiwillige Unterbringung, mehrere Hospitalisationen, fehlende Lebenspartnerschaft (Jäger &Rössler, 2010)**

Hintergrund

- > **Akzeptanz von informellem Zwang hängt von der Intervention ab und liegt zwischen 35 -70% (Jäger &Rössler, 2009)**
- > **Empfundener Zwang in engem Zusammenhang mit «Prozessgerechtigkeit»: Partizipation, Würde, Transparenz und Vertrauen (Watson &Angell, 2007)**
- > **Reaktion auf Zwang: Akzeptanz, Widerstand oder Resignation**
- > **Gute therapeutische Beziehung führt am ehesten zur Akzeptanz von Zwang (Lorem et al, 2015)**
- > **Patienten mit Hauptdiagnose Schizophrenie gelten als vulnerabelste Gruppe für erhöht empfundenen Zwang**

Informal coercion: a neglected form of communication in psychiatric settings

Cross-sectional study in Germany and Switzerland

The study has received funding from an internal research fund of the UPK

T. Elmer & F. Rabenschlag, UPK Basel

D. Schori, A. Theodoridou, M. Jäger, Univ. Hospital of Psychiatry Zurich, Switzerland

G. Zuaboni, Private Clinic for Psychiatry and Psychotherapy, Kilchberg, Switzerland

B. Kozel, UPD Berne, Switzerland

S. Jaeger, K. Heumann, Univ. Centres Psychiatry, Ulm, Germany

C. Mahlke, University Medical Centre Hamburg-Eppendorf, Germany

Ziele

- > Erkennen von und Haltung zu informellem Zwang
- > Zusammenhänge zu anderen Konstrukten (z.B. Einstellungen, Belastungen, demographische Angaben)
- > Vergleich verschiedene Professionen, ÄrztInnen und Medizin-Studierende
- > **Auf die häufig übersehene Thematik des informellen Zwangs aufmerksam machen und eine reflektierte Praxis fördern**

Forschungsfragen

- > Erkennen psychiatrische Fachpersonen informellen Zwang in Beschreibungen von typischen klinischen Situationen?
- > Welche Einstellung haben sie gegenüber verschiedenen Arten informellen Zwangs?
- > Hängt die Fähigkeit, informellen Zwang zu erkennen mit der Berufserfahrung, der Arbeitszufriedenheit, der Einstellung gegenüber Zwangsmassnahmen, der eigenen psychischen Belastung oder demographischen Faktoren zusammen?

Methode

- › Online Befragung **Mitarbeitende** fünf psychiatrischer Kliniken (ohne Kinder-, Forensik- und Altersbereich), CH, D (n=1629) und **Medizin-Studierende** Uni CH ohne Spezialisierung (n=101)
- › Rating von 15 Fallvignetten, die Zwangshandlungen beschreiben
- › Weitere Fragebogen zu Einstellungen, Belastung, Abteilungsklima, etc. (Social Distance Scale, Staff Attitude Scale, Good Milieu Index, Symptom Check List).
- › Querschnitts-Design
- › Deskriptiv, Korrelationen, multivariate Regressionsanalysen

Skalenbildung

Sind Sie der Meinung, dass in den folgenden Fallbeispielen Zwang angewendet wurde und wenn ja, in welchem Ausmass? Bitte beantworten Sie jeweils auch die beiden zusätzlichen Fragen.

Nach wiederholten Therapieversuchen mit dauernder Noncompliance und Klinikeinweisungen wird ein Patient von seinem Psychiater aufgefordert: „Wenn ich Ihnen dieses Depotpräparat alle zwei Wochen verabreiche, kann ich Ihnen bei der Suche nach einer geeigneten Wohnung helfen.“

Kein Zwang

Leichter Zwang

Mässiger Zwang

Schwerer Zwang

Massiver Zwang

↳ Skala zur Erkennung von Zwangshandlungen (Knowledge on Coercion Scale; KCS; Jäger et al. 2014)

Würden Sie das oben skizzierte Prozedere gutheissen? Ja

Nein

→ **Einstellung zu Zwang** (KAT, M Prozent)

Haben Sie selbst in vergleichbaren Situationen schon Ja

Nein

→ **Handlung** (KAC, M Prozent)

einmal ähnlich gehandelt?

Beispiele

Ein Patient berichtet den Anonymen Alkoholikern: „Ich bin alkoholkrank und seit nunmehr 2 Jahren trocken. Dabei hat mir diese Gruppe sehr geholfen. Mir geht es jetzt so gut, dass ich nicht mehr teilnehmen werde.“ Die Gruppenleiterin wünscht dem Patienten alles Gute und bietet an, dass er jederzeit wieder kommen kann.

Kein Zwang



Leichter Zwang



Mässiger Zwang



Schwerer Zwang



Massiver Zwang



Aus heiterem Himmel schlägt ein Patient mit einem Eisenstab auf ein parkendes Auto ein, spricht inkohärent von einem göttlichen Auftrag und möchte die Passanten unter lautstarker Gewaltandrohung dazu zwingen, ihm zu huldigen. Ein Polizeikommando überwältigt den Mann und bringt ihn in eine geschlossene Akutklinik.

Ergebnisse: sample

| | | Berufsgruppe | | | | | |
|--------|---------------|--------------|---------------------|------------|-----------|---------------------------|------------|
| | | ÄrztInnen | Psycho- logInnen | Pflege | MTD | Soz. Arbeit, - Päd. | Total |
| | | Anzahl | Anzahl | Anzahl | Anzahl | Anzahl | Anzahl |
| Klinik | PUK Zürich | 15 | 2 | 58 | 30 | 9 | 114 |
| | UPK Basel | 13 | 8 | 60 | 9 | 3 | 93 |
| | UPD Bern | 0 | 5 | 74 | 0 | 2 | 81 |
| | San. Kilcherg | 9 | 3 | 49 | 3 | 1 | 65 |
| | ZfP S'Württe. | 14 | 6 | 44 | 5 | 2 | 71 |
| | Total | 51 | 24 | 285 | 47 | 17 | 424 |

Rücklauf gesamt: 26%

Ergebnisse

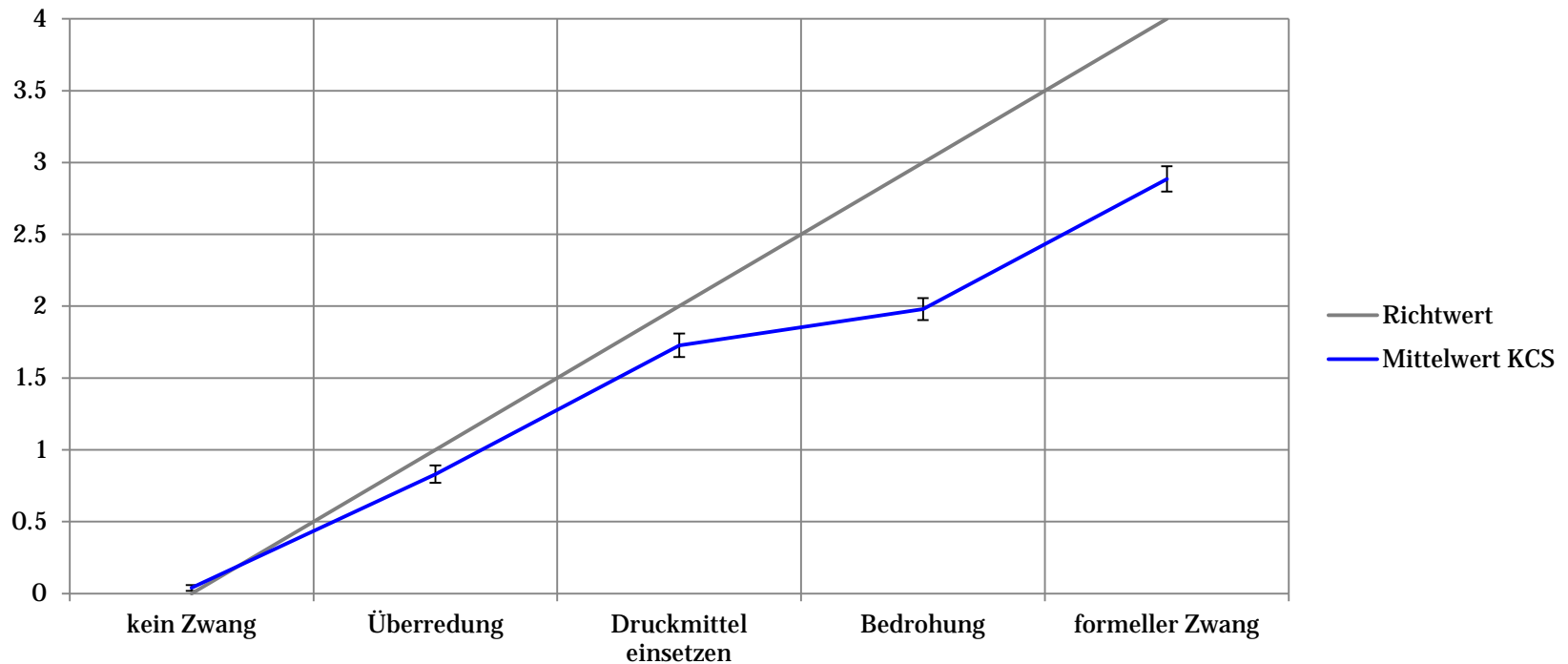
sample

- > **Geschlecht: w 264 (62.2%), m 160 (37.8%)**
- > **Alter:**
 - > **< 26 J.: 42 (9.9%)**
 - > **26-35 J.: 139 (32.8%)**
 - > **36-45 J.: 97 (22.9%)**
 - > **46-55 J.: 105 (24.8%)**
 - > **> 55 J.: 41 (9.6%)**
- > **Sample Medizin-Studierende einer Schweizer-Uni, noch nicht entschieden für Spezialisierung Psychiatrie (n=101), w 33 (32.9%), m 68 (67.1%)**

Ergebnisse

ERKENNUNG VON ZWANGSHANDLUNGEN (KCS)

Mittelwert und 95%-CI der Einschätzung von 5 Typen des Zwangs



Starke Unterschätzung (Nicht-Erkennen) von schwerem informellem Zwang (Drohung) und formellem Zwang

ERGEBNISSE

ERKENNUNG VON ZWANGSHANDLUNGEN (KCS)

Berufsgruppenunterschiede:

- Psychologinnen und Psychologen unterschätzen Zwangshandlungen sign. stärker als andere Berufsgruppen (Kontrast: $\beta = -.12$, $p < 0.05$)
- Pflegende unterschätzen Zwangshandlungen weniger als andere Berufsgruppen (Kontrast: $\beta = .14$, $p < 0.05$)
- Medizinstudierende unterschätzen Zwangshandlungen stärker als erfahrene ÄrztInnen in der Psychiatrie ($t(45) = -4.30$, $p < 0.001$), und stimmen deutlicher zu ($t(45) = 3.03$, $p=0.004$).
- Innerhalb Berufsgruppen keine Unterschiede der Einschätzung, auch nicht bezüglich Ausbildungsgraden.

ERGEBNISSE

ERKENNUNG VON ZWANGSHANDLUNGEN (KCS)

Abteilungstüren CH:

- › Personen auf Abteilungen mit geschlossenen Türen unterschätzen Zwang weniger als Personen auf offenen Abteilungen ($t(341) = -2.27$, $p < 0.05$, $d = 0.24$)

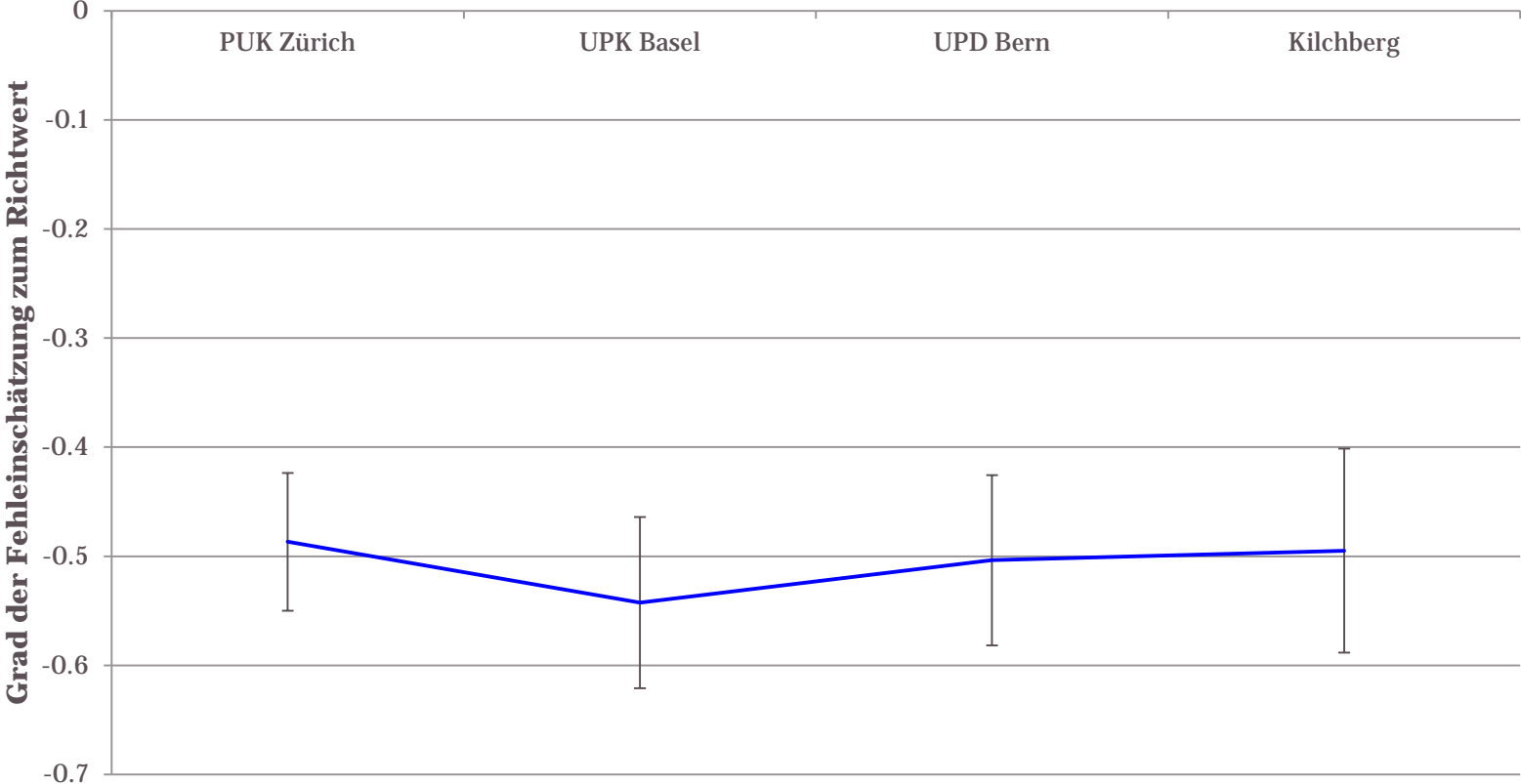
Alter:

- › Umso älter eine Person ist, desto eher wird Zwang unterschätzt ($\beta = -.19$, $p < 0.01$, sign. Prädiktor für Erkennung).

ERGEBNISSE

ERKENNUNG VON ZWANGSHANDLUNGEN (KCS)

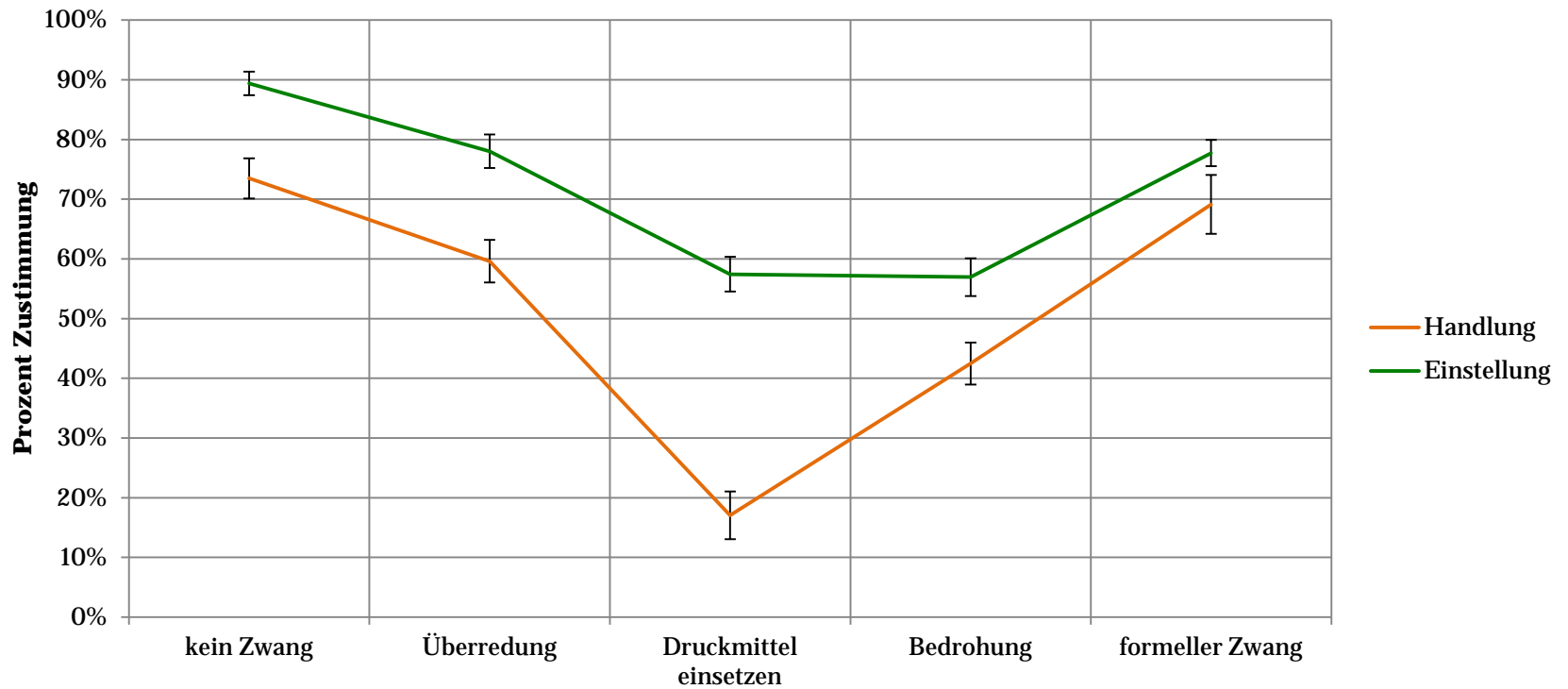
Mittelwert und 95%-CI der Einschätzung pro Klinik (KCS, CAT, CAC nicht sign.)



ERGEBNISSE

EINSTELLUNG + HANDLUNG

Mittelwert und 95%-CI der Einschätzung von 5 Typen des Zwangs



Starker informeller Zwang (Stufen 3-4) wird weniger gutgeheissen und ausgeführt als formeller Zwang

Berufsgruppenunterschiede:

- > Deutliche Berufsgruppenunterschiede bez. der Ausübung von Zwangshandlungen: Drohung und formeller Zwang wird meistens von Pflegenden und Ärztinnen/Ärzten ausgeführt.

Abteilungstüren CH:

- > Personen auf Abteilungen mit geschlossenen Türen drohen eher und führen mehr formellen Zwang aus als Personen auf offenen Abteilungen (*Drohen: $t(337) = -2.40, p < 0.05, d = 0.27$; formeller Zwang: $t(333) = -3.25, p < 0.001, d = 0.35$*)

Berufserfahrung:

- > Umso höher die Berufserfahrung, desto eher werden informelle und formelle Zwangshandlungen ausgeführt ($r = .25, p < .001$)

Diskussion

Erkennen von Zwangshandlungen

- > **Pilotstudie: Resultate bestätigt**
- > **Einschätzung: formaler Zwang sowie Drohen am deutlichsten unterschätzt.**
Unterschätzung aktuell und international bestätigt (Valenti et al., 2015),

Diskussion

EINSTELLUNG + HANDLUNG

Unterschätzung hängt mit Alter, Einstellung sowie Häufigkeit der Ausübung zusammen:

- › Je älter bzw. längere psych. Berufserfahrung, desto deutlicher die Gutheissung von informellem Zwang und desto häufiger der Einsatz von informellem Zwang
- › Je positiver die Haltung zu Zwang, desto deutlicher dessen Unterschätzung
 - › Jahrzehnte angewandt in der Praxis: «Fürsorge»?
 - › Neuer: person-, oder recovery-orientierter «least restrictive setting»?
 - › Ausführende unwohl (Valenti et al., 2015).
 - › Sensibilisierung durch Schulung bedeutsam (Steinert et al., 2013, Bergk et al, 2011, Hahn et al., 2013).
 - › Empfindung Betroffener? (nicht nur von Professioneller Seite, Canvin et al., 2013).

Diskussion

EINSTELLUNG + HANDLUNG

- > Je eher eine Vignette als informeller Zwang angesehen wird, umso weniger wird das Verhalten gutgeheissen
- > Offene Türen: Bemühungen um freiwilligen Eintritt werden wie unfreiwilligen Eintritt als Zwang empfunden (O'Donoghue et al., 2015),
- > und Isolierung (seclusion) als sehr negativ, auch bei «Einsicht» (u.a. Kuosmanen et al., 2015).

Limitationen

- › Self-report bezüglich Haltungen und Ausführung → soziale Erwünschtheit
- › Konstrukt selber: Richtwert informeller Zwang zeigt ev. nicht adäquate Interaktion an
- › Selection bias
- › Unterschiedliche und z.T. kleine Gruppengrößen (z.B. Berufsgruppen)
- › Querschnitt-design

Informeller Zwang

... in der Suchtbehandlung



Drohen?



Druckmittel?

Überreden?
Klinische Routine ?

100%
sind der Meinung, dass
Adhärenz einer der wichtigsten
Faktoren für einen Therapieerfolg
ist.

Informeller Zwang

... in der Suchtbehandlung



- > Substitutionsbehandlung: Diversität immer gegeben?
Methadon als Mittel der Wahl? Betriebswirtschaftliche Gründe?

- > Therapiebeginn stationär:

Aufnahmekriterien: vorhandene Motivation

Ausgangsregelung: abhängig von Teilnahme an Wochenprogramm

Gefängnis oder Therapie?



- > Abstinenz- Paradigma:

Voraussetzung für Eintritt in ambulante psychotherapeutische
Behandlung



- > UP-Kontrollen:

Bedingung für Erhalt des Arbeitsplatzes



Gut oder schlecht?

Informeller Zwang in der Suchtbehandlung

- › Die Autonomie von Männern und Frauen, die an einer Suchtberatung oder Suchtbehandlung teilnehmen, ist sehr oft eingeschränkt
- › Männer und Frauen, die in verschiedenen Settings wie dem Maßregelvollzug, dem Gefängnis oder in ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen unter Zwang bzw. Quasi-Zwang an Suchtberatungen bzw. Suchtbehandlungen teilnehmen, können davon profitieren
- › Die Erfolge, die unter diesen – einschränkenden – Bedingungen erzielt werden, hängen neben anderem von der Qualität der **therapeutischen Allianz** ab, was bislang weder theoretisch noch praktisch ausreichend berücksichtigt worden ist

(Vogt, 2012)

Für den guten Ton...

Schlussfolgerungen, Empfehlungen

- **eigenen Haltung stets bewusst machen und in der Interaktion mit Patienten reflektiert und der Situation angemessen (be) handeln**
- **Neben Einführung und Schulung von Aggressionsprävention und –Deeskalation auch Schulung / Weiterbildung zu informellem Zwang und Kommunikation einführen**
- **Eine Auseinandersetzung mit eigenen Werten und konzeptuellen Grundlagen zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung**

Für den guten Ton...

Schlussfolgerungen, Empfehlungen

- › **Informeller Zwang als Intervention immer bewusst einsetzen**
- › **«Klinische Ethik» im Alltag zur Begünstigung einer reflektierten Kommunikation und Praxis nutzen**
- › **Multiprofessionelles Team: Nicht nur die Meinung der Erfahrenen zählt, auch junge / BerufsanfängerInnen in der psychiatrischen Praxis wichtig**
- › **Leitlinie für eine möglichst restriktionsarme Praxis beachten/erstellen**
- › **Einbezug von Peers fördern, um die Kommunikation zu reflektieren**

Informeller Zwang

... in der Suchtbehandlung

«es ist lockerer vom Therapieprogramm mehr .. es ist kein Müssen mehr... es wird kein Druck gemacht...»

(u3_4)



www.togishidojo.com/

Regine Steinauer

MSc(nursing)

Pflegerische Leitung Ambulatorium ADS/Janus

APN Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen

Regine.steinauer@upkbs.ch

Literatur (Auswahl)

- > Hahn S, Hantikainen V, [Needham I](#), Kok G, [Dassen T](#), Halfens RJ. Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences: a cross-sectional survey. [J Adv Nurs](#). 2012 Dec;68(12):2685-99. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.05967.x. Epub 2012 Mar 1.
- > [Hahn S](#), Müller M, Hantikainen V, [Kok G](#), [Dassen T](#), [Halfens RJ](#). Risk factors associated with patient and visitor violence in general hospitals: results of a multiple regression analysis. *Int J Nurs Stud*. 2013 Mar;50(3):374-85. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.09.018. Epub 2012 Oct 24.
- > Jäger m., Rössler W. (2009) informal coercion to enhance treatment adherence among psychiatric patients. *Neuropsychiatric*.23.206-2015
- > Jäger M, Ketteler D, Rabenschlag F, Theodoridou A(2014): Informal coercion in acute inpatient setting – knowledge and attitudes held by mental health professionals. *Psychiatry Res*. 220:1007–1011.
- > [O'Donoghue B](#), [Roche E](#), [Shannon S](#), [Creed L](#), [Lyne J](#), [Madigan K](#), [Feeney L](#) (2015). Longer term outcomes of voluntarily admitted service users with high levels of perceived coercion. *Psychiatry Res*. 2015 Sep 30;229(1-2):602-5. Epub 2015.
- > [Kuosmanen L](#), [Makkonen P](#), [Lehtila H](#), Salminen H. (2015). Seclusion experienced by mental health professionals. *J Psychiatr Ment Health Nurs*.;22(5):333-6.
- > Mielau J., Altunbay J., Gallinat J., Heinz A., BERPPOHL F., Lehmann A. & C. Montag. (2015). Subjective experience of coercion in psychiatric care: a study comparing the attitudes of patients and healthy volunteers towards coercive methods and their justification. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, epub.
- > Valenti et al. (2015). Informal coercion in psychiatry: a focus group study of attitudes and experiences of mental health professionals in ten countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (2015) 50:1297–1308.