

Aus dem Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Medizinischen Fakultät  
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg  
(Direktorin: Prof. Dr. Gabriele Meyer)

**„Reizüberflutung“ im psychiatrischen Kontext: Konzeptuelle Analyse des  
Phänomens und Beschreibung des pflegerischen Umgangs mit  
Reizüberflutung in der stationären Psychiatrie.**

Dissertation  
zur Erlangung des akademischen Grades  
Doktor rerum medicarum (Dr. rer. medic.)  
für das Fachgebiet Gesundheits- und Pflegewissenschaften

vorgelegt  
der Medizinischen Fakultät  
der Martin Luther-Universität Halle-Wittenberg

von Stefan Thomas Scheydt  
geboren am 13.10.1985 in Saarbrücken.  
Betreuer: Prof. Dr. Johann Behrens

Gutachter:

1. Prof. Dr. phil. (habil.) Johann Behrens
2. Univ.-Prof. Dr. rer. medic. Ulrike Höhmann (Witten)
3. Dr. phil. habil. Dirk Richter (Bern)
4. PD Dr. med. Dr. phil. Ulrich Michael Hemmeter (Wil)

12.07.2016

22.11.2017

## **Referat**

**Hintergrund:** Die häufigste Begründung für das Verbringen eines Patienten in ein isoliertes „Abschirmzimmer“ ist „Reizüberflutung“. Es ist allerdings unklar, was „Reizüberflutung“ konkret bedeutet bzw. welche Alternativen es zur Verbringung im „isolierten Abschirmzimmer“ gibt.

**Zielsetzung:** Übergeordnete Zielsetzung der Untersuchung ist daher die Erarbeitung von Grundlagen zur Entwicklung eines konzeptuellen Modells zur Beschreibung des adäquaten Umgangs mit Reizüberflutung in der stationären Psychiatrie. Diese Zielsetzung impliziert zwei Teilziele: A. die Analyse und Spezifikation von Reizüberflutung sowie B. die Beschreibung des pflegerischen Umgangs mit Reizüberflutung im psychiatrischen Kontext.

**Methoden:** Zur Bearbeitung des ersten Teilziels wurde eine auf systematischer Literaturanalyse beruhende Konzeptanalyse in Anlehnung an Walker und Avant durchgeführt. Die Analyse der Daten erfolgte mittels strukturierender Inhaltsanalyse nach Mayring. Die Bearbeitung des zweiten Teilziels (qualitative Konzeptentwicklung) wurde in zwei Teilschritten durchgeführt: 1. Entwicklung eines ersten Rahmenmodells mittels induktiver Kategorienentwicklung sowie 2. Empirische Verifizierung und Modulation des Rahmenmodells mittels themenzentrierter Interviews.

**Ergebnisse:** Durch die Konzeptanalyse konnte der Begriff Reizüberflutung in seinen konzeptuellen Strukturen analysiert und in Form einer konzeptuellen Definition beschrieben werden. Weiter konnte das Konzept des pflegerischen Umgangs mit Reizüberflutung in der stationären Psychiatrie mit den Dimensionen Reizabschirmung, Modulation der Umgebungsfaktoren, Wahrnehmungsmodulation sowie Hilfe zur Selbsthilfe/ Coping-Förderung beschrieben werden.

**Schlussfolgerungen:** Die Ergebnisse der Untersuchung tragen zur konzeptuellen Weiterentwicklung der psychiatrischen Pflege bei und können sowohl zur, aber auch als Grundlagen im Rahmen der pflegerischen Aus-, Fort- und Weiterbildung genutzt werden. Weiter können die Ergebnisse als theoretischer Bezugsrahmen für weitere Forschung dienen, welche zur weiteren Klärung des pflegerischen Umgangs mit Reizüberflutung dringend empfohlen wird.

Scheydt, Stefan: „Reizüberflutung“ im psychiatrischen Kontext: Konzeptuelle Analyse des Phänomens und Beschreibung des pflegerischen Umgangs mit Reizüberflutung in der stationären Psychiatrie. Halle (Saale), Univ., Med. Fak.; Diss., 74 Seiten, 2016.

## **Inhaltsverzeichnis**

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| <b>1</b> | <b>Einleitung</b>  | <b>1</b>  |
| 1.1      | Literaturübersicht Reizabschirmung                             | 2         |
| 1.1.1    | Methodische Vorgehensweise                                     | 2         |
| 1.1.2    | Ergebnisse   | 3         |
| 1.2      | Delphi-Studien Reizabschirmung und Reizüberflutung             | 7         |
| 1.2.1    | Methodische Vorgehensweise                                     | 8         |
| 1.2.2    | Ergebnisse der Delphi-Studie Reizüberflutung                   | 14        |
| 1.2.3    | Ergebnisse der Delphi-Studie Reizabschirmung                   | 17        |
| 1.3      | Zusammenfassung und Zwischenfazit                              | 22        |
| <b>2</b> | <b>Zielstellung</b>  | <b>23</b> |
| <b>3</b> | <b>Material und Methodik</b>                                   | <b>23</b> |
| 3.1      | Analyse und Spezifikation des Begriffes Reizüberflutung        | 23        |
| 3.1.1    | Konzeptanalyse   | 23        |
| 3.1.2    | Literatursuche und Datenanalyse                                | 26        |
| 3.2      | Der pflegerische Umgang mit Reizüberflutung in der Psychiatrie | 27        |
| 3.2.1    | Entwicklung des theoretischen Rahmenmodells                    | 27        |
| 3.2.2    | Empirische Verifizierung und Erweiterung des Rahmenmodells     | 30        |
| <b>4</b> | <b>Ergebnisse</b>  | <b>35</b> |
| 4.1      | Analyse und Spezifikation des Begriffes Reizüberflutung        | 35        |
| 4.1.1    | Begriffsverwendung und Definitionen                            | 35        |
| 4.1.2    | Definierende Attribute   | 39        |
| 4.1.3    | Vorbedingungen und mögliche Konsequenzen                       | 40        |
| 4.1.4    | Entwicklung von Fallbeispielen                                 | 42        |
| 4.1.5    | Empirische Referenten  | 45        |
| 4.2      | Der pflegerische Umgang mit Reizüberflutung in der Psychiatrie | 46        |
| 4.2.1    | Reizabschirmung  | 46        |
| 4.2.2    | Modulation der Umgebungsfaktoren                               | 48        |
| 4.2.3    | Wahrnehmungsmodulation   | 51        |
| 4.2.4    | Hilfe zur Selbsthilfe und Coping-Förderung                     | 53        |

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| <b>5</b> | <b>Diskussion</b>  | <b>56</b> |
| 5.1      | Analyse und Spezifikation des Begriffes Reizüberflutung        | 56        |
| 5.2      | Der pflegerische Umgang mit Reizüberflutung in der Psychiatrie | 59        |
| <b>6</b> | <b>Zusammenfassung</b>   | <b>64</b> |
| <b>7</b> | <b>Literaturverzeichnis</b>                                    | <b>66</b> |
| <b>8</b> | <b>Thesen</b>  | <b>73</b> |

## **Abkürzungsverzeichnis**

|                 |  |
|-----------------|--|
| BAUA            | Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin |
| BMBF            | Bundesministerium für Bildung und Forschung        |
| Md              | Median   |
| NANDA           | North American Nursing Diagnosis Association       |
| PTBS            | Posttraumatische Belastungs-Störung                |
| RA              | Reizabschirmung                                    |
| REST            | Restricted Environmental Stimulation Therapy       |
| RFS             | Removal from Stimuli                               |
| RÜ              | Reizüberflutung                                    |
| SD              | Standardabweichung                                 |
| Übers. d. Verf. | Übersetzung durch Verfasser                        |

## 1 Einleitung

Viele Menschen erfahren beispielsweise bei Übermüdung, „dass Nebenreize nicht ausgeblendet werden können und permanent ablenken, irritieren, stören“ (Süllwold und Huber, 1986: 15). Auch Situationen, in denen eine hohe qualitative oder quantitative „Reizbelastung“ vorherrscht (z.B. städtische Umgebung, Flughäfen, hochtechnisierte Umgebungen wie Intensivstationen), können manche Menschen eine sogenannte Reizüberflutung erfahren lassen. Die meisten Menschen scheinen jedoch durch adäquate Bewältigungsstrategien sehr gut mit solchen Situationen ohne oder mit nur geringen Auswirkungen auf das Wohlbefinden umgehen zu können: durch unbewusste Filterung (selektive Wahrnehmung) der Reize bei hoher Einschränkung des Wahrgenommenen (Wied und Warmbrunn, 2012) oder beispielsweise durch Rückzug aus der reizbelasteten Situation bzw. Vermeidung dieser Situationen (Scheydt et al., 2015; Scheydt et al., 2016a; Scheydt et al., 2016b). Reizüberflutung kann somit als ein Alltagsproblem zusammengefasst werden, welchem durch adäquate Bewältigung entgegengewirkt werden kann.

Für Menschen mit psychischen Erkrankungen – laut Süllwold und Huber (1986) vor allem Menschen mit Schizophrenie, aber auch Menschen mit Demenz (u.a. Baker et al., 2003; Dewing, 2009), Autismus (O’Neill und Jones, 1997; Jones et al., 2003; Perry et al., 2007) oder Manie (Scheydt et al., 2016a) – scheint das Phänomen Reizüberflutung allerdings ein ständiges Problem darzustellen. Grund hierfür scheint die inadäquate oder fehlende Fähigkeit der Filterung bestimmter Reize zu sein, welche im Kontext schizophrener Störungen als „Störung des sensorischen Gatings“ beschrieben wird (vgl. Braff et al., 1992; Bunney, JR. et al., 1999; Quednow, 2008; Hetrick et al., 2012). Hierdurch scheinen diese Patientengruppen Schwierigkeiten zu haben, „ihre Aufmerksamkeit auf bestimmte, relevante Stimuli zu fokussieren und dabei gleichzeitig irrelevante Stimuli auszublenden bzw. zu ignorieren“ (Kircher und Gauggel, 2008: 185). Sind keine Bewältigungsstrategien oder -ressourcen vorhanden (z.B. auf psychiatrischen Akutstationen mit wenig oder keinem Rückzugsraum), so kann sich eine Reizüberflutung zu einer enormen Stressbelastung im Sinne einer Reizüberflutung manifestieren, die sich in Form von aggressivem Verhalten oder sozialer Isolation widerspiegeln kann (vgl. Scheydt et al., 2016a). Somit kann Reizüberflutung vor allem auch als Problematik im psychiatrischen Kontext beschrieben werden, welche zwar bewältigbar ist, aufgrund der teilweise eingeschränkten Bewältigungsfähigkeiten der Patientenklientel, aber auch der räumlichen Strukturen im stationären psychiatrischen Setting, zu Reizüberflutung führen kann.

Um mit dem Phänomen der Reizüberflutung adäquat umgehen zu können, werden gerade im psychiatrischen Kontext häufig Maßnahmen durchgeführt, welche eine sogenannte Reizabschirmung zum Ziel haben und zu Stressreduktion bzw. Beruhigung führen sollen. Es schien zu Beginn der Untersuchungen allerdings keinen genauen Konsens darüber zu geben, was Reizabschirmung bedeutet, bzw. wie und wann solche Maßnahmen angewendet werden sollten. Selbst Maßnahmen wie Isolation oder gar Fixation im abgeschlossenen Zimmer wurden und werden teilweise damit begründet, dass der Patient „reizabgeschirmt“ werden müsse. Reizabschirmung konnte und kann also als relativ unspezifisches Konzept beschrieben werden, welches gewisse Spielräume für einen teilweise missbräuchlichen Gebrauch zur Begründung von Zwangsmaßnahmen zulässt. Daher erschien es als notwendig, das Konzept Reizabschirmung zur Erreichung eines einheitlichen Verständnisses zu spezifizieren.

## **1.1 Literaturübersicht Reizabschirmung**

Aufgrund der beschriebenen Heterogenität, welche in der Fachwelt bezüglich des Begriffes Reizabschirmung herrschte, wurde im Vorfeld der vorliegenden Untersuchung eine systematische Literaturübersicht zur Identifizierung von Inhalten, Anwendungsbereich und Indikation von Reizabschirmung erstellt. In diesem Zusammenhang sollten folgende Fragestellungen der Orientierung dienen: 1. Was wird in der deutsch- und englischsprachigen Fachliteratur (mit Fokus auf den Einsatz in der Psychiatrie) unter Reizabschirmung verstanden? 2. Wann kommt Reizabschirmung zur Anwendung und wann nicht?

### **1.1.1 Methodische Vorgehensweise**

Die Suche nach deutschsprachiger Literatur wurde vorwiegend in den elektronischen Datenbanken CINAHL, Cochrane, Medline und Pubmed unter Verwendung der Schlagworte Reizabschirmung AND Psychiatrie durchgeführt. Erweitert wurde die Suche durch Handsuche in den relevanten Verlagsdatenbanken (Huber-Verlag, Thieme-Verlag, Springer-Verlag, De Gruyter-Verlag) sowie durch die Anwendung des Schneeballsystems nach Durchsicht des Literaturverzeichnisses identifizierter Literatur. Da der erste Anlauf der Recherche in der deutschsprachigen Literatur ernüchternd war, wurden spezifische Lehr- und Handbücher mit psychiatrischer Thematik systematisch nach den oben genannten Schlagworten analysiert. Die Suche nach englischsprachiger Literatur wurde ebenfalls vorwiegend in den elektronischen Datenbanken CINAHL, Cochrane, Medline und Pubmed durchgeführt. Das Auffinden möglicher Schlagworte stellte sich aufgrund von Übersetzungsproblematik sowie Begriffsvielfalt als schwierig dar. Schlussendlich fiel die Entscheidung auf folgende Suchworte: „sensory deprivation“, „perceptual deprivation“, „sensory restriction“, „removal from stimuli“ sowie

„seclusion“ in Verbindung mit „psychiatry“. Auch hier wurde die Suche durch Handsuche in den relevanten Verlagsdatenbanken (Springer-Verlag, Blackwell-Verlag, Wiley-Blackwell-Verlag usw.) sowie durch die Anwendung des Schneeballsystems nach Durchsicht des Literaturverzeichnisses identifizierter Literatur erweitert.

Die in die Literaturanalyse einbezogenen Quellen mussten folgenden Kriterien entsprechen: in deutscher oder englischer Sprache verfasste Originaltexte, das heißt keine Übersetzungen, welche explizit auf die Thematik Bezug nehmen. Im Laufe der Bearbeitung der Texte wurde teilweise von dem Fokus „psychiatrischer Kontext“ abgesehen und auf Reizabschirmung im Zusammenhang mit (chronischen) Schmerzen (inklusive Kopfschmerz und Migräne) erweitert.

Die Analyse der identifizierten Quellen wurde in Anlehnung an die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) durchgeführt. Ziel dieser Analysemethode ist es, „das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist“ (Mayring, 2010: 65). Demnach wurde nach dem von Mayring (2010) empfohlenen Ablaufprozess zusammenfassender Inhaltsanalysen vorgegangen: Zunächst wurde das angestrebte Abstraktionsniveau bestimmt, bevor mit der Paraphrasierung sowie Generierung des Materials auf dieses Abstraktionsniveau hin begonnen wurde. Nach und nach wurde das Material durch Selektion (Streichen bedeutungsgleicher Inhalte) sowie durch Bündelung, Konstruktion und Integration von Bedeutungsinhalten auf dem angestrebten Abstraktionsniveau reduziert.

### **1.1.2 Ergebnisse**

#### ***Begriffsbestimmung und Identifikation englischsprachiger Synonyme***

In der deutschsprachigen Literatur ist kein Konsens darüber zu finden, welche Bedeutung Reizabschirmung konkret hat und zu welchem Zweck Reizabschirmung angewandt wird. Ist Reizabschirmung eine Maßnahme oder das Ziel von Maßnahmen? Ist es eine Strategie der Betroffenen, um mit ihrer spezifischen Symptomatik umgehen zu können (Symptom-Management)? Und in welchem Kontext hat der Begriff Reizabschirmung überhaupt Bedeutung? Primär liegt der Fokus dieser Literaturübersicht auf dem psychiatrischen Zusammenhang von Reizabschirmung. In diesem Kontext ist die Literaturlage dürftig. Lediglich in den gängigen psychiatriespezifischen Lehrbüchern und Praxisleitlinien konnten relevante Textstellen zum Thema entdeckt werden; deutschsprachige Studien oder Übersichtsarbeiten zum Thema sind nicht vorhanden.



Am häufigsten wurde Reizabschirmung im Zusammenhang mit der psychiatrischen Notfallbehandlung, genauer gesagt psychomotorischen Erregungszuständen (DGPPN, 2006; Laux und Berzewski, 2011), sowie allgemein zur Behandlung von schizophrenen PatientInnen (Remschmidt, 2004; Rössler, 2004; Bäuml, 2008; Hell und Schüpbach, 2008; Remschmidt und Theisen, 2011) beschrieben. Hier konnte wiederum in die Subkategorien a) Intervention der professionellen Akteure bzw. psychiatrische Notfallbehandlung (DGPPN, 2006; Hell und Schüpbach, 2008; Laux und Berzewski, 2011) sowie b) Strategie der Betroffenen bzw. Symptommanagement (Rössler, 2004; Hell und Schüpbach, 2008; Diezmann, 2011; Remschmidt und Theisen, 2011) differenziert werden. Die Heterogenität des Begriffsverständnisses von Reizabschirmung in der deutschsprachigen Literatur macht es unabdingbar, die Recherche in der englischsprachigen Literatur fortzuführen.

### ***Anwendungsbereiche von Reizabschirmung – deutschsprachige Literatur***

Reizabschirmung wird in der deutschsprachigen Fachliteratur – wie oben bereits kurz angerissen – vor allem im Zusammenhang mit der Behandlung akuter Erregungszustände beschrieben (DGPPN, 2006; Laux und Berzewski, 2011). So sollen Interventionen der professionellen Akteure zum Schutz vor Reizüberflutung dienen, um somit den Erregungszustand der betroffenen Person abzumildern. Die mittel- und langfristigen Ziele hierbei sind, die betroffene Person durch Beruhigung „zugänglicher“ und „gesprächsbereiter“ zu machen (Laux und Berzewski, 2011), um hierdurch eine „Partizipation am weiteren Behandlungsprozess“ zu ermöglichen (DGPPN, 2006). Um dies zu ermöglichen, werden unterschiedliche Methoden und Maßnahmen beschrieben: Die betroffene Person in eine ruhige und ungestörte Atmosphäre bringen (Laux und Berzewski, 2011); Die betroffene Person von Angehörigen oder Bezugspersonen trennen (Laux und Berzewski, 2011); Verbale Beruhigung (DGPPN, 2006); Strukturierung der Umgebung bzw. Rückzugsmöglichkeiten zur Verfügung stellen (DGPPN, 2006); Aktive Beeinflussung der jeweiligen Umgebung (Remschmidt und Theisen, 2011); sowie Medikamentöse Behandlung (DGPPN, 2006).

Des Weiteren wird Reizabschirmung im Zusammenhang mit der Behandlung der akuten schizophrenen Psychose beschrieben (Remschmidt, 2004; Rössler, 2004; Bäuml, 2008; Hell und Schüpbach, 2008; Remschmidt und Theisen, 2011). Das in diesem Zusammenhang beschriebene zugrundeliegende Phänomen, welches die Notwendigkeit einer Reizabschirmung begründet, ist die Reizüberflutung bzw. die Gefahr einer solchen (Remschmidt, 2004; Bäuml, 2008; Hell und Schüpbach, 2008; Remschmidt und Theisen, 2011).

Die Ziele einer Reizabschirmung werden in diesem Zusammenhang als Vermeidung einer Reizüberflutung (Bäumel, 2008; Diezmann, 2011), Schutz vor sozialer und affektiver Überstimulation (Remschmidt, 2004), Reduktion der Stressbelastung (Remschmidt und Theisen, 2011), die bewusste Kontrolle der ungeordneten Reize (Hell und Schüpbach, 2008) sowie die Verminderung der dysfunktionalen Auswirkungen auf Alltagsfunktionsfähigkeit, Empfinden und Handeln (Rössler, 2004), aber auch eine Reizabschirmung selbst (Remschmidt und Theisen, 2011) beschrieben. Zur Erreichung dieser Ziele werden folgende Maßnahmen angegeben: Rückzugsmöglichkeiten zur Verfügung stellen (Bäumel, 2008); Einzelzimmer zur Verfügung stellen (Remschmidt, 2004); Enge Betreuungsstrukturen, Eins-zu-Eins-Betreuung (Remschmidt, 2004); Schaffen einer ruhigen Stationsatmosphäre (Remschmidt, 2004); Beschränkung belastender Kontakte (Remschmidt, 2004); sowie Psychoedukative Maßnahmen (Remschmidt, 2004).

Unter Reizabschirmung werden jedoch nicht nur Interventionsformen in der Klinik verstanden, welche durch die professionellen Akteure durchgeführt werden, um die betroffene Person zu beruhigen oder sie vor einer Reizüberflutung zu schützen. Reizabschirmung wird häufig auch als Strategie der betroffenen Personen hinsichtlich des Umgangs mit spezifischen, durch Reize beeinflusste Symptome oder Stressbelastungen beschrieben (Rössler, 2004; Hell und Schüpbach, 2008; Diezmann, 2011; Remschmidt und Theisen, 2011). Reizabschirmung kann in diesem Zusammenhang vor allem als der adäquate oder inadäquate Umgang bzw. die bewusste oder unbewusste Kontrolle von stressbehafteten Reizen (Hell und Schüpbach, 2008; Diezmann, 2011) sowie als bewusster oder unbewusster Schutz vor Reizüberflutung (Rössler, 2004; Hell und Schüpbach, 2008; Remschmidt und Theisen, 2011) – im Zusammenhang mit Vermeidungs- und Rückzugsstrategien – erklärt werden.

Auch in diesem Zusammenhang werden als der Reizabschirmung zugrundeliegende Probleme die Reizüberflutung allgemein (Hell und Schüpbach, 2008; Remschmidt und Theisen, 2011), die Gefahr einer solchen (Diezmann, 2011) sowie Reizüberflutung in Form psychotischer Symptomatik (Rössler, 2004); hier: chronisches Stimmenhören) aufgezeigt. Die Maßnahmen zur Reizabschirmung bzw. zum Umgang mit Reizen werden unterschiedlich beschrieben, es lässt sich allerdings ein roter Faden in den Darstellungen erkennen.

Remschmidt und Theisen (2011) beschreiben als bewährte Vorgehensweise mit dem Ziel der Reizabschirmung die Vermeidung von besonders „stressbelasteten“ Umweltbereichen bzw. das Aufsuchen „stressarmer“ Nischen. Rössler (2004) geht tiefer ins Detail und beschreibt verschiedene Reizkontrollstrategien wie beispielsweise „pause-trainings“ (kontrollierter sozialer Rückzug für befristete Zeit) und Entspannungsübungen, den Einsatz aufmerksamkeitslenkender Strategien, sog. ‚focussing-distancing‘ sowie das Erzeugen einer Informationskonkurrenz durch z.B. die Benutzung von Ohrstöpseln. Hell und Schüpbach (2008) hingegen geben konkrete Vorschläge in einer Liste von Bewältigungsmöglichkeiten für Schizophreniekranken, welche wieder mit dem Phänomen Reizüberflutung in Zusammenhang stehen: a) sich abgrenzen durch Rückzug (eigenes Zimmer, Natur, WC), in sich hineinhorchen („ich bin ich“, Meditationsübungen) sowie mit dem Rücken an die Wand stellen; b) sich ordnen durch wenig sprechen, sich auf jemanden (oder etwas) konzentrieren, langsames und tiefes Atmen sowie langsames Arbeiten mit Pausen (Hell und Schüpbach, 2008). Zusammenfassend können folgende Maßnahmen beschrieben werden: a) Sich abgrenzen: Rückzug bzw. „stressbelastete“ Umweltbereiche meiden und „stressarme“ Nischen aufsuchen (Hell und Schüpbach, 2008; Remschmidt und Theisen, 2011) oder in sich hineinhorchen (Hell und Schüpbach, 2008) sowie b) Sich ordnen: wenig sprechen und sich auf jemanden (oder etwas) konzentrieren (Hell und Schüpbach, 2008); Aneignung und Durchführung von Reizkontrollstrategien wie beispielsweise „pause-trainings“, Entspannungsübungen, focussing-distancing oder Erzeugen von Informationskonkurrenz (Rössler, 2004).

### ***Anwendung von Reizabschirmung – englischsprachige Literatur***

Wie bereits angedeutet, konnten die Konzepte Removal from Stimuli (RFS; Canatsey und Roper, 1997) sowie Restricted Environmental Stimulation Therapy (REST; Suedfeld und Borrie, 1999) als mögliche englischsprachige Pendanten der Reizabschirmung identifiziert werden. Die Konzepte werden nun nachfolgend beschrieben. Canatsey und Roper (1997) beschreiben RFS als Alternative zu seclusion (Isolierung) im Zusammenhang mit der notfallmäßigen Behandlung und Betreuung von Personen in akuten Erregungszuständen bzw. Personen in Kriseninterventionen auf einer psychiatrischen Akutstation. Wie bereits oben erwähnt, ist der Unterschied zwischen RFS und Isolierung (seclusion), dass die Tür des „Abschirm-Raumes“ nicht abgeschlossen wird. Bessert sich der Erregungszustand bzw. das Verhalten der betreffenden Person allerdings nicht, besteht die Möglichkeit, die Türe zu schließen und somit zur klassischen Intervention der Isolierung (seclusion) überzugehen. Es wird beschrieben, dass RFS ein Teil einer „Interventions-Triade“ ist, welche zusätzlich aus verbalen Interventionen sowie der Verabreichung von Bedarfsmedikation besteht (Canatsey und Roper, 1997). Ziel der Studie von Canatsey und Roper

war es, zu untersuchen, welche Effekte RFS im Unterschied zu anderen restriktiven Maßnahmen (seclusion und restraint) aufweist und welchen Effekt RFS auf die Verminderung solcher restriktiver Maßnahmen hat. Die Anwendung von RFS war im Untersuchungszeitraum zwar inkonsistent – die Autoren vermuten, dass dies an der Durchführung von weiteren nicht-restriktiven Maßnahmen, wie etwa verbale Interventionen, Einsatz von Bedarfsmedikamenten bzw. Milieuthapie, lag –, dennoch zeigen die Ergebnisse der Studie, dass sich durch die Anwendung von RFS feindseliges bzw. aggressives Verhalten zwischen psychiatrischen Patienten im stationären Setting erfolgreich vermindern lässt und somit die Qualität der Patientenversorgung verbessert werden kann (Canatsey und Roper, 1997).

Im Zusammenhang mit einschränkenden Maßnahmen zur Reizabschirmung im therapeutischen Sinne kann jedoch das Konzept des Chamber-REST (Restricted Environmental Stimulation Therapy) von Suedfeld und Borrie (1999) erwähnt werden. Als vorwiegende Ziele von REST werden unter anderem die Linderung von Reizüberflutung, aber auch Stressreduktion bzw. Stressmanagement beschrieben (Suedfeld, 1980; Suedfeld, 1985; Suedfeld und Borrie, 1999). Hierbei steht der Rückzug der betreffenden Person in ein spezifisches, reizreduziertes Zimmer (seclusion) im Vordergrund. Suedfeld und Borrie (1999) beschreiben folgende Merkmale des Chamber-REST: der Patient liegt für mehrere Stunden – meist 24 Stunden – auf dem Bett in einem abgedunkelten und geräuschreduzierten Raum. Hierbei wird die Bewegungsfreiheit des Patienten zwar eingeschränkt, allerdings nicht durch mechanische Begrenzungen. Lebensmittel, Wasser und WC-Anlage sind nach Belieben zu erreichen, ohne dass der Patient das Zimmer verlassen muss. Der Raum ist ausgestattet mit einer offenen Sprechanlage, damit auf Fragen, Wünsche bzw. Anfragen des Patienten reagiert werden kann. Die Patienten können das Zimmer auf Wunsch jederzeit verlassen (Suedfeld, 1980; Suedfeld und Borrie, 1999). Diese Form des REST kann als „tiefgreifende“ REST bezeichnet werden.

## **1.2 Delphi-Studien Reizabschirmung und Reizüberflutung**

Auch wenn durch die Literaturübersicht ein erster Überblick über mögliche Maßnahmen sowohl der Betroffenen als auch der professionellen Akteure geschaffen werden konnte, ist sowohl in der deutsch- als auch in der englischsprachigen Fachliteratur kein expliziter Konsens über die wesentlichen Inhalte und das generelle Verständnis des Begriffes Reizabschirmung erkennbar. Dennoch ist innerhalb der analysierten Literatur ein roter Faden zu erkennen: in den meisten Arbeiten wird ein Zusammenhang zwischen Reizabschirmung und Reizüberflutung in dem Sinne beschrieben, dass Reizüberflutung die Vorbedingung für die Durchführung von Reizabschirmung sei. Wied und Warmbrunn (2012) liefern im Pschyrembel Pflege zwar eine Definition von

Reizüberflutung als „Überangebot an Sinnesreizen in qualitativer und quantitativer Hinsicht“. Dieser Definition liegt allerdings keine ausgewiesene Evidenz zugrunde und die hierin enthaltenen charakteristischen Merkmale erscheinen als nicht hinreichend definiert. Zur Klärung des Verständnisses der Begriffe Reizüberflutung und Reizabschirmung im deutschsprachigen Raum wurde daher empfohlen, eine Delphi-Studie mit Expertinnen und Experten aus Theorie und Wissenschaft aus Deutschland, Österreich und der Schweiz durchzuführen, welche nachfolgend beschrieben wird.

### **1.2.1 Methodische Vorgehensweise**

#### ***Delphi-Methode, Konsensdefinition und Abbruchkriterium***

Die Delphi-Methode wird allgemein definiert als „eine Methode, mit der Beurteilungen aus einem Panel von Experten ermittelt werden. Die Experten werden individuell befragt, und eine Zusammenfassung der individuellen Stellungnahmen wird dem gesamten Panel zugestellt. Die Experten werden wieder befragt und es werden weitere Befragungsrunden durchgeführt, bis ein gewisser Konsens erreicht ist.“ (Polit und Beck, 2004: 716; übersetzt durch den Verfasser). Im Zusammenhang mit vorliegender Studie handelt es sich um eine modifizierte Delphi-Methode, da zusätzlich zu den Ergebnissen der ersten qualitativen Befragungsrunde die Ergebnisse der Literaturübersicht zur Generierung der Basisaussagen für die nachfolgenden quantitativen Runden verwendet wurden. Delphi-Befragungen zur Konsensbildung innerhalb eines Experten-Panels verfolgen das Ziel, ein möglichst hohes Maß an Konsens unter den Teilnehmenden zu erreichen (Gruppenkonsens). Hierbei ist es wichtig darauf zu achten, einen ganz bestimmten, nach entsprechenden Kriterien ausgesuchten Teilnehmerkreis zu rekrutieren und den Sachverhalt, über welchen kommuniziert werden soll, möglichst genau vor zu strukturieren. Des Weiteren ist es wichtig, die Delphi-Befragung zur Konsensbildung so lange fortzuführen, bis die Streuung der Antworten einen zu definierenden Wert (Abbruchkriterium) erreicht hat (Häder, 2009).

In Anlehnung an von der Bruggen (vgl. Abderhalden und Needham, 1999) wurde in vorliegender Untersuchung zustimmender Konsens wie folgt definiert: Positivbewertungen (4 oder 5)  $\geq 70\%$ , Median (Md)  $\geq 4$  und Standardabweichung (SD)  $\leq 1,2$ . Ablehnender Konsens wurde folgendermaßen definiert: Negativbewertungen (1 oder 2)  $\geq 70\%$ , Median (Md)  $\leq 2$  und Standardabweichung (SD)  $\leq 1,2$ . Alle Abweichungen von dieser Definition werden als „kein Konsens“ klassifiziert und bedürfen somit einer erneuten Bewertung durch das Delphi-Panel. Als Abbruchkriterium wurde festgelegt, dass mindestens zwei Drittel der zu bewertenden Items übereinstimmend von den Panel-Mitgliedern angenommen oder abgelehnt worden sind (67%).

Bei Aussagen, zu welchen bis dahin immer noch kein Konsens bestand, wurde die Bewertungstendenz angegeben. Hierzu wurde lediglich überprüft, ob sich die prozentuale Verteilung der Bewertungen eher in Richtung zustimmende oder ablehnende Haltung bewegen.

### ***Zusammensetzung und Rekrutierung des Delphi-Panels***

Häder (2009) schlägt als ein Kriterium der Expertenauswahl zur Bildung eines Delphi-Panels unter anderem einen unterschiedlich ausgeprägten Grad an Fachkenntnis (Expertise) vor. Die Expertise der Teilnehmer kann durch Kriterien wie Beruf, Bildungsgrad, Stellung im Erwerbsleben, Veröffentlichungen, gehaltene Vorträge usw. bestimmt werden (Häder, 2009).

Die Zusammensetzung des Panels umfasst folgende Personengruppen: praktisch tätige Experten sowie Experten aus Theorie und Wissenschaft. „Praktisch tätige Experten“ bedeutet in diesem Kontext Experten, die ein fundiertes Wissen über die für ihre Profession wichtigen Phänomene besitzen und dieses in ihrer alltäglichen Arbeit im psychiatrischen Setting praktisch anwenden. „Experten aus Theorie und Wissenschaft“ sollen als Experten verstanden werden, die ein fundiertes Wissen über wichtige Bereiche ihrer jeweiligen Profession aufweisen, in diesen Bereichen forschen und dieses Wissen durch Publikationen, Vorträge auf Fachkongressen bzw. in der Lehre weitergeben. Zur Erfassung eines breiten Wissensspektrums wurden aus diesen beiden beschriebenen Expertengruppen wiederum je zwei Subgruppen unterteilt: eine psychiatrisch-pflegerische und eine psychiatrisch-medizinische Subgruppe. Die Stichprobe der potenziell teilnehmenden praktisch tätigen Experten wurde generiert, indem eine umfangreiche Liste der Krankenhäuser mit psychiatrischem Schwerpunkt bzw. psychiatrischer Fachabteilung in Deutschland, Österreich und der deutschsprachigen Schweiz angefertigt und eine Randomisierung dieser Kliniken durchgeführt wurde. Die in der Zufallsstichprobe ermittelten Kliniken wurden per E-Mail angeschrieben und vor dem Hintergrund oben aufgeführter Kriterien gebeten, einen geeigneten Kandidaten zur Teilnahme an der Studie vorzuschlagen.

Die Stichprobe der potenziell teilnehmenden „praktisch tätigen Experten“ wurde generiert, indem eine umfangreiche Liste der Krankenhäuser mit psychiatrischem Schwerpunkt bzw. psychiatrischer Fachabteilung in Deutschland, Österreich und der deutschsprachigen Schweiz angefertigt und eine Randomisierung dieser Kliniken in Excel durchgeführt wurde. Die ausgewählten Kliniken wurden per E-Mail angeschrieben und vor dem Hintergrund oben aufgeführter Kriterien gebeten, eine(n) geeignete(n) KandidatenIn vorzuschlagen, welche(r) an der Studie teilnehmen kann und möchte. Die Stichprobe potenziell teilnehmender Experten aus dem Bereich „Theorie und Wissenschaft“ wurde erstellt, indem eine Liste von Experten aus den drei genannten Ländern erstellt wurde. Kriterien für die Aufnahme in diese Liste waren Vorträge

zum Thema oder angrenzenden Themengebieten auf Fachkongressen, Lehrtätigkeit an Universitäten oder Fachhochschulen sowie Publikationen zum Thema oder angrenzenden Themengebieten. Die Auswahl der Teilnehmer der ersten Befragungsrunde wurde mittels „subjektiver Selektion“ durch das Forscherteam durchgeführt.

Das Experten-Panel der ersten Befragungsrunde bestand aus 24 Expertinnen und Experten. Von den 24 versendeten Fragebögen wurden 22 Fragebögen ausgefüllt zurückgesendet, was einer Rücklaufquote von 91,7% entspricht. Das Experten-Panel der zweiten und dritten Befragungsrunden setzte sich aus denselben rekrutierten Teilnehmern der ersten Befragungsrunde zusammen. Nach der zweiten Befragungsrunde wurden 20 der 24 versendeten Fragebögen ausgefüllt zurückgesendet, was einer Rücklaufquote von 83,3% entspricht. Nach der dritten Befragungsrunde wurden 18 der 24 versendeten Fragebögen ausgefüllt zurückgesendet, was einer Rücklaufquote von 75% entspricht. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Stichprobenverteilung bezüglich Expertise und Herkunftsland.

**Tabelle 1: Aufschlüsselung der Stichprobe der ersten Delphi-Runde in Expertise und Land**

| Kategorie (Expertise)      | Stichprobe<br>gesamt | CH | D | A |
|----------------------------|----------------------|----|---|---|
| Experten Pflege (Theorie)  | 8                    | 2  | 5 | 1 |
| Experten Pflege (Praxis)   | 10                   | 4  | 3 | 3 |
| Experten Medizin (Theorie) | 4                    | 2  | 1 | 1 |
| Experten Medizin (Praxis)  | 2                    | 1  | 0 | 1 |
| <b>Summe</b>               | 24                   | 9  | 9 | 6 |

### ***Datenerhebung und Datenanalyse***

Delphi-Studien verwenden schriftliche Fragebögen, die in der Regel eine Kombination aus offenen und geschlossenen Fragen enthalten. Diese verändern sich im Laufe der Untersuchung aufgrund der Resultate der vorangegangenen Runden. Gerade bei Untersuchungen zu unsicheren Sachverhalten bzw. Begriffen empfiehlt es sich, eine qualitative Fragerunde mit kleinerer Stichprobe vorzuschalten, um Basis-Aussagen gewinnen zu können (Häder, 2009). Diese werden mit inhaltsanalytischen Techniken zu Items zusammengefasst und zur Generierung des Fragebogens der zweiten Runde verwendet bzw. in diesen integriert (Abderhalden und Needham, 1999). Die Items der nachfolgenden Runden werden von den TeilnehmerInnen – meist unter Verwendung einer Likert-Skala – auf ihre Relevanz bzw. Zustimmung hin eingeschätzt. Die Likert-Einschätzungen wiederum werden mit deskriptiver Statistik zusammengefasst und dienen als Grundlage des Feedbacks bzw. der Fragebogengenerierung der darauf folgenden Runden. Diese Vorgehensweise wird solange

durchgeführt, bis das Abbruchkriterium erreicht worden ist. Die Fragebögen unterteilten sich in zwei Teilbereiche: A. Reizüberflutung sowie B. Reizabschirmung.

**Datenerhebung und Datenanalyse der ersten Befragungsrunde:** Der Fragebogen der ersten Befragungsrunde diente zur Generierung der Basisaussagen der Delphi-Studie. Die Inhalte der Fragebögen der beiden Teilbereiche Reizüberflutung und Reizabschirmung werden in nachfolgender Tabelle 2 gegenübergestellt:

**Tabelle 2: Fragestellungen der beiden Teilbereiche der Delphi-Studie**

| Teilbereich A: Reizüberflutung  | Teilbereich B: Reizabschirmung   |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Welches Verständnis haben Sie von Reizüberflutung?</li> <li>2. Woran erkennen Sie, dass Patientinnen und Patienten reizüberflutet sind? Bitte nennen Sie (mehrere) Beispiele.</li> <li>3. Welche alternativen Begriffe (Synonyme) fallen Ihnen zu Reizüberflutung ein (andere Sprache, Umgangssprache, Fachjargon usw.)?</li> <li>4. In welchen Modellen, Konzepten, Theorien usw. wird Reizüberflutung beschrieben?</li> <li>5. Bitte benennen Sie Quellen (Fachbücher, Fachartikel, Studien, Onlinequellen, Fort- und Weiterbildungen, Vorträge, unveröffentlichte Manuskripte usw.), aus denen Sie Ihr Wissen über Reizüberflutung bezogen haben.</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Welches Verständnis haben Sie von Reizabschirmung?</li> <li>2. Welche alternativen Begriffe (Synonyme) fallen Ihnen zu Reizabschirmung ein?</li> <li>3. In welchen Modellen, Konzepten, Theorien usw. wird Reizabschirmung beschrieben?</li> <li>4. Bitte nennen Sie Quellen, aus denen Sie Ihr Wissen über Reizabschirmung bezogen haben.</li> <li>5. In welchen Situationen wird Reizabschirmung angewendet?</li> <li>6. Wann ist Reizabschirmung indiziert?</li> <li>7. Wann ist Reizabschirmung Ihres Erachtens contra-indiziert?</li> <li>8. Welche Nebenwirkungen von Reizabschirmung sind Ihnen bekannt?</li> <li>9. Welche Maßnahmen zur Reizabschirmung kennen Sie?</li> <li>10. Welche Alternativen zur Reizabschirmung kennen Sie?</li> </ol> |

Um die Verständlichkeit der Fragen und der verwendeten Begriffe sowie mögliche Überschneidungen der Fragestellungen zu ermitteln, wurde ein Fragebogen Pre-Test durchgeführt. Als Methode des Pre-Tests wurden zwei Techniken des kognitiven Interviews nach Prüfer und Rexroth (2005) gewählt: die Technik des lauten Denkens (Think Aloud) und ergänzend hierzu die Technik des unspezifischen Nachfragens (General Probing). Vor diesem Hintergrund wurde der Fragebogen von einer Pflegepädagogin, zwei Stationsleitungen sowie einer Medizinerin in Ausbildung mit abgeschlossenem Studium der Psychologie (Diplom) bearbeitet. Nach jeder Runde wurde der Fragebogen unter Berücksichtigung der analysierten Probleme modifiziert, wie beispielsweise die Änderung mehrdeutiger Begrifflichkeiten, die leicht Verwirrung stiften können sowie das Stellen möglichst offener Fragestellungen.

Da es sich bei den zu bearbeitenden Daten um schriftlich beantwortete, nach ersten Kategorien sortierte Fragebögen handelte, mussten die Daten nicht wie in der qualitativen Forschung üblich aufbereitet werden (z.B. Transkription). Statt auf einem Dokument (Fragebogen) die



verschiedenen Aussagen einer Person zu allen Items zu belassen, wurden zur Vereinfachung der weiteren Vorgehensweise und zur besseren Übersichtlichkeit bei der Auswertung die Aussagen aller Experten zu einem Item auf einem Dokument zusammengeführt. Somit wurden insgesamt zehn Auswertungsbögen der 22 Expertenaussagen, sortiert nach den einzelnen Fragestellungen und Kategorien des Fragebogens, erstellt, was die anschließende Auswertung enorm erleichterte.

Ziel der Auswertung der gebündelten „Item-Dokumente“ war die Reduktion der Materialfülle zur Generierung der Basisaussagen für die zweite Delphi-Runde, ohne dabei den Sinngehalt des Datenmaterials zu verlieren. Dennoch sollte zur Konsensfindung im Experten-Panel das Allgemeinheitsniveau der Aussagen erhöht werden. Zur Auswertung des Datenmaterials wurde daher die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) ausgewählt. Diese hat zum Ziel, das Allgemeinheitsniveau des Materials zu vereinheitlichen und schrittweise höher zu setzen. Das heißt, das Datenmaterial so zu reduzieren, „dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion ein überschaubares Korpus zu schaffen, das immer noch ein Abbild des Gesamtmaterials ist“ (Mayring, 2010: 70).

Es wurde nach dem von Mayring (2010) empfohlenen Ablaufprozess zusammenfassender Inhaltsanalysen vorgegangen: Zunächst wurde das angestrebte Abstraktionsniveau bestimmt, bevor mit der Paraphrasierung sowie Generierung des Materials auf dieses Abstraktionsniveau hin begonnen wurde. Nach und nach wurde das Material durch Selektion (Streichen bedeutungsgleicher Inhalte) sowie durch Bündelung, Konstruktion und Integration von Bedeutungsinhalten auf dem angestrebten Abstraktionsniveau reduziert. Im Anschluss wurden die neuen Aussagen als Kategoriensystem zusammengestellt und es wurde überprüft, ob die neu erstellten Aussagen vom Sinngehalt her den Originalaussagen der Fragebögen entsprachen. Auf dieser Grundlage wurde der Fragebogen der zweiten Delphi-Runde entwickelt.

**Zweite und dritte Delphi-Befragungsrunden:** Pro Runde erfolgte die Datenerhebung mit je unterschiedlichen Fragebögen. Kernelemente der Fragebögen waren a) die Items zur Bewertung durch die Panelmitglieder, b) offene Fragen zur Begründung bzw. Kommentierung der eigenen Bewertungen sowie c) quantitative Ergebnisse und zusammengefasste Bemerkungen aus der jeweils vorhergegangenen Befragungsrunde (Feedback). Die Inhalte des Fragebogens des Teilbereiches A (Reizüberflutung) waren Items zum Verständnis von Reizüberflutung, zu Auswirkungen bzw. Folgen von Reizüberflutung allgemein und im Kontext schizophrener Störungen, Synonyme und englischsprachige Übersetzungen sowie Interventionen und Strategien zum Umgang mit Reizüberflutung. Inhalte der Fragebögen des Teilbereiches B

(Reizabschirmung) waren Items zum allgemeinen Verständnis von Reizabschirmung, zu Synonymen und englischsprachigen Übersetzungen von Reizabschirmung, zur Indikation bzw. Contra-Indikation von Reizabschirmung, zu Reizabschirmungsmaßnahmen sowie möglichen Nebenwirkungen von Reizabschirmung, die bezüglich Zustimmung bewertet werden konnten.

Die Bewertung der einzelnen Items durch die Panel-Mitglieder erfolgte anhand einer 5-stufigen Likert-Skala in einem Spektrum von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 5 (stimme voll und ganz zu). Auch die Fragebögen der zweiten und dritten Befragungsrunde wurden einem Pretest unterzogen (Think Aloud und General Probing; vgl. Prüfer und Rexroth 2005), um eine inhaltliche Validierung der Fragebögen vorzunehmen. Die Fragebögen wurden den Teilnehmerinnen und Teilnehmern per E-Mail in elektronischer Form (Word- oder Excel-Datei) zugestellt.

Die *qualitativen Daten* (Kommentare, zusätzliche Vorschläge etc.) wurden in einem Analyseraster unter Beachtung der dazugehörigen Bewertung des Items durch das jeweilige Panelmitglied (Zustimmung, Ablehnung, weder-noch) elektronisch erfasst und einer Kennung untergliedert (Item-Nummer und Identifikationsnummer des Panel-Mitgliedes). Die qualitativen Daten wurden nach dem von Mayring (2010) empfohlenen Ablaufprozess zusammenfassender Inhaltsanalysen ausgewertet.

Die *quantitativen Daten* (Bewertungen aus den Fragebögen) wurden in Rohdatentabellen übertragen und mit MS-Excel bearbeitet. Hierbei wurden die prozentuale Verteilung der Antworten, der Median, der Mittelwert und die Standardabweichung berechnet. Aufgrund dieser Werte wurde die Schlussfolgerung über das Vorliegen eines Konsenses oder das Vorliegen einer Antworttendenz gezogen. Nach der dritten Delphi-Befragungsrunde wurde das Abbruchkriterium erreicht.

### **1.2.2 Ergebnisse der Delphi-Studie Reizüberflutung**

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Delphi-Studie des Teilabschnittes A (Reizüberflutung) vorgestellt, zu welchen innerhalb des Experten-Panels Konsens herrschte.

#### ***Grundlegendes Verständnis von Reizüberflutung***

Das „Konzept“ Reizüberflutung wird von den Mitgliedern des Delphi-Panels v.a. verstanden als verminderte bzw. inadäquate Fähigkeit einer Person, die einwirkenden Reize bzw. Impulse zu filtern (ungefilterte Wahrnehmung von Reizen, Reiz-Filter-Störung; Störung der Reiz-Filter-Funktion: ungefiltertes Wahrnehmen von Reizen, inadäquate Zuordnung, Steuerung und Kontrolle von Reizen) (90.0%), fehlende Möglichkeiten einer Person, sich den einströmenden Reizen zu entziehen (mangelndes Coping) (80.0%) bzw. verminderte bzw. inadäquate Fähigkeit einer Person, die einwirkenden (ungefilterten) Reize zu verarbeiten (Reiz-Verarbeitungs-Störung) (75.0%). Die Mitglieder des Delphi-Panels akzeptieren, dass nachfolgendes eine Reizüberflutung auslösende Reize bzw. Stimuli sein können: Außenreize (Umweltreize, externale Reize, Umgebungsreize, einströmende Informationen aus der Außenwelt) (100.0%), visuelle Reize (100.0%), akustische Reize (100.0%), innere Impulse (internale Reize, einströmende Informationen des inneren Erlebens) (95.0%) sowie durch Halluzinationen hervorgerufene Reize (95.0%). Die Experten des Delphi-Panels sind sich darüber einig, dass folgende Bedingungen für eine Reizüberflutung darstellen: Fülle (Reiz-Quantität) von unterschiedlichen Sinnesreizen (zu große Menge an Reizen, zu viele gleichzeitig aufgenommene Reize) (95.0%), Intensität (Reiz-Qualität) eines Reizes bzw. vieler Reize (95.0%) sowie die Vulnerabilität der betroffenen Person (95.0%).

Zwischen den Mitgliedern des Delphi-Panels besteht Konsens darüber, dass (sensorische) Überreiztheit bzw. Überstimulation als Synonym für Reizüberflutung verwendet werden kann (70.0%). Zudem besteht Konsens darüber, dass Überforderung bzw. Überlastung (70.0%) und Reizkonfrontation (70.0%) keine Synonyme von Reizüberflutung darstellen. Als mögliche englischsprachige Begriffe von Reizüberflutung akzeptieren die Mitglieder des Delphi-Panels folgende: sensory overstimulation (90.0%) sowie sensory overload (72.2%).

#### ***Merkmale einer Reizüberflutung: Auswirkungen und Folgen***

Die Experten des Delphi-Panels sind sich darüber einig, dass eine reine Beobachtung des Verhaltens der betreffenden Person nicht ausreicht, um einschätzen zu können, ob eine Reizüberflutung vorliegt (80.0%). Es reichen auch nicht ausschließlich die Äußerungen der betreffenden Person aus, um einschätzen zu können, ob es sich um eine Reizüberflutung handelt (72.2%). Erfahrene Betroffene könnten zwar äußern, dass sie reizüberflutet sind, im

Zusammenhang mit akut psychotischen oder auch dementen Personen könnte sich dies als schwierig erweisen, so ein Kommentar eines Mitglieds des Experten-Panels. Demnach akzeptieren die Panel-Mitglieder, dass sowohl Beobachtungen des Verhaltens als auch Äußerungen der (potentiell) reizüberfluteten Person mit in die Bewertung einfließen müssen, um einschätzen zu können, ob es sich um eine Reizüberflutung handelt (85.0%). Weiter sind sich die Panel-Mitglieder darüber einig, dass eine Reizüberflutung keine primäre Ursache der beschriebenen Symptomatik darstellt, sondern vielmehr eine verstärkende Wirkung auf die Symptome der zugrundeliegenden Erkrankung hat (76.5%). Dennoch wurde im Folgenden versucht, spezifische Symptome als kennzeichnende Merkmale einer Reizüberflutung zu identifizieren.

Zudem wurden die beiden Item-Komplexe der zweiten Delphi-Runde „Merkmale der Reizüberflutung“ sowie „Auswirkungen der Reizüberflutung“ in Runde drei der Delphi-Befragung zu einem Themenkomplex zusammengeführt, da es sich laut einiger Kommentare um dieselbe Kategorie handeln würde. Die Zusammenfassung der Items, zu denen ein Konsens im Experten-Panel bestand, wurde dem Panel als Feedback in der dritten Runde vorgelegt. Die Items, zu welchen kein Konsens bestand, wurden hingegen zur erneuten Bewertung des Panels in die dritte Befragungsrunde eingebracht. Abgelehnt wurde in diesem Zusammenhang lediglich das Item „Qualitative Bewusstseinsveränderungen (z.B. Bewusstseinsengung)“ (75.0%). Tabelle 3 zeigt auf, welche „Symptome“ als Merkmale einer Reizüberflutung von den Mitgliedern des Delphi-Panels nach der dritten Befragungsrunde akzeptiert wurden.

Zur dritten Delphi-Runde wurden die Panel-Mitglieder gebeten, die ihrer Meinung nach fünf häufigsten Auswirkungen bzw. Folgen einer Reizüberflutung bei Patienten mit schizophrenen Störungen anzugeben. Grund hierfür war, dass Reizüberflutung sowohl in der Literatur als auch im Zusammenhang mit vorliegender Studie oft im Kontext schizophrener Störungen beschrieben wird. Die neun häufigsten Merkmale einer Reizüberflutung im Kontext schizophrener Störungen nach Meinung der Mitglieder des Delphi-Panels sind Symptomverstärkung (30%), Aggression (19%), Unruhe (14%), Anspannung, Antriebssteigerung und Gewalttätigkeit (je 8%) sowie Angst und Gereiztheit (je 5%).

**Tabelle 3: Merkmale einer Reizüberflutung: Zustimmender Konsens des Delphi-Panels**

| Auswirkung einer Reizüberflutung (Expertenmeinung Delphi) mit Konsens | Bewertung |
|---|-----------|
| Beeinträchtigung der Stresstoleranz                                   | 95.0%     |
| Stress  | 95.0%     |
| spezifische Symptomverstärkung bzw. -veränderung                      | 95.0%     |
| Überforderung (psychische u. körperliche)                             | 90.0%     |
| Beeinträchtigung des adäquaten Bewältigungsverhaltens                 | 90.0%     |
| Nervosität  | 90.0%     |
| körperliche Unruhe  | 90.0%     |
| Stressreaktionen (psychische und physische)                           | 90.0%     |
| Gereiztheit   | 90.0%     |
| Konzentrationsstörungen; Abgelenktheit ( <i>hohe Ablenkbarkeit</i> )  | 90.0%     |
| Überforderung   | 90.0%     |
| Angespanntheit  | 90.0%     |
| Desorganisation   | 90.0%     |
| Erschöpfungserscheinungen   | 88.9%     |
| psychotische Symptomatik  | 85.0%     |
| psychopathologische bzw. psychiatrische Symptomatik                   | 85.0%     |
| Erschöpfung (körperliche u. psychische)                               | 85.0%     |
| Körpersprache des Patienten   | 85.0%     |
| Vermeidungsverhalten  | 85.0%     |
| Schlafstörungen   | 85.0%     |
| Angetriebenheit; Hektik   | 85.0%     |
| vermehrt nach innen gekehrt / mit sich beschäftigt                    | 83.3%     |
| Verunsicherung  | 83.3%     |
| inkohärenter Gedankenduktus   | 77.8%     |
| unangemessene Emotionen und Reaktionen                                | 75.0%     |
| Verhaltensauffälligkeiten   | 75.0%     |
| Angst   | 75.0%     |
| Verwirrtheit  | 75.0%     |
| im Kontakt schwer zu erreichen  | 75.0%     |
| blockiert in Sprache und Aktivität                                    | 72.2%     |
| Ambivalenz  | 72.2%     |
| körperliche Beschwerden   | 72.2%     |
| Aggressivität (Fremd-, Auto-, Sachaggression)                         | 70.0%     |
| Rückzug   | 70.0%     |
| Mangel an "Alltagskompetenzen"  | 70.0%     |
| Ideenüberflutung; Ideenflucht   | 70.0%     |

### **Maßnahmen und Strategien im Umgang mit Reizüberflutung (Interventionen)**

Im Fragebogen der zweiten Delphi-Runde wurden die Panel-Mitglieder gebeten, maximal fünf Arten (Interventionen, Maßnahmen, Strategien) zum Umgang mit Reizüberflutung anzugeben. Auf der Grundlage dieser Ergebnisse konnten folgende zehn Kategorien entwickelt werden, in welchen die Aussagen der Panel-Mitglieder zusammengefasst werden konnten: professionelle Betreuung, Rückzug, Medikation, Sport/Bewegung/Ablenkung, Milieugestaltung, Psychoedukation/Training, Entspannung, Reizreduktion, Reizabschirmung und Sonstiges. Diese

Kategorien wurden den Panel-Mitgliedern im Fragebogen der dritten Delphi-Runde zur Bewertung und Kommentierung gegeben, welche bis auf die Kategorie „Reizabschirmung“ durchweg positiv angenommen wurden. Die Kategorie „Reizabschirmung“ konnte aufgrund der beschriebenen Kategorien-Inhalte zwar keinen Konsens im Delphi-Panel erreichen, es lässt sich allerdings eine Tendenz in Richtung Zustimmung erkennen.

### **1.2.3 Ergebnisse der Delphi-Studie Reizabschirmung**

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Delphi-Studie des Teilabschnittes B (Reizabschirmung) vorgestellt, zu welchen innerhalb des Experten-Panels Konsens herrschte.

#### ***Grundlegendes zum Verständnis von Reizabschirmung***

Bei Reizabschirmung im klinisch-psychiatrischen Sinne handelt es sich laut Meinung der Mitglieder des Delphi-Panels um eine unterstützende (Pflege-)Intervention zur Minimierung des Phänomens Reizüberflutung (95%), eine Pflegeintervention zum Schutz des Patienten bzw. zur Milderung des Reizes (85%), ein therapeutisches Element v.a. in der Behandlung akuter Psychosen (85%), einen Schutz vor zu starken und zu vielfältigen Sinnesreizen (90%), die Entziehung zu vieler, ständig einfließender Reize bzw. Impulse (85%) sowie Schutz bzw. Abschirmen eines Menschen vor gedanklicher sowie gefühlsmäßiger Überflutung (80%). Reizabschirmung ist hierbei jedoch nicht gleichbedeutend mit Isolation als Zwangsmaßnahme zu verstehen (95%).

Zwischen den Mitgliedern des Delphi-Panels besteht Konsens darüber, dass folgende Synonyme als präzise Umschreibungen von Reizabschirmung verwendet werden können: Reizreduktion/Reizminderung (95%) sowie Stress-/Stimuli-Reduktion (70%). Zudem besteht Konsens darüber, dass folgende Beschreibungen keine adäquaten Synonyme zu Reizabschirmung darstellen: Erregungsregulation (75%), sensorische Deprivation (75%), Reizschutz (72.2%), Rückzug (88.9%) sowie Time-Out-(Maßnahme)(74.4%).

Bei den beiden letztgenannten Begriffen handele es sich laut Kommentaren der Experten und Expertinnen zwar um mögliche Interventionen, jedoch um keine präzisen Umschreibungen von Reizabschirmung. Auch Reizschutz stelle keine adäquate Umschreibung dar, da auch dieser Begriff zu unpräzise sei. Hinsichtlich der adäquaten englischsprachigen Übersetzung von Reizabschirmung besteht innerhalb des Delphi-Panels Übereinstimmung darüber, dass es sich bei dem Begriff „removal from stimuli“ um eine adäquate englischsprachige Übersetzung von Reizabschirmung handelt (72.2%).

Innerhalb des Delphi-Panels besteht Konsens darüber, dass folgende Aspekte Ziele einer Reizabschirmung sein können: Verminderung bzw. Selektion (adäquate Bewertung) ankommender Reize (Verminderung von Reizüberflutung) (100%), Entspannung, Entschleunigung, Ruhe bzw. Stille (85%) sowie Erreichen innerer Ruhe bzw. Entspannung trotz vorhandener Außenreize (80%).

### ***Indikation und Contra-Indikation von Reizabschirmung***

Laut Aussagen der Experten sind keine pauschalen Aussagen darüber möglich, ob bzw. wann Reizabschirmung angewendet werden sollte. Ob eine Reizabschirmung angebracht ist, müsse individuell beurteilt und gegebenenfalls ärztlich verordnet werden. Der einzelne Befund – z.B. akute Psychose, Patient mit Manie etc. – bilde keine ausreichende Basis für die Beurteilung, ob eine Reizabschirmung angebracht sei oder nicht. Nicht selten wurde hierbei kommentiert, dass eine Reizabschirmung nur dann durchgeführt werden könne bzw. dürfe, wenn explizit eine Reizüberflutung vorliege bzw. Grund für das veränderte Verhalten, die veränderte Symptomatik etc. sei. Diese Kommentare wurden im Rahmen der dritten Befragungsrunde als neue Items zur Bewertung und Kommentierung gegeben. Vor diesem Hintergrund sind sich die Mitglieder des Delphi-Panels einig, dass „keine pauschalen Aussagen darüber möglich sind, ob eine Reizabschirmung angewendet werden sollte oder nicht“ (77.8%). Hier wird allerdings kommentiert, dass Reizabschirmung im Sinne einer Methode der Wahl bei Reizüberflutung stets zur Verfügung stehen sollte. Darüber, dass „individuell beurteilt werden muss, ob eine Reizabschirmung angebracht ist oder nicht“ und eine solche „gegebenenfalls ärztlich verordnet werden muss“ (72.2%), besteht ebenfalls Konsens. Individuell beurteilt werden müsse laut Expertenaussagen sowohl vom Patienten als auch von der Pflege. Da es sich – ebenfalls laut eines Kommentares – um eine klassische Pflegedomäne handele, sei die Durchführung einer Reizabschirmung auch ohne eine ärztliche Verordnung möglich, wenn es sich nicht um eine Zwangsmaßnahme handele.

Nach der zweiten Delphi-Befragungsrunde wurde spezifisch danach gefragt, wann Reizabschirmung angewendet werden sollte und wann nicht bzw. wann Reizabschirmung im Zusammenhang mit beispielsweise einer spezifischen Diagnose indiziert oder contra-indiziert ist. Konsens besteht hier darüber, dass Reizabschirmung angewendet werden kann: bei akut psychotischen Patienten (80%), bei manischen Patienten (85%), bei Patienten mit Migräneanfällen (75%), bei drohender oder manifester Reizüberflutung (85%) sowie bei drohender oder manifester Aggression bzw. Gewalt (70%). Bei letzterem Anwendungsbeispiel wird kommentiert, dass dies nur im Zusammenhang mit potentieller nicht steuerbarer Fremdgefährdung oder Reizüberflutung der Fall sein sollte. Reizabschirmung sollte laut

Expertenmeinung nicht angewendet werden bei: antriebsgesteigerten Personen (80%) sowie Personen, welche eine Gefahr für andere darstellen (Fremdgefährdung)(90%).

In welchen Fällen nach der zweiten Befragungsrunde kein Konsens bestand, ob bzw. wann Reizabschirmung angewendet werden kann und wann sie nicht angewendet werden sollte, wurde in Tabelle 4 überschaubar zusammengefasst und zur erneuten Bewertung in den Fragebogen der dritten Delphi-Runde übernommen.

**Tabelle 4: Kein Konsens zu Indikation/Contra-Indikation von Reizabschirmung nach der zweiten Delphi-Runde**

| Reizabschirmung kann angewendet werden ...<br><i>(kein Konsens, Tendenz: Zustimmung)</i>   | Reizabschirmung sollte nicht angewendet werden ...<br><i>(kein Konsens, Tendenz: Ablehnung)</i>  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ bei Patienten mit ADHS</li> <li>▪ bei traumatischen Patienten (PTBS)</li> <li>▪ bei Patienten mit akutem Delir</li> <li>▪ bei Schlafstörungen [wenn Reizüberflutung die Ursache ist]</li> <li>▪ auf Wunsch des Patienten</li> <li>▪ bei Überforderung</li> <li>▪ bei stark belasteten Patienten in Krisensituationen, in sozial schwierigen (Konflikt-)Situationen sowie nach einem traumatischen Erlebnis</li> <li>▪ wenn Zustand und Verhalten der Patienten in eine Beeinträchtigung ihres Wohlbefindens, in eine Beeinträchtigung ihrer Gesundheit und/oder ihrer Alltagsbewältigung münden</li> <li>▪ bei Personen, welche aufgrund akuter Intoxikationen das Gesundheitswesen in Anspruch nehmen</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ wenn Maßnahme bzw. Intervention von Patient abgelehnt wird, d.h. wenn sie nicht auf freiwilliger Basis erfolgt</li> <li>▪ bei Patienten mit Regressionsgefahr</li> <li>▪ bei Patienten mit Neigung zu Minussymptomatik</li> <li>▪ bei Patienten, welche Angst vor dem Alleinsein haben</li> <li>▪ wenn Reizüberflutung nicht Grund des aktuellen Zustandsbildes ist</li> <li>▪ wenn zu erwarten ist, dass Reizabschirmung nicht wirkt</li> <li>▪ wenn Patient Reizabschirmung als Mittel zur Vermeidung unangenehmer Situationen fehlinterpretiert</li> <li>▪ wenn Reizabschirmung als Sanktion eingesetzt oder von Patienten so verstanden wird</li> <li>▪ wenn bei Patient eine vorgeschichtliche Traumatisierung (z.B. Isolationshaft, Folter etc.) bekannt ist</li> </ul> |

Nach der dritten Befragungsrunde und somit erneuten Bewertung der oben aufgezeigten Items wurde hinsichtlich der Indikation bzw. Contra-Indikation nur wenig Konsens erreicht. Die Expertinnen und Experten sind sich allerdings darüber einig, dass Reizabschirmung angewendet werden kann bei: Patienten mit ADHS (83.3%), traumatisierten Patienten (PTBS;(72.2%), Schlafstörungen, wenn Reizüberflutung die Ursache ist (94.4%), stark belasteten Patienten in Krisensituationen, in sozial schwierigen (Konflikt-)Situationen sowie nach einem traumatischen Erlebnis (72.2%) sowie Patienten mit akutem Delir (94.4%).

Im Falle der Anwendung von Reizüberflutung bei traumatisierten Patienten (PTBS) sollte dies jedoch laut Kommentaren nicht anhaltend der Fall sein, da therapeutisch auch Exposition und Bewältigung von erlebter Reizüberflutung wichtig sein kann. Bei stark belasteten Personen sollte der Einsatz von Reizabschirmung aufgrund von Regressionsgefahr individuell entschieden werden. Reizabschirmung sollte nach Meinung der Panel-Mitglieder nicht angewendet werden, wenn diese als Sanktion eingesetzt oder von den Betroffenen als solche verstanden wird (94.4%).



### **Maßnahmen zur Reizabschirmung**

Die Maßnahmen zur Reizabschirmung können einerseits in „Maßnahmen der professionellen Akteure“ als auch in „Maßnahmen der Betroffenen“ untergliedert werden. Zu welchen Maßnahmen der professionellen Akteure Konsens innerhalb des Delphi-Panels nach der dritten Runde bestand, wird in Tabelle 5 dargestellt. Hier werden relevante Kommentare der Panel-Mitglieder *kursiv* und in Klammern unter den einzelnen Items beschrieben.

**Tabelle 5: Konsens des Delphi-Panels zu Maßnahmen der professionellen Akteure**

| <b>Items mit Konsens</b>   | <b>Bewertung</b> |
|--|------------------|
| Reduktion äußerer Reize wie bspw. Lärm- und Lichtquellen etc.                        | 100.0%           |
| Bereitstellen von Rückzugsmöglichkeiten wie bspw. Time-Out-Zimmer                    | 95.0%            |
| Engere pflegerische Betreuung  | 94.4%            |
| Identifikation möglicher Ursachen (Reize/Stimuli) der Überforderung                  | 90.0%            |
| Unterstützung bei der Umsetzung der identifizierten Bewältigungsstrategien           | 90.0%            |
| Rückzug – wenn möglich – ermöglichen   | 90.0%            |
| Einzelzimmer   | 88.9%            |
| Gestaltung einer möglichst ruhigen und sicheren Umgebung                             | 85.0%            |
| Keine konfrontierenden psychotherapeutischen Maßnahmen                               | 83.3%            |
| Medikamentöse Intervention (sedierende Medikamente, Neuroleptika, Beruhigungsmittel) | 83.3%            |
| Beschäftigungsmöglichkeiten zur Ablenkung bieten                                     | 83.3%            |
| Beratung bzgl. Tagesstrukturierung etc.  | 80.0%            |
| Unnötige (somatische) Untersuchung während des Aufenthaltes vermeiden                | 80.0%            |
| Ruhe bzw. Sicherheit ausstrahlen   | 80.0%            |
| Psychoedukation und Wissensmanagement  | 77.8%            |
| Patienten zum Rückzug ermutigen  | 75.0%            |
| Kommunikation  | 75.0%            |
| Bestimmen einer Bezugsperson   | 75.0%            |
| Einzelbetreuung, 1:1-Betreuung   | 72.2%            |
| Tages- und Alltagsstrukturierung bzw. Schaffen einer festen Tagesstruktur            | 70.0%            |
| Patienten aus der ihn überfordernden Situation herausholen                           | 70.0%            |

Zu welchen Maßnahmen der Betroffenen Konsens innerhalb des Delphi-Panels nach der dritten Runde bestand, wird in Tabelle 6 dargestellt.

**Tabelle 6: Konsens des Delphi-Panels zu Maßnahmen der Betroffenen**

| <b>Items mit Konsens</b>   | <b>Bewertung</b> |
|--|------------------|
| Aufsuchen ruhiger Orte   | 100.0%           |
| Rückzug in eine reizarme Umgebung                                | 100.0%           |
| Rückzug aus einer reizbelasteten Situation                       | 95.0%            |
| Spaziergang im Park  | 90.0%            |
| Meiden von Menschenansammlungen                                  | 90.0%            |
| regelmäßige Ruhepausen einlegen                                  | 90.0%            |
| Entspannungstechniken anwenden wie bspw. Autogenes Training etc. | 85.0%            |
| Keine intensiven Gespräche führen                                | 77.8%            |
| Raumwechsel  | 70.0%            |
| Sport, um Anspannung abzubauen                                   | 70.0%            |
| Vermeiden von Telekommunikationsmitteln, TV, PC, Internet etc.   | 70.0%            |
| Nutzung von Hilfsmittel (z.B. Kopfhörer)                         | 70.0%            |

Im Delphi-Panel besteht zudem Konsens darüber, dass das Verweigern des Ausgangs (80.0%) sowie das Schließen der Stationstüren (77.8%) keine geeigneten Maßnahmen zur Reizabschirmung sind. Auch Zwangsmaßnahmen wie beispielsweise die Unterbringung im Intensivzimmer oder Isolierzimmer bzw. Fixierung (77.2%) stellen keine Reizabschirmung dar, wenn auch einige Mitglieder des Delphi-Panels diese Maßnahme als eventuellen Teilaspekt von Reizabschirmung ansehen.

### ***Mögliche Nebenwirkungen von Reizabschirmung***

Auf Grundlage der Kommentare der zweiten Delphi-Befragungsrunde wurde die Einteilung des Fragebogens der dritten Befragungsrunde folgendermaßen neu gestaltet: a) Allgemeines zu Nebenwirkungen von Reizabschirmung sowie b) mögliche Nebenwirkungen von Reizabschirmung. Die Mitglieder des Delphi-Panels sind sich darüber einig, dass es von der gewählten Intervention der Reizabschirmung, der Dauer der Reizabschirmung sowie der Art und Weise der Betreuung während einer Reizabschirmung abhängt, ob bzw. inwiefern Nebenwirkungen in diesem Zusammenhang auftreten (94.4%). Dies sei nach Expertenkommentar zwar eine zutreffende, jedoch keine hinreichende Aussage, da die Nebenwirkungen im Wesentlichen von Faktoren des Patienten abhängen würden. Ebenso spielt laut Meinung des Delphi-Panels die Art und das Ausmaß des zugrundeliegenden Krankheitsbildes einer Reizüberflutung eine wichtige Rolle im Zusammenhang mit möglichen Nebenwirkungen einer Reizabschirmung (83.3%). Obwohl diese Aussage positiv bewertet wurde wird vorgeschlagen, die Aussage folgendermaßen umzuändern: „Die Art und das Ausmaß des zugrundeliegenden Krankheitsbildes sowie die Art und das Ausmaß der Reizüberflutung spielen eine wichtige Rolle im Zusammenhang mit möglichen Nebenwirkungen einer Reizabschirmung“. Des Weiteren wurde kommentiert, dass Nebenwirkungen und Symptome der Grunderkrankung kaum auseinanderzuhalten seien. In diesem Zusammenhang wird von einigen Panel-Mitgliedern durchweg kommentiert, dass die Nebenwirkungen und die Symptome der Grunderkrankung kaum auseinanderzuhalten seien. Dennoch kommen laut Experten-Panel als mögliche Nebenwirkungen von Reizabschirmung nachfolgende in Betracht: Verstärkung der psychotischen Symptomatik (72.7%), Angst (83.3%), Verzweiflung (83.3%), Vereinsamung, Gefühl des Alleinseins bzw. der Einsamkeit (72.2%), Langeweile, Verlust des Zeitgefühls und/oder Verlassenheitsgefühl (70.0%) sowie Traumatisierung bzw. Re-Traumatisierung (72.2%).

### 1.3 Zusammenfassung und Zwischenfazit

Durch die Durchführung der Delphi-Studie konnten einige Aspekte sowohl in Bezug auf Reizüberflutung als auch in Bezug auf Reizabschirmung geklärt werden. So konnte beispielsweise der Begriff Reizüberflutung vor dem Hintergrund der klinischen Expertise der Mitglieder des Delphi-Panels weiter differenziert werden. Des Weiteren konnte eine erste, auf klinischer Expertise beruhende Konkretisierung der möglichen Einfluss- und Bedingungsfaktoren (Vulnerabilität und ineffektives Coping) sowie eine auf klinischer Expertise beruhende Erfassung möglicher Symptome bzw. definierender Kennzeichen von Reizüberflutung ermöglicht werden. Allerdings muss einschränkend vermerkt werden, dass es sich ausschließlich um Expertenmeinungen handelt. Auch wenn im Zusammenhang mit der Durchführung der Delphi-Studie die deutschsprachige Literatur hinsichtlich des Begriffes Reizüberflutung analysiert wurde, scheint das Konzept weiterhin eher unzureichend definiert zu sein. Daher wurde empfohlen, eine einschlägige literaturbasierte Konzeptanalyse – beispielsweise in Anlehnung an Walker und Avant (2011) – durchzuführen, in welche sowohl die deutsch- als auch die englischsprachige Literatur systematisch mit einbezogen wird.

Im Rahmen des Themengebietes Reizabschirmung konnte im Rahmen der Delphi-Studie eine erste Annäherung an eine konzeptuelle Definition von Reizabschirmung erreicht werden. Demnach kann Reizabschirmung definiert werden als *Interventionen bzw. Maßnahmen zum Umgang mit spezifischen, durch Reize beeinflusste Symptome oder Stressbelastungen sowie als Ziel von Strategien zum – bewussten oder unbewussten – Schutz einer Person vor sensorischer Überstimulation (Reizüberflutung)*. In den Ergebnissen der Delphi-Studie – und auch in der Definition von Reizabschirmung – ist eindeutig ein enger Zusammenhang zwischen Reizabschirmung und Reizüberflutung zu erkennen. Konkret bedeutet dies, dass Reizabschirmungs-Maßnahmen vorwiegend zur Behandlung von Reizüberflutung zur Anwendung kommen sollten. Dieser Zusammenhang ist ebenfalls in der Literaturübersicht von Scheydt und Needham (2014) beschrieben worden.

Die Inhalte der Bereiche Indikation und Kontraindikation sind weiterhin sehr umstritten und es stellt sich die Frage, ob angesichts der individuellen Variabilität der Patienten diesbezüglich überhaupt spezifische Antworten gefunden werden können. In Bezug auf die Inhalte des Bereiches der möglichen Nebenwirkungen ist kein eindeutiger Konsens unter den Experten zu beschreiben. Es scheint, dass pauschale Aussagen hierzu schwierig sind, da die Symptome der Grunderkrankung und die Nebenwirkungen von Reizabschirmung kaum auseinanderzuhalten seien. Weiter konnten einige Maßnahmen beschrieben werden, welche laut Expertenmeinung

der „Reizabschirmung“ dienen. Allerdings hat es den Anschein, dass viele der beschriebenen Maßnahmen „zur Reizabschirmung“ eher allgemeiner Natur sind und Maßnahmen zum Umgang mit Reizüberflutung beschreiben. Hierbei ist Reizabschirmung nur ein Teilaspekt, welcher durch Maßnahmen zur Prävention (z.B. Milieugestaltung oder sportliche Betätigung) bzw. Rückfallprophylaxe (z.B. Patientenedukation oder Training) ergänzt werden. Es wird daher empfohlen, die Fragestellung zu differenzieren und hinsichtlich des „pflegerischen Umgangs mit Reizüberflutung“ erweitert zu bearbeiten.

## **2 Zielstellung**

Auf Grundlage dieser Darstellungen konnte folgende Zielsetzung der vorliegenden Arbeit abgeleitet werden: die Schaffung von Grundlagen zur Entwicklung eines konzeptuellen Modells des adäquaten Umgangs mit Reizüberflutung in der Psychiatrie. Die Zielsetzung beinhaltet zwei Variablen, welche Gegenstand der vorliegenden Untersuchung sind: A. Klärung und Spezifikation des Begriffes Reizüberflutung sowie B. die Entwicklung eines Bezugsrahmens zur Beschreibung des pflegerischen Umgangs mit Reizüberflutung in der stationären Psychiatrie.

## **3 Material und Methodik**

### **3.1 Analyse und Spezifikation des Begriffes Reizüberflutung**

Das Hauptziel der vorliegenden Konzeptanalyse liegt in der Klärung und Analyse der Bedeutung und inneren Struktur des Begriffes Reizüberflutung im Zusammenhang mit der Verwendung im psychiatrischen Kontext. Hierdurch soll zudem eine Grundlage für die Entwicklung eines theoretischen Modells und somit die theoretische Grundlage für weitere vertiefende Forschung – zum Beispiel im Zusammenhang mit dem pflegerischen Umgang mit Reizüberflutung – geschaffen werden. Desweiteren sollen die Ergebnisse der Konzeptanalyse als Grundlage für die Generierung einer systematisch erarbeiteten Wissensbasis für die Pflegeausbildung und die Pflegepraxis dienen.

#### **3.1.1 Konzeptanalyse**

Häufig wurden Pflegephänomene bzw. Pflegediagnosen lediglich aus praktischer Erfahrung heraus entwickelt bzw. beschrieben, ohne dabei theoretisches Wissen oder weitere Evidenz zu berücksichtigen (vgl. Gordon und Bartholomeyczik, 2001); so auch Reizüberflutung im Falle der Pflegediagnose „sensory overload“ (vgl. Gordon, 2010). Gerade in der psychiatrischen Pflege werden Interventionen wie bspw. Isolation durchgeführt, deren Anwendung darin begründet

ist, der Patient sei „reizüberflutet“. Jedoch scheint in der psychiatrischen Praxis keine konzeptuelle Klarheit in Bezug auf den Begriff der Reizüberflutung zu bestehen.

Zur Interpretation klinischer Beobachtungen und zur adäquaten Pflegediagnostik ist es jedoch notwendig, die theoretischen Grundlagen einer diagnostischen Kategorie in Form einer systematischen Aufbereitung des theoretischen und empirischen Wissens zu kennen, um klinische Beobachtungen adäquat zu interpretieren und eine genaue Pflegediagnostik betreiben zu können.

Laut Walker und Avant (2011) kann jedes Pflegephänomen bzw. jede Pflegediagnose als Konzept verstanden werden, welches mit Hilfe von systematischen Methoden entwickelt werden muss. Eine in der pflegewissenschaftlichen Forschung und Theorieentwicklung sehr verbreitete Methode zur systematischen Entwicklung, Klärung und Analyse von Konzepten stellt die Methode der Konzeptanalyse dar (vgl. Morse, 1995). Auch die NANDA beschreibt in diesem Zusammenhang Konzeptanalysen als wichtigen Aspekt der Entwicklung und Annahme neuer Diagnosen (Herdman, 2013: 141).

Walker und Avant (2011: 158) beschreiben die Methode der Konzeptanalyse allgemein als „ein Verfahren, das die grundlegenden Elemente eines Konzepts untersucht“ (Übers. d. Verf.). Eine Konzeptanalyse ermöglicht es, charakteristische Eigenschaften eines Begriffes zu entschlüsseln und zwischen den wesentlichen und unwesentlichen Eigenschaften zu differenzieren. Gerade im Zusammenhang mit vagen Begriffen hilft die Konzeptanalyse „in der Pflegepraxis verbreitete, jedoch überstrapazierte und vage Begriffe zu klären, sodass jeder, der anschließend den Begriff verwendet, von der gleichen Sache spricht“ (Walker und Avant, 2011: 158; Übers. d. Verf.). Sie hilft also Mehrdeutigkeiten zu beseitigen und ungenaue oder allgemeine Begriffe zu konkretisieren.

Im Laufe der Zeit haben sich in der Pflegewissenschaft verschiedene Methoden der Konzeptanalyse entwickelt. Beispiele für die verschiedenen Ansätze sind die klassische Konzeptanalyse nach Walker und Avant (2011), der evolutionäre Ansatz nach Rodgers (1994), der qualitative Ansatz nach Morse (1995) oder etwa der interaktionistische Ansatz nach Chinn und Kramer (1996). Einen Überblick über die verschiedenen Ansätze liefert Tabelle 7.

**Tabelle 7: Zusammenfassung der konzeptanalytischen Ansätze (vgl. Black et al. 1997: 211)**

|    | Walker und Avant (2011)                   | Rodgers (1994)                                    | Morse (1995)            | Chinn und Kramer (1996)  |
|----|---|---|-------------------------|--|
| 1  | Select a concept                          | Identify a concept                                | Select a topic          | Select a topic   |
| 2  | Determine aims and purposes of analysis   |   |                         | Clarify purpose  |
| 3  |   | Identify a sample for data collection             |                         | Identify sources of evidence   |
| 4  | Identify all uses of the concept          | Identify themes of application and interpretation | Review the literature   |  |
| 5  |   | Identify surrogate terms of related concepts      |                         |  |
| 6  | Determine defining attributes             | Identify attributes and characteristics           | Identify attributes     |  |
| 7  |   |   | Verify attributes       | Explore context and variables  |
| 8  | Develop exemplars or cases of the concept | Identify model cases                              | Identify manifestations | Sources of evidence to include cases                                       |
| 9  | Determine antecedents and consequences    | Identify antecedents and consequences             |                         |  |
| 10 | Develop empirical referents               |   |                         | Formulate criteria and tentative guidelines for recognition of the concept |

Die meisten Pflegediagnosen enthalten drei Elemente (Gordon & Bartholomeyczik, 2001): Gesundheitsproblem, Ätiologie sowie charakteristische Merkmale bzw. Symptome. Eben diese Elemente stellen laut Walker und Avant (2011) eine genaue Parallele zu den Resultaten einer Konzeptanalyse nach ihrer Methode dar, nämlich: Voraussetzungen (Ätiologie), bestimmende Attribute (kennzeichnende charakteristische Anzeichen und Symptome) sowie konzeptuelle Definition (Gesundheitsproblem). Aus diesem Grund wurde eine modifizierte Version der Methode nach Walker und Avant (2011) zur Durchführung der vorliegenden Konzeptanalyse gewählt.

Die Vorgehensweise nach Walker und Avant (2011) wird in acht Schritten dargestellt: 1. Wahl des Begriffes, 2. Bestimmung der Ziele bzw. des Zwecks der Analyse, 3. Bestimmung der Begriffsverwendung, 4. Festlegung der bestimmenden Attribute, 5. Konstruktion eines Modellfalls, 6. Konstruktion weiterer Fälle wie gegensätzliche, fiktive oder Grenzfälle sowie 7. Bestimmung der Voraussetzungen und Folgen sowie 8. Bestimmung der empirischen Referenten.

### 3.1.2 Literatursuche und Datenanalyse

Die Suche nach geeigneter Literatur erfolgte systematisch in den Datenbanken CINAHL, Pubmed, Medline, Psyn dex, PsycArticles und PsychINFO. Ergänzend wurde in Bibliothekskatalogen sowie in für das Thema als geeignet erachteten Verlagsdatenbanken nach adäquater Literatur gesucht und spezifische Lexika bzw. ausgewählte Fach- und Lehrbücher nach Inhalten zum Thema analysiert. In den für das Thema relevanten Quellen wurde zudem das Literatur- und Quellenverzeichnis analysiert, um über das sog. Schneeballsystem weitere Literatur identifizieren zu können. Zur systematischen Recherche in den Online-Datenbanken wurden folgende Suchbegriffe verwendet und mittels Boole'schen Operatoren (AND, OR bzw. NOT) verknüpft: Reizüberflutung, sensorische Überstimulation, overload, overstimulation, sensory overload, sensory overstimulation; Psychiatrie, psychiatry, Pflege, nursing, Pfl egetheorie, nursing theory, Pflegediagnose, nursing diagnosis. Es wurde sowohl nach deutsch- als auch nach englischsprachiger Literatur gesucht, wobei keine Einschränkungen hinsichtlich Altersgruppe der Betroffenen, Publikationsschwerpunkt, Studienart und Zeitpunkt der Veröffentlichung vorgenommen wurden. Die Systematik der Literatursuche und Literatúrauswahl wird in Abbildung 1 dargestellt.

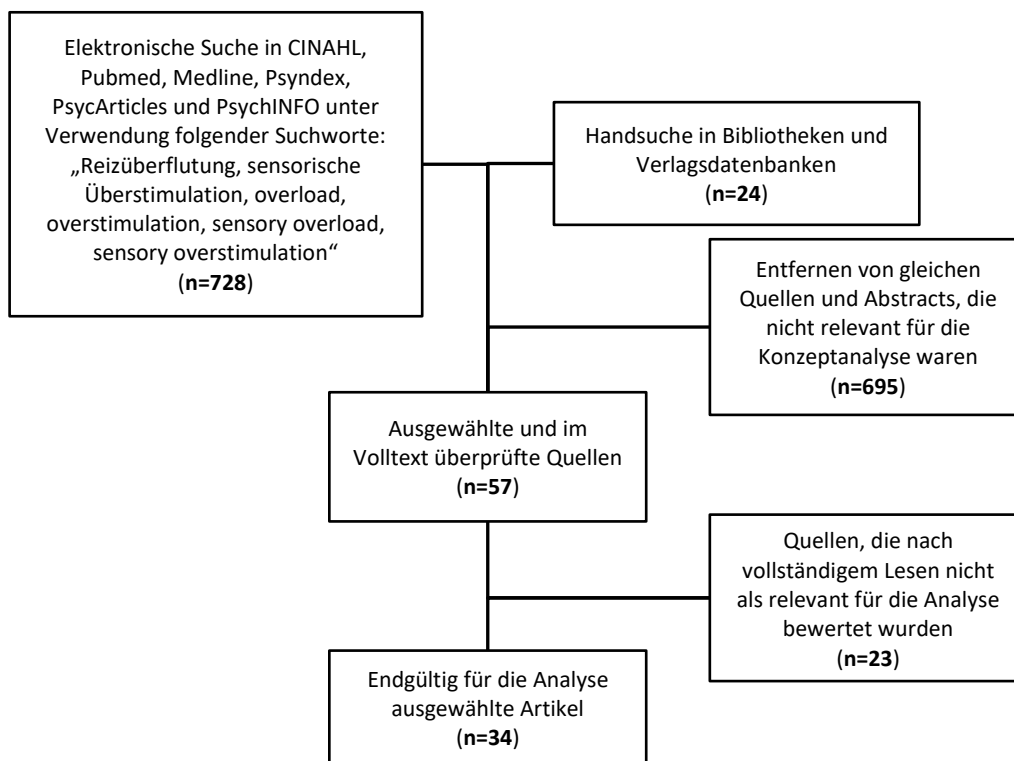


Abbildung 1: Systematik der Literatursuche und Literatúrauswahl

Die in die Analyse aufgenommenen Quellen wurden in Anlehnung an die strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) zunächst inhaltlich strukturiert und zusammengefasst. Ziel dieser inhaltsanalytischen Methode ist es, „bestimmte Themen, Inhalte, Aspekte aus dem Material herauszufiltern und zusammenzufassen“ (Mayring, 2010: 98). Die Strukturierung erfolgt anhand theoriegeleitet entwickelter Kategorien. Im Falle der vorliegenden Konzeptanalyse handelt es sich hierbei um die von Walker und Avant (2011) vorgeschlagenen und für die vorliegende Konzeptanalyse modifizierten kategorialen Variablen: 1. Begriffsverwendung und Definitionen, 2. definierende Attribute, 3. Vorbedingungen, 4. Konsequenzen, 5. Konstruktion von Fallbeispielen sowie 6. empirische Referenten.

### **3.2 Der pflegerische Umgang mit Reizüberflutung in der Psychiatrie**

Die übergeordnete Zielsetzung der vorliegenden Arbeit ist die Entwicklung eines konzeptuellen Rahmenmodells zur Beschreibung des pflegerischen Umgangs mit Reizüberflutung in der stationären Psychiatrie. Vor dem Hintergrund der übergeordneten Zielsetzung des Promotionsprojektes konnte folgende Forschungsfrage abgeleitet werden: Wie können der pflegerische Umgang mit Reizüberflutung in der stationären Psychiatrie im Allgemeinen und die zugrundeliegenden Elemente bzw. Dimensionen im Konkreten beschrieben werden? Diese Fragestellung beinhaltet sowohl den Umgang mit akut manifester Reizüberflutung als auch präventive und rückfallprophylaktische Maßnahmen hinsichtlich Reizüberflutung. Im Sinne von Chinn und Kramer (1996) soll unter dem Begriff Modell die „symbolische Darstellung einer empirischen Erfahrung“ verstanden werden. Die Begriffe „theoretisches Modell“ und „konzeptuelles Modell“ werden in vorliegender Arbeit synonym zueinander verwendet.

Zur Bearbeitung der Zielsetzung wurde ein qualitativ orientiertes, deskriptives Forschungsdesign gewählt. Somit sollen der Gegenstandsbereich des pflegerischen Umgangs mit Reizüberflutung in der stationären Psychiatrie und dessen Dimensionen möglichst genau beschrieben werden. Die Durchführung der vorliegenden Studie erfolgte in zwei Arbeitsschritten: A. Entwicklung eines theoretischen Rahmenmodells mittels Sekundäranalyse der qualitativen Daten, die aus der Delphi-Studie Reizabschirmung gewonnen wurden (Scheydt et al., 2016b) sowie B. empirische Verifizierung und inhaltliche Erweiterung des in Arbeitsschritt A entwickelten Rahmenmodells mittels qualitativer themenzentrierter Interviews.

#### **3.2.1 Entwicklung des theoretischen Rahmenmodells**

Zielsetzung dieses Arbeitsschrittes war es, aus dem qualitativen Material der Delphi-Studie von Scheydt et al. (2016b) zum Thema „Reizabschirmung“ erste Dimensionen des pflegerischen



Umgangs mit Reizüberflutung zu erarbeiten. Somit sollte eine Grundlage zur weiteren Entwicklung eines geeigneten Kategoriensystems zur strukturierenden Inhaltsanalyse der Daten aus Arbeitsschritt B generiert werden. Im Rahmen der Analyse des ersten Arbeitsschrittes A wurde der Fokus auf Aussagen und Textstellen im Material gerichtet, welche spezifische Aspekte von Reizabschirmung beschreiben, aber vor allem auch solche, welche ähnliche oder ergänzende Interventionen bzw. Maßnahmen zum pflegerischen Umgang mit Reizüberflutung fokussieren.

### ***Datenerhebung und Datenaufbereitung***

Die Daten des Arbeitsschrittes A wurden im Rahmen einer Delphi-Studie (Scheydt et al., 2016b) mittels qualitativem Fragebogen erhoben, um Aussagen zum Thema Reizabschirmung zu generieren. Der hierfür als Word-Dokument entwickelte und per E-Mail versendete Fragebogen konnte elektronisch ausgefüllt und per E-Mail an das Forscherteam zurückgesendet werden. Die Vorgehensweise dieser Datenerhebung wurde bereits an anderer Stelle beschrieben (vgl. Scheydt et al., 2016b). Der qualitative Fragebogen beinhaltete u.a. folgende offene Fragestellungen: a) Welches Verständnis haben Sie von Reizabschirmung? b) Welche alternativen Begriffe (Synonyme) fallen Ihnen zu Reizabschirmung ein (andere Sprache, Umgangssprache, Fachjargon usw.)? c) In welchen Situationen wird Reizabschirmung angewendet? Wann ist Reizabschirmung indiziert? d) Wann ist Reizabschirmung Ihres Erachtens contra-indiziert? e) Welche Nebenwirkungen von Reizabschirmung sind Ihnen bekannt? Welche Maßnahmen zur Reizabschirmung kennen Sie? f) Welche Alternativen zur Reizabschirmung kennen Sie? g) Welche Maßnahmen, Strategien und Interventionen zum adäquaten Umgang mit Reizüberflutung fallen Ihnen ein?

Um die Verständlichkeit der Fragen und der verwendeten Begriffe sowie mögliche Überschneidungen der Fragestellungen zu ermitteln, wurde ein Fragebogen-Pretest durchgeführt. Als Methode des Pretests wurden zwei Techniken des kognitiven Interviews nach Prüfer und Rexroth (2005) gewählt: die Technik des lauten Denkens (Think Aloud) und ergänzend hierzu die Technik des unspezifischen Nachfragens (General Probing). Als Probanden für den Fragebogen-Pretest wurden eine Pflegepädagogin, zwei Stationsleitungen sowie eine Medizinerin in Ausbildung mit abgeschlossenem Studium der Psychologie (Diplom) mittels gezielter Stichprobenziehung gewählt. Die Fragebögen wurden anschließend auf Grundlage der analysierten Problematiken modifiziert. Beispielsweise wurde eine Änderung mehrdeutiger Begrifflichkeiten, die leicht Verwirrung stiften können (u.a. „Phänomen“, Synonym u.ä.), vorgenommen.

Die Fragebögen wurden per E-Mail an insgesamt 24 Expertinnen und Experten aus Medizin und Pflege mit psychiatrischem Schwerpunkt aus Deutschland, Österreich und der Schweiz gesendet. Expertise wurde in diesem Zusammenhang folgendermaßen definiert: Experten, die ein fundiertes Wissen über die für ihre Profession wichtigen Phänomene besitzen und dieses in ihrer alltäglichen Arbeit im psychiatrischen Setting anwenden und/oder in den Wissensbereichen forschen und dieses Wissen durch Publikationen, Vorträge auf Fachkongressen bzw. in der Lehre weitergeben.

Tabelle 8 gibt einen Überblick über die Stichprobenverteilung bezüglich Expertise und Herkunftsland. Insgesamt wurden 22 der 24 versendeten Fragebögen ausgefüllt zurückgesendet (Rücklaufquote: 91.7%) und in der Analyse der Daten berücksichtigt.

**Tabelle 8: Aufschlüsselung der Stichprobe der ersten Delphi-Runde in Expertise und Land**

| Fachgebiet       | Stichprobe<br>gesamt | Schweiz | Deutschland | Österreich |
|------------------|----------------------|---------|-------------|------------|
| Experten Pflege  | 18                   | 6       | 8           | 4          |
| Experten Medizin | 6                    | 3       | 1           | 2          |
| Summe            | 24                   | 9       | 9           | 6          |

Die Studienteilnehmenden wurden vor Beginn der Studie schriftlich über die Studienziele und den Ablauf der Studie informiert. Ebenfalls wurde explizit auf die Freiwilligkeit der Teilnahme hingewiesen. Durch die Rücksendung der Fragebögen wurde automatisch die Zustimmung zur Studienteilnahme durch die einzelnen Teilnehmenden bestätigt. Dieses Procedere wurde nach jeder Befragungsrunde wiederholt; die Teilnahme konnte jederzeit ohne Angabe von Gründen abgebrochen werden. Ebenfalls wurde auf die mögliche Verwendung der Daten – beispielsweise zur Durchführung einer Sekundäranalyse – hingewiesen.

### ***Datenanalyse und Datensynthese***

Die Analyse der qualitativen Daten wurde in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse zur Zusammenfassung und induktiven Kategorienbildung nach Mayring (2010) durchgeführt. Ziel dieser inhaltsanalytischen Methode ist es laut Mayring (2010: 65), „das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist“. Zur Verbesserung der Datenorganisation wurden Tabellen eingesetzt. Jedes Dokument wurde sorgfältig gelesen und studiert. In diesem Zusammenhang wurden Textstellen, welche den Maßnahmen zum pflegerischen Umgang mit Reizüberflutung sowie ähnliche oder ergänzende Maßnahmen beschrieben, hervorgehoben. Die hervorgehobenen und als relevant für das Themengebiet bewerteten Textstellen wurden anschließend in einer solchen Tabelle

angeordnet. Nun wurde nach dem von Mayring (2010) empfohlenen Ablaufprozess zusammenfassender Inhaltsanalysen vorgegangen.

Durch die zusammenfassende Inhaltsanalyse konnten induktiv folgende erste Kategorien („Subkategorien“) gebildet werden: Medikamentöse Reizabschirmung; Räumlich-strukturelle Reizabschirmung; Reizreduktion; Reizselektion; Gestaltung eines reizarmen Milieus; Bereitstellen von Rückzugsmöglichkeiten; Maßnahmen zur Reizabschirmung ermöglichen; Alltagsstrukturierung; Ablenkung; Entspannung; Vermittlung von Wissensinhalten; Verhaltensmodifikation; zum Rückzug ermutigen; Coping-Förderung; Coaching und Training.

Nun wurde ähnlich der Vorgehensweise nach Mayring (2010) durch „visuelle Inspektion“ (vgl. Walker und Avant, 2011: 113) nach Clustern von Interventionen bzw. Maßnahmen zum Umgang mit Reizüberflutung gesucht, welche eng miteinander in Beziehung zu stehen oder sich zu überschneiden scheinen. Hierbei wurden alle Kategorien miteinander verglichen und auf Ähnlichkeiten hin geprüft. Verwandte Kategorien wurden unter neuem Kategoriennamen zusammengefasst. Somit konnten folgende drei Cluster als Teilkonzepte bzw. Dimensionen des pflegerischen Umgangs mit Reizüberflutung in der stationären Psychiatrie erarbeitet werden: Reizabschirmung, Modulation der Umgebungsfaktoren sowie Hilfe zur Selbsthilfe.

### **3.2.2 Empirische Verifizierung und Erweiterung des Rahmenmodells**

Zielsetzung des Arbeitsschrittes B war die empirische Verifikation, Modifikation sowie Erweiterung und Verdichtung des in Arbeitsschritt A erarbeiteten theoretischen Bezugsrahmens. Konkret bedeutet dies, dass die hierbei durchgeführte Analyse der Interviews zwei Dinge fokussiert: a) die Erweiterung der Kategorien bzw. Dimensionen des pflegerischen Umgangs mit Reizüberflutung sowie b) die theoretische Verdichtung des konzeptuellen Modells durch Beschreibung spezifischer Maßnahmen zum pflegerischen Umgang mit Reizüberflutung in der stationären Psychiatrie.

### ***Datenerhebung und Datenaufbereitung***

Die Datenerhebung des zweiten Studienabschnittes erfolgte mittels Leitfadeninterviews. Die themenzentrierten Interviews (vgl. Schorn, 2000; vgl. Witzel, 2000) wurden auf Tonband aufgezeichnet und unter Beachtung der Datenschutzrichtlinien für qualitative Interviewdaten (vgl. Meyermann und Porzelt, 2014; vgl. Liebig et al., 2014) transkribiert. Durch die Interviews sollten die subjektiven Wahrnehmungen und Erfahrungen der Pflegekräfte hinsichtlich des in der Praxis stattfindenden pflegerischen Umgangs mit Reizüberflutung in der stationären Psychiatrie erfasst werden. Der Interviewleitfaden wurde gemäß der Forschungsfrage in folgende Teilbereiche untergliedert: Allgemeines zum Umgang mit Reizüberflutung, Prävention von Reizüberflutung, Akutmaßnahmen zum Umgang mit Reizüberflutung, Rückfallprophylaxe und Nachsorge sowie Sonstige Maßnahmen zum Umgang mit Reizüberflutung.

Die Interviewleitfäden wurden vor der Erhebung hinsichtlich ihrer inhaltlichen Validität und Verständlichkeit überprüft. Hierzu wurden zwei Probeinterviews durchgeführt, welche ebenfalls mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet wurden. Dieses Vorgehen diente somit nicht nur dem Pretesting der Interviewleitfäden, sondern ebenfalls dem Interviewer-Training und dem Training der Methode der Datenauswertung. Zur Leitfadentestung wurde die Methode des Probings, speziell des Post-Interview-Probings und des Comprehension-Probings gewählt (vgl. Häder, 2014). Folgende nach Durchführung der Probeinterviews gestellte Fragen sollten dem Interviewer Anhaltspunkte hinsichtlich der Optimierung der Interviewleitfäden geben: Wie haben Sie sich während des Interviews gefühlt? Waren die Fragen, so wie ich sie gestellt habe, verständlich für Sie? Wo hätten Sie sich mehr Erläuterung gewünscht? Hat Ihrer Meinung nach irgendein Aspekt im Leitfaden gefehlt? Hatten Sie das Gefühl, dass ich bei irgendeinem Aspekt hätte konkreter nachfragen sollen? Wie schätzen Sie die Länge des Interviews ein in Bezug auf Ihre Konzentrationsfähigkeit (zu lang, zu kurz, genau richtig)? Haben Sie noch irgendwelche Anmerkungen zum Aufbau und zum Inhalt des Interviews? Die Inhalte der endgültigen Version des Interviewleitfadens sind in Tabelle 9 dargestellt.

**Tabelle 9: Leitfragen des Interviewleitfadens gegliedert nach den inhaltlichen Teilbereichen**

| Teilbereiche des Interviewleitfadens                 | Leitfragen und Nachfragen innerhalb der Teilbereiche   |
|--|--|
| Allgemeines zum Umgang mit Reizüberflutung           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie würden Sie den „pflegerischen Umgang mit Reizüberflutung“ in der Psychiatrie allgemein beschreiben?</li> </ul>  |
| Prävention von Reizüberflutung                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Welche Maßnahmen ergreifen Sie denn konkret, um eine Reizüberflutung bei einem Patienten zu vermeiden?</li> <li>• Beschreiben Sie bitte ein paar Fälle, die Ihnen zur Prävention von Reizüberflutung einfallen.</li> </ul>  |
| Akutmaßnahmen zum Umgang mit Reizüberflutung         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Welche Maßnahmen ergreifen Sie denn, um professionell mit einem Patienten umzugehen, der akut „reizüberflutet“ ist?</li> <li>• Beschreiben Sie bitte ein paar Fälle, die Ihnen zu Akutmaßnahmen bei Reizüberflutung einfallen.</li> </ul>   |
| Rückfallprophylaxe und Nachsorge von Reizüberflutung | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Führen Sie Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe und Nachsorge im Zusammenhang mit Reizüberflutung durch? Falls ja: Welche Maßnahmen ergreifen Sie denn konkret, um Patienten zu helfen, im „Alltag“ mit Reizüberflutung umzugehen?</li> <li>• Beschreiben Sie doch bitte ein paar Fälle, die Ihnen hierzu einfallen.</li> </ul> |
| Sonstige Maßnahmen zum Umgang mit Reizüberflutung    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fallen Ihnen noch andere Möglichkeiten ein, um mit Reizüberflutung in der Psychiatrie umzugehen?</li> </ul>   |

Die Datenerhebung erfolgte in der Klinik für Psychiatrie (beschützte sowie offen geführte Stationen) und der Klinik für Gerontopsychiatrie (beschützte sowie offen geführte Stationen) einer großen psychiatrischen Klinik im Südwesten Deutschlands. Die Rekrutierung der Interviewpartner erfolgte gezielt mittels vorab festgelegter Auswahlkriterien: examinierte Pflegefachkraft im untersuchten Setting, Fachweiterbildung in psychiatrischer oder gerontopsychiatrischer Pflege, mehrjährige Berufserfahrung (mindestens 5 Jahre) im untersuchten Setting, direkter Patientenkontakt, mindestens 50%-Anstellung. Konkret bedeutet dies, dass der Forschende seine Kenntnis (und vor allem die Kenntnis der Team-, Stations- und Pflegedienstleitungen) bezüglich der Population und ihrer Elemente mit Hinblick auf die vorab festgelegten Probandenmerkmale für die Auswahl der Interviewpartner einsetzte. Die von den zuständigen Personen empfohlenen Pflegefachkräfte wurden vom Forschenden persönlich angesprochen und sowohl mündlich als auch schriftlich über das Forschungsvorhaben informiert.

Insgesamt wurden acht Interviews geführt, welche nachfolgend als Interview 1 (I.1) bis Interview 8 (I.8) bezeichnet werden. Alle acht Pflegefachkräfte haben eine Fachweiterbildung und mehrjährige Berufserfahrungen in ihrem Fachbereich. Die Länge der Interviews betrug zwischen 27 Minuten und 89 Minuten, der Durchschnitt lag bei 50 Minuten (siehe Tabelle 10).

**Tabelle 10: Merkmale der Interviewpartner und Länge der Interviews**

| Interv.-Nr. | Merkmale der Teilnehmenden  | Interv.-Länge |
|-------------|---|---------------|
| Interview 1 | Pflegefachkraft mit Fachweiterbildung, offene psychiatrische Station            | 89 Min.       |
| Interview 2 | Pflegefachkraft mit Fachweiterbildung, beschützte psychiatrische Station        | 62 Min.       |
| Interview 3 | Pflegefachkraft mit Fachweiterbildung, beschützte gerontopsychiatrische Station | 58 Min.       |
| Interview 4 | Pflegefachkraft mit Fachweiterbildung, beschützte psychiatrische Akutstation    | 41 Min.       |
| Interview 5 | Pflegefachkraft mit Fachweiterbildung, beschützte psychiatrische Akutstation    | 48 Min.       |
| Interview 6 | Pflegefachkraft mit Fachweiterbildung, offene gerontopsychiatrische Station     | 34 Min.       |
| Interview 7 | Pflegefachkraft mit Fachweiterbildung, offene psychiatrische Station            | 44 Min.       |
| Interview 8 | Pflegefachkraft mit Fachweiterbildung, offene psychiatrische Station            | 27 Min.       |

Der Datenschutz wird in Anlehnung an die „Datenschutzrechtlichen Anforderungen bei der Generierung und Archivierung qualitativer Daten“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung BMBF (Liebig et al., 2014) gewährleistet. Die Teilnahme an den Interviews erfolgte auf freiwilliger Basis nach informierter Zustimmung. Die Teilnahme konnte jederzeit abgebrochen werden, ohne dass Nachteile befürchtet werden mussten. Die Daten wurden in Anlehnung an Meyermann und Porzelt (2014) sowie Liebig et al. (2014) anonymisiert und aufbewahrt.

### ***Datenanalyse und Datensynthese***

Die Datenanalyse wurde in Anlehnung an den von Meuser und Nagel (2009) beschriebenen Prozess der Auswertung von Experteninterviews durchgeführt. Allerdings wurde der Prozess durch Elemente der zusammenfassenden und strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) ergänzt: Transkription, Paraphrasierung und Generalisierung (Bildung von Subkategorien), Überprüfung der Plausibilität (Verlässlichkeit) des Kategoriensystems anhand der Subkategorien, Synthese der endgültigen Subkategorien aus beiden Arbeitsschritten (thematische Bündelung) sowie inhaltliche Strukturierung der Subkategorien (Kodieren) anhand des Kategoriensystems. Die einzelnen Schritte werden nachfolgend detailliert beschrieben.

**Transkription:** Da die Transkription der Interviews bereits als Teil des Verstehensprozesses und damit Teil der Analyse betrachtet werden kann, wurde explizit auf die Auslagerung der Transkription an Dritte verzichtet. Somit wurde vom Forschenden die Entscheidung getroffen, die Transkription der Interviews selbst durchzuführen, um bereits während der Transkription durch Hören und Schreiben des Gesagten wichtige Einblicke in das Textmaterial gewinnen zu können. Die Transkription wurde mittels der Transkriptionssoftware F4 unter Verwendung eines einfachen Transkriptionssystems (vgl. Kuckartz et al., 2008: 27f.; Dresing und Pehl, 2013: 20ff.) durchgeführt. Die Entscheidung für ein einfaches Transkriptionssystem erfolgte insbesondere

aus Gründen der Erkenntniserwartung: die Zielsetzung, das bereits beschriebene Rahmenmodell des Umgangs mit Reizüberflutung (Scheydt et al., 2016c) durch qualitative Interviews empirisch zu erweitern und konzeptuell zu verdichten, hat zur Folge, dass mögliche para- und nonverbale Ereignisse nicht relevant für die Analyse sein werden. Daher kann auf die schriftliche Darstellung dieser para- und nonverbalen Ereignisse innerhalb der Transkription verzichtet werden, was den Text leichter lesbar macht und den Zugang zum Gesprächsinhalt deutlich vereinfacht.

**Zusammenfassung (Paraphrasierung und Generalisierung):** Jedes Dokument wurde sorgfältig gelesen und studiert. In diesem Zusammenhang wurden Textstellen, welche den pflegerischen Umgang mit Reizüberflutung beschrieben, markiert und hervorgehoben. Die hervorgehobenen und als relevant für das Themengebiet bewerteten Textstellen wurden anschließend in einer Excel-Tabelle angeordnet, was die Datenorganisation enorm erleichterte. Nun wurde nach dem von Mayring (2010) empfohlenen und bereits erläuterten Ablaufprozess zusammenfassender Inhaltsanalysen vorgegangen. Hierdurch konnten 14 Subkategorien – im Sinne von Maßnahmen zum pflegerischen Umgang mit Reizüberflutung – aus dem Textmaterial erarbeitet werden.

**Überprüfung der Plausibilität und Verlässlichkeit des Kategoriensystems:** Im weiteren Verlauf wurde zunächst die Plausibilität des von Scheydt et al. (2016c) beschriebenen Kategoriensystems überprüft. Hierzu wurden die innerhalb des Textmaterials identifizierten Textpassagen (Paraphrasen) gemäß dem Kategoriensystem kodiert und geordnet. Hierbei waren folgende Fragestellungen handlungsleitend: Greifen die Hauptkategorien (Dimensionen) bei jeder Subkategorie (Maßnahme)? Oder muss das Kategoriensystem anhand des Textmaterials modifiziert werden?

Als Resultat der empirischen Verifizierung des Kategoriensystems wurde lediglich eine Kategorie dem in Arbeitsschritt A beschriebenen Kategoriensystem hinzugefügt: Wahrnehmungsmodulation mit den Subkategorien Fokussierung, Ablenkung und Setzen eines pharmakologischen Filters. Somit können folgende vier Kategorien des pflegerischen Umgangs mit Reizüberflutung in der Psychiatrie beschrieben werden: Reizabschirmung, Modulation der Umgebungsfaktoren, Wahrnehmungsmodulation sowie Hilfe zur Selbsthilfe/ Coping-Förderung. Auf die einzelnen Kategorien wird im Ergebnisteil näher eingegangen.

**Thematische Bündelung und inhaltliche Strukturierung der Subkategorien (Kodieren):** In einem weiteren Schritt wurden die entwickelten Subkategorien des Arbeitsschrittes B mit den in Arbeitsschritt A erarbeiteten Subkategorien thematisch verglichen und zu einem gemeinsamen System von Subkategorien zusammengefasst. Hierbei wurde mittels „visueller Inspektion“ (vgl. Walker und Avant, 2011: 113) überprüft, ob und inwieweit die jeweiligen Subkategorien sich ähneln und inwieweit einzelne Subkategorien unter einer Subkategorie zusammengefasst werden konnten. Die so erarbeiteten und zusammengefassten Subkategorien wurden in einem weiteren Schritt anhand der vier Kategorien des pflegerischen Umgangs mit Reizüberflutung inhaltlich strukturiert (vgl. Mayring, 2010). Basierend auf dieser Vorgehensweise (Daten-Triangulation, Überprüfung des ersten Kategoriensystems, ständige Reflexion) konnte eine gut gesättigte Konzeptualisierung eines theoretischen Modells zur Beschreibung des pflegerischen Umgangs mit Reizüberflutung in der stationären Psychiatrie erarbeitet werden.

## **4 Ergebnisse**

### **4.1 Analyse und Spezifikation des Begriffes Reizüberflutung**

#### **4.1.1 Begriffsverwendung und Definitionen**

Wenngleich im deutschsprachigen Raum in einigen – vorwiegend psychiatrischen – Quellen Reizüberflutung (der Begriff Reizüberflutung impliziert nachfolgend die englischsprachige Übersetzung sensory overload) als Begriff aufgegriffen wird, wird er jedoch nur sehr unspezifisch als mögliche Folge verschiedener Ursachen beschrieben. Es konnten lediglich zwei Definitionen des Begriffes in zwei fachspezifischen Lexika identifiziert werden. Wirtz (2014: 1411) beschreibt im Dorsch Lexikon der Psychologie Reizüberflutung im biologischen Sinne als „Bezeichnung für den durch Menge, Umfang und Verschiedenartigkeit der auf den Menschen einwirkenden Reize gegebenen Zustand, der durch die Möglichkeit selektiver Wahrnehmung kompensiert wird“. Im Pschyrembel Pflege definieren Wied und Warmbrunn (2012: 831) den Begriff Reizüberflutung – synonym verwendet für den Begriff sensorische Überstimulation – folgendermaßen: „Überangebot an Sinnesreizen in qualitativer (Stärke des Reizes) und quantitativer (Anzahl der Reize) Hinsicht“. Auch hier wird der individuellen Fähigkeit des Menschen zur Filterung und Hierarchisierung (selektive Wahrnehmung) ein wichtiger Stellenwert zugeschrieben, da je nach individueller Fähigkeit des Menschen zur selektiven Wahrnehmung die Reaktion auf Überstimulation unterschiedlich sei. Im extremsten Fall bedeutet dies, dass bei Menschen mit geringem Filtervermögen Stressreaktionen bzw. psychische Überforderung ausgelöst werden können, was sich unter anderem in Form „psychotischer Verhaltensweisen“ äußern kann (vgl.



Quednow, 2008; Kircher und Gauggel, 2008). Ein adäquater Begriff für diese spezifische Art der Überforderung konnte in der deutschsprachigen Literatur jedoch nicht identifiziert werden. Im Rahmen der Konzeptanalyse konnten neben diesen deutschsprachigen Definitionen ebenfalls zehn Definitionen von Reizüberflutung bzw. sensory overload aus der englischsprachigen Literatur identifiziert werden (siehe Tabelle 11).

**Tabelle 11: In der Literatur identifizierte Definitionen von Reizüberflutung bzw. sensory overload**

| Quelle                         | Definition   |
|--------------------------------|--|
| Venes (2009: 2100)             | „A condition in which sensory stimuli are received at an excessive rate or intensity. Sensory overload can produce increases in heart rate, breathing, blood pressure, confusion, anxiety, mental distress, and/or erratic behavior.“  |
| Gottschalk et al. (1972: 451)  | „the procedure in which a subject receives excessive atypical sensory stimulation“   |
| Omer & Spivak (1987: 368)      | „Stimulus overload takes place when a person’s capacity for receiving and processing incoming information is severely taxed. This may be due to excessive sensory stimulation (such as in excessive noise or crowding) or to high environmental complexity (such as having to pay attention to too many people or too many messages at a time)“  |
| Milgram (1970: 1462)           | „a system’s inability to process inputs from the environment because there are too many inputs for the system to cope with, or because successive inputs come so fast that input A cannot be processed when input B is present“  |
| Lipowski (1975: 201)           | „The term sensory overload connotes [...] a state occurring in response to ‘increased multisensory experience’, or one in which two or more sensory modalities are stimulated at higher than normal intensity and this combination of stimuli is introduced suddenly“  |
| Roy & Andrews (1991: 166)      | „increased stimulation to the point of too much to process appropriately“  |
| Gordon (2010: 280)             | „environmental stimuli greater than habitual level of input and/or monotonous environmental stimuli“   |
| Lindenmuth et al. (1980: 1456) | „Sensory overload is a marked increase in the intensity of stimuli over the normal level. This disrupts the cerebral processing of information and decreases the meaningfulness of the environment“  |
| Milord & Perry (1977: 131)     | „Overload has been defined as the condition in which the amount of input into a system exceeds the processing capacity of that system. This input glut can occur when too many inputs are presented simultaneously or when consecutive inputs occur in such rapid succession that input A cannot be processed by the time input B is presented. There appear to be at least three major dimensions of overload worth differentiating: intensity, diversity, and patterning. These dimensions roughly correspond to the decision and stress concepts of frequency, complexity, and coherence/continuity.“ |
| Goldberger (1993: 337)         | “The concept of sensory overload (sensory overstimulation) designates a situation in which the organism is bombarded by higher than normal levels of sensory stimulation, usually in more than one sensory modality. It is the obverse of sensory deprivation (sensory underload) and is similarly classed as a potential stressor.“   |

Gemeinsam allen Definitionen ist, dass sie als auslösende Situation (*triggering event*) eine zu hohe oder atypische sensorische Stimulation beschreiben. Dies bedeutet jedoch nicht, dass jede erhöhte oder atypische sensorische Stimulation zu sensorischer Überstimulation führen muss. Einige Autoren weisen darauf hin, dass es sich um Stimulationsmomente handelt, welche über dem für die betroffene Person gewohnten Niveau liegen (Lindenmuth et al., 1980; Goldberger, 1993; Gordon, 2010). Demnach wird der Bewertung der Stimulation ein nicht geringer Stellenwert zugeschrieben, wie es ebenfalls in stresstheoretischen Modellen (z.B. Lazarus und Folkman, 1984; Lazarus, 2005) oder in der Pflegetheorie von Roy (Roy und Andrews, 1991; Randell et al., 1982) der Fall ist.

Wie das Wort „overload“ bereits belegt, geht es hier eindeutig nicht um die Fülle der Reize – ob gewohnt oder ungewohnt –, sondern eindeutig um das Versagen der Bewältigungsmöglichkeiten einer Person (Behrens, 2003; Hurrelmann, 2006; Behrens et al., 2012). Was für die eine Person in einer bestimmten Situation bewältigbar oder sogar stimulierend (im positiven Sinne) ist, ist für eine andere Person „overload“, also eine Art „strain“. Hierin unterscheiden sich nicht nur Personen, sondern auch für ein und dieselbe Person können dieselben Reize morgens stimulierend und abends „overload“ sein: der strain „sensory overload“ tritt demnach situationspezifisch auf (Behrens, 2003; Hurrelmann, 2006; Behrens et al., 2012).

In den meisten Definitionen werden die eine Reizüberflutung auslösenden Reize als übermäßig, exzessiv oder atypisch beschrieben. Die Attribute dieser Reize werden nur in wenigen Definitionen konkret berücksichtigt. Es können allerdings drei Dimensionen des „Überstimulationswertes“ unterschieden werden: Intensität, Vielfalt und Muster von Sinnesreizen (vgl. Milord und Perry, 1977; Venes, 2009; Wied und Warmbrunn, 2012; Wirtz, 2014).

Die identifizierten Definitionen unterscheiden die Beschreibungen von Reizüberflutung einerseits als Situation, in welcher es zu übermässiger bzw. atypischer Stimulation kommt (Roy und Andrews, 1991; Goldberger, 1993; Bäuml, 2008; Gordon, 2010; Wied und Warmbrunn, 2012), und andererseits als Zustand in Reaktion auf eine solche Situation (Milgram, 1970; Lipowski, 1974; Lipowski, 1975; Milord und Perry, 1977; Lindenmuth et al., 1980; Omer und Spivak, 1987; Venes, 2009).

Es besteht eine weitgehende Einigkeit darüber, dass die beschriebene atypische bzw. übermässige sensorische Stimulation erst dann problematisch wird, wenn das Niveau der kognitiven Verarbeitungskapazität überschritten wird (Milgram, 1970; Milord und Perry, 1977; Lindenmuth et al., 1980; Omer und Spivak, 1987; Roy und Andrews, 1991). Andererseits können spezifische Hochrisikogruppen beschrieben werden, bei welchen eine gestörte zerebrale Informationsverarbeitung als Teil ihrer Erkrankung – wie beispielsweise schizophrene Patienten – oder ihres Entwicklungsstandes – wie z.B. Säuglinge und Kleinkinder oder autistische Patienten – postuliert wird (u.a. Grimes und McGhie, 1973; Süllwold, 1991; O'Neill und Jones, 1997; Jones et al., 2003; Perry et al., 2007; Quednow, 2008; Bäuml, 2008; Wied und Warmbrunn, 2012).

In den erwähnten Fällen liegt dem Phänomen Reizüberflutung eine Einschränkung der kognitiven Verarbeitungskapazität zugrunde, welche das Reizniveau der Betroffenen herabsetzt

und daher selbst Nebenreize als aversiv bzw. belastend bewertet und empfunden werden können. Süllwold (1991: 8) beschreibt dies im Kontext schizophrener Störungen als „ständige Überflutung durch Außenreize und interne Stimuli“. Weiter beschreiben die Experten einer Delphi-Studie zum Thema Reizüberflutung (Scheydt et al., 2016a), aber auch Süllwold und Huber (1986), dass Reizüberflutung ebenfalls bei „normal entwickelten“ und „gesunden“ Personen auftreten kann, nämlich im Zusammenhang mit Übermüdung, Schlaflosigkeit oder erhöhtem Stress (vgl. auch Behrens, 2003; Hurrelmann, 2006; Behrens et al., 2012).

In den meisten Definitionen sind die personenbezogenen Auswirkungen von Reizüberflutung nicht oder nur unklar beschrieben. Lediglich Wied und Warmbrunn (2012), Venes (2009) sowie Lindenmuth *et al.* (1980) beschreiben solche Effekte als a) Stressreaktion bzw. negative Auswirkungen auf das Wohlbefinden bei Menschen mit geringem Filtervermögen (Wied und Warmbrunn, 2012), b) Anstieg von Herzfrequenz, Atmung, Blutdruck, Verwirrtheit, Angst, psychischem Stress und/oder Fehlverhalten im Sinne von physiologischen bzw. psychologischen Stressreaktionen (Venes, 2009) sowie c) Abnahme der Sinnhaftigkeit der Umgebung (Lindenmuth et al., 1980). Diese Beschreibungen decken sich mit den Ergebnissen der Delphi-Studie von Scheydt et al. (2016a), in welcher der Fokus vorwiegend auf den von Experten beschriebenen Auswirkungen von Reizüberflutung lag. Goldberger (1993) erwähnt, dass die Auswirkungen von Reizüberflutung auf einem psychopathologischen Spektrum abgebildet werden können, welches sich von Schizophrenie- und organischen Störungen ähnlichen Symptomen bis hin zu Phänomenen erstreckt, welche als „psychodelisch“ bezeichnet werden können (Goldberger, 1993: 337). Diese Behauptung wird durch die Ergebnisse unterschiedlicher Studien zur Symptomatik von Reizüberflutung gestützt (vgl. Haer, 1971; Ludwig, 1972; Gottschalk et al., 1972; Scheydt et al., 2016a).

Zusammenfassend kann das Konzept der Reizüberflutung (syn.: sensorische Überstimulation, engl.: sensory overload) definiert werden als *subjektiv oder objektiv wahrgenommene, atypische bzw. exzessive sensorische Stimulation über dem für die Person zuträglichen Niveau*. Das bedeutet, dass die betroffene Person einen Anstieg der Intensität, der Vielfalt und/oder des Musters der sensorischen Umgebungsreize wahrnimmt, welche das für sie gewohnte Niveau überschreiten und somit als belastend erlebt werden (u.a. Wohlwill, 1970; Milord und Perry, 1977; Venes, 2009; Wied und Warmbrunn, 2012; Wirtz, 2014). Besteht im Rahmen einer sensorischen Überstimulation (sensory overload) die Möglichkeit nicht, durch adäquate Copingstrategien oder Beeinflussung der Umweltreize ein vorheriges Reizgleichgewicht (sensoristasis) wieder herzustellen, kann es im Sinne des Konzeptes „sensory strain“ bzw. sensorischer Überbelastung (auch sensoristain, vgl. Black et al., 1997) zu maladaptiven

Reaktionen kommen, welche als „psychodelische Effekte“ (Ludwig, 1972) bzw. „psychotische Verhaltensweisen“ (Kircher und Gauggel, 2008) beschrieben werden.

In der Literatur werden einige Begriffe genannt, welche in enger Verbindung mit oder sogar synonym zu Reizüberflutung (sensorischer Überstimulation) beschrieben werden. Hierzu zählen Informationsüberflutung, Überforderung durch Arbeitsbelastung sowie psychische und emotionale Überstimulation, um nur einige zu nennen. Im allgemeinen deutschen Sprachgebrauch werden diese Begriffe mit sensorischer Überstimulation häufig unter dem Begriff „Reizüberflutung“ subsummiert. Als häufigste Überstimulationsformen sind hier folgende Begriffe zu nennen: sensorische Überstimulation sowie informationelle Überstimulation (vgl. Lipowski, 1974; Lipowski, 1975). Die Unterscheidung der beiden Überstimulationsarten liegt vor allen Dingen in den zugrundeliegenden Inputs (Reizen). Bei informationeller Überstimulation handelt es sich um informationelle Inputs, das heißt um Reize, die einen hohen Informationsgehalt aufweisen. Im Zusammenhang mit sensorischer Überstimulation handelt es sich jedoch um sensorische Inputs, das heißt um physikalische Reize, welche einen maximal sehr geringen Bedeutungs- und Informationsgehalt aufweisen (Lipowski, 1975). Gerade im deutschsprachigen Raum, in welchem der Begriff Reizüberflutung häufig beide Arten der Überstimulation berücksichtigt, ist diese Abgrenzung in der einheitlichen Begriffsverwendung und der damit verbundenen Diagnosestellung und Informationswahl essentiell.

#### **4.1.2 Definierende Attribute**

Walker und Avant (2011) beschreiben definierende Attribute als ein Cluster von Merkmalen des entsprechenden Konzeptes, welche am häufigsten auftreten und dabei helfen, das Konzept von anderen Konzepten zu unterscheiden. Nach Analyse der in der Literatur beschriebenen Definitionen, ätiologischen Faktoren und Symptomen von Reizüberflutung bzw. sensory overload können die definierenden Attribute von Reizüberflutung als Hauptattribute (im Sinne von diagnostischen Kriterien) sowie sekundäre Attribute (im Sinne von begleitenden Kriterien) beschrieben werden (siehe Tabelle 12).

**Tabelle 12: Definierende Attribute von Reizüberflutung**

|   |  |
|---|--|
| <b>Hauptattribute</b><br>(diagnostische Kriterien)      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verzerrung der Wahrnehmung sensorischer Stimuli</li> <li>• Ausmaß oder Komplexität sensorischer Stimuli überschreitet das gewöhnliche oder erwünschte Niveau</li> <li>• Vorliegen ununterbrochener und/oder unveränderlicher Stimuli (z.B. Lärm, hohe Umweltkomplexität, enorme Beleuchtung)</li> </ul> |
| <b>Nebenattribute</b><br>(Diagnose stützende Kriterien) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beeinträchtigte Aufmerksamkeit und Konzentration</li> <li>• Situationsspezifische Bewältigungsversuche und Selbstschutzmechanismen</li> <li>• Gestörte Denkprozesse und Wahrnehmungsstörungen</li> <li>• Beeinträchtigt seelisches Wohlbefinden</li> <li>• Änderungen des Gefühlszustandes</li> </ul>   |

#### 4.1.3 Vorbedingungen und mögliche Konsequenzen

Laut Walker und Avant (2011: 167) sind Vorbedingungen (antecedents) „those events or incidents that must occur or be in place prior to the occurrence of the concept“. Konsequenzen werden hingegen von Walker und Avant (2011: 167) beschrieben als „those events or incidents that occur as a result of the occurrence of the concept“. Vorbedingungen können nicht gleichzeitig definierende Attribute innerhalb desselben Konzeptes sein.

Die erste Vorbedingung von Reizüberflutung ist, dass die betroffene Person sensorische Stimulation erfährt. Somit kann sensorische Stimulation als auslösendes Ereignis (*triggering event*) im Sinne von Roy's Adaptionmodells (vgl. Roy und Andrews, 1991; Randell et al., 1982) verstanden werden, welches die Interaktion zwischen Person und Umwelt in Gang setzt. Durch ledigliche Stimulation kann sich jedoch keine sensorische Überstimulation manifestieren. In der Literatur ist davon die Rede, dass das Ausmaß oder die Komplexität der sensorischen Stimuli das gewöhnliche oder erwünschte Niveau überschreiten (quantitativ) bzw. dass ununterbrochene und/oder unveränderliche Reize vorliegen (qualitativ) müssen. Wichtig ist vor allem in der Unterscheidung von sensorischer und informationeller Überflutung, dass es sich um *sensorische* Reize als Systeminput handelt. Ein Merkmal der sensorischen (eher physikalischen) Reize im Gegensatz zu symbolischen Reizen (Informationen) ist, dass sie maximal sehr wenig bis keinen Bedeutungsgehalt aufweisen (vgl. Lipowski, 1975; Goldberger, 1993). Die einfließenden Umweltreize können untergliedert werden in soziale Stimuli, wie z.B. hohe Umweltkomplexität, oder nicht-soziale Stimuli, wie z.B. Lärm, soziale Enge oder Beleuchtung (vgl. Lipowski, 1975; Suedfeld, 1985).

In ihrer Delphi-Studie zum Thema Reizüberflutung berichten Scheydt et al. (2016a; vgl. Kapitel 2.2), dass laut Expertenmeinung ebenfalls innere Impulse bzw. durch Halluzinationen hervorgerufene Reize als Reizüberflutung auslösende Stimuli betrachtet werden können. Hierzu

ist jedoch keine Evidenz bekannt. Allerdings geht die Literatur (zusammenfassend Behrens, 2003; Hurrelmann, 2006; Behrens et al., 2012) weitgehend davon aus, dass Gesundheit die Fähigkeit ist, innere und äußere Reize bzw. Herausforderungen zu bewältigen. Ein Beispiel hierfür sei die Pubertät: diese ist durch innere hormonelle Reize gekennzeichnet, welche wiederum zu einer Reizüberflutung bei dieser Klientel führen können.

Weiter erlebt die betroffene Person Reizüberflutung im Sinne stresstheoretischer Modelle (Lazarus und Folkman, 1984) bzw. des Adaptionsmodells von Roy (Roy und Andrews, 1991) als aversiv bzw. belastend. Durch die Interaktion zwischen Person und Umwelt nimmt die Person Belastung bzw. Stress wahr, was von ihr als "Veränderung im Grad der Ausgewogenheit" (Randell et al., 1982) oder im Sinne des Konzeptes Reizüberflutung als "Veränderung des Reizgleichgewichtes" (*change in sensoristasis; sensory imbalance*) wahrgenommen wird. Dieser erste Bewertungsmechanismus wird im Sinne des transaktionalen Stressmodells als primäre Bewertung (Lazarus und Folkman, 1984) bezeichnet.

Die erste Konsequenz bzw. Reaktion der Person auf dieses belastende (*stressful*) Ereignis ist zunächst der Versuch, durch routinemäßiges Verhalten das vorherige Reizgleichgewicht wiederherzustellen. Diese Reaktionen können als Alarmreaktionen verstanden werden, welche in Form physiologischer Stressreaktionen aber auch situationspezifischer Bewältigungsversuche und Selbstschutzmechanismen zu beobachten sind (vgl. Randell et al., 1982). Gelingt es nicht, das Reizgleichgewicht wieder herzustellen, werden im Sinne der sekundären Bewertung (vgl. Lazarus und Folkman, 1984) bzw. der kognitiven Bewältigungsprozesse (vgl. Roy und Andrews, 1991) mögliche Bewältigungshaltungen und Bewältigungsressourcen eruiert. Werden die Möglichkeiten zur effektiven Bewältigung als ausreichend eingestuft, so kommt es im Sinne von Roy's Adaptionsmodell zu adaptiven Reaktionen des Betroffenen (vgl. Roy und Andrews, 1991; Randell et al., 1982). Werden die Möglichkeiten der effektiven Bewältigung jedoch als zu gering eingestuft, kommt es sekundär ebenfalls zu einer Stressreaktion und ineffektive Reaktionen sind die Folge, welche sich in Form der beschriebenen definierenden Attribute von Reizüberflutung manifestieren können.

Anzumerken ist in diesem Zusammenhang, dass es sich sowohl um eine subjektiv als solche empfundene, aber auch objektiv als solche beobachtbare bzw. messbare Reizüberflutung handeln kann (z.B. an den körperlichen Reaktionen wahrnehmbare Überstimulation). Konkret bedeutet dies, dass die betroffene Person Reizüberflutung erleben kann, obwohl objektiv kein Überangebot an Umweltreizen messbar ist. Objektive Reizüberflutung bedeutet, dass die Auslöser einer Reizüberflutung wahrnehmbar und von Außenstehenden erkennbar bzw.

nachvollziehbar sind (z.B. Lärm und Hektik auf Intensivstationen, Fluglärm in einer Einflugschneise eines Flughafens). Subjektive Reizüberflutung hingegen bedeutet, dass die Auslöser von Reizüberflutung von Außenstehenden nicht als solche zu erkennen bzw. nachzuvollziehen sind (z.B. bei schizophrenen Patienten, für welche objektiv kaum wahrnehmbare Nebengeräusche bereits zu einer Überstimulation führen können). Hierbei spielt wiederum eine „Übersensibilität bezüglich sensorischen Reizen“ (vgl. Aron und Aron, 1997; Aron et al., 2012) eine wichtige Rolle, welche die Reizschwelle des Individuums herabsetzen kann und daher selbst Nebenreize subjektiv als aversiv erscheinen lässt, obwohl objektiv kein Anstieg der Umweltreize zu beobachten bzw. wahrzunehmen ist (vgl. Süllwold und Huber, 1986).

Wenn Reizüberflutung und somit eine sensorische Inbalance über längere Zeit anhält, kann es zu einer Verstärkung der bereits vorhandenen Symptome von Reizüberflutung kommen, welche in der Fachliteratur als "psychodelische Effekte" (z.B. Ludwig, 1972; Gottschalk et al., 1972) bzw. "psychotische Verhaltensweisen" (Kircher und Gauggel, 2008; Quednow, 2008) bezeichnet werden. Hieraus resultieren wiederum Phänomene, welche einen negativen Effekt auf die Behandlung von Patienten haben können, welche Reizüberflutung erfahren. Speziell erwähnt sei hierbei eine Beeinträchtigung der Compliance der betroffenen Person, welche einen erheblichen Einfluss darauf hat, ob etwaige Interventionen unter Zwang durchgeführt werden müssen oder nicht.

#### **4.1.4 Entwicklung von Fallbeispielen**

##### ***Modellfall 1: Reizüberflutung im alltäglichen Berufsleben***

Ein junger Mann steht über längere Zeit beständig unter Stress und schläft in letzter Zeit in der Nacht sehr wenig. Normalerweise kann er Sinneseindrücke gut kompensieren. Er nimmt manche Dinge zwar als zu laut, zu grell, zu eng oder zu „wuselig“ wahr, er kann es aber bewusst auf Distanz halten. Heute – in seinem gestressten und übernächtigten Zustand – gelingt ihm dies jedoch nicht so gut wie sonst, auch wenn er sich darauf konzentriert, diese Dinge nicht wahrzunehmen. Heute fühlt es sich an, als würden all diese Reize von allen Seiten auf jedes seiner Sinnesorgane „einhämmern“ – dabei kann er unter Umständen sogar nicht mehr unterscheiden, was nun genau ein auditiver, ein taktiler oder ein visueller Reiz ist. Auch seinen Kollegen auf der Arbeit fällt auf, dass seine Aufmerksamkeit heute immer wieder von diversen Nebenreizen unkontrolliert abgelenkt wird, dass er „fahrig“ und langsamer in den Reaktionen auf seine Umwelt reagiert. Er versucht – obwohl er sonst mit offener Bürotür arbeitet – die Türe geschlossen zu halten und sagt heute die unwichtigen Besprechungen ab. Dennoch wird er ständig davon gestört, dass seine Mitarbeiter – nicht gewohnt, die Bürotür geschlossen

vorzufinden – ohne anzuklopfen eintreten und er sich einerseits erschrickt, und andererseits wieder von seiner Arbeit abgelenkt wird. Er registriert alle Nebengeräusche und versucht dabei, Unwichtiges außer Acht zu lassen und gleichzeitig das Relevante als solches zu fokussieren und so einzuordnen. Es gelingt ihm nicht: selbst der zwitschernde Vogel, den er sonst nie beachtet, stört ihn permanent und bringt ihn immer wieder aus dem Konzept. Er denkt sich, dass seine Mitarbeitenden mit Absicht ohne anzuklopfen in sein Büro treten, nur um ihn zu ärgern oder zu erschrecken. Er reagiert darauf sehr gereizt, wenn nicht sogar aggressiv, was seine Mitarbeiter von ihm überhaupt nicht kennen bzw. nicht einordnen können. Er fühlt sich psychisch und körperlich gar nicht gut, weiß aber nicht genau, weshalb, auch wenn er es sich denken kann. Er beschließt, sich eine Auszeit zu gönnen: es ist Donnerstag und er macht vorzeitig Feierabend und bleibt einen Tag zuhause, obwohl er dies sonst nie tut. Als er nach vier Tagen „alleine zuhause die Seele baumeln lassen“ und viel Schlaf zur Arbeit kommt, geht es ihm wieder gut.

### ***Modellfall 2: Reizüberflutung im Kontext schizophrener Störungen***

Ein junger Mann mit schizophrener Störung ist seit drei Monaten in stationärer psychiatrischer Behandlung. Ständig wird er von seiner „Heimatstation“ aufgrund von dekompenziertem Verhalten auf die Akutaufnahmestation verlegt. Er kann sich so schlecht konzentrieren, dass er nicht einmal einen Fragebogen ohne größere Hilfe ausfüllen kann. Immer wieder ist er aufgeregt, angespannt und redet lauter als gewöhnlich. Er entwickelt Wahnideen, hat Derealisationserlebnisse, ist ängstlich und innerlich unruhig. Vor allem merkt man laut Aussage der Pflegekraft daran, dass er sich in einer Art „Reizüberflutung“ (sensorische Überbelastung) befindet, dass er sich sowohl motorisch unruhig als auch gereizt bis sehr aggressiv verhält. Diese Symptome bessern sich zwar, bringt man ihn in einer Umgebung unter, in welcher sensorische Reize so weit wie möglich reduziert sind. Doch bekommt er in einer solchen Umgebung Angst. Diese Angst lässt nach einiger Zeit zwar nach und er fängt an sich zu beruhigen bzw. zu entspannen, doch wird er aufgrund der von den Ärzten verordneten regelmäßigen pflegerischen Kontrollen immer wieder aus der mühevoll gefundenen Ruhe herausgerissen. Entweder manifestieren sich erneute Ängste oder er wird aggressiv und unruhig. Möchte man ihn in normales Stationsmilieu überführen, muss er nach spätestens 20 Minuten erneut in die „reizreduzierte Umgebung“, da ihn die Umgebungsreize (Mitpatienten, Hektik, Lärm, Licht) „überfordern“: es manifestiert sich eine erneute sensorische Überbelastung.

### ***Gegensätzlicher Fall***

Ein 43-jähriger Patient mit bipolarer Störung wird in eine psychiatrische Klinik eingewiesen. Er ist grundsätzlich leicht depressiv und es gibt für ihn keinen „Normalzustand“. Durch die Dauermedikation und die depressiven Zustände erlebt er sich als permanent „reizabgeschirmt“.



Daher setzt er immer wieder die Medikamente ab, um Reize bzw. Emotionen spüren zu können. Die zuständige Pflegefachkraft beschreibt dies mit den Worten des „ständigen bewussten Anstoßens der manischen Phasen“. Konkret bedeutet dies, dass der Patient gezielt Reize (auch soziale Reize) sucht, um die depressiven Phasen und seine „Reizabschirmung“ zu kompensieren. Ähnlich dem Phänomen des „sensationseeking“ fährt er dann Motocross und feiert ausgiebig mit Frauen und lauter Musik. Dies löst bei seiner Familie Sorge aus, weshalb sie ihn dann „wie ein kleines Kind behandelt“, worauf er wiederum mit (sozialem) Rückzug reagiert. In diesem Fall handelt es sich nicht um Reizüberflutung, sondern um das Phänomen des „sensationseeking“, da sich der Patient durch die Medikation eher einer sensorischen Deprivation ausgesetzt fühlt und dieser entgehen möchte.

### ***Grenzfall***

Ein 29-jähriger Patient, welcher unter einer schizoaffektiven Störung leidet, ist zum ersten Mal in stationärer psychiatrischer Behandlung. Er wirkt angespannt und unruhig, läuft ständig hin und her und sucht oft den Kontakt mit den Pflegekräften. Es wird davon berichtet, dass er „kein Empfinden für Reizüberflutung“ habe. Kommen jedoch viele Dinge zusammen, wie beispielsweise mehrere Therapietermine hintereinander, wäre der Patient sogar schon im Vorhinein „reizüberflutet“. Auch eine berufliche Tätigkeit mit einem hohen Stellenanteil löse laut Pflegekraft entsprechende Symptome der „Reizüberflutung“ aus, weshalb empfohlen wurde, dass er seine Stellenprozente reduzieren solle. Zu Beginn des Aufenthaltes sei der Patient in Situationen der „Reizüberflutung“ ein Rückzug in sein Zimmer angeboten worden. Da er jedoch „uneinsichtig“ gewesen sei, wurde diese Maßnahme als nicht erfolgreich eingestuft. Zum derzeitigen Zeitpunkt könne der Patient jedoch das Maß der Reize durch Rückzug in sein Zimmer selbst steuern, was er auch erfolgreich tue. Dass dieser Patient psychotische Symptomatik und teilweise affektive Störungen aufweist, scheint dem Krankheitsbild entsprechend normal zu sein. Es handelt sich bei diesem Patienten um einen Grenzfall. Es hat jedoch den Anschein, dass es sich nicht um Reizüberflutung im Sinne einer sensorischen Überstimulation, sondern eher um eine Mischung aus Überforderung (zu viele Termine, zu viel Arbeit) und krankheitsbedingtem Erregungszustand handelt.

#### 4.1.5 Empirische Referenten

Die Ermittlung bzw. Definition der empirischen Referenten stellt den letzten Schritt einer Konzeptanalyse dar. Empirische Referenten sind laut Walker und Avant (2011: 168) „*classes or categories of actual phenomena that by their existence or presence demonstrate the occurrence of the concept itself*“. Sie sind jedoch keine Werkzeuge zur Messung des Konzeptes, sondern Mittel zum Erkennen oder Messen der definierenden Attribute. Somit beziehen sich die empirischen Referenten direkt auf die definierenden Attribute und nicht auf das Konzept an sich (vgl. Walker und Avant, 2011).

Das Vorhandensein einer Reizüberflutung bzw. der definierenden Attribute einer Reizüberflutung kann teilweise mittels Beobachtung der Umgebung der betreffenden Person wahrgenommen bzw. festgestellt werden. Da Reizüberflutung jedoch ein sehr subjektives Konzept ist, müssen diese Beobachtungen durch Patientenaussagen bestätigt werden. Auch sind einige der definierenden Attribute von Reizüberflutung (z.B. Verzerrung der Wahrnehmung sensorischer Stimuli, gestörte Denkprozesse) wenn überhaupt nur sehr schwer beobachtbar und müssen explizit über Befragung der Patienten erhoben werden. In einer Literaturübersicht beschreibt Scheydt (Scheydt und Needham, 2016; unveröffentlichtes Manuskript) folgende Zeichen und Symptome der Reizüberflutung, welche als beobachtbare empirische Referenten der definierenden Attribute von Reizüberflutung beschrieben werden können (Tabelle 13).

**Tabelle 13: Empirischen Referenten der Nebenattribute von Reizüberflutung**

| Definierende Attribute  | Zeichen und Symptome (empirische Referenten)  |
|---|---|
| <b>Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen:</b>              | hohe Ablenkbarkeit; fehlender Aufmerksamkeitsfokus; schlechtes Konzentrationsvermögen   |
| <b>Wahrnehmungsstörungen:</b>                                     | Illusionen; Halluzinationen; Körperschemaveränderungen; Veränderung der Zeitwahrnehmung/ Störung des Zeiterlebens; Verzerrung der Wahrnehmung sensorischer Stimuli  |
| <b>Stressreaktionen:</b>  | Körperlich: Anstieg der Herzfrequenz, des Blutdruckes, der Atemfrequenz, körperliche Unruhe; Psychisch: psychische Erschöpfung, geringes psychisches Wohlbefinden   |
| <b>Gestörte Denkprozesse:</b>                                     | Formale Denkstörungen: z.B. Inkohärenz bzw. Zerfahrenheit, Ideenflucht, Abnahme der Problemlösefähigkeit; Inhaltliche Denkstörungen: v.a. Bildung von Wahndecken  |
| <b>Affekt- und Verhaltensauffälligkeiten, ineffektives Coping</b> | Stimmungsschwankungen in den Bereichen Aggression, Angst und Traurigkeit; Erhöhte und teilweise anhaltende Erregbarkeit; Vermeidungsverhalten (z.B. Meiden von Menschenansammlungen o.Ä.); Rückzugsverhalten (z.B. Rückzug in Zimmer auf einer Feier); Aussagen darüber, sich nicht abgrenzen oder abschirmen zu können |

## **4.2 Der pflegerische Umgang mit Reizüberflutung in der Psychiatrie**

Das Konzept des pflegerischen Umgangs mit Reizüberflutung kann definiert werden als *spezifische Pflegeinterventionen zum Schutz vor Reizüberflutung, zur Linderung des Phänomens Reizüberflutung sowie zur Unterstützung und Förderung des individuellen Bewältigungsverhaltens der Patienten bezüglich des Phänomens Reizüberflutung* (Scheydt et al., 2016c). Das Konzept beinhaltet demnach die Dimensionen Prävention, Symptom-Management sowie Bewältigungs-Förderung und -Unterstützung. Der Umgang mit Reizüberflutung kann sowohl aktiv als auch passiv durchgeführt werden und teilweise als Maßnahmenkomplex der Betroffenen selbst, aber vor allem der Betreuenden verstanden werden (vgl. Scheydt und Needham, 2014, Scheydt et al., 2016b).

Im Rahmen der Analyse konnten in Arbeitsschritt A (Entwicklung des theoretischen Rahmenmodells; vgl. Scheydt et al., 2016c) folgende Teilkonzepte bzw. „Dimensionen“ des pflegerischen Umgangs mit Reizüberflutung extrahiert werden: Reizabschirmung, Modulation der Umgebungsfaktoren sowie Hilfe zur Selbsthilfe. Im Rahmen des zweiten Arbeitsschrittes sollte, wie bereits im Methodenteil beschrieben, das erarbeitete Rahmenmodell mittels qualitativer Interviews von Pflegefachkräften „empirisch verifiziert“ bzw. inhaltlich erweitert werden, um „somit den Wahrheitsgehalt des Konzeptes hinsichtlich der pflegerischen Praxis in der Psychiatrie zu erhöhen“ (Scheydt et al., 2016c) und eine möglichst gut gesättigte Konzeptualisierung des pflegerischen Umgangs mit Reizüberflutung in der stationären Psychiatrie zu erhalten. In Folge dessen konnten nach der Analyse der Interviews und der Synthese der Ergebnisse der beiden Arbeitsschritte die bereits beschriebenen Teilkonzepte um das Teilkonzept „Wahrnehmungsmodulation“ ergänzt werden. Die vier Teilkonzepte bzw. „Dimensionen“ des pflegerischen Umgangs mit Reizüberflutung in der stationären Psychiatrie (Reizabschirmung, Modulation der Umgebungsfaktoren, Wahrnehmungsmodulation sowie Hilfe zur Selbsthilfe und Coping-Förderung) werden nachfolgend näher dargestellt.

### **4.2.1 Reizabschirmung**

Reizabschirmung kann definiert werden als *das Abschirmen einer Person gegen belastende (bzw. überfordernde) Umgebungsreize zum Schutz vor und zur Linderung von Reizüberflutung*. Das primäre Ziel der Reizabschirmung ist die Linderung des Phänomens Reizüberflutung durch die aktive Behandlung der ätiologischen Faktoren sowie die Vermeidung möglicher Einflussfaktoren einer Reizüberflutung (z.B. Vermeidung spezifischer Umgebungsfaktoren und Umgebungen). Desweiteren sind sich Experten aus Pflege und Medizin darüber einig, dass es sich bei Reizabschirmung nicht um Isolation als Zwangsmaßnahme handele, wengleich eine

Reizabschirmung auch unter Zwang durchgeführt werden könne, sollte es die jeweilige Situation erfordern (vgl. Scheydt et al., 2016b).

Als konkrete Maßnahmen zur Reizabschirmung konnten nach Durchführung der Studie folgende zusammengefasst werden: a) die betroffene Person aus der Situation herausholen und/oder mit ihr die Situation verlassen, b) zeitlich begrenzter Ausschluss vom therapeutischen (Gruppen-) Programm inklusive Einschränkung von Kontakten und Besuchen, c) zeitlich begrenzter Rückzug in einen separaten und ruhigen Raum ermöglichen bzw. verordnen sowie d) Separieren der betroffenen Person aus der Situation der vermehrten und belastenden Reize durch Verbringen der betroffenen Person in einer ruhigen und ungestörten Umgebung (sog. „reizabgeschirmter Bereich“) durch einfachen Raumwechsel oder aber durch die – mehr oder weniger restriktive – Unterbringung der Person in speziell für diesen Zweck konzipierten Zimmern im Sinne von einschränkenden Maßnahmen zur Reizabschirmung.

Das Vermeiden bzw. Verlassen von Situationen, welche eine Reizüberflutung auslösen könnten, wurde bereits in der Arbeit von Scheydt und Needham (Scheydt und Needham, 2014) als Bewältigungsstrategie der Betroffenen beschrieben, wonach diese Art der Bewältigungsstrategie vor allem als präventive Strategie zu verstehen sei. Sind die Betroffenen jedoch nicht in der Lage, selbst adäquate Entscheidungen in Bezug auf Bewältigungs- und Anpassungshandlungen zu treffen, kann das Vermeiden bzw. Verlassen von Situationen, welche eine sensorische Überstimulation auslösen können, auch von Pflegenden „verordnet“ werden. Somit handelt es sich um eine Intervention der Pflegenden, welche jedoch ebenfalls zur „Coping-Förderung“ beiträgt und einen präventiven bzw. prophylaktischen Charakter besitzt. So lassen Pflegekräfte die betroffenen Personen beispielsweise nicht im überfüllten Raucherraum rauchen, sondern gehen mit ihnen an die frische Luft zum Rauchen (I.3).

Ein weiteres eindrückliches Beispiel für eine einfache, aber laut Aussagen der Befragten effektive Maßnahme zur Reizabschirmung wird in folgendem Textausschnitt beschrieben: *„Und eindrücklich sind auch immer Situationen im Speisesaal. Ganz viele kranke Menschen in diesem kleinen Speisesaal. Alle sind laut, es klappert. Messer, Teller, Tassen / Patienten babbeln, Pflegekräfte noch dazu. Und dann sitzt irgendeiner da drin und bekommt SO einen Kopf und fängt dann an zu schreien. [...] Und solche Patienten, wo man wusste, dass die schnell reizüberflutet dann sind, die haben wir dann auch gar nicht im Speisesaal essen lassen, sondern haben die einfach im Zimmer oder in irgendeiner ruhigen Ecke dann hingesezt. Und das war dann viel, viel besser“* (I.6: 203-209). Hierbei handelt es sich um eine Mischung aus Vermeidung der

belastenden Situation und vorübergehender Ausschluss vom (therapeutischen) Gruppenprogramm.

Sowohl in den Fragebögen der Delphi-Studie (Scheydt und Needham 2014) als auch in den Interviews wurde nicht sehr konkret auf die mehr oder weniger restriktive Unterbringung zur Reizabschirmung eingegangen. Wenn solche Maßnahmen im Rahmen der Interviews angesprochen wurden, dann nur im Zusammenhang mit der Behandlung im geschlossenen, akutpsychiatrischen Bereich, um beispielsweise Fixierungen zu vermeiden: „[...] wenn wir merken es wird zu viel und wir wollen eine Fixierung vermeiden, dann sagen wir den Patienten, sie sollen sich doch bitte ins Zimmer zurückziehen“ (I.5: 358-360).

Weitere wichtige Aspekte in Bezug auf das Teilkonzept Reizabschirmung werden in den bereits in Kapitel 1.1.2 beschriebenen Arbeiten von Suedfeld und Borrie (1999) sowie Canatsey und Roper (1996) beschrieben.

#### **4.2.2 Modulation der Umgebungsfaktoren**

Modulation der Umgebungsfaktoren kann definiert werden als *die aktive Beeinflussung bzw. Veränderung bestimmter belastender sozialer oder physikalischer Reize aus der Umgebung der Person sowie die Gestaltung der Umgebung des Patienten für den therapeutischen Nutzen*. Das primäre Ziel der Modulation der Umgebungsfaktoren ist der Schutz der Person vor Reizüberflutung durch die aktive Beeinflussung bzw. Veränderung der als aversiv erlebten Umgebungsfaktoren sowie der aktiven Veränderung bzw. Gestaltung des unmittelbaren Milieus („Gestaltung eines reizarmen Milieus“).

Konkret bedeutet dies zweierlei: Zunächst können die spezifischen Reize in ihrer Intensität reduziert oder zum Zwecke der Erhaltung des therapeutischen Milieus gänzlich ausgeschaltet werden. Weiter beinhaltet dieser Interventionskomplex die Gestaltung des Milieus in „reizarmer Art und Weise“, durch beispielsweise Schaffen einer ruhigen Atmosphäre, durch spezifische „reizreduzierende“ Stationskonzepte oder durch spezifische Verhaltensregularien. Eine separat erwähnenswerte Unterkategorie der Reiz- und Umgebungsgestaltung ist das „Ermöglichen von Bewältigungs- und Pflegehandlungen“. Hierbei sollen durch eine adäquate Milieugestaltung und milieutherapeutische Prinzipien die Vorbedingungen geschaffen werden, Hilfe zur Selbsthilfe zu gewährleisten. Darüber hinaus sollen Vorbedingungen dafür geschaffen werden, dass die betroffenen Personen ihre Bewältigungsstrategien und Bewältigungshandlungen durchführen können.

Es können nach der Datenanalyse folgende Maßnahmen zur Reiz- und Umgebungsgestaltung beschrieben werden: a) Gestaltung einer möglichst ruhigen Umgebung bzw. eines adäquaten therapeutisch-gesundheitsförderlichen Milieus, b) Reizmodulation durch aktive Beeinflussung der äußeren Reize bei akuter Reizüberflutung sowie c) Bereitstellen von Rückzugsmöglichkeiten, von Beschäftigungsmöglichkeiten sowie von Alternativen in Situationen der Reizüberflutung.

Die beiden pflegerischen Interventionen Reizmodulation und Gestaltung eines ruhigen Stationsmilieus sind sich inhaltlich sehr ähnlich. Beide fokussieren die aktive Veränderung oder das Ausschalten von Umgebungsreizen, die als stresshaft für den Patienten eingeschätzt wurden. Der Unterschied besteht jedoch darin, dass Maßnahmen im Rahmen der „Reizmodulation“ vorwiegend in nicht geplanten Pflegesituationen durchgeführt werden, wohingegen Aktivitäten zur Gestaltung eines ruhigen Stationsmilieus geplant durchgeführt werden. Das bedeutet konkret, dass im Rahmen der Gestaltung eines reizarmen bzw. ruhigen Stationsmilieus Einflussfaktoren, welche eine Reizüberflutung auslösen könnten, bereits im Vorfeld vermieden und, soweit es geht, minimiert werden. Nachfolgend werden die in den Interviews extrahierten Inhalte in Bezug auf diese Kategorien zusammengefasst dargestellt.

Als wichtigsten Aspekt im Zusammenhang mit der Gestaltung eines reizarmen bzw. reizreduzierten Milieus wird beschrieben, *„[...] dass man für eine gute Atmosphäre sorgt auf den Stationen, wo man Patienten einfach auch ein bisschen schützt vor diesen Situationen [...]“*. Ein häufig genanntes Beispiel in diesem Kontext ist, dass *„reizüberflutungs-fördernde Situationen“* häufig von – vor allem nicht-medizinischem – Personal verursacht werden, *„[...] wo dann einfach Leute kommen, wo zum Beispiel Reinigungspersonal einfach mal so auf Station stürmt und Teller hin und her schmeißt. Die merken das ja auch nicht, die sind auch im Stress und kommen mit ihren Wagen und bestücken da die Küche und laden Saft und Milch und alles Mögliche aus und knallen mit der Tür. Und das beeinträchtigt Patienten auch“* (I.1: 494-499). Mit diesen Situationen kann man allerdings adäquat umgehen, wie nachfolgendes Beispiel zeigt: *„[...] wenn zum Beispiel jetzt diese übereifrige Servicekraft mit ihrer Geschäftigkeit da in der Küche einfach genervt hat, dann kann ich ja mit der reden und sagen: »Wissen Sie, der Patient ist sehr sensibel, der ist geräuschempfindlich und es ist gerade wichtig, dass wir das alles im gemäßigten Ton machen«.* [...]“ (I.1: 539-542). Weiter wird die „optimale Belegung einer Station“ im Zusammenhang mit der Gestaltung eines adäquaten, ruhigen Stationsmilieus beschrieben. Konkret bedeutet dies, dass bei der Belegung der Station darauf geachtet werden sollte, dass beispielsweise nicht zu viele schwer kranke Patienten auf einer Station geballt sind, sondern diese zum Beispiel im Rahmen des Bettenbelegungs-Managements in einer Klinik besser auf die Stationen „verteilt“ werden (I.2).

Unter Reduktion bzw. Ausschaltung der Umgebungsreize (Reizmodulation) soll wiederum die aktive Beeinflussung der Umgebungsreize des Patienten in Situationen der Reizüberflutung verstanden werden. Das bedeutet konkret, dass die unmittelbaren Umgebungsreize der betroffenen Person, die bei dieser eine Reizüberflutung ausgelöst haben oder auslösen könnten, durch die Pflegekraft aktiv gemindert oder ausgeschaltet werden. Als häufig genanntes Beispiel zur Reizmodulation wird das Separieren der Störfaktoren von den sensiblen Patienten beschrieben. Oft erwähnt wird in diesem Zusammenhang das Vorhandensein von für die jeweilige Situation unangemessen vielen Personen, wie es z.B. im Rahmen von Oberarztvisiten oder dem Besuch von Angehörigen der Fall ist. Wenn in solchen Momenten die Pflegenden merken, dass bei der betroffenen Person die Gefahr einer Reizüberflutung aufgrund dieser Situation besteht oder sich aus diesem Grund gerade eine Reizüberflutung manifestiert, ist die Aufgabe der Pflegekraft die „Auflösung der Situation“. Nachfolgendes Fallbeispiel soll eine solche Situation veranschaulichen: *„Dann tu ich natürlich darauf reagieren, indem ich – wenn ich merke zum Beispiel wir sind Abendessen mit den Patienten und es sind ganz viele Besucher da, so klassisch Sonntagnachmittag, und alle wollen mit ihren Angehörigen gemeinsam essen und ich merke, der Lautstärkepegel kocht hoch und einzelne Patienten können damit nicht umgehen – dann sage ich „Ok, alle könnt ihr jetzt hier nicht mit rein, das ist zu laut. Jeder kann mit EINEM Angehörigen jetzt irgendwie hier sitzen. Die anderen müssen bitte draußen warten“ (I.3: 426-431).*

Nicht nur übermäßig viel Besuch oder Visiten mit der Beteiligung unnötig vieler Personen, sondern auch sogenannte „störenden Patienten“ stellen laut Aussagen in den Interviews einen Einflussfaktor dar, welcher eine Reizüberflutung auslösen kann. Als störende Patienten werden in den Interviews sowohl manische Patienten als auch schreiende Patienten, wie sie im gerontopsychiatrischen Bereich anzutreffen sind, beschrieben. Somit ist es nicht verwunderlich, dass im Rahmen der Maßnahmen zum Umgang mit Reizüberflutung das Separieren „störender Patienten“ als Maßnahme der Pflegenden beschrieben wurde. Hierbei kann man wohl sagen, dass es sich um eine Art des Ausschaltens der Umgebungsreize durch Isolation eines aufgrund von beispielsweise Schreien als „störend“ empfundenen Patienten handelt. Nachfolgendes Zitat soll diese Art der Maßnahme zum „Umgang mit Reizüberflutung“ beispielhaft veranschaulichen: *„[...] wir hatten auch oft Patienten, die viel geschrien haben oder gerufen haben. Und dann muss man sich vorstellen: die sitzen dann draußen in diesem Aufenthaltsbereich und schreien und rufen die ganze Zeit. Und außen rum sitzen 20 andere Patienten, die die Krise kriegen. Und dann habe ich auch mal diesen rufenden Patienten genommen und ins Zimmer geschoben, wenn ich wusste „Ok, der fällt jetzt nicht hin oder so, der bleibt halt sitzen“. [...] Und dann hat der Patient*

*auch manchmal aufgehört zu schreien, aber auch nicht immer.*“ Diese Maßnahme wird laut Aussage innerhalb des Interviewmaterials (I.6: 276-287) sowohl zum Schutz der anderen, als auch zum Schutz des Patienten selbst durchgeführt.

Als letzten Aspekt im Rahmen des Umgebungsmanagements wurde das Ermöglichen von Bewältigungshandlungen, aber auch von Pflegeinterventionen beschrieben. Konkret beinhaltet dieses Element des Umgangs mit Reizüberflutung folgendes: die Pflegenden ermöglichen im Rahmen der Milieugestaltung die Durchführung von Bewältigungsstrategien der Betroffenen, indem sie a) den Betroffenen die Möglichkeit gewährleisten, die Station zu verlassen, b) bei neuen Patienten die Zimmer adäquat den Bedürfnissen entsprechend auswählen sowie c) Rückzugsmöglichkeiten zur Verfügung stellen bzw. vorhalten. Des Weiteren ermöglichen die Pflegenden im Rahmen der Milieugestaltung die Durchführung von Pflegeinterventionen und Pflegemaßnahmen, indem sie vor allem Räumlichkeiten zur Verfügung stellen (z.B. Einzelzimmer, Gesprächszimmer, Entspannungsraum usw.), in welchen beispielsweise Maßnahmen zur „räumlich-strukturellen“ Reizabschirmung durchgeführt werden oder etwa Maßnahmen zur Hilfe zur Selbsthilfe angeboten werden können. Als wichtiger Aspekt in diesem Zusammenhang wurde vor allem in den Interviews die Gestaltung von zum Beispiel „Oasen“ im Sinne alternativer Stationskonzepte beschrieben. So sollten Stationen, welche den Aspekt der Reizüberflutung, aber auch der Reizunterversorgung berücksichtigen, in verschiedene Umgebungsbereiche aufgeteilt werden, welche in unterschiedlicher „Reizqualität“ beschaffen sind bzw. unterschiedlich eingerichtet sind, *„wo man so Ruhezeiten hat, wo man Begegnungszonen hat, wo man so etwas wie einen Marktplatz hat, wo eben viel los ist“* (I.1: 603-604). Dies ermöglicht es den betroffenen Patienten, sich die ihrer jeweiligen Situation und ihren jeweiligen situationsbedingten Bedürfnissen entsprechenden Stationsbereiche aussuchen zu können.

#### **4.2.3 Wahrnehmungsmodulation**

Nach Analyse der Interviews und einer erneuten Betrachtung der qualitativen Delphi-Fragebögen wurde den von Scheydt et al. (2016c) erarbeiteten Kategorien die Kategorie „Wahrnehmungsmodulation“ hinzugefügt. Unter dem Teilkonzept der Wahrnehmungsmodulation soll die aktive Beeinflussung der Wahrnehmung der betroffenen Person durch das Setzen eines künstlichen Filters von außen verstanden werden. Dies kann durch Ablenkung bzw. Bündelung der Aufmerksamkeit weg von den als aversiv bewerteten Reizen oder aber durch die pharmakologische Beeinflussung der Wahrnehmung geschehen. Somit können nach der Analyse folgende Maßnahmen zur Wahrnehmungsmodulation



beschrieben werden: a) Gemeinsame Fokussierung bzw. Ablenkung der Aufmerksamkeit sowie b) Wahrnehmungsänderung durch Medikamente.

Während gemeinsame „Fokussierung der Aufmerksamkeit“ die Konzentration der Aufmerksamkeit der betroffenen Person auf das Wesentliche beschreibt, bedeutet die „Ablenkung der Aufmerksamkeit“, dass die betroffene Person durch beispielsweise Motivation zu Aktivitäten wie Stricken, Körbe flechten oder aber die Gabe anderer, nicht stressbehafteter Reize von den stressbehafteten Reizen abgelenkt werden soll. Auch das Verlassen der Situation fällt unter die Kategorie Ablenkung, wird jedoch im Zusammenhang mit der Kategorie Reizabschirmung beschrieben. Folgendes Zitat stellt ein schönes Beispiel für die in den Interviews beschriebene Intervention der Ablenkung bei Reizüberflutung dar: *„Ich geh mit denen [Patienten] – als wir noch den Garten zum Beispiel hatten – auch gern in den Garten. Erzähl – wenn es Frauen sind, bei so älteren Gerontofrauen – immer über Blumen. Das entspannt die ganz oft, wenn die irgendwie dann auch Pflanzen anfassen können, wenn du mit denen drüber reden kannst, über die Sinne irgendwie arbeiten kannst. Im Prinzip auch Reize gibst, aber andere Reize, eben keine stressenden Reize“* (I.3: 496-501).

Das Ziel der „Wahrnehmungsänderung durch Medikamente“ wird im Rahmen der Fragebögen und der Interviews als „Reduktion der Sensibilität bezüglich Reize“ bzw. „Minderung der Aufnahmefähigkeit für Reize“ durch z.B. „Reduktion der Vigilanz“ mittels „sedierender oder schlaffördernder (Bedarfs-)Medikamente“ beschrieben. Vorwiegend wird diese Maßnahmen in dem Zusammenhang beschrieben, dass bei herausforderndem Verhalten beispielsweise „Fixationen vermieden werden sollen“ (I.5). Diese Art der „Wahrnehmungsmodulation“ ist laut Aussage der Experten des Delphi-Panels (Scheydt et al., 2016b) aber auch der Interviewpartner angezeigt, wenn andere Maßnahmen zur Abschirmung oder Ablenkung keine Wirkung zeigten. Nachfolgendes Zitat soll dies verdeutlichen: *„Also mehr als den irgendwie ein bisschen rausnehmen, jetzt auch vor den anderen Patienten noch ein bisschen schützen, kann ich ja fast nicht tun. Dann kannst du – also nach der Ablenkung, wenn das nicht funktioniert – ihm eine Bedarfsmedikation anbieten. Das ist auch eine Möglichkeit. Finden auch viele Patienten dann gut, weil es einfach ist und die so gequält sind, dass es einfach nur noch aufhören soll“* (I.1, Z. 529-533).

Allerdings stellt die Reizüberflutung noch keine Indikation für eine pharmakologische Behandlung dar, wie in den Interviews und den Fragebögen deutlich beschrieben wird. Hier sei die Indikation der pharmakologischen Behandlung vor allem die zugrundeliegende psychische Störung, aus welcher eine Reizüberflutung resultiert. Auch in der S2-Leitlinie „therapeutische

Maßnahmen bei aggressivem Verhalten“ des DGPPN (2010) wird beschrieben, dass die Indikation für eine Behandlung mit Psychopharmaka sich grundsätzlich erst „aus einem kausalen Zusammenhang mit einer psychischen Störung ergebe“ (DGPPN, 2010: 63).

#### **4.2.4 Hilfe zur Selbsthilfe und Coping-Förderung**

Das Teilkonzept „Hilfe zur Selbsthilfe“ kann definiert werden als *Unterstützung der Betroffenen in der Entwicklung, Nutzung und Stärkung der Bewältigungsressourcen und –strategien sowie der Unterstützung bei der Anwendung dieser Ressourcen und Strategien zum Umgang mit Reizüberflutung*. Es handelt sich somit um Interventionen zum Lernen des Umgangs mit und zur Bewältigungsunterstützung bei sensorischer Überbelastung. Hierbei steht die Leitung, die „Belehrung“ bzw. Information und die Unterstützung des Patienten, aber auch die teilweise Übernahme der Pflegehandlung im Vordergrund. Das primäre Ziel besteht in der Stärkung der Bewältigungsressourcen der Betroffenen bezüglich des Umgangs mit Reizüberflutung in Alltagssituationen. Dies wird dadurch erreicht, dass gemeinsam mit den Betroffenen Strategien zum Umgang mit Reizüberflutung identifiziert und diese durch Training und Einüben gestärkt werden (Scheydt et al., 2016b). Ein weiterer wichtiger Bestandteil der Aktivitäten im Zusammenhang mit der „Hilfe zur Selbsthilfe“ besteht darin, die Betroffenen hinsichtlich des Einsatzes der individuellen Bewältigungsstrategien zu unterstützen, was teilweise auch beinhaltet, dass sie im Sinne der Reizabschirmung oder der Reizgestaltung „dazu aufgefordert werden können“, die vorhandenen Strategien – wie z.B. „zum Rückzug auffordern – anzuwenden (Scheydt und Needham, 2014; Scheydt et al., 2016b).

Das primäre Ziel besteht in der Stärkung der Bewältigungsressourcen der Betroffenen bezüglich des Umgangs mit Reizüberflutung in Alltagssituationen. Dies wird dadurch erreicht, dass gemeinsam mit der betroffenen Person Strategien zum Umgang mit Reizüberflutung identifiziert und diese durch Training und Einüben gestärkt werden. Scheydt et al. (2016a) beschreiben in diesem Zusammenhang, dass der Fokus der Maßnahmen „auf die Lebenswelt und den Alltag der betroffenen Person gelegt werden [sollte], da Bewältigungsstrategien, die stationär als effektiv bewertet werden können (z.B. Rückzug), im Alltag der betroffenen Person zuhause schnell zu ineffektiven Strategien werden können (z.B. soziale Isolation)“.

Es können nach der Konzeptsynthese vor allem folgende Maßnahmen in Bezug auf Hilfe zur Selbsthilfe beschrieben werden: a) Patientenedukation, Ursachenanalyse und gemeinsame Entwicklung von Bewältigungsstrategien, b) Training sowie c) therapeutisch-aktivierende Pflege.

Ein wichtiger Aspekt, welcher in den Interviews hinsichtlich der edukativen Maßnahmen zur Sprache kommt, ist – neben der Schulung der betroffenen Patienten – die gemeinsame Erarbeitung von individuellen Bewältigungsstrategien. Hierbei wird von den Befragten großer Wert auf den Aspekt der Individualität im Rahmen der gemeinsamen Entwicklung der Strategien gelegt, da die betroffene Person *„eigene persönliche Erfahrungswerte [hat], wie sie in der Vergangenheit mit Stresssituationen [...] oder mit Reizüberflutung“* umgegangen ist (I.3: 616-618). Wie die Entwicklung der Bewältigungsstrategien hinsichtlich des Umgangs mit Reizüberflutung konkret Anwendung finden, wird in den Interviews nicht klar beschrieben. Es wird lediglich erwähnt, dass es sich um einen partizipativen, individuellen Prozess handelt. Allerdings scheint der Aspekt des „Ausprobierens“ einen großen Stellenwert sowohl im Zusammenhang mit der Entwicklung als auch hinsichtlich des Trainings der Strategien zum Umgang mit Reizüberflutung zu haben.

Ein wichtiger Bestandteil im Zusammenhang mit den Aspekten der Hilfe zur Selbsthilfe scheint nach Analyse der Interviews der Aspekt des „Einfach mal machen lassen“ zu sein. Konkret bedeutet dies, dass Patienten, welche Erfahrung mit Reizüberflutung haben, häufig selbst besser wissen, was ihnen in diesen Situationen gut tut und wie sie mit diesen Situationen umzugehen haben. Aber nicht nur „erfahrene“ Patienten wissen um solche Bewältigungsstrategien, auch Patienten, welche noch nicht so viel Erfahrung mit Reizüberflutung haben, wissen häufig intuitiv, was ihnen in diesen Momenten gut tut. In einem Interview wird berichtet, dass man nicht gut damit beraten sei, die Patienten davon abhalten zu wollen, diese Bewältigungsstrategien anzuwenden. *„Eher ist immer der Weg zu verstehen und »kann ich da unterstützen?«. Und wenn die etwas machen, was eben gefährlich ist, dann bisschen die Steuerung übernehmen. So ein bisschen auslenken, eine Alternative anbieten oder so Geschichten einfach. Ich glaube damit ist man gut unterwegs“* (I.1: 814-819).

Zur Veranschaulichung des Aspektes „Einfach mal machen lassen“ soll nachfolgendes Fallbeispiel dienen: *„Also ich habe zum Beispiel eine Patientin erlebt, die unters Bett gekrochen ist [...] und sich mit beiden Händen die Ohren zugehalten hat [...] und den Kopf immer zu geschaukelt hat. Das kann ja erst mal alles Mögliche sein, wenn man die Patientin nicht kennt. Das kann Angst sein, das kann einfach die Wahrnehmungsstörung sein, dass sie mich verkennt, dass sie die ganze Situation verkennt. Was mir viel später klar geworden ist, weil sie es mir dann erzählt hat: dass die also wahnsinnige akustische Halluzinationen hatte, und auch szenische Halluzinationen. Und das passte aber nicht zusammen. Und dann kam ich ja auch noch als Pflegende in das Zimmer und wollte auch noch etwas von ihr. Und im Prinzip war das von ihr eine Flucht, um aus der Situation rauszugehen. Instinktiv ja eigentlich das richtige, wenn es zu viel*

wird wegzugehen. Aber für mich als Pflegeperson dann ein Problem, weil ich das nicht einordnen kann“ (I.1: 33-44). Deutlich wird hierbei auch, wie manche Patienten auch im Sinne der beschriebenen Dimensionen mit Reizüberflutung umgehen. Als weiteren Aspekt, welcher hier zusammengefasst werden soll, konnte aus den Fragebögen und vor allem dem Interviewmaterial der Aspekt des Trainings und der aktivierenden Pflege extrahiert werden. Hierunter ist im Zusammenhang mit vorliegender Arbeit zweierlei gemeint: einerseits das Training der im Rahmen der Patientenedukation erarbeiteten Strategien und Skills zum Umgang mit Reizüberflutung und andererseits an den Ressourcen der betroffenen Person orientierte, die Fähigkeiten unterstützende und fördernde Pflege in Bezug auf den Umgang mit Reizüberflutung in geplanten und ungeplanten Pflegesituationen. Die Unterscheidung zwischen Training und aktivierender Pflege ist nicht ganz eindeutig, weshalb diese beiden Aspekte auch zusammengefasst betrachtet wurden. Allerdings stellt das Training im Zusammenhang mit dem Thema der vorliegenden Arbeit geplante Pflegemaßnahmen dar, während die aktivierende Pflege zwar als solche ebenfalls geplant ist, die einzelnen Aktivitäten im Rahmen der aktivierenden Pflege jedoch vorwiegend in ungeplanten Pflegesituationen durchgeführt werden, wie z.B. das Aufzeigen von Alternativen, die Motivation zur Anwendung gemeinsam erarbeiteter Skills und Bewältigungsstrategien, die Motivation zur Vermeidung reizbelasteter Orte bzw. Situationen.

Im Zusammenhang mit den qualitativen Daten hebt ein Experte des Delphi-Panels einen spezifischen Inhalt besonders hervor: als Alternative zur Reizabschirmung beschreibt dieser Experte eine „differenzierte, auf den Alltag des Patienten bezogene Reizreduzierung“, was im Rahmen des pflegerischen Umgangs mit Reizüberflutung vor allem im Teilkonzept „Hilfe-zur-Selbsthilfe bzw. Coping-Förderung“ zu geschehen hat („Alltagstraining“). Hierbei beschreibt der Experte folgende Beispiele, welche als Strategien zur „Modulierung eines überfordernden zu einem aushaltbaren Reiz“ zu verstehen sind: Statt auf dem Wochenmarkt einzukaufen, geht der Patient in einen kleineren Lebensmittelmarkt; statt während der Hauptgeschäftszeit, lieber zu einer Nebenzeit einkaufen gehen; nicht die Premieren-Kinovorstellung, sondern die in der Folgewoche besuchen; sich nicht mehreren Reizen gleichzeitig aussetzen, sondern die Reize gezielt sequenziell aufsuchen. Diese Darstellungen bedeuten ebenfalls, dass den Maßnahmen im Kontext der „Hilfe-zur-Selbsthilfe bzw. Coping-Förderung“ vorwiegend die Selbsterfahrung der Betroffenen mit dem Umgang mit Reizüberflutung zugrunde liegt. Konkret bedeutet das, dass die Erfahrungen der Betroffenen bezüglich des Umgangs mit Reizüberflutung und deren mögliche Wirksamkeit die Basis der mit diesem Teilkonzept zusammenhängenden Maßnahmen bilden.

## 5 Diskussion

### 5.1 Analyse und Spezifikation des Begriffes Reizüberflutung

#### *Zusammenfassende Diskussion*

Durch die Konzeptanalyse konnte systematisch ein auf internationaler Literatur basierendes, allgemeineres Verständnis von Reizüberflutung erarbeitet werden, als es durch die Delphi-Studie (Scheydt et al., 2016a) erreicht wurde. Die Ergebnisse der Konzeptanalyse zeigen, dass Reizüberflutung in der Literatur vielfach unterschiedlich definiert wird. Durch die durchgeführten Schritte der Konzeptanalyse nach Walker und Avant (2011) konnten die Definitionen analysiert und eine Synthese durchgeführt werden, was zu einer adäquaten Definition des Phänomens Reizüberflutung und seiner definierenden Attribute führte. So wurde Reizüberflutung, im Sinne einer sensorischen Überstimulation, definiert als eine subjektiv oder objektiv wahrgenommene, atypische bzw. exzessive sensorische Stimulation über dem für die Person zuträglichen Niveau. Dies bedeutet, dass die betroffene Person einen Anstieg der Intensität, der Vielfalt und/oder des Musters der sensorischen Umgebungsreize wahrnimmt, welche das für sie gewohnte Niveau überschreiten und somit als belastend erlebt werden. Reizüberflutung und sensorische Überstimulation können zwar synonym zueinander verwendet werden, wenngleich hinsichtlich einer klaren Abgrenzung im deutschsprachigen Raum die Verwendung des Begriffes sensorische Überstimulation im professionellen Kontext empfohlen wird.

Weiter konnten die Vorbedingungen und möglichen Konsequenzen (Outcomes) mithilfe der Konzeptanalyse identifiziert und beschrieben werden. Die Vorbedingungen von Reizüberflutung sind das Vorhandensein von subjektiv oder objektiv wahrnehmbarer sensorischer Stimulation, aber auch die Bewertung dieser Stimulation als aversiv bzw. belastend. Hier sieht man deutlich den Zusammenhang zwischen den Vorbedingungen und Outcomes und den stresstheoretischen Überlegungen von Lazarus und Folkman (z.B. Lazarus und Folkman, 1984; Lazarus, 2005) oder den theoretischen Überlegungen in Roy's Adaptionmodell (Roy und Andrews, 1991; Randell et al., 1982).

Die Konsequenzen bzw. Outcomes des Konzeptes können auf einem Kontinuum beschrieben werden, welches sowohl negative (ineffektive Verhaltensweisen) als auch positive Ergebnisse (effektive Bewältigung bzw. Anpassung) abbildet. Goldberger (1993: 337) beschreibt in diesem Zusammenhang, dass die negativen Folgen von Reizüberflutung auf einem Spektrum der Psychopathologie abgebildet werden, welches sich von Schizophrenie-ähnlichen Symptomen bis hin zu Phänomenen erstreckt, welche als „psychodelisch“ bezeichnet werden können. Auch

Ludwig (1972) beschreibt die Symptome von Reizüberflutung als „psychodelische Effekte“, was in der Delphi-Studie von Scheydt et al. (2016a) ebenfalls dargestellt wird.

Durch die Unterscheidung der sensorischen und informationellen Überstimulation konnten die konzeptuellen Grenzen aufgezeigt werden, wenngleich die Hypothese vertreten wird, dass die Auswirkungen bzw. Symptome von „overload“ bzw. „Überstimulation“ im Allgemeinen zumindest ähnlich sind, egal ob informationeller oder physikalischer Natur. Gerade im deutschsprachigen Raum, in welchem der Begriff „Reizüberflutung“ häufig beide Arten des „overload“ berücksichtigt, ist diese Abgrenzung in der einheitlichen Begriffsverwendung und der damit verbundenen Diagnosestellung und Interventionswahl essentiell. Auch wenn diese Unterscheidung geglückt und somit die konzeptuellen Grenzen aufgezeigt werden konnten, ist eine weitere Klärung in Bezug auf die Unterscheidung zwischen internaler, durch Halluzinationen, Emotionen oder ähnlichem ausgelöst, und externaler Reizüberflutung durchzuführen.

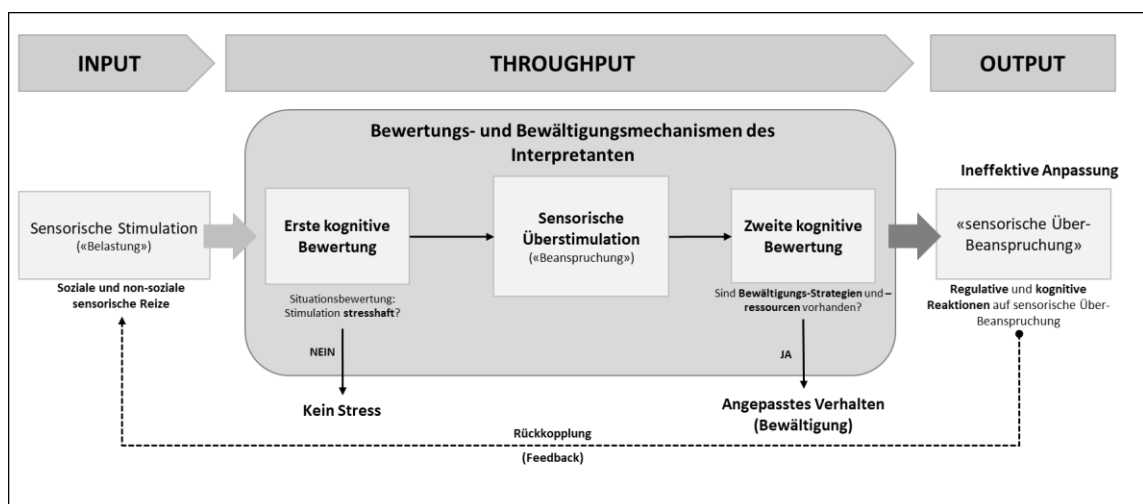


Abbildung 2: Erklärungsmodell der Reizüberflutung (eigene Darstellung)

Eine erste Modellierung des Konzeptes der Reizüberflutung, im Sinne einer sensorischen Überstimulation, könnte wie in Abbildung 2 beschrieben werden. Dieses Modell zeigt das Konzept der Reizüberflutung als vereinfachtes Input-Throughput-Output-Modell, welches sowohl auf dem Stress-Coping-Modell nach Lazarus als auch auf dem Belastungs-Beanspruchungs-Modell, wie es von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin BAUA (2010) beschrieben wurde, basiert. Hierbei bildet die sensorische Stimulation im Sinne einer Belastung den Input, die sensorische Überstimulation ist das Resultat der im Throughput stattfindenden ersten kognitiven Bewertung. Sie ist die Vorbedingung für eine etwaige „sensorische Überbelastung“, welche als maladaptive Reaktionen auf einen Mangel an

Ressourcen und effektiven Strategien zur Bewältigung einer sensorischen Überstimulation verstanden werden soll.

### ***Limitationen der Studie***

Eine Limitation der Studie liegt sicherlich in der Methode der Konzeptanalyse an sich, denn auch Walker und Avant (2011) geben zu bedenken, dass es sich bei den Ergebnissen von Konzeptanalysen stets um vorläufige Ergebnisse handelt. Auch wenn die Methode der Konzeptanalyse nicht selten kritisiert wurde – z.B. bleiben die Resultate von Konzeptanalysen stets vorläufig (Walker und Avant, 2011) und die Bedeutung von Konzepten ändert sich mit ihrem theoretischen Kontext (Risjord, 2009) –, liegt ihre Stärke dennoch darin, dass sie die Möglichkeit bietet, ein theoretisches Konstrukt, welches zwar in der Sprache verwendet, allerdings nur teilweise systematisch definiert wurde, zu spezifizieren. Somit wird eine Basis für weitere Untersuchungen und Entwicklungen geschaffen und die Entwicklung eines einheitlich verwendeten und verstandenen Vokabulars vorangetrieben.

Eine weitere Einschränkung liegt in den Literaturquellen der hier beschriebenen Konzeptanalyse. Diese wurden zwar mittels systematischer Literaturrecherche gesucht, allerdings konnten nur wenige und zum Teil veraltete Quellen (1960er und 1970er Jahre) identifiziert werden. Um diese Limitation zu mildern, wurde nach weiterer Literatur mittels teilweise aufwändiger Handsuche und mit Hilfe des sogenannten Schneeballsystems recherchiert. Weiter ist einzuschränken, dass sowohl in der deutschsprachigen als auch in der englischsprachigen Literatur außer den Darstellungen von Süllwold und Huber (1986) keine weiteren Quellen zu Reizüberflutung aus Betroffenenperspektive zu finden waren. Diesbezüglich herrscht enormer Nachholbedarf, um ein umfassendes Verständnis des Konzeptes zu erhalten.

Trotz dieser Limitationen könnte ein wichtiger Effekt der Konzeptanalyse ein erhöhtes und vereinheitlichtes Begriffsverständnis von Reizüberflutung in der Pflegepraxis, Forschung und Theorieentwicklung sein. Zudem liefert die Konzeptanalyse ein erstes theoretisch fundiertes Wissen zum Thema Reizüberflutung, wodurch wiederum adäquate und der Symptomatik entsprechende therapeutische und präventive Maßnahmen entwickelt, erstmalig empirisch geprüft und ethisch verantwortbar ausgewählt werden können.

Weiter konnte durch die Beschreibung der definierenden Attribute eine Grundlage für die Entwicklung einer Pflegediagnose, aber auch für die Entwicklung von Assessment-Instrumenten gelegt werden. Dies könnte die Diagnose von Reizüberflutung deutlich vereinfachen und die Pflegekräfte zur geeigneten Auswahl adäquater Interventionen befähigen, wodurch eine der

entsprechenden Problematik besser angepasste Versorgung gewährleistet werden könnte. Insbesondere legt die Klärung des Konzepts Reizüberflutung es nahe, nicht nur Interventionen der Reizreduktion, sondern vor allem Interventionen, die zur Reizbewältigung verhelfen, zu prüfen. In Bezug auf die Darstellung der empirischen Referenten sei darauf hingewiesen, dass die Datenlage zu Symptomen von Reizüberflutung als „sehr dünn“ anzusehen ist. Die Daten liefern dennoch eine Grundlage für weitere Untersuchungen zur Beschreibung der Zeichen und Symptome einer Reizüberflutung, beispielsweise mittels Fallkontrollstudien.

## 5.2 Der pflegerische Umgang mit Reizüberflutung in der Psychiatrie

Der pflegerische Umgang mit Reizüberflutung konnte im Rahmen der vorliegenden Arbeit auf der Grundlage des Verständnisses von psychiatrischen Pflegekräften empirisch erfasst, konzeptualisiert und, wenn auch noch nicht hinreichend definiert, zumindest theoretisch modelliert werden. Dieses entwickelte theoretische Rahmenmodell des pflegerischen Umgangs mit Reizüberflutung im psychiatrischen Kontext kann durch die im Rahmen der Arbeit identifizierten vier Teilkonzepte *Reizabschirmung*, *Modulation der Umgebungsfaktoren*, *Wahrnehmungs-Modulation* sowie *Hilfe zur Selbsthilfe/Coping-Förderung* beschrieben werden. Diesen als „Dimensionen des pflegerischen Umgangs mit Reizüberflutung“ bezeichneten Teilkonzepten konnten wiederum unterschiedliche Maßnahmen zum Umgang mit Reizüberflutung zugeordnet werden, wie sie von den Experten des Delphi-Panels und den Interviewpartnern beschrieben wurden. In Abbildung 3 wird das konzeptuelle Modell des pflegerischen Umgangs mit Reizüberflutung zusammenfassend dargestellt.



Abbildung 3: Dimensionen des pflegerischen Umgangs mit Reizüberflutung in der Psychiatrie



Die Teilkonzepte des pflegerischen Umgangs mit Reizüberflutung sind innerhalb des Ergebnisteils einzeln und statisch nebeneinander beschrieben (siehe auch Abbildung 3). Allerdings fällt bei genauer Betrachtung der Ergebnisse auf, dass die Teilkonzepte sehr eng miteinander verknüpft sind, sie teilweise voneinander abhängig sind und sich gegenseitig sowohl positiv als auch negativ beeinflussen können. So kann beispielsweise das Teilkonzept Modulation der Umgebungsfaktoren, konkret das Bereitstellen bzw. Gewährleisten von Bewältigungshandlungen und Pflegehandlungen, als Vorbedingung für die Teilkonzepte Hilfe zur Selbsthilfe/Coping-Förderung sowie Reizabschirmung (Time-Out oder Separieren der Person) bezeichnet werden. Um die Dynamik zwischen den Teilkonzepten zu verdeutlichen, wurden diese mit den von Neuman beschriebenen Interventionsebenen (primäre, sekundäre und tertiäre Prävention; vgl. Neuman, 1998: 38f.) in Relation gesetzt und diskutiert.

### ***Zusammenfassende Diskussion der Teilkonzepte***

Das Teilkonzept der *Reizabschirmung* wurde bereits in anderen Arbeiten untersucht und beschrieben (vgl. die Arbeiten von Suedfeld, 1980 oder Suedfeld und Borrie, 1999), allerdings konnten die konkreten Maßnahmen, welche eine Reizabschirmung zum Ziel haben, erst durch vorliegende Untersuchung näher beschrieben und von den übrigen Teilkonzepten des pflegerischen Umgangs mit Reizüberflutung abgegrenzt werden. Die beschriebenen Maßnahmen zur Reizabschirmung sind im Sinne der von Neuman beschriebenen Interventionsebenen vorwiegend der Primär- und Sekundärprävention von Reizüberflutung zuzuschreiben. Konkret bedeutet dies, dass die Maßnahmen zur Reizabschirmung einerseits angewendet werden können, wenn eine Reizüberflutung in bestimmten Situationen befürchtet wird (z.B. Essen im Gruppenraum) oder sich andererseits eine akute Reizüberflutung bereits manifestiert hat.

Das Teilkonzept der *Modulation der Umgebungsfaktoren* differenziert sich in Gestaltung eines reizarmen Milieus, Reizmodulation sowie das Gewährleisten von Bewältigungs- und Pflegehandlungen. Hier besteht ein enger Zusammenhang zu den drei anderen Teilkonzepten, da die Voraussetzungen sowohl zur Durchführung der Reizabschirmungs-Maßnahmen durch Pflegende, der Durchführung von Bewältigungs-Maßnahmen der Betroffenen, aber auch Maßnahmen in Bezug auf Wahrnehmungsänderung, Hilfe zur Selbsthilfe oder Prävention von Reizüberflutung durch Pflegende geschaffen werden. Beispielhaft sei hier das Bereitstellen von Rückzugsmöglichkeiten oder spezifischen Abschirmzimmern genannt. Hierdurch haben die Pflegenden die Möglichkeit, Maßnahmen zur Reizabschirmung durchzuführen, und die Betroffenen erhalten einen Rückzugsort, um sich der belastenden Überstimulations-Situation zu entziehen. Die Maßnahmen zur Modulation der Umgebungsfaktoren können über alle von

Neuman (1998) dargestellten Interventionsebenen hinweg beschrieben werden. Sie gelten sowohl als Vorbedingungen zur Durchführung der Maßnahmen zur Reizabschirmung, der Maßnahmen zur Wahrnehmungsmodulation und der Maßnahmen im Zusammenhang mit Hilfe zur Selbsthilfe, wie auch als eigenständige Maßnahme zum Umgang mit bzw. zur Prävention von Reizüberflutung.

Das Teilkonzept der *Wahrnehmungs-Modulation* ist ein im zweiten Arbeitsschritt (B, Interviews) neu entwickeltes Teilkonzept, in welchem Maßnahmen zur aktiven Beeinflussung der Wahrnehmung der Betroffenen im Sinne des „Setzens eines künstlichen Filters“ – sowohl durch Ablenkung bzw. Refokussierung, als auch durch pharmakologische Interventionen – zusammengefasst werden. Die Kategorie wird sowohl in den Fragebögen als auch in den Interviews recht schwach beschrieben. Hier hätte durch konsequentes theoretisches Sampling eine höhere theoretische Sättigung herbeigeführt werden können. Die Maßnahmen des Teilkonzepts der Wahrnehmungs-Modulation sind im Sinne der von Neuman (1998) beschriebenen Interventionsebenen vor allem der primären und der sekundären Prävention zuzuordnen.

Einen der wichtigsten Aspekte des Konzeptes zum adäquaten Umgang mit Reizüberflutung stellt das Teilkonzept der *Hilfe zur Selbsthilfe* bzw. *Coping-Förderung* dar. Die Wichtigkeit des Bereiches Hilfe zur Selbsthilfe wird ebenfalls in der Konzeptanalyse zu Reizüberflutung (Scheydt et al., 2015) hervorgehoben. Inhaltlich fokussiert dieses Teilkonzept die Edukation und das Training der betreffenden Patienten (vgl. Bäuml und Pitschel-Walz, 2007; Abderhalden und Needham, 2011; Borbé et al., 2011), aber auch die therapeutisch-aktivierende Pflege (vgl. Gerdemann, 2009; vgl. Lautenschläger et al., 2014). Die Maßnahmen hinsichtlich der Hilfe zur Selbsthilfe sind im Sinne der Theorie von Neuman zwar vorwiegend der tertiären Prävention (Rückfallprophylaxe und Nachsorge) zuzuschreiben, sie kommen teilweise aber auch in den Interventionsebenen der primären und sekundären Prävention zum Einsatz, wie es beispielsweise im Sinne der therapeutisch-aktivierenden Pflege (vgl. Gerdemann, 2009; vgl. Lautenschläger et al., 2014) der Fall ist. Es handelt sich im Zusammenhang mit der sekundären Prävention allerdings um ein Nahziel; Fernziel bleibt immer die tertiäre Prävention.

### ***Diskussion anhand der Gütekriterien qualitativer Forschung***

Die vorliegende Arbeit folgte den Überlegungen von Lincoln und Guba (1985), welche folgende Gütekriterien qualitativer Forschung beschreiben: Glaubwürdigkeit (credibility), Verlässlichkeit (dependability), Nachvollziehbarkeit (confirmability) sowie Übertragbarkeit (transferability). Laut Holloway und Wheeler (1997) kann die Glaubwürdigkeit von qualitativen Studien

beispielsweise durch folgende Strategien erhöht werden: Triangulation, Befragung von KollegInnen sowie Kontrolle durch Forschungsteilnehmende. Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden unterschiedliche Klientel mittels unterschiedlicher Erhebungsverfahren (Fragebogen und Interviews) untersucht, was zu einer Datentriangulation führte. Ebenso wurden die Methode der Datenerhebung, die Ergebnisse der Datenanalyse und die Schlussfolgerungen der Arbeit ständig durch die Betreuenden des Promotionsprojektes beurteilt und kommentiert. Darüber hinaus wurden andere Kolleginnen und Kollegen – zum Beispiel im Rahmen von öffentlichen Präsentationen der (teils vorläufigen) Ergebnisse – in die Beurteilung der Datenanalyse und der Schlussfolgerungen mit einbezogen. Auch wenn hierdurch die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse als recht stark bezeichnet werden kann, hätte die Glaubwürdigkeit durch eine kommunikative Validierung deutlich erhöht werden können. Allerdings konnten die Teilnehmenden aus Zeitgründen nicht an einer solchen erneuten Befragung teilnehmen.

Die Verlässlichkeit von qualitativen Studien beschreibt die „Adäquatheit der gewonnenen Informationen“ (Brandenburg et al., 2013: 135). Laut Polit et al. (2004) kann die Verlässlichkeit von qualitativen Studien durch die Strategien der schrittweisen Replikation sowie der intensiven Überprüfung gewährleistet werden. Während eine schrittweise Replikation im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht möglich war, wurden dennoch externe Kontrollen zugelassen. Einerseits wurden die Inhalte der Arbeit durch die Betreuenden des Promotionsprojektes kontrolliert und beurteilt, andererseits wurden die Teilergebnisse der Arbeit im Rahmen von öffentlichen Vorträgen innerhalb eines Plenums kritisch diskutiert. Die Ergebnisse der Diskussionen flossen in die Ergebnisse der vorliegende Arbeit mit ein.

Das dritte Gütekriterium ist die Nachvollziehbarkeit bzw. Angemessenheit, worunter man laut Brandenburg et al. (2013: 135) die „Genauigkeit bei der Wiedergabe der von den Teilnehmern der Studie wahrgenommenen Wirklichkeit“ verstehen kann. Konkret bedeutet dies, dass die Daten in Bezug zu ihren Quellen gesetzt werden, damit der Leser nachvollziehen kann, dass Schlussfolgerungen und Interpretationen unmittelbar von ihnen abgeleitet werden (vgl. Holloway und Wheeler, 1997: 202). Die zur Überprüfung der Nachvollziehbarkeit notwendigen Unterlagen (u.a. anonymisierte Rohdaten, Prozessnotizen und Grundlagen der Ergebnisse) werden beim Autor aufbewahrt und können dort eingesehen werden.

Ein weiteres Gütekriterium qualitativer Studien ist die Übertragbarkeit der Ergebnisse, welche von Brandenburg et al. (2013: 135) als die „Übertragung und Anwendung der Befunde auf vergleichbare Situationen“ beschrieben wird. Ob und inwieweit die Daten bzw. Ergebnisse der

vorliegenden Arbeit auf die Gesamtpopulation der psychiatrischen Pflege oder gar der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege (z.B. im Altenheim oder auf chirurgischen Stationen) übertragbar sind, gilt es demnach noch empirisch zu prüfen (vgl. Behrens, 2015). Zur Überprüfung der Wirksamkeit und zur Erzeugung möglichst zuverlässiger externer Evidence ist es unabdingbar, Interventionsstudien durchzuführen.

Es handelt sich sowohl innerhalb der Delphi-Studie als auch im Rahmen der Interviewstudie um ein zweckgebundenes Sample, welches aufgrund der Expertise der Studienteilnehmer innerhalb des Fachgebietes der psychiatrischen Pflege und Pflegewissenschaft gewählt wurde. Die Teilnehmenden hatten Erfahrung innerhalb der offen geführten und geschlossen geführten stationären Allgemeinpsychiatrie und Gerontopsychiatrie. Auch wenn von Seiten des Verfassers davon ausgegangen wird, dass die Ergebnisse zumindest auf diese Bereiche der psychiatrischen Versorgung übertragbar sind, gilt es dies in Folgestudien zu überprüfen. Weiter könnte die Stichprobengröße der Interviewstudie mit acht Interviews womöglich zu klein gewesen sein. Allerdings entstehen laut Behrens und Langer (2010: 189) reichhaltige Daten „nicht durch eine möglichst große Stichprobe, sondern durch ausführliche, tiefer gehende Befragungen“.

Eine weitere Limitation stellt das durchgeführte Sampling dar: die Teilnehmenden der Interviews wurden aus lediglich einer Klinik rekrutiert. Allerdings fokussierte die Interviewstudie vorwiegend die „empirische Verifizierung und Modifikation“ des im ersten Arbeitsschritt entwickelten Rahmenmodells. Hierbei sollte vor allem geprüft werden, ob die erarbeiteten Kategorien des pflegerischen Umgangs mit Reizüberflutung von den Pflegepraktikern im psychiatrischen Setting bestätigt werden. Ebenso war die Erhebung begrenzt auf lediglich zwei psychiatrische Bereiche: Allgemeinpsychiatrie und Gerontopsychiatrie. Diese pragmatische Auswahl schränkt die Gültigkeit der Ergebnisse ein, weshalb in nachfolgenden Arbeiten der Fokus ebenfalls auf weitere stationäre und ambulante psychiatrische Fachbereiche gelegt werden soll.

## 6 Zusammenfassung

Die übergeordnete Zielsetzung der vorliegenden Arbeit war die Erarbeitung von Grundlagen zur Entwicklung eines konzeptuellen Modells zur Beschreibung des adäquaten Umgangs mit Reizüberflutung in der stationären Psychiatrie. Diese Zielsetzung implizierte zwei Teilziele, welche im Rahmen der Arbeit bearbeitet werden sollten: einerseits die Analyse und Spezifikation von Reizüberflutung und andererseits die Beschreibung des pflegerischen Umgangs mit Reizüberflutung im psychiatrischen Kontext.

Vor dem Hintergrund dieser Zielsetzung konnte das Phänomen Reizüberflutung konzeptuell geklärt und der pflegerische Umgang mit Reizüberflutung – zumindest in der stationären Psychiatrie – beschrieben werden. Die Ergebnisse der Arbeit liefern theoretische Darstellungen, welche zur Generierung von Mikrokonzepten – zumindest auf der Ebene der stationären psychiatrischen Versorgung – herangezogen werden können. Dies könnte wiederum dazu dienen, dass ein reflektierter Umgang der Pflegenden mit reizüberfluteten Patienten gefördert wird. Ebenso können die beschriebenen Ergebnisse einen theoretischen Rahmen für die Untersuchung des Phänomens Reizüberflutung oder des pflegerischen Umgangs mit Reizüberflutung in anderen pflegespezifischen Settings als der stationären Psychiatrie dienen. Erwähnenswert wären hierbei vor allem das Setting der ambulanten psychiatrischen Pflege, Altenheime, Intensivstationen oder unfallchirurgische Stationen, in welchen häufig Menschen mit Demenz versorgt werden.

Auch wenn diese theoretische Konzeptualisierung lege artis durchgeführt wurde, muss eine wohl fundamentale Einschränkung erwähnt werden: in den Untersuchungen wurden die Ansichten der Betroffenen nicht berücksichtigt. Eine wichtige Variable in diesem Zusammenhang wäre, welches nach Meinung der an Reizüberflutung betroffenen Personen gute oder schlechte Bewältigungsstrategien im Alltag und im klinischen Setting sind. Wichtig erscheint dieser Aspekt deshalb, weil die Erfahrungen der Betroffenen im Erleben und im Umgang mit Reizüberflutung für die inhaltliche (Weiter-)Entwicklung von Coaching- bzw. Psychoedukations-Programmen essentiell sind. Ein erster Schritt für die Beantwortung dieser Fragestellung wurde mit der Master-Arbeit von Susan Danubio (2015) getan, in welcher sie mittels Grounded-Theory-Methodologie die subjektiven Erfahrungen von an Schizophrenie erkrankten Patienten untersuchte. Dennoch ist weitere (Grundlagen-)Forschung notwendig, um ein heuristisches Verständnis von Reizüberflutung generieren zu können.

Ebenfalls fokussiert vorliegende Arbeit lediglich das Phänomen der Reizüberstimulation und den pflegerischen Umgang mit diesem Phänomen. Aber nicht nur die Reizüberflutung, sondern auch

die Reizunterstimulation ist ein Phänomen, welches – z.B. in Form von Langeweile oder psychischem Hospitalismus – gerade im psychiatrischen Kontext, aber auch im Kontext der Pflege betagter und älterer Menschen immer wieder zu beobachten ist. Daher muss in weiteren Untersuchungen neben der weiteren Bearbeitung der Reizüberflutung dem Phänomen der Reizunterversorgung bzw. Reizunterstimulation Beachtung geschenkt werden. Hierdurch kann ein heuristisches Verständnis einer Störung des Reizgleichgewichts erarbeitet und adäquate Interventionen und Maßnahmen zum pflegerischen Umgang mit „reizüberfluteten“ oder „unterreizten“ Personen erarbeitet, implementiert sowie auf ihre Wirksamkeit hin evaluiert werden.

## 7 Literaturverzeichnis

Abderhalden C, Needham I. 1999. Das Verständnis von Bezugspflege in der stationären psychiatrischen Pflege der deutschsprachigen Schweiz: Ergebnisse einer Delphi-Studie [Masterarbeit]. Maastricht: Universität.

Abderhalden C, Needham I (2011) Psychoedukation. In: Sauter D, Abderhalden C, Needham I, Wolff S (Hrsg): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Huber, Bern, S. 533–541.

Aron EN, Aron A (1997) Sensory-processing sensitivity and its relation to introversion and emotionality. *J Pers Soc Psychol* 73:345–368.

Aron EN, Aron A, Jagiellowicz J (2012) Sensory processing sensitivity: a review in the light of the evolution of biological responsivity. *J Pers Soc Psychol* 16:262–282.

Baker R, Holloway J, Holtkamp CCM, Larsson A, Hartman LC, Pearce R, Scherman B, Johansson S, Thomas PW, Wareing LA, Owens M (2003) Effects of multi-sensory stimulation for people with dementia. *J Adv Nurs* 43:465–477.

Bäumli J (2008) Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. Springer, Heidelberg.

Bäumli J, Pitschel-Walz G (2007) Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Schattauer, Stuttgart.

Behrens J (2003) Medizin- und Gesundheitssoziologie. In: Orth B, Schwietring T, Weiß J (Hrsg) *Soziologische Forschung. Stand und Perspektiven*. Leske + Budrich, Opladen, S. 277–298.

Behrens J (2015) “Natürlichkeit” und “Generalisierbarkeit” sozialwissenschaftlicher Feldexperimente. Verallgemeinerungen zu externer und interner Evidence. In: Keuschnigg M, Wolbring T (Hrsg) *Experimente in den Sozialwissenschaften*. 22. Sonderband der Sozialen Welt. Nomos, Baden-Baden.

Behrens J, Langer G (2010) *Evidence-based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung*. Huber, Bern.

Behrens J, Weber A, Schubert M (Hrsg) (2012) *Von der fürsorglichen Bevormundung über die organisierte Unverantwortlichkeit zur professionsgestützten selbstbestimmten Teilhabe?* Verlag Barbara Budrich, Opladen, Berlin, Toronto.

Black P, McKenna H, Deeny P (1997) A concept analysis of the sensorist strain experienced by intensive care patients. *Intensive Crit Care Nurs* 13:209–215.

Borbé R, Hornung WP, Buchkremer G (2011) Psychoedukation und Angehörigenarbeit. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer H (Hrsg) Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Springer, Berlin, Heidelberg, S. 1035–1050.

Braff DL, Grillon C, Geyer MA (1992) Gating and habituation of the startle reflex in schizophrenic patients. Arch Gen Psychiatry 49:206–215.

Brandenburg H, Panfil E, Mayer H (2013) Pflegewissenschaft 2; Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegewissenschaft. Huber, Bern.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg) (2010) Psychische Belastung und Beanspruchung im Berufsleben. Erkennen – Gestalten. Online verfügbar unter <http://www.baua.de/cae/servlet/contentblob/673898/publicationFile/> (letzter Zugriff am 29.04.2016).

Bunney WE, JR., Hetrick WP, Bunney BG, Patterson JV, Jin Y, Sandman CA (1999) Structured Interview for Assessing Perceptual Anomalies (SIAPA). Schizophr Bull 23:577–592.

Canatsey K, Roper JM (1997) Removal from stimuli for crisis intervention: using least restrictive methods to improve the quality of patient care. Issues Ment Health Nurs 18:35–44.

Chinn PL, Kramer MK (1996) Pflegelehre. Konzepte - Kontext - Kritik. Ullstein Mosby, Berlin, Wiesbaden.

Danubio S. 2015. "Zu viel ist zu viel". Das Erleben von Reizüberflutung bei Schizophrenie-Betroffenen. Eine qualitative Studie in Anlehnung an die Grounded Theory [Masterarbeit]. St. Gallen, Fachhochschule.

Dewing J (2009) Caring for people with dementia: noise and light. Nurs Older People 21:34–38.

DGPPN (Hrsg) (2006) S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Steinkopff, Darmstadt.

DGPPN (Hrsg.) (2010) S2-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 2: Behandlungsleitlinie Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie. Steinkopff, Darmstadt.

Diezmann A (2011) Entspannungsverfahren bei chronischen Schmerzen. Schmerz 25:445–453.



Dresing T, Pehl T (2013) Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. Online verfügbar unter <http://www.audiotranskription.de/praxisbuch>. (letzter Zugriff am 08.04.2016).

Gerdemann N (2009) Therapeutisch aktivierende Pflege. Online verfügbar unter [http://www.bika.de/fileadmin/user\\_upload/Artikel/Gerdemann\\_Definition\\_Therapeutisch\\_aktivierende\\_Pflege.pdf](http://www.bika.de/fileadmin/user_upload/Artikel/Gerdemann_Definition_Therapeutisch_aktivierende_Pflege.pdf) (letzter Zugriff am 25.04.2016).

Goldberger L (1993) Sensory deprivation and overload. In: Goldberger L, Breznitz S (ed) Handbook of Stress. Theoretical and clinical aspects. Free Press, New York, NY, pp. 333–341.

Gordon M (2010) Manual of Nursing Diagnosis. Jones and Barlett Publishers, Sudbury.

Gordon M, Bartholomeyczik S (2001) Pflegediagnosen. Theoretische Grundlagen. Urban & Fischer, München, Jena.

Gottschalk LA, Haer JL, Bates DE (1972) Effect of sensory overload on psychological state. Changes in social alienation-personal disorganization and cognitive-intellectual impairment. Arch Gen Psychiatry 27:451–457.

Grimes C, McGhie A (1973) Stimulus overload in schizophrenia. Can J Behav Sci 5:101–110.

Häder M (2009) Delphi-Befragungen. Ein Arbeitsbuch. VS Verlag für Sozialwissenschaft, Wiesbaden.

Häder M (2014) Empirische Sozialforschung. Eine Einführung. Springer VS, Wiesbaden.

Haer JL (1971) Field dependency in relation to altered states of consciousness produced by sensory overload. Percept Mot Skills 33:192–194.

Hell D, Schüpbach D (2008) Schizophrenien. Ein Ratgeber für Patienten und Angehörige. Springer, Berlin, Heidelberg.

Hetrick WP, Erickson MA, Smith DA (2012) Phenomenological dimensions of sensory gating. Schizophr Bull 38:178–191.

Herdman TH (ed)(2012) NANDA International nursing diagnosis. Definitions and classification, 2012-2014. Wiley Blackwell, Oxford.

Holloway I, Wheeler S (1997) Qualitative Pflegeforschung. Grundlagen qualitativer Ansätze in der Pflege. Ullstein Medical, Wiesbaden.

- Hurrelmann K (2006) Gesundheitssoziologie. Juventa, München.
- Jones R, Quigney C, Huws J (2003) First-hand accounts of sensory perceptual experiences in autism: a qualitative analysis. *J Intellect Dev Disabil* 28:112–121.
- Kircher T, Gauggel S (2008) Neuropsychologie der Schizophrenie. Symptome, Kognition, Gehirn. Springer, Heidelberg.
- Kuckartz U, Dresing T, Rädiker S, Stefer C (2008) Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis. VS Verlag für Sozialwissenschaft, Wiesbaden.
- Lautenschläger S, Müller C, Immenschuh U, Muser J, Behrens J (2014) Therapeutische Pflege und Rehabilitation: Eine systematische Literaturübersicht. *Rehabilitation* 53: 237–244.
- Laux G, Berzewski H (2011) Notfallpsychiatrie. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer H (Hrsg) *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*. Springer, Berlin, Heidelberg.
- Lazarus RS (2005) Stress, Bewältigung und Emotionen: Entwicklung eines Modells. In: Hill Rice V (Hrsg) *Stress und Coping: Lehrbuch für Pflegepraxis und -wissenschaft*. Huber, Bern, S. 231–263.
- Lazarus RS, Folkman S (1984) *Stress, Appraisal and Coping*. Springer, New York.
- Liebig S, Gebel T, Grenzer M, Kreuzsch J, Schuster H, Tschewinka R, Watteler O, Witzel A (2014) Datenschutzrechtliche Anforderungen bei der Generierung und Archivierung qualitativer Interviewdaten. Rat für Sozial- und Wissenschaftsdaten. Online verfügbar unter [http://www.ratswd.de/dl/RatSWD\\_WP\\_238.pdf](http://www.ratswd.de/dl/RatSWD_WP_238.pdf). (letzter Zugriff am 26.01.2016).
- Lincoln YS, Guba EG (1985) *Naturalistic Inquiry*. SAGE, Beverley Hills, CA.
- Lindenmuth JE, Breu CS, Malooley JA (1980) Sensory Overload. *Am J of Nurs* 80:1456–1458.
- Lipowski ZJ (1974) Sensory overloads, information overloads and behavior. *Psychother Psychosom* 23:264–271.
- Lipowski ZJ (1975) Sensory and information inputs overload. Behavioral effects. *Compr Psychiatry* 16:199–221.
- Ludwig AM (1972) "Psychedelic" effects produced by sensory overload. *Am J Psychiatry* 128:114–117.
- Mayring P (2010) *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Beltz, Weinheim.

- Meuser M, Nagel U (2009) Das Experteninterview - konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlage. In: Pickel S, Lauth H, Jahn D (Hrsg) Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft. Neue Entwicklungen und Anwendungen. VS Verlag für Sozialwissenschaft, Wiesbaden, S. 465–479.
- Meyermann A, Porzelt M (2014) Hinweise zur Anonymisierung von qualitativen Daten. Online verfügbar unter [http://www.forschungsdatenbildung.de/get\\_files.php?action=get\\_file&file=fdb-informiert-nr-1.pdf](http://www.forschungsdatenbildung.de/get_files.php?action=get_file&file=fdb-informiert-nr-1.pdf). (letzter Zugriff am 26.01.2016).
- Milgram S (1970) The experience of living in cities. *Science* 167:1461–1468.
- Milord JT, Perry RP (1977) A methodological study of overload. *J Gen Psychol* 97:131–137.
- Morse JM (1995) Exploring the theoretical basis of nursing using advanced techniques of concept analysis. *ANS Adv Nurs Sci* 17: 31–46.
- Neuman B (1998) Das System-Modell. Konzept und Anwendung in der Pflege. Lambertus, Freiburg i. Br.
- Omer H, Spivak M (1987) Contacting the acutely disorganized person. *Psychotherapy* 24:368–374.
- O'Neill M, Jones R (1997) Sensory-perceptual abnormalities in autism: a case for more research? *J Autism Dev Disord* 27:283–293.
- Perry W, Minassian A, Lopez B, Maron L, Lincoln A (2007) Sensorimotor gating deficits in adults with autism. *Biol Psychiatry* 61:482–486.
- Polit DF, Beck CT (2004) *Nursing Research. Principles and Methods*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, Baltimore, New York, London, Buenos Aires, Hong Kong, Sydney, Tokyo.
- Polit DF, Beck CT, Hungler BP (2004) *Lehrbuch Pflegeforschung. Methodik, Beurteilung und Anwendung*. Huber, Bern.
- Prüfer P, Rexroth M (2005) Kognitive Interviews. Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen. Online verfügbar unter [http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis\\_reihen/howto/How\\_t\\_o15PP\\_MR.pdf](http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/howto/How_t_o15PP_MR.pdf). (letzter Zugriff am 08.04.2016).

- Quednow B (2008) Defizite der sensomotorischen Filterleistung bei psychiatrischen Erkrankungen. *Z Neuropsychol* 19:139–163.
- Randell B, Poush Tedrow M, van Landingham J (1982) *Adaptation Nursing: the Roy conceptual model applied*. Mosby, St. Louis.
- Remschmidt H (2004) *Schizophrene Erkrankungen im Kinder- und Jugendalter. Klinik, Ätiologie, Therapie und Rehabilitation*. Springer, Heidelberg.
- Remschmidt H, Theisen F (2011) *Schizophrenie*. Springer, Berlin, Heidelberg.
- Risjord M (2009) Rethinking concept analysis. *J Adv Nurs* 65:684–691.
- Rössler W (Hrsg) (2004) *Psychiatrische Rehabilitation*. Springer, Berlin, Heidelberg.
- Rodgers BL (1994) Concepts, analysis and the development of nursing knowledge: the evolutionary cycle. In: Smith JP (ed) *Models, Theories and Concepts*. Blackwell Science, Oxford.
- Roy SC, Andrews HA (ed) (1991) *The Roy Adaptation Model. The definitive statement*. Appleton & Lange, Norwalk.
- Scheydt S, Laimbacher S, Wenger A, Needham I (2016a) Das Verständnis von Reizüberflutung im Kontext psychischer Störungen. Ergebnisse einer Delphi-Studie. *Pflegewissenschaft* 18: 251–258.
- Scheydt S, Laimbacher S, Wenger A, Needham I (2016b) Das Verständnis von "Reizabschirmung" in der stationären Psychiatrie. Eine Delphi-Studie mit medizinischen und pflegerischen Experten aus Deutschland, Österreich und der Schweiz. *Psychiatr Prax* 43: 199–204.
- Scheydt S, Müller Staub M, Frauenfelder F, Needham I, Nielsen G, Behrens J (2015) Sensory overload. A concept analysis. (*unveröffentlichtes Manuskript*).
- Scheydt S, Needham I (2014) Reizabschirmung im psychiatrischen Kontext. Übersicht der deutschsprachigen Literatur. *Psych. Pflege Heute* 20:311–315.
- Scheydt S, Needham I (2016) Definierende Kennzeichen von sensorischer Überstimulation; Eine Literaturübersicht zu Auswirkungen und Symptomen der Reizüberflutung. (*unveröffentlichtes Manuskript*).

- Scheydt S, Needham I, Nielsen G, Behrens J (2016c) Der pflegerische Umgang mit Reizüberflutung in der Psychiatrie - Entwicklung eines theoretischen Bezugsrahmens. *Pflege*, doi: 10.1024/1012-5302/a000491.
- Schorn A (2000) Das "themenzentrierte Interview". Ein Verfahren zur Entschlüsselung manifester und latenter Aspekte subjektiver Wirklichkeit. *FQS 1*. Online verfügbar unter <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1092/2394> (letzter Zugriff am 10.05.2016).
- Suedfeld P (1980) *Restricted Environmental Stimulation. Research and clinical applications*. John Wiley & Sons, New York, Chichester, Brisbane, Toronto.
- Suedfeld P (1985) Stressful levels of environmental stimulation. *Issues Ment Health Nurs* 7:83–104.
- Suedfeld P, Borrie RA (1999) Health and therapeutic applications of chamber and flotation restricted environmental stimulation therapy (REST). *Psychol Health* 14:545–566.
- Süllwold L (1991) *Manual zum Frankfurter Beschwerde-Fragebogen (FBF)*. Springer, Berlin, Heidelberg.
- Süllwold L, Huber G (1986) *Schizophrene Basisstörungen*. Springer, Berlin, Heidelberg.
- Venes D (ed) (2009) *Taber's Cyclopedic Medical Dictionary*. F.A. Davis, Philadelphia.
- Walker LO, Avant KC (2011) *Strategies for theory construction in nursing*. Prentice Hall, Upper Saddle River.
- Wied S, Warmbrunn A (Hrsg) (2012) *Psyhyrembel Pflege*. DeGruyter, Berlin, Boston.
- Wirtz MA (Hrsg) (2014) *Lexikon der Psychologie*. Huber, Bern.
- Witzel A (2000) Das problemzentrierte Interview. *FQS 1*. Online verfügbar unter <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/%201132/2519> (letzter Zugriff am 10.05.2016).
- Wohlwill JF (1970) The concept of sensory overload. In: Archea J, Eastman C (ed.) *EDRA Two: Proceedings of the 2nd Annual Environmental Design Research Association Conference*. Dowden, Hutchinson & Ross, Stroudsburg, PA, S. 340–344.

## 8 Thesen

1. Die häufigste Begründung für das Verbringen eines Patienten in ein isoliertes „Abschirmzimmer“ ist aller Erfahrung nach „Reizüberflutung“. Es ist allerdings unklar, was „Reizüberflutung“ konkret bedeutet bzw. welche Alternativen es zur Verbringung im isolierten „Abschirmzimmer“ gibt.
2. Viele Menschen erfahren zum Beispiel bei Übermüdung oder in Situationen vermehrten Stresses das Phänomen der Reizüberflutung insofern, „dass selbst Nebenreize nicht ausgeblendet werden können und permanent ablenken, irritieren und stören“ (Süllwold, 1991). Allerdings kann ein solcher Zustand durch adäquate selektive Wahrnehmung bzw. durch adäquates Bewältigungsverhalten kompensiert werden. Bei Menschen mit geringem Filtervermögen bzw. mangelhaften Bewältigungsressourcen können Stressreaktionen die Folge einer Reizüberflutung sein, welche sich in ineffektiven Verhaltensweisen wie z.B. sozialer Isolation oder aggressivem Verhalten äußern können.
3. Vor allem bei Menschen mit bestimmten psychischen Erkrankungen (z.B. Schizophrenie, ADHS oder Demenz) scheint die Problematik der Reizüberflutung aufgrund einer gestörten Reizfilterung gehäuft aufzutreten. Angesichts ihrer Erkrankung fällt es dieser Klientel nicht nur schwerer, mit solchen Situationen adäquat umzugehen, sondern auch die baulichen bzw. strukturellen Begebenheiten im Rahmen des stationären Behandlungskontexts führen dazu, dass etwaige Coping-Strategien nicht genutzt werden können.
4. Im stationären psychiatrischen Behandlungskontext werden zum „professionellen“ Umgang mit „Reizüberflutung“ häufig restriktive Maßnahmen durchgeführt (z.B. Verbringen des Patienten in ein isoliertes „Abschirmzimmer“), welche als Maßnahmen zur „Reizabschirmung“ beschrieben werden. „Reizabschirmung“ stellt jedoch nur eine Möglichkeit des Umgangs mit Reizüberflutung im psychiatrischen Versorgungskontext dar. Allerdings ist nicht vollkommen geklärt, welches die restlichen Möglichkeiten des adäquaten Umgangs mit Reizüberflutung in der stationären Psychiatrie sind.
5. Mittels qualitativer Methoden konnten neben „Reizabschirmung“ folgende weitere Möglichkeiten des pflegerischen Umgangs mit Reizüberflutung im stationären psychiatrischen Kontext eruiert werden: „Modulation der Umgebungsfaktoren“, „Wahrnehmungsmodulation“ sowie „Hilfe zur Selbsthilfe/Coping-Förderung“.

6. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit können kurzfristig dazu dienen, die Pflegenden hinsichtlich des Themas Reizüberflutung und pflegerischer Umgang mit Reizüberflutung zu sensibilisieren, was zur Reflexion der eigenen Handlungen beitragen kann. Im Rahmen der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit handelt es sich allerdings um rein deskriptive Ergebnisse, welche im weiteren konzeptuell aufgearbeitet und anschließend empirisch überprüft werden müssen.
7. Im Anschluss an vorliegende Arbeit sind Interventionsstudien angezeigt, um die Wirksamkeit von z.B. Reizabschirmung zu erforschen. Erst dann können adäquate und der Situation entsprechende Maßnahmen empfohlen werden, welche von den Pflegenden im Sinne von Evidence-based Nursing zum professionellen Umgang mit Reizüberflutung in der stationären Psychiatrie angewendet werden können.

## **Selbständigkeitserklärung**

Hiermit erkläre ich, Stefan Thomas Scheydt, an Eides statt, dass ich die Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe. Alle Regeln der guten wissenschaftlichen Praxis wurden eingehalten; es wurden keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und die den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht.

I declare under oath that this thesis is my own work entirely and has been written without any help from other people. I met all regulations of good scientific practice and I used only the sources mentioned and included all the citations correctly both in word or content.

Darmstadt im Juni 2016

Stefan Scheydt



## **Erklärung über frühere Promotionsversuche**

Hiermit versichere ich, Stefan Thomas Scheydt, dass ich die vorliegende Dissertationsschrift in keiner in- oder ausländischen Hochschule zur Promotion eingereicht habe.

Ich stelle den Antrag auf Eröffnung des Promotionsverfahrens erstmalig an die Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Einen früheren Promotionsversuch meinerseits gab es nicht. An keiner anderen Fakultät oder Universität ist ein Promotionsverfahren anhängig.

Darmstadt im Juni 2016

Stefan Scheydt

## **Lebenslauf**

|                    |                           |
|--------------------|---------------------------|
| Name               | Stefan Thomas Scheydt     |
| Geburtsdatum/-ort  | 13.10.1985 in Saarbrücken |
| Staatsbürgerschaft | deutsch                   |
| Familienstand      | verheiratet               |

## **Schulbildung**

|             |   |
|-------------|---|
| 2000 – 2006 | Besuch des Konvikts Rottweil (humanistisch-musisches Internat) in Verbindung mit dem Leibnizgymnasium Rottweil, Abschluss: Abitur |
| 1996 – 2000 | Besuch des Warndtgymnasiums Völklingen  |
| 1992 – 1996 | Besuch der St. Nikolaus Grundschule Großrosseln   |

## **Studium und Weiterbildung**

|             |  |
|-------------|--|
| 2013 – 2014 | Nachdiplomstudium „Psychiatrische Pflege“ im Fachbereich Gesundheit der Berner Fachhochschule (Schweiz), Abschluss: Certificate of Advanced Studies (CAS) Psychiatrische Pflege                                    |
| 2010 – 2012 | Masterstudium in Pflegewissenschaft im Fachbereich Pflege- und Gesundheitswissenschaften der Evangelischen Hochschule Darmstadt, Abschluss: Master of Arts (M.A.) Pflegewissenschaft                               |
| 2010 – 2011 | Fortbildung mit Zertifikat in Soziotherapie/Sozialpsychiatrie im Fachbereich Weiterbildung der Evangelischen Hochschule Darmstadt  |
| 2007 – 2010 | Bachelorstudium in Pflege und Gesundheitsförderung im Fachbereich Pflege- und Gesundheitswissenschaften der Evangelischen Hochschule Darmstadt, Abschluss: Bachelor of Arts (B.A.) Pflege und Gesundheitsförderung |

## Beruflicher Werdegang

|                   |   |
|-------------------|---|
| seit 01/2016      | Stabstelle Forschung und Entwicklung Pflege am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim   |
| seit 10/2015      | Lehrbeauftragter an der Katholischen Hochschule Mainz im Fachbereich Pflege und Gesundheit, Bachelorstudiengang klinische Expertise in der Psychiatrie  |
| 04/2015 – 12/2015 | Stabstelle Koordination Qualitätsmanagement in der Pflege am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim   |
| 08/2014 – 04/2015 | Lehrbeauftragter an der Berner Fachhochschule in Bern (Schweiz) im Weiterbildungsstudiengang CAS Psychiatrische Pflege  |
| 03/2013 – 03/2015 | wissenschaftlicher Mitarbeiter Pflegeforschung im Center of Education and Research (COEUR) der St. Gallischen Kantonalen Psychiatrischen Dienste Sektor Nord in Wil (Schweiz) unter der Leitung von Prof. Dr. Ian Needham |
| 09/2012 – 03/2013 | Praktikant Pflegeforschung im Center of Education and Research (COEUR) der St. Gallischen Kantonalen Psychiatrischen Dienste Sektor Nord in Wil (Schweiz) unter der Leitung von Prof. Dr. Ian Needham                     |
| 07/2009 – 10/2010 | Nachtbereitschaftsdienst Haus Elim Mühlthal, Übergangwohnheim für junge Erwachsene mit psychischer Erkrankung, Einrichtung der Caritas Darmstadt e.V.   |
| 04/2008 – 07/2012 | Aushilfskraft im Pflegedienst im Früh-, Spät- und Nachtdienst über alle chirurgischen und internistischen Abteilung der Klinikum Darmstadt GmbH   |
| 09/2006 – 09/2007 | Freiwilliges Soziales Jahr, Individualhilfe Ambulanter Dienst in Heidelberg   |

Darmstadt im Juni 2016

Stefan Scheydt

## **Danksagung**

An dieser Stelle möchte ich allen Personen danken, welche mich auf dem Weg bis zur Fertigstellung meiner Dissertation begleitet und unterstützt haben. Hier sind vor allem meine Familie, meine Freunde, meine Kolleginnen und Kollegen sowie meine persönlichen Mentoren zu erwähnen.

Einen besonderen Dank möchte ich an dieser Stelle Herrn Prof. Dr. Ian Needham aussprechen. Ian hat mich seit 2012 begleitet und mich als Mentor in vielen Belangen unterstützt.

Neben Herrn Prof. Gunnar Nielsen, welcher mir bis Ende 2015 im Rahmen meines Promotionsvorhabens mit systematischen und methodischen Ratschlägen zu Seite stand, gilt ein weiterer großer Dank Herrn Prof. Dr. Johann Behrens, insbesondere für seine Bereitschaft, die Betreuung meiner Dissertation zu übernehmen und mich bei meinem Vorhaben zu unterstützen.

Zum Schluss danke ich allen weiteren Personen, welche die Durchführung der Untersuchungen ermöglichten: neben meinen Vorgesetzten der letzten vier Jahre (2012 - 2016) und den Institutionen, in welchen die Erhebungen durchgeführt wurden, gilt mein Dank vor allem jedoch den Expertinnen und Experten des Delphi-Panels sowie den Mitwirkenden der Interviews.