

Ist psychiatrisch tätig sein ein Risiko oder ein prekäres Gut?

Von Bernward Vieten

Abstract

Die Tätigkeit im weiten Feld der psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung wird daraufhin untersucht, inwieweit und an welchen Stellen sie ein Risiko sein kann oder aber auch zusätzlich ein prekäres, „widerrufliches“ Gut.

Die Interaktion wird einmal von der Seite der Nutzer, Kunden, Patientinnen und Patienten her betrachtet, daneben wird die Perspektive der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Bezug auf Risiken und Nebenwirkungen ihrer Arbeit untersucht. Das Ziel der Risikominimierung führt zu Betrachtungen über Setting – und Individuumbezogene Aspekte.

Die Wertigkeit von Deeskalationstrainings und der bewusste Umgang mit erfolgten Übergriffen werden herausgestellt.

Das „Gut“ ist jedoch in der Tat widerruflich, kann in manchen Situationen sehr brüchig und in Frage gestellt werden und dies besonders durch das bewusste Erleben der Risiken, denen wir ausgesetzt sind, zu denen wir jedoch in Bezug auf die Patientinnen und Patienten berufen sind. Der Brückenschlag zum gesellschaftlichen Auftrag der Psychiatrie, die in Extremsituationen Risiken und Gefahren der Allgemeinheit zu bewältigen helfen soll, ist nahe liegend.

Ausgangspunkt der Überlegungen zum folgenden Artikel war die Vorbereitung und der Verlauf der *Fachtagung 11. Forum Psychiatrie und Psychotherapie in Paderborn* im November 2006 zu „Risiken und Nebenwirkungen psychiatrisch-psychotherapeutischer Arbeit...“. Es ging und geht im Folgenden um psychiatrisch Tätige in den unterschiedlichen Feldern und Disziplinen der Versorgung.

In der Medizin sprechen wir seit etwa 15 Jahren mit der Novellierung der Weiterbildungsordnung vom Fachgebiet „Psychiatrie und Psychotherapie“ und weiten damit das berufliche Selbstverständnis und die Anwendungsgebiete der ehemals „klassischen“ Psychiatrie sinnvollerweise aus. Die Versorgungslandschaft wird in der heutigen Zeit, mehr als 30 Jahre nach der Psychiatrie-Enquete 1975, berechtigterweise über weit mehr als nur die medizinische Fachdisziplin definiert. Die Psychiatrie-Personalverordnung hat ab 1991 den psychiatrischen Krankenhäusern das multiprofessionelle Arbeiten dann gewissermaßen vorgeschrieben. In keinem anderen medizinischen Fachgebiet wird Multiprofessionalität derart groß geschrieben und hat eine so lange Tradition. Der Untertitel des 11. Forum wies hin auf „Nutzen und ein bewusstes (Arbeits-)Leben für die Beschäftigten im Spannungsfeld mit Angehörigen- und Patienteninteressen“. Der Blick war

gerichtet auf das gesamte Feld der Versorgung.

Ist dort – in diesem Sinne – psychiatrisch tätig sein ein Risiko oder ein prekäres Gut oder auch beides gleichzeitig? Was mit „Risiko“ gemeint ist, soll weiter unten ausgeführt werden, erklärt sich jedoch zunächst einmal vom allgemeinen Sprachgebrauch her von selbst. Ist das mit dem „prekären Gut“ auch so? Prekär heißt laut Lexikon vom Lateinischen abgeleitet „unsicher, schwierig, widerruflich“. In den letzten Jahren wurde in diesem Zusammenhang der Begriff des Prekariats geprägt, damit sind die unsicheren Arbeitsverhältnisse auch für akademisch ausgebildete Absolventinnen und Absolventen unserer „Generation Praktikum“ gemeint. Ich beschränke mich auf die ursprüngliche Bedeutung und sehe in der Zusammenstellung „prekär“ und „Gut“ die Spannung: Gut ist es, wenn das Tätigsein gelingt, wenn die Risiken nicht überhand nehmen und somit die eigentlich „gute Arbeit“ verunsichert wird, wenn „widerrufen“ wird. Mit dem Erleben von fast 30 Jahren tätig sein im gesamten Feld der Psychiatrie und Psychotherapie (Hochschulambulanz, Versorgungsklinik, Tagesklinik, Sozialpsychiatrischer Dienst, Langzeitbereich, Ambulanz usw.) stehe ich nach wie vor und uneingeschränkt positiv zu dieser Berufswahl, befinde mich von daher auf der Seite des „Gut“.

Diese wenigen Gedanken weisen darauf hin, mit welcher komplexen Fragestellung wir uns befassen. Das Ordnungs- und Strukturgefüge des Qualitätsmanagements bringt es auf den Punkt: Die zentralen Säulen des QM, wie Kundenorientierung und Mitarbeiterorientierung, sind nicht immer widerspruchsfrei gleichzeitig zur Geltung zu bringen. Zum Umgehen mit diesen Widersprüchen sind wir aufgerufen und befinden uns damit in der Reflexion über Risiken und Nebenwirkungen unserer Arbeit. Diese entstehen in der Regel in der Interaktion im Sozialraum, der Gesellschaft, der Familie und dann auch zwischen Patientinnen und Patienten und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Besonders diese beiden Seiten sollen im Folgenden näher beleuchtet werden.

**Risiken und Nebenwirkungen:
Die Seite der Nutzer, Kunden,
Patientinnen und Patienten**

Hospitalisierung, verstanden als längerfristige vollstationäre Behandlung im Rahmen einer Anstalt oder eines psychiatrischen Krankenhauses, wurde lange als adäquate Methode zur Behandlung und Unterbringung chronisch psychisch kranker oder behinderter Menschen angesehen. Kritische Erfolgsbewertungen dieser Maßnahmen machten in den letzten drei Jahrzehnten immer



Bernward Vieten
PD Dr. med., *1952,
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Ärztlicher Direktor der LWL-Klinik Paderborn, Dozent an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld.
Email: bernward.vieten@wkp-lwl.org

deutlicher, dass die künstlich gestalteten Lebenswelten in Kliniken, Heimen und Anstalten selbst krank machend und zusätzlich schädigend auf die Patientinnen und Patienten wirken können. Diese mit „Hospitalismus“ oder „Institutionalismus“ bezeichneten Nebeneffekte, die zum Teil Haupteffekte wurden, sind von zahlreichen Autoren beschrieben worden (Wing 1962, Wing/Brown 1970, Goffman 1973, Ciompi 1980). Dieser Rückblick soll die Möglichkeit der strukturell wirksamen Gewalt, die auch heute nicht ausgeschlossen ist, mit dem Blick auf unsere psychiatrischen Akutstationen verdeutlichen. Die öffentliche Fachdiskussion zum Thema Enthospitalisierung ist in den Jahren nach der Psychiatrie-Enquete und besonders nach den Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung (1988) lebhaft geworden und hat Konsequenzen zeitigt.

Dies trifft unter Würdigung der Fachliteratur der letzten 15 Jahre auf die Auseinandersetzung mit individuell erlittener Gewalt weit weniger zu. Wir müssen davon ausgehen, dass bei etwa 5 bis 10% der 850.000 klinischen Behandlungsfälle der Akutpsychiatrie pro Jahr in Deutschland eine oder mehrere Zwangsmaßnahmen erfolgen. Mit Zwangsmaßnahmen sind besonders Fixierungen oder Zwangsmedikationen gemeint, die einer großen Häufigkeitsspanne unterliegen (2,8–21,3%, Ketelsen, Schulz, Zechert 2004). Nach der Datenlage aus drei Kliniken, die über ein Jahr lang Anzahl und Dauer von Fixierungen erhoben haben, waren Menschen mit schizophrenen Störungen zur Hälfte bis zu Zweidrittel betroffen, bei Suchtpatientinnen und -patienten immerhin im Umfang von einem Fünftel bis mehr als einem Viertel. Es wird von den Autoren zu Recht beklagt, dass die Vermittlung des therapeutischen Umgangs mit Notfallsituationen in der Akutpsychiatrie in der Ausbildung kaum oder gar nicht stattfindet.

Psychiatrische Patientinnen und Patienten können genauso auch zum Opfer werden im Sinne von Übergriffen in psychotherapeutischen Situationen, die nicht

selten mit sexualisierter Gewalt einhergehen. Dieses Phänomen ist erst in den letzten Jahren stärker ins Bewusstsein gelangt, zeitgleich mit einer vermehrten Diskussion über sexualisierte Gewalt, der Patientinnen und Patienten in ihrer Lebensgeschichte ausgesetzt waren.

Der Perspektivenwechsel von der Opfer- zur Täterseite führt zu folgenden Eindrücken: Der „gewalttätige Patient“ (Steinert u.a. 1995) fand sich eher wieder in durch Anekdoten aus dem psychiatrischen Alltag gespeisten Diskussionen zwischen Pflegepersonal und diensthabendem Assistenzarzt, wenn einmal im Nachtdienst Zeit für eine Tasse Kaffee miteinander war. Über 50 Jahre ist es her, als Helm Stierlin seine Untersuchung über die von Geisteskranken an Ärzten und Pflegepersonen verübten Angriffe veröffentlichte (1956). Böker und Häfner (1973) kamen in einer für die Psychiatriepolitik bedeutenden Studie zum Schluss, dass „Geistesranke und Geisteschwache insgesamt nicht häufiger, aber auch nicht wesentlich seltener zu Gewalttätern werden als sogenannte Geistesgesunde“. Diese sehr pauschalierend anmutende Beurteilung wird heute insgesamt in Frage gestellt, beim Blick auf Details der damaligen Untersuchung war jedoch schon offenkundig, dass bestimmte Untergruppen unter den Menschen mit psychischen Störungen sehr wohl ein überdurchschnittliches Gewalttätrisiko haben: Dazu zählen insbesondere Menschen mit der Diagnose einer schizophrenen Psychose vom paranoiden Subtyp, Menschen mit einer geistigen Behinderung und altersdemente Patientinnen und Patienten (Richter, Berger 2001). Für die Vereinigten Staaten wird zwischen 1980 und 1990 berichtet, dass sich die Rate vorsätzlicher Angriffe, die von Patientinnen und Patienten ausgehen, auf 100 behandelte Patienten nahezu verzehnfacht hat (von 5,5 auf 50,5). Eine ähnliche Entwicklung wird trotz des Mangels an entsprechenden Daten für die Situation in Deutschland nicht angenommen (Steinert 1998). Aus einer österreichischen Untersuchung (Haller 2001) geht hervor, dass das relative Risiko, überhaupt

ein zur strafrechtlichen Verurteilung führendes Delikt zu begehen, bei schizophrenen Menschen gegenüber der Normalbevölkerung um den Faktor 1,55 leicht erhöht ist. Das Risiko für ein Gewaltdelikt liegt jedoch erheblich höher für Patienten mit einer schizophrenen Störung gegenüber der Allgemeinpopulation und zwar um das 3,7-fache. Aktuelle Übersichten aus dem übrigen deutschsprachigen Raum bestätigen diesen Trend, insbesondere wenn es sich um Menschen mit Comorbiden Störungen, z.B. paranoider Schizophrenie und Substanzmissbrauch handelt.

Die Auswahl der oben angeführten Daten legt nahe, dass ein berufsspezifisches Risiko im Umgang mit psychiatrischen Patientinnen und Patienten, dabei besonders mit einzelnen Gruppen, durchaus besteht. Diese Risiken einerseits nicht zu übertreiben, andererseits gezielt wahrzunehmen, ist die Aufgabe professionell Tätiger in den unterschiedlichen Settings der psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung, insbesondere natürlich auch unter dem Blickwinkel der Prävention.

Risiken und Nebenwirkungen: Die Seite der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Wenden wir uns den Risiken zu, die mit der Tätigkeit in Psychiatrie und Psychotherapie verbunden sind, haben wir nicht selten mit den alltäglichen Belastungen in der Arbeit zu tun, mit Zweifeln an der eigenen Professionalität und nicht zuletzt auch mit handfesten psychischen Krisen. Sibylle Prins hat diesen Übergang vom professionellen Handeln zum Betroffensein mit „Seitenwechsel“ beschrieben (Prins 2006). Sie versucht ein ihrer Ansicht nach weithin tabuisiertes Thema aufzugreifen, wenn sie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über ihre erlebten Erfahrungen sprechen lässt, selbst psychischen Krisen ausgesetzt zu sein. Dies sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die die Reaktion der Umwelt fürchten und in den Ruf geraten, mit der Eigenerfahrung nicht für kompetent im Beruf gehalten zu werden. Andere haben sich aus einer psychischen

Krise heraus für eine berufliche Tätigkeit in der Psychiatrie entschieden und suchen eher nach dem „Gut“ und sind in diesem doppelten Wortsinn Psychiatrie-Erfahrene. Klassische Hilfsmittel wie Coaching oder Supervision stehen in den Einrichtungen und Diensten im stationären und ambulanten Bereich zur Verfügung, erfahren jedoch in Zeiten knapper Ressourcen häufig weniger Beachtung, sprich Finanzierung, da ihr Wert und ihre Bedeutung unterschätzt werden. Die Arbeitsfähigkeit wird zunächst einmal als etwas Selbstverständliches angesehen, der Blick darauf, wie diese zu erhalten ist, ist in den Hintergrund geraten. Moderne Konzepte der Gesundheitsförderung greifen diesen Missstand auf und versuchen den Blick darauf zu lenken, dass eine befriedigende Berufstätigkeit, die ihren Zweck erfüllt und gleichzeitig zu einem erfüllten Arbeitsleben führt, gepflegt werden muss. Dies ist umso wesentlicher als psychiatrisch Tätige sich ständig mit psychischen Krisen anderer Menschen auseinandersetzen müssen und von daher besonderen Belastungen ausgesetzt sind.

Wie sieht es nun mit weiteren konkreten Risiken aus?

Eine Untersuchung unter Ärzten und Therapeuten (Steinert 1995) in süddeutschen Landeskrankenhäusern kommt zu dem Ergebnis, dass 55% der Befragten im Laufe der Berufstätigkeit schon einmal ernsthaft von Patienten angegriffen wurden, 33% sogar mehrfach. Es handelte sich bei den über 300 berichteten Ereignissen um 61% körperliche Angriffe, bei 39% um Bedrohungen. Die überwiegende Zahl der Übergriffe fand nicht im Zimmer des Therapeuten, sondern im „öffentlichen Raum“ statt, mehrheitlich auf der Station. Spießl berichtet in einer Längsschnittstudie über das Regensburger Bezirksklinikum in den Jahren 1989 bis 1994, dass in 13,9% der Fälle aggressive Handlungen oder bedrohliches Verhalten im Vorfeld der stationären Aufnahme registriert wurde. Hier ist davon auszugehen, dass entweder Angehörige, aber auch Mitarbeiter ambulanter Dienste die Betroffenen sind. Eine deutlich geringere Zahl, näm-

lich 2,7%, wird im Durchschnitt ermittelt für die Zeit während des stationären Aufenthaltes mit der Folge zumeist leichter, selten schwerer Körperverletzungen (Spießl 1998). Zu einer ähnlichen Häufigkeit kommt Richter in seiner Untersuchung über Patientenübergriffe auf Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Richter, Berger 2001): 2,5% aller Aufnahmen, die im Zeitraum von sechs Monaten mit einem Patientenübergriff verbunden waren, wurden als besonderes Vorkommnis registriert. Bei den Betroffenen (insgesamt 155 Patientenübergriffe) waren nahezu ausschließlich Angehörige des Pflegedienstes oder ähnlicher Dienste (Erzieher usw.) genannt. Etwa 10% der Betroffenen waren körperlich so stark verletzt, dass sie ärztlich behandelt werden mussten. 14% zeigten psychische Symptome, welche die Kriterien für mindestens eines der drei Syndrome einer posttraumatischen Belastungsstörung, nach DSM-III-R erfüllten, keine jedoch das Vollbild einer entsprechenden Störung (Richter 1999). In einer Untersuchung in einer hessischen Klinik über knapp 500 aufgenommene Patienten wird besonders herausgestellt, dass über 78 % der aggressives Verhalten zeigenden Patienten außerhalb der normalen Dienstzeit in die Klinik kamen, knapp 73% über das Landesunterbringungsgesetz (Grube 2001).

Zusammengefasst zeigen diese Daten, dass es im Kontakt der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Patienten in einer akuten psychischen Krise häufig vorkommende Diagnosen, häufig vorkommende Situationen und häufig vorkommende Orte gibt. Die Aufnahmesituation, besonders bei bis dahin unbekanntem Patienten, ist als kritische Situation für die Interaktion einzuschätzen und benötigt Aufmerksamkeit, wenn Misstrauen vorwiegt, eine psychomotorische Erregung oder Anspannung, Anzeichen eingeschränkter Selbstkontrolle, verbale Gewaltdrohungen oder gewalttätige Gestik oder Sachbeschädigungen vorliegen.

Bewusster Umgang mit Risiken jenseits von Notwehr

Die Beschäftigung mit dem Thema

„Risiko“ in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Arbeit hat in den letzten 10 bis 15 Jahren den Blick geschärft für die Möglichkeiten von Gewaltprävention und Deeskalation. Im Sinne der Prävention geht es um die Pflege von Anerkennung friedlicher Verhaltensweisen, es geht um kompetente Konfliktlösung und den Respekt vor Schwächeren und Unterlegenen. Die Kultur von wechselseitigem Respekt schafft das für eine professionelle Arbeit notwendige Grundvertrauen über die Gewissheit, dass Sicherheit für alle gewährleistet werden muss. In den Teams muss Raum geschaffen werden zur Benennung und wechselseitigen Wahrnehmung von Gefühlen wie Trauer, Wut, Ärger, Angst, Gekränkt sein, Scham und Ohnmacht, damit nicht Gewalttätigkeit zum nahezu einzigen Ventil der Gefühlsäußerungen wird, sowohl auf Seiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als auch der Patientinnen und Patienten (Ketelsen 2004). Neben der Milieugestaltung besonders auf psychiatrischen Akutstationen, die positiv oder negativ Einfluss nimmt, verändert sich das subjektive Erleben von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Zusammenhang mit Selbstschutzübungen eindeutig: Die Bereiche Reduktion von Unsicherheit und Angst sowie Förderung zielgerichteten Handelns werden als besonders positiv beschrieben (Grube 2001). In einer Übersicht über die Effekte von Trainingsprogrammen zum Aggressionsmanagement berichtet Richter (2005) von zwei grundsätzlichen Trendaussagen: „Hinsichtlich der direkten subjektiven Auswirkungen auf die trainierten Mitarbeiter kann festgehalten werden, dass Trainingsprogramme zu mehr Wissen führen und zugleich zu einer verbesserten Zuversicht, aggressive Situationen bewältigen zu können. Dieses Ergebnis kann als relativ gesichert gelten, da es über verschiedene Interventionen, Studiendesigns und Einrichtungssettings hinweg repliziert wurde.“ Eindeutige Feststellungen bezüglich der Effekte auf die Anzahl aggressiver Vorfälle und Auswirkungen können jedoch nicht getroffen werden.

Nach Vorarbeiten in den Jahren 2004 bis 2005 hat in der LWL-

Klinik Paderborn, einem Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie mit 240 Plätzen, ein „Leitfaden zum Umgang mit Übergriffen und Grenzverletzungen“ seine Gültigkeit gefunden. Im Leitbild der Einrichtung wird auf das Wissen abgehoben, dass ein respektvoller Umgang und das kontinuierliche Bemühen um vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den Patientinnen und Patienten und unter den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Gewalt, Grenzverletzungen und Übergriffen prophylaktisch entgegen wirken kann. Übergriffe können – neben einem „harten Kern“ von Sachverhalten – auch als wesentlich vom subjektiven Erleben der Beteiligten abhängig gesehen werden. Sie sollen operationalisierbar erfasst und grundsätzlich ernst genommen werden. Allen Beteiligten wird über den Leitfaden deutlich gemacht, dass schwierige Grenzsituationen zunächst einmal bewältigt, anschließend mit Umsicht, Sorgfalt und Achtsamkeit aufgearbeitet werden müssen. Besonderer Stellenwert wird den Unterstützungsbedürfnissen von Opfern von Übergriffen eingeräumt. Jeder betroffenen Person wird eine Vertrauensperson an die Seite gestellt, die jenseits der üblichen Hierarchie ansprechbar ist und mit einer begrenzten Aufgabenstellung den oder die Betroffene begleitet. Eine Checkliste soll helfen, alle notwendigen Schritte nacheinander durchzugehen und mit Hilfe einer Nachbesprechung jeden Vorgang des Übergriffs zu reflektieren. Bei den professionellen Mitarbeitern geht es darum, aversive Stimulationen in der Beziehung zu Patientinnen und Patienten zu vermeiden, die sich niederschlagen können in willkürlichen Anordnungen, Erniedrigungen, eskalierender Zuspitzung an Stelle von Empathie, Respekt und Aufrichtigkeit.

Was ist weiter zu tun?

Wenn „prekär“ in erster Linie unsicher und widerruflich bedeutet, dann ist die positive Bewertung des „Gut“ in Form eines Arbeitsplatzes in der psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung kein Selbstläufer, sondern muss unter Beachtung der spezifischen Risi-

ken tagtäglich erarbeitet werden. Auf eine Kurzformel gebracht: Zufriedenheit ist möglich, sie fällt uns nicht in den Schoß. Besonders die positiven Effekte von Deeskalationstrainings, wie sie sich in den letzten zehn Jahren etabliert haben, in Verbindung mit Maßnahmen der Mitarbeiterorientierung lassen hoffen, dass es zu einer sinnvollen Verknüpfung im Rahmen eines Maßnahmenbündels kommt, das Gewaltprävention und damit Risikominimierung vereint mit sinnvollen Schritten der Bearbeitung von erlittenen Patientenübergriffen auf Seiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Patientinnen und Patienten selbst als Experten für ihre Situation zu erfassen und das Erleben in Situationen von Zwang und Gewalt zu reflektieren, kann dabei ein ganz wesentlicher Zugewinn sein.

Insofern stehen zahlreiche Aufgaben in der Zukunft vor uns: Wie wirken auf Seiten der Patienten Maßnahmen des „Aggressionsmanagement“? Wie spezifisch müssen Trainingsmaßnahmen in Abhängigkeit von der Diagnose oder anderer Umgebungsfaktoren auf Seiten von Patientinnen und Patienten sein? Wie nachhaltig wirken Schulungen auf Seiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und welche Maßnahmen sichern erst die Konstanz des einmal Erlernten? Wie wirken spezifische Deeskalationstechniken verbaler und körperlicher Art?

Antworten auf diese Fragen zu finden ist Aufgabe der Forschung, die bisher von Seiten der Hochschulkliniken kaum in diesem Bereich tätig ist. Besonders die Versorgungskrankenhäuser sind herausgefordert, weitere Anstrengungen zu unternehmen, die an vielen Zentren eingeschlagenen Wege, die bereits eine positive Wirkung nachgewiesen haben, auszuwerten und weiter zu entwickeln. Auf diese Art kann aus der unzweifelhaft risikobehafteten Berufsrolle im Feld der Psychiatrie und Psychotherapie ein weniger prekäres, also nach und nach sicheres Gut werden, mit einer positiven Identifikation von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit ihrem Arbeitsplatz. In diesem Sinne ist eine solche Identifikation auch gelebte Entstigmatisie-

rung: Wer zu seinem eigenen Tun positiv sich bekennen kann und nicht nur hinter vorgehaltener Hand von seiner besonderen Tätigkeit spricht, bricht damit auch eine Lanze für die Betroffenen. •

Literatur:

- Ciampi, C. L.** (1980), Ist die chronische Schizophrenie ein Artefakt? Argumente und Gegenargumente in: *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 48, S. 237–248.
- Goffman, E.** (1972), (1973), *Asyle*.
- Grube, M.** (2001), Aggressivität bei psychiatrischen Patienten, in: *Nervenarzt* 72, S. 867–871.
- Ketelsen, R., Schulz, M., Zechert, C.** (2004), *Seelische Krise und Aggressivität. Der Umgang mit Deeskalation und Zwang*.
- Prins, S.** (2006), *Seitenwechsel – Psychiatrie-Erfahrung Professionelle erzählen*.
- Richter, D.** (1999), *Patientenübergriffe auf Mitarbeiter psychiatrischer Kliniken*.
- drs.** (2005), *Effekte von Trainingsmaßnahmen zum Aggressionsmanagement in Gesundheitswesen und Behindertenhilfe: Systematische Literaturübersicht, unveröff. Manuskript*.
- Richter, D., Berger, K.** (2001), *Patientenübergriffe auf Mitarbeiter*, in: *Nervenarzt* 72, S. 693–699.
- Spießl, H., Krischker, S., Cording, C.** (1998), *Aggressive Handlungen im Psychiatrischen Krankenhaus*, in: *Psychiat. Prax.* 25, S. 227–230.
- Steinert, T., Beck, M., Vogel, W. D., Wohlfahrt, A.** (1995), *Gewalttätige Patienten*, in: *Nervenarzt* 66, S. 207–211.
- Steinert, T., Gebhardt, R. P.** (1998), *Wer ist gefährlich? In: Psychiat. Prax.* 25, S. 221–226.
- Stierlin, H.** (1956), *Der gewalttätige Patient. Eine Untersuchung über die von Geisteskranken an Ärzten und Pflegepersonen verübten Angriffe*.
- Vieten, B.** (2001), *Von der Anstalts- zur Patientenorientierung. Organisatorische Fragen im Prozess der Enthospitalisierung: Eine Fallstudie*.
- Wing, J. K.** (1962), *Institutionalism in Mental Hospitals*, in: *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 1, S. 38–51.
- Wing, J. K., Brown, G. W.** (1970), *Institutionalism and Schizophrenia. A Comparative Study of Three Mental Hospitals, 1960–1968*, Cambridge.