

# Berichte von Krankenpflegerinnen über außergewöhnliche Erfahrungen

## Eine Studie zu Persönlichkeits-, Wahrnehmungs- und kognitiven Faktoren<sup>1</sup>

ALEJANDRO PARRA<sup>2</sup>

**Zusammenfassung** – Ziel dieser Studie war es, das Vorkommen von außergewöhnlichen Wahrnehmungen von Krankenpflegerinnen in Krankenhausumgebungen zu bestimmen. 344 Krankenpflegerinnen, von denen 235 als erfahren und 109 als unerfahren klassifiziert wurden, wurden in 36 Krankenhäusern und Gesundheitszentren in Buenos Aires rekrutiert. Als häufigste Erfahrungen wurden das Gefühl einer Präsenz und/oder Erscheinungen, die Wahrnehmung von Geräuschen, Stimmen oder Dialogen, Weinen oder Klagen sowie Intuitionen und außersinnliche Erfahrungen genannt. Von ihren Patienten hörten sie Berichte von Nahtoderfahrungen, religiösen Interventionen und vielen anomalen Erfahrungen in Bezug auf Kinder. Das Grundanliegen der vorliegenden Studie war die Bestätigung von früheren Befunden zu Stress und Absorption am Arbeitsplatz mit einer größeren Stichprobe von Krankenpflegerinnen (Parra & Giménez Amarilla, 2017) unter zusätzlicher Berücksichtigung von Schizotypie-Neigung und Empathie-Fähigkeiten. Die Annahme, dass Krankenpflegerinnen, die von außergewöhnlichen Erfahrungen berichteten, tendenziell stärker unter Arbeitsstress leiden, wurden nicht bestätigt; allerdings war der Depersonalisierungsfaktor höher als bei denjenigen, die solche Erfahrungen nicht machten. Krankenpflegerinnen mit Erfahrungen zeigten tendenziell höhere Absorptionswerte und eine höhere Neigung zur Schizotypie – hauptsächlich

- 
- 1 Dies ist eine erheblich erweiterte Version des Artikels „Brief Research: A Follow-Up Study on Unusual Perceptual Experiences in Hospital Settings Related by Nurses“, der im englischen Original in der Zeitschrift *Journal of Scientific Exploration* (2018, Vol. 32: 713–720) erschienen ist.
  - 2 Alejandro Parra ist Psychologe (UAI), Doktor der Psychologie (UCES) und Psychotherapeut in eigener Praxis. Er ist Lehrer für Psychologie an der Universidad Abierta Interamericana in Buenos Aires. Fünfzehn Jahre lang (1990-2004) war er Herausgeber der *Revista Argentina de Psicología Paranormal* [Argentinisches Journal für paranormale Psychologie] und seit 2006 ist er Herausgeber des e-Bulletins *Psi*. Seit 1993 ist er Präsident des *Institute of Paranormal Psychology, Inc.* und der *Agencia Latinoamericana de Información Psi* [Latin American Information Agency Psi – Website [www.alipsi.com.ar](http://www.alipsi.com.ar)]. Er ist ehemaliger Präsident (2011-2013) der *Parapsychological Association*. Parra hat auch mehr als 300 Artikel in wissenschaftlichen und populären Zeitschriften auf Spanisch veröffentlicht. Seine E-Mail-Adresse lautet: [rapp\\_ale@fibertel.com.com.ar](mailto:rapp_ale@fibertel.com.com.ar).

„positiver“ Schizotypie (ungewöhnliche Erfahrungen) – und berichteten tendenziell über höhere kognitive Empathie und emotionales Verständnis.

*Schlüsselbegriffe:* Krankenpflege – Wahrnehmungs- und kognitive Prozesse – außergewöhnliche Erfahrungen – Halluzinationen

### **Anomalous Experiences Reported by Nurses: A Study Examining Personality, Perceptual and Cognitive Factors**

**Abstract** – The aim of this study was to determine the degree of occurrence of certain unusual perceptual experiences in hospital settings often related by nurses. Three hundred forty four nurses were recruited from 36 hospitals and health centers in Buenos Aires, who were grouped 235 experiencers and 109 nonexperiencers. The most common experiences are sense of presence and/or apparitions, hearing noises, voices or dialogues, crying or complaining, intuitions and extrasensory experiences and as listeners of the experiences of their patients, such as near death experiences, religious interventions, and many anomalous experiences in relation with children. The rationale of the present study is to confirm the early findings for work stress and absorption with a bigger sample of nurses (Parra & Giménez Amarilla, 2017) and additionally, schizotypy proneness and empathy skills. The hypothesis that nurses who report anomalous experiences tend to score higher on work stress was not confirmed, however depersonalization factor scored higher than with non-experiencers. Nurses reporting these experiences tended to report higher scores of absorption and higher scores of proneness to schizotypy, mainly “positive” schizotypy (Unusual experiences) and tended to report higher cognitive empathy and emotional comprehension than non-experiencers.

*Keywords:* nursing – perceptual / cognitive process – extraordinary experiences – hallucinations

### **Einleitung**

Zu Beginn soll darauf hingewiesen werden, dass die Befunde zu außergewöhnlichen Erfahrungen (anomalous experiences)<sup>3</sup> von Krankenpflegerinnen und Krankenpflegern<sup>4</sup> auch von

---

3 Für die Übersetzung von „anomalous experiences“ wurde die deutsche Bezeichnung „außergewöhnliche Erfahrungen“ gewählt, mit der üblicherweise auch die Begriffe „extraordinary experiences“ oder „exceptional experiences“ übersetzt werden (z. B. Belz, 2009). Die Definition selbst ist schwierig, denn allein ihr Bezug auf die Abweichung vom bzw. die Inkompatibilität mit dem eigenen Weltmodell oder dem der sozialen Umgebung, wie es Belz und Fach (2015: 365) vorschlagen, greift zu kurz. Zur Diskussion der Definition siehe Mayer & Schetsche (2019: 17f, FN 16). (Anm. d. Übersetzers)

4 Im Folgenden wird in der deutschen Übersetzung aus Gründen der Straffung und leichteren Lesbarkeit ausschließlich die weibliche Form weiterverwendet, da die Mehrzahl der teilnehmenden „nurses“ weiblichen Geschlechts war. (Anm. d. Übersetzers)

Ärzten (Osis & Haraldsson, 1977, 1997) und anderem Pflegepersonal im Krankenhausbereich berichtet wurden (Brayne, Farnham, & Fenwick, 2006; Katz & Payne 2003; Kellehear, 2003; Fenwick & Fenwick 2008). In einer aktuellen Vorgängerstudie zu außergewöhnlichen Erfahrungen (AgE) im Krankenhausumfeld (Parra & Giménez Amarilla, 2017) wurden Krankenpflegerinnen befragt, die von solchen Erfahrungen in einem Gesundheitszentrum in Buenos Aires, Argentinien, berichteten. Im Folgenden sind zwei Fälle der Wahrnehmung von Erscheinungen aufgeführt:

Ich arbeitete in der Nachtschicht, wo ich für zwei Babys in der Intermediate-Care-Station verantwortlich war. Ich hatte die Betreuung der Babys um drei Uhr morgens gerade beendet, als ich auf der anderen Seite des Trennglases der Einheit eine weiß gekleidete Frau bemerkte. Sie steuerte auf eines der Babys zu, das mit einer Lichttherapie behandelt wurde. [...] Die Mutter dieses Babys war im selben Krankenhaus wegen einer Blutvergiftung nach einem Kaiserschnitt ins Krankenhaus eingeliefert worden. Sie war gerade um drei Uhr morgens gestorben, aber das wusste ich zu dem Zeitpunkt nicht.

Ich war bei meinen Begleitern, als wir alle hörten, wie mich jemand mit großer Beharrlichkeit und Dringlichkeit mit meinem Namen rief, anscheinend aus dem obersten Stockwerk. Es war eine junge und weibliche Stimme. Überrascht eilte ich die Treppe hinauf, aber als ich Zimmer für Zimmer überprüfte, fand ich alle Patienten in festem Schlaf. Doch die beunruhigende Stimme rief mich immer noch. Da ich nicht herausfinden konnte, was vor sich ging, beschloss ich, zu meinen Kommilitonen zurückzukehren. Als ich die Treppe hinunterging, stieß ich auf eine weiße und nebelartige menschliche Gestalt, die aus dem Esszimmer kam und dann einen der Räume betrat. Ich folgte ihren Schritten, fand dort aber nichts. Alles war still.

Parra und Giménez Amarilla (2017) untersuchten vier potenzielle Merkmale bzw. Eigenschaften, die die AgE bei Krankenpflegerinnen „modulieren“ könnten: Arbeitsstress, Anfälligkeit für Halluzinationen und erhöhte Aufmerksamkeitsfähigkeit (psychologische Absorption) im Zusammenhang mit einer Reihe von AgE sowie „Offenheit“ für solche Erfahrungen. Es könnte argumentiert werden, dass der psychologische Druck der Arbeitsbedingungen von Krankenpflegerinnen solche außergewöhnlichen Wahrnehmungserfahrungen auslöst (Krankenpflegerinnen, die diese Erfahrungen berichteten, neigten dazu, mehr arbeitsbedingten Stress zu erleben), doch ein Vergleich zwischen Krankenpflegerinnen und einer Kontrollgruppe in Bezug auf Arbeitsstress bestätigte diesen Zusammenhang nicht (Parra & Giménez Amarilla, 2017).

Sie fanden auch heraus, dass diejenigen, die eine Kombination aus ungewöhnlichen Wahrnehmungserfahrungen und einer hohen psychologischen Absorption aufwiesen, d.h. eines Zustands erhöhter imaginativer Beteiligung, in dem die Aufmerksamkeit eines Individuums

auf eine Verhaltensdomäne fokussiert ist (Tellegen & Atkinson 1974), tendenziell mehr AgE berichteten. Tatsächlich war die psychologische Absorption bei „Erfahrenen“ im Vergleich zur Kontrollgruppe ein besserer Prädiktor als Arbeitsstress und Halluzinationsanfälligkeit (Parra, 2015, Parra & Argibay, 2012). Von den 100 von ihnen befragten Krankenpflegerinnen berichteten 61 von mindestens einer AgE in einem Krankenhausumfeld; die häufigsten Wahrnehmungen waren das Gefühl einer „Anwesenheit“ (30%), das Hören von Geräuschen ohne das Auffinden der Geräuschquelle (17%) und das intuitive Wissen, was mit einem Patienten nicht stimmt, ohne seine Krankengeschichte zu kennen (14%); darüber hinaus Berichte von Patienten mit Nahtoderfahrungen (19%), von Patienten, die sich nach religiösen Eingriffen (z.B. Gebetsgruppe) (18%) schnell und vollständig von der Krankheit erholten, und AgE, an denen Kinder beteiligt waren (15%).

Allerdings sind hier noch zwei weitere Variablen untersucht worden, nämlich der Zusammenhang von ungewöhnlichen Erfahrungen und eigentümlichem Denken (Schizotypieanfälligkeit) sowie Empathiefähigkeiten. Auf der Grundlage der in der Vorgängerstudie (Parra & Giménez Amarilla, 2017) gefundenen signifikanten und robusten Korrelationen wurde das Konstrukt der „positiven“ Schizotypie in die vorliegende Studie mit hinein genommen. Damit sind positive Symptome der Schizotypie wie das Hören von Stimmen und das Sehen von Erscheinungen gemeint, die unter Krankenpflegerinnen wiederkehrend aufzutreten scheinen, obwohl es sich bei ihnen um hochfunktionelle Menschen handelt, die wachsam und sich bewusst sind, wie schnell sich Situationen ändern können, in denen es um Leben und Tod geht (McGillis-Hall, 2003; Ramanujam, Abrahamson & Anderson, 2008). Die vorliegende Studie stellt eine Replikation unter Verwendung einer größeren Anzahl von Krankenpflegerinnen aus einer größeren Anzahl von Krankenhäusern und Gesundheitszentren (mehr als 30) in Buenos Aires dar. Das Hauptziel dieser Studie war es, die Häufigkeit und den Prozentsatz von AgE nicht nur in einem, sondern in mehreren Krankenhäusern/Gesundheitszentren zu bestimmen. Außerdem wurden die zuvor untersuchten Variablen um Empathie und Schizotypie ergänzt.

### *Pflege und Empathie*

Der Begriff *Empathie* bezieht sich auf die Sensibilität und das Verständnis für die mentalen Zustände anderer. Hoffman (1987: 48) definiert Empathie als „eine affektive Antwort, die der Situation eines anderen besser entspricht als der eigenen.“ Wie diese Definitionen veranschaulichen, wurde der Begriff Empathie verwendet, um sich auf zwei verwandte menschliche Fähigkeiten zu beziehen: die Übernahme geistiger Perspektiven (kognitive Empathie) und das stellvertretende Teilen von Emotionen (emotionale Empathie).

Die Nützlichkeit von Empathie in der Pflege steht auf einer inzwischen immer besseren Datengrundlage (Mercer & Reynolds 2002). Es ist generell erwiesen, dass die empathische Haltung der Krankenpflegerinnen wichtig für das Einhalten der Behandlungsanweisungen (Compliance) durch die Patienten ist. Es wurde auch festgestellt, dass das Ausmaß an Empathie ein guter Prädiktor für klinische Kompetenz und diagnostische Genauigkeit darstellt (Sayumporn et al., 2012; Veloski & Hojat, 2007). Obwohl es eine generelle Bestätigung und Akzeptanz für den positiven Zusammenhang zwischen Empathie, Therapieerfolg und klinischer Kompetenz gibt, bestehen immer noch einige Unklarheiten zum Verhältnis von Empathie und dem Wohlbefinden der Krankenpflegerinnen (Yu & Kirk, 2008). So gibt es beispielsweise kontroverse Befunde über die Zusammenhänge zwischen Empathie und Burnout-Syndrom (Aström, Nilsson, Norberg & Winblad, 1990) sowie Empathie und Arbeitsbelastung (Beddoe & Murphy, 2004; McVicar, 2003).

Einige Studien deuten auf mögliche Zusammenhänge zwischen Empathie und Erschöpfung, Hunger und Depression der Krankenpflegerinnen hin (Thomas, 1996). Andererseits stellte Hochschild (1983) fest, dass Empathie in der emotionalen Interaktion mit Patienten die Arbeitszufriedenheit der Krankenschwestern erhöht. Obwohl Empathie zu den am häufigsten genannten Faktoren in der Patientenversorgung gehört, ist vieles im Zusammenhang mit diesem Konzept noch unklar (Veloski & Hojat, 2007). Es konnten keine Studien über Empathie im klinischen Kontext und AgE bei Krankenpflegerinnen gefunden werden. Parra (2013) wies nach, dass Personen mit AgE (es handelte sich nicht um Krankenpflegerinnen) empathischer sind als Personen ohne solche Erfahrungen (Parra, 2015a).

### *Schizotypieneigung*

Schizotypie wurde definiert als ein multifaktorielles Persönlichkeitskonstrukt, wobei einige Aspekte auf einem Kontinuum mit einer Psychose zu liegen scheinen (Claridge, 1997). Positive Schizotypie hat eine intuitive Verbindung zu religiösen und spirituellen Überzeugungen und Erfahrungen; so fanden z. B. Wolfradt, Oubaid, Straube, Bischoff und Mischo (1999) sowie Raine und Benishay (1995) mit dem *Schizotypal Personality Disorder Questionnaire (SPQ-B)* heraus, dass AgE stark mit positiver Schizotypie korreliert sind. Die Autoren untersuchten im Kontext paranormaler Erfahrungen den Zusammenhang zwischen außerkörperlichen Erfahrungen (OBEs) und den verschiedenen Dimensionen der Schizotypie. Dies hat nicht unbedingt psychopathologische Implikationen für die Betroffenen; Menschen, die Auren sehen, sind vielleicht einfach sensitiv für außergewöhnliche Wahrnehmungserfahrungen. Ein höheres Niveau der kognitiven Wahrnehmungsschizotypie bei Individuen, die behaupten, spontan die „Aura“ oder das Energiefeld einer Person sehen zu können (Parra, 2010a; Parra & Espinoza Paul, 2010a), deutet darauf hin, dass dissoziative Prozesse wie Absorption und Fantasieanfälligkeit zugrunde liegen.

## *Zielsetzung und Hypothesen*

Die vorliegende Studie stellt eine Replikation dar, an der eine größere Anzahl argentinischer Krankenpflegerinnen aus einer größeren Anzahl von Krankenhäusern und Gesundheitszentren in Buenos Aires teilnahm. Die Hauptziele waren (1) die Bestimmung der Häufigkeit und des Prozentsatzes von AgE von Krankenpflegerinnen in mehreren Krankenhäusern/Gesundheitszentren (anstelle von nur einem in der ersten Untersuchung) und (2) die Korrelation solcher Erfahrungen nicht nur mit Arbeitsstress und Absorption, sondern mit zwei zusätzlichen Variablen, nämlich „positive“/„negative“ Schizotypie und kognitive/emotionale Empathie. Die Hypothesen lauteten, dass Krankenpflegerinnen, die über mehr AgE berichten, höhere Werte in den Variablen (H1) Arbeitsstress, (H2) Schizotypieanfälligkeit, (H3) Absorption und (H4) Empathie haben im Vergleich mit denjenigen, die solche Erfahrungen nicht berichten.

## ***Untersuchungsdesign***

### *Teilnehmende*

Insgesamt wurden 450 Fragebögen an Krankenpflegerinnen in 36 verschiedenen Krankenhäusern und Gesundheitsabteilungen verschickt. Von diesen wurden 344 (76%) auswertbare Fragebögen zurückgegeben. Die Rekrutierung der Pflegekräfte erfolgte in Zusammenarbeit mit ihren Forschungs- und Lehrbereichen der jeweiligen Pflegeabteilung (den leitenden Pflegebeauftragten). Sie gaben uns die Erlaubnis, die Fragebögen über Pflegebeamte an jede Krankenpflegerin im Krankenhaus verteilen zu lassen, wobei die Anzahl der Krankenpflegerinnen, die in den Krankenhäusern und Gesundheitszentren arbeiteten, von 5 bis ca. 300 variierten (Mittelwert = 100).

Die Pflegebeamten erklärten das Forschungsvorhaben den Krankenpflegerinnen in allen Schichtdiensten in mündlicher Form. Die Pflegebeamten wurden auch über Ankündigungen in Krankenhäusern und im Internet kontaktiert (wobei die Hauptziele der Studie kurz beschrieben wurden), und viele Krankenpflegerinnen mit Interesse an spirituellen/paranormalen Themen kontaktierten die Pflegebeamten in ihrem Krankenhaus, von denen einige auch an dem Thema interessiert waren. Eine weitere Gruppe von Pflegebeamten wurde ebenfalls von dem Wissenschaftler kontaktiert, der kurz die Hauptziele der Studie darlegte, aber den in den Krankenhäusern beschäftigten Krankenpflegerinnen wurden keine Hinweise zur Hypothese gegeben. Alle Krankenpflegerinnen füllten die Fragebögen voneinander getrennt aus und schickten sie zur gleichen Zeit zurück (die Zeit zum Ausfüllen der Fragen betrug vierzig Minuten). Einige Krankenpflegerinnen (n = 80) wurden auch aus Kursen und Seminaren in Pflegeschulen und

Gesundheitszentren rekrutiert, wo die Fragebögen in einer Klassenzimmerumgebung mit Erlaubnis ihrer Lehrer bzw. Schuldirektoren ausgefüllt wurden.

### *Einwilligungserklärung*

Den Fragebögen wurde eine Einwilligungserklärung beigelegt. Die Teilnehmerinnen wurden darüber informiert, dass wir Informationen über außergewöhnliche und/oder spirituelle Erfahrungen erheben, und sie unterzeichneten ein entsprechendes Einverständnisformular. Sie erhielten die wesentlichen Informationen zum Verfahren und konnten die Teilnahme verweigern. Alle gesammelten Daten wurden vertraulich behandelt.

### *Kategorisierungsverfahren*

Die Stichprobe wurde nach den folgenden Kriterien in zwei Gruppen eingeteilt: Krankenpflegerinnen, die nach ihren Angaben mindestens eines der 13 Items „einmal erlebt“ und/oder „mehrfach erlebt“ haben, wurden als Gruppe der „Krankenpflegerinnen mit Erfahrung“ (Nurse Experiencers – NEs; n = 235) und Krankenpflegerinnen, die bei allen 13 Items „nie erlebt“ angegeben haben, als Kontrollgruppe (n = 109) eingestuft. Acht Items des *Anomal Experiences in Nurse & Health Workers Survey* wurden verwendet, um einen Index der persönlichen Gesamterfahrungen zu erstellen. Krankenpflegerinnen, die nur Erfahrungen von Patienten und Kolleginnen als Zuhörer mitbekommen und sie nicht selbst erlebt haben, wurden nicht in die Gruppe aufgenommen (fünf Items).

*Krankenpflegerinnen mit Erfahrungen (NE).* Die Stichprobe bestand aus 235 Krankenpflegerinnen und Krankenpflegern, von denen 183 (78%) weiblich und 52 (22%) männlich waren. Das Alter lag zwischen 19 und 68 Jahren (Mittelwert = 39,19 Jahre; SD= 11,15). Die Krankenpflegerinnen arbeiteten im Durchschnitt seit elf Jahren in solchen Einrichtungen (Range = 1 bis 48 Jahre; SD = 10,52). Von ihnen arbeiteten 39 (16,6%) in der Frühschicht, 51 (21,7 %) in der Nachmittagsschicht und 45 (19,1%) in der Nachtschicht (nur sechs [2,6%] arbeiteten in zwei Schichten). 66 (31,8%) arbeiteten in anderen Schichtmodi wie der kontinuierlichen Schicht (37 [15,7%]) und der Wochenendschicht (29 [12,3%]); bei 28 (11,9%) fehlten die Angaben zur Schicht. Die wichtigsten Arbeitsbereiche waren Patientenzimmer (24,3%), Wachstation (13,2%), Intensivstation (22,1%), Neonatologie (= Frühgeborenenmedizin; 7,7%) sowie andere Bereiche (22,2%, z. B. Krankenwagen, Operationsäle usw.); bei 8,9% der Befragten waren die Bereiche nicht genauer bestimmt.

*Krankenpflegerinnen ohne Erfahrungen (Kontrollgruppe – NC).* Die Stichprobe bestand aus 109 Krankenpflegerinnen und Krankenpflegern, von denen 89 (81,7%) weiblich und 20

(18,3%) männlich waren. Das Alter lag zwischen 19 und 69 Jahren (Mittelwert = 38,94 Jahre; SD= 11,62). Diese Krankenpflegerinnen arbeiteten im Durchschnitt seit neun Jahren in ihrem Beruf (Range = 1 bis 39 Jahre; SD = 8,97). 21 (19,3%) arbeiteten in der Frühschicht, 16 (14,7%) in der Nachmittagschicht und 27 (24,8%) in einer Nachtschicht (nur 1 Person [0,9%] in zwei Schichten). 28 (25,7%) arbeiteten in anderen Schichtmodi, wie z.B. kontinuierliche Schicht (15 [13,8%]) und Wochenendschicht (13 [11,9%]); bei 16 (14,7%) fehlten die Angaben zur Schicht. Die Hauptarbeitsbereiche waren Patientenzimmer (28,4%), Wachstation (15,6%), Intensivstation (16,5%), Neonatologie (10,1%) sowie andere Bereiche (18,1%, z. B. Krankenwagen, Operationssäle, etc.); bei 11% der Befragten waren die Bereiche nicht genauer bestimmt.

### *Fragebögen und Auswertungsmethode*

Die fünf Fragebögen wurden unter dem Pseudo-Titel „Fragebogen zu psychologischen Erfahrungen“ in einer ausbalancierten Reihenfolge gegeben, um ein unverzerrtes Antwortverhalten zu begünstigen. Der *Anomalous Experiences in Nurse & Health Workers Survey* wurde zuerst gegeben.

*Anomalous Experiences in Nurse & Health Workers Survey.* Dieser Selbstauskunftsfragebogen umfasst 13 Ja/Nein-Items (Cronbachs alpha = .78) und folgt einer früheren Studie von Parra und Giménez Amarilla (2017). Zu den außergewöhnlichen (oder spirituellen) Erfahrungen während des Krankenhausaufenthaltes zählen das Gefühl einer Anwesenheit und/oder eine Erscheinungserfahrung, schwebende Lichter oder Leuchterscheinungen, das Hören seltsamer Geräusche, Stimmen oder Dialoge, Weinen oder Stöhnen, das Sehen von Energiefeldern, Lichtern oder „Stromschlägen“ im Umfeld eines stationären Patienten oder aus ihm heraustretend usw. Andere Angaben betreffen zum Beispiel außersinnliche Erfahrungen, eine Fehlfunktion der Ausrüstung oder der medizinischen Instrumente bei bestimmten Patienten oder eine spirituelle Form der Intervention (z. B. Gebetsgruppen, Handauflegen, Riten, gesegnete Bilder). Der Fragebogen erhob auch Alter, Berufserfahrung, Schicht (morgens, nachmittags oder abends), Krankenhausbereich (Patientenzimmer, Wachstation, Intensivstation, Neonatologie, etc.) und den Namen der Institution (vertraulich). E-Mail- oder Telefondaten waren optional. Die Fragen waren in zwei Arten unterteilt: Typ 1 betraf Krankenpflegerinnen, die außergewöhnliche Erfahrungen von Patienten (z. B. Nahtoderfahrungen) und anderen (vertrauenswürdigen) Krankenpflegerinnen berichtet bekommen haben (Items 1, 2, 6, 12), und Typ 2 Krankenpflegerinnen, die selbst außergewöhnliche Erfahrungen erlebt haben (Items 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11 und 13). Diese Unterscheidung liefert wichtige Informationen zum besseren Verständnis von AgE.

*Maslach Burnout Inventory* (Gil-Monte, 2002, 2005; Maslach, Jackson & Leiter, 1996). Dies ist ein 22 Items umfassender Selbstauskunftsfragebogen, der eine Skala von 0 (nie) bis 6 (sehr



oft) hat. Das *Maslach Burnout Inventory (MBI)*, das seit mehr als einem Jahrzehnt als das führende Messinstrument für Arbeitsstress gilt, befasst sich mit drei allgemeinen Faktoren: (1) Emotionale Erschöpfung oder Gefühle emotionaler Überforderung durch die eigene Arbeit; (2) Depersonalisation, d. h. eine gefühllose und unpersönliche Reaktion gegenüber den Empfängern der eigenen Pflegebehandlung oder Anleitungen; und (3) persönliche Leistung oder Gefühle der Kompetenz und Erfolge in der eigenen Arbeit. Die interne Zuverlässigkeit des *MBI* ist gut, mit einem Cronbach-Alpha-Koeffizienten von .75 (Gil-Monte, 2002, 2005). Für diese Studie wurde die chilenisch-argentinische Version verwendet, die an die mexikanisch-spanische Sprachversion angelehnt ist (Christian Pérez, Parra, Fasce, Ortiz, Bastías & Bustamante 2012).

*Tellegen Absorption Scale (TAS)* (Tellegen & Atkinson, 1974; Jamieson, 2005). Dies ist ein 34 Punkte umfassendes Inventar von Selbstauskünften mit „Wahr“- oder „Falsch“-Antwortoptionen. Der *TAS* befasst sich mit sechs allgemeinen Faktoren: (1) Reaktionsfähigkeit auf Aktivierungsreize, (2) Synästhesie, (3) erweiterte Kognition, (4) selbstvergessene/dissoziative Beteiligung, (5) lebhafte Erinnerungen und (6) veränderte Bewusstseinszustände. Die interne Zuverlässigkeit der *TAS* ist mit einem Cronbach-Alpha-Koeffizienten von .90 gut; die Zuverlässigkeit der argentinisch-spanischen Version wurde ebenfalls als akzeptabel befunden (Parra, 2006, 2010a, b).

*Interpersonal Reactivity Index (IRI)* (Davis, 1996). Der *IRI* ist ein 33 Punkte umfassender Selbstauskunftsfragebogen mit einer Likert-Skala von 1-5 (1 = niedrigster Wert bis 5 = höchster Wert der Empathie), der vier Subskalen enthält: zwei beziehen sich auf kognitive und zwei auf emotionale Empathie. Die ersten beiden sind Perspektiv-Übernahme (perspective-taking) und emotionales Verständnis (emotional comprehension), welches die Tendenz messen soll, herauszufinden und zu verstehen, wie sich eine andere Person zu einem bestimmten Zeitpunkt fühlt (López-Pérez, Fernández & Abad, 2008). Die zweiten beiden sind empathische Sorge (empathic concern) und positive emotionale Empathie (emotional empathy). Die Ergebnisse auf beiden Skalen werden zu einer Gesamtnote kombiniert, so dass eine hohe Gesamtnote ein hohes Maß an Empathie bedeutet. In dieser Studie wurde die spanische Version des *IRI* verwendet, die zuvor von Pérez-Albéniz, de Paúl, Etxebarria, Montes und Torres (2003) übersetzt und im spanischen Kontext getestet wurde. Der Cronbach-Alpha-Koeffizient der argentinischen Version beträgt .87.

*Oxford-Liverpool Inventory of Feelings and Experiences – Revised (O-LIFE)* (Mason, Claridge & Jackson, 1995; Mason, Claridge & Williams, 1997) ist ein 150-Item-Fragebogen mit Ja/Nein-Antwortmöglichkeiten in Bezug auf vier Dimensionen: (1) positive Schizotypie, die durch ungewöhnliche Erlebnisse (unusual experiences) und kognitive Desorganisation – eine Tendenz, dass Gedanken „entgleisen“, und unorganisiert oder sprunghaft werden (Denkstö-

rung) – erhoben wird, (2) negative Schizotypie, (3) introvertive Anhedonie und (4) impulsive Nonkonformität. Normwerte für den Fragebogen bieten Mason, Claridge und Jackson (1995) und Mason, Claridge und Williams (1997). Die psychometrische Bewertung des O-LIFE hat eine gute Test-Retest-Reliabilität (Cronbachs alpha = .80) sowie eine akzeptable interne Konsistenz ergeben.

Da die Ergebnisse nicht normalverteilt waren, wurden nichtparametrische Statistiken (Mann-Whittney-U für beide Gruppen und Spearmans *Rho* für Korrelationen) angewendet. Das resultierende *U* wurde zur Zuordnung von Wahrscheinlichkeitswerten in einen *z*-Wert umgewandelt. Eine Bonferroni-Korrekturmethode (d. h. 0.05 / 24 Vergleiche ergeben  $p=0.002$ ) zur Fehlerkontrolle wurde ebenfalls verwendet sowie eine logistische Regressionsanalyse zur Messung der Prädiktorvariablen.

### *Ergebnisse*

Die häufigsten AgE, die unter Typ 2 (mit eigener Erfahrung) berichtet werden, sind das Gefühl der Anwesenheit oder Erscheinung (28,8%), das Hören seltsamer Geräusche, Stimmen oder Dialoge, Weinen oder Klagen (27%) und das intuitive Erkennen der Krankheit des Patienten (20,6%). Unter Typ 1 (als Zuhörer von Erfahrungen) waren: Nahtoderfahrungen (25,6%), religiöse Intervention (20,1%) und AgE in Bezug auf Kinder (12,2%) (siehe Tabelle 1).

Gemäß H1 wurde erwartet, dass NE (experienter) bezüglich Arbeitsstress einen höheren Wert aufweisen als NC (control). Dies wurde nicht bestätigt, doch erzielten sie bei der Depersonalisierung einen höheren Wert ( $M_{Exp} = 5,21$  vs.  $M_{Ctr} = 3,89$ ,  $pdif = .002$ ). H2 wurde bestätigt, d. h. Krankenpflegerinnen, die von solchen Erfahrungen berichteten, hatten tendenziell einen höheren Wert auf der Absorptionsskala ( $M_{Exp} = 15,71$  vs.  $M_{Ctr} = 11,58$ ,  $pdif < .001$ ) und der Einzelfaktoren (alle  $pdif < .001$ , außer „Lebhaftes Erinnern“ und „Erweitertes Bewusstsein“) als diejenigen, die solche Erfahrungen nicht hatten. NE erzielten durchschnittlich höhere Werte auf der Schizotypie-Skala ( $M_{Exp} = 14,64$  vs.  $M_{Ctr} = 12,18$ ,  $pdif = .001$ ), und dies sowohl bezogen auf die negative ( $M_{Exp} = 6,85$  vs.  $M_{Ctr} = 5,24$ ,  $pdif = .002$ ) als auch auf die positive Schizotypie ( $M_{Exp} = 7,77$  vs.  $M_{Ctr} = 6,94$ ,  $pdif = .002$ ), mit Fokussierung auf ungewöhnlichen Erfahrungen ( $pdif < .001$ ), was H3 bestätigte. In Bezug auf Empathie wurde H4 nicht bestätigt, jedoch hatten NE tendenziell höhere Empathiewerte ( $M_{Exp} = 106,27$  vs.  $M_{Ctr} = 103,34$ ,  $pdif = .037$ ) als NC (siehe Tabelle 2).

Item Nr.	Typ	Aussage	N	%
1	1	Patienten in meiner Klinik haben über Nahtoderfahrungen (oder ähnliches) während des Krankenhausaufenthaltes oder während klinischer Eingriffe (z.B. Operation) berichtet.	88	25,6
2	1	Patienten in meinem Gesundheitszentrum haben über außerkörperliche Erfahrungen berichtet.	33	9,6
3	2	Während der Intensivtherapie erlebte ich so etwas wie "Präsenz", eine Erscheinung, ein schwebendes Licht oder Lumineszenz oder unerklärliche Bewegungen von Objekten.	99	28,8
4	2	In meiner Klinik erlebte ich Dinge wie seltsame Geräusche, Stimmen oder Dialoge, Weinen oder Stöhnen und fand keine Quelle dafür.	93	27,0
5	2	In meiner Klinik erlebte ich Energiefelder, Lichter oder "elektrische Blitze" um einen Krankenhauspatienten herum oder von ihm ausgehend.	20	5,8
6	1	Patienten, die in meine Klinik eingeliefert wurden, haben über außersinnliche Erfahrungen berichtet (z.B. Dinge über Menschen oder Situationen, die sie nicht wissen konnten, weil sie interniert und isoliert waren).	27	7,8
7	2	Ich habe eine seltsame Erfahrung gemacht, wie beispielsweise das Wissen um die Situation eines mir aus der Klinik bekannten Patienten, während ich zu Hause oder im Urlaub war.	47	13,7
8	2	In meiner Klinik habe ich die Erfahrung gemacht, dass medizinische Geräte bei bestimmten Patienten konsequent versagen, während dies bei anderen nicht der Fall war.	28	8,1
9	2	In meiner Klinik beobachtete ich, dass nach einer Art von Intervention (z.B. Gebetsgruppen, Handauflegen, Ritualen oder Objekten wie Bildern von Heiligen und Rosenkränzen) einige Patienten sich schnell und vollständig von Krankheiten und/oder Traumata erholten.	69	20,1
10	2	Manchmal „wusste“ ich intuitiv, was mit einem Patienten nicht stimmt, allein weil ich ihn sehe, oder sogar schon vorher oder sogar, ohne seine Krankengeschichte zu kennen.	71	20,6
11	2	Ich hatte eine Erfahrung im Kontext meiner Klinik, die man als "mystische" oder spezielle "Verbindung" bezeichnen könnte.	27	7,8
12	1	Ich bin vertrauenswürdigen Kollegen begegnet, die Erfahrungen wie die oben genannten in einem medizinischen Kontext gesehen haben, oder habe davon gehört.	104	30,2
13	2	In meiner Klinik habe ich unerklärliche Ereignisse im Zusammenhang mit Kindern erlebt.	42	12,2

**Tabelle 1:** Anzahl der Krankenschwestern, die über außergewöhnliche Erfahrungen berichteten und den Aussagen zugestimmt haben.

Variablen	Krankenschwestern ohne Erfahrung (Kontrollgruppe) (n = 109)		Krankenschwestern mit Erfahrung (n = 235)		z <sup>*</sup>	p <sup>**</sup>	e <sub>s</sub>
	MW	SD	MW	SD			
1. Emotionale Erschöpfung	15,63	10,13	17,92	10,59	1,81	n.s.	n.s.
2. Depersonalisation	3,89	4,46	5,21	5,78	3,02	.002	.12
3. Persönlicher Erfolg	33,30	11,02	34,14	10,27	0,19	n.s.	n.s.
<b>Arbeitsstress (Gesamt = 1+2)</b>	<b>19,45</b>	<b>12,88</b>	<b>23,07</b>	<b>14,46</b>	<b>2,51</b>	<b>n.s.</b>	<b>n.s.</b>
F1. Empfänglichkeit für ansprechende Reize	2,64	1,94	3,58	1,96	3,66	< .001	.23
F2. Synästhesie	2,45	2,01	3,21	1,89	3,62	< .001	.22
F3. Erweiterte Wahrnehmung	2,12	2,04	2,92	1,95	3,69	< .001	.19
F4. Selbstvergessene Absorption	1,55	1,47	2,37	1,52	4,43	< .001	.26
F5. Lebhaftes Erinnern	1,86	1,27	2,22	1,22	3,33	n.s.	n.s.
F6. Erweitertes Bewusstsein	1,04	0,91	1,41	1,16	3,65	n.s.	n.s.
<b>Absorption</b>	<b>11,58</b>	<b>7,83</b>	<b>15,71</b>	<b>7,26</b>	<b>4,52</b>	<b>&lt; .001</b>	<b>.26</b>
1. Ungewöhnliche Erlebnisse	2,24	2,29	3,33	2,49	3,96	< .001	.22
2. Kognitive Desorganisation	2,99	2,53	3,52	2,74	1,73	n.s.	n.s.
3. Introvertierte Anhedonie	3,88	1,39	4,09	1,22	2,04	n.s.	n.s.
4. Impulsive Nonkonformität	3,06	2,03	3,68	2,19	2,85	n.s.	n.s.
F1. Negative Schizotypie	5,24	4,11	6,85	4,26	3,12	.002	.18
F2. Positive Schizotypie	6,94	2,55	7,77	2,65	3,15	.002	.15
<b>Schizotypie</b>	<b>12,18</b>	<b>5,94</b>	<b>14,64</b>	<b>6,06</b>	<b>3,36</b>	<b>.001</b>	<b>.20</b>
1. Perspektivübernahme	25,83	4,73	26,27	4,32	1,11	n.s.	n.s.
2. Emotionales Verständnis	28,12	5,68	29,40	4,85	2,65	.002	.12
3. Empathische Sorge	21,60	4,69	22,30	4,47	0,99	n.s.	n.s.
4. Positive Empathie	27,96	5,15	28,30	4,77	0,73	n.s.	n.s.
F1. Kognitive Empathie	53,77	10,19	55,67	8,20	2,52	.002	.10
F2. Emotionale Empathie	49,56	8,46	50,60	7,44	1,15	n.s.	n.s.
<b>Empathie</b>	<b>103,34</b>	<b>17,606</b>	<b>106,27</b>	<b>14,39</b>	<b>2,07</b>	<b>n.s.</b>	<b>n.s.</b>

**Tabelle 2:** Vergleich von Krankenschwestern mit außergewöhnlichen Erfahrungen und solchen ohne Erfahrungen (Kontrollgruppe) bezüglich der Faktoren Arbeitsstress, Absorption, Schizotypie und Empathie.

\* Der Mann-Whitney-U-Test wurde angewendet.

\*\* Der p-Wert wurde auf multiples Testen adjustiert (Bonferroni-Korrektur, Cut-off-Wert  $p = .002$  und  $df = 343$ ).

### *Diskussion*

Im Unterschied zu unserer ersten, nicht-signifikanten Studie erzielten die Krankenpflegerinnen mit Erfahrung hier im Durchschnitt höhere Werte als die Kontrollgruppe, wobei Depersonalisierung (ein Faktor des Arbeitsstresses) eines der wichtigsten Differentialmerkmale darstellte. Es ist jedoch schwierig, zu beurteilen, ob Depersonalisierung auch ein mit AgE verknüpftes Merkmal ist, da sie eine gefühllose und unpersönliche Reaktion gegenüber Empfängern der eigenen Pfl egetätigkeit und Anleitungen betrifft und die Wahrnehmungsfunktion nicht direkt involviert ist.

Krankenpflegerinnen mit AgE berichteten tendenziell von einer höheren Anfälligkeit für Schizotypie – positiv und negativ – mit Schwerpunkt auf ungewöhnlichen Erlebnissen, was die Ergebnisse unserer früheren Studie über eine höhere Halluzinationsanfälligkeit von Krankenpflegerinnen bestätigt (Parra & Giménez Amarilla, 2017). Die vorliegende Studie impliziert eine Interaktion zwischen schizotypischen Faktoren bei der Vorhersage der subjektiven Qualität von AgE bei Krankenpflegerinnen. In Übereinstimmung mit früheren Forschungen (Claridge, 1997; Parra, 2006, 2015b) deuten die vorliegenden Ergebnisse ebenfalls auf eine potenziell adaptive und tatsächlich schützende Rolle von AgE hin; die Ergebnisse legen ferner nahe, dass die adaptive oder schädliche Eigenschaft AgE durch (sowohl positive als auch negative) Schizotypie beeinflusst werden kann; dies wird anscheinend durch den Grad der kognitiven Desorganisation des Teilnehmenden moderiert, was im Einklang ist mit dem bei Krankenpflegerinnen mit Erfahrung beobachteten Depersonalisierungsfaktor.

Ein aus den vorliegenden Ergebnissen ableitbares mögliches theoretisches Modell besagt, dass Schizotypie trotz oder vielleicht sogar teilweise aufgrund der AgE der Krankenpflegerinnen funktional zu sein scheint. Positive Schizotypie, die veränderte Wahrnehmungserfahrungen und/oder AgE widerspiegelt, kann mit subjektiven außergewöhnlichen Erfahrungen und Überzeugungen zusammenhängen. Claridge (1997) hat in der Tat die positive Seite der Schizotypie – wenn nicht sogar der Schizophrenie selbst – betont, was darauf hindeutet, dass ein moderater Grad der Schizotypie sogar von adaptivem Wert sein kann. Das „positive“ Schizotypiemodell könnte zur Erklärung der vorliegenden Ergebnisse beitragen.

Krankenpflegerinnen mit AgE weisen tendenziell auch höhere Werte an Empathie auf, wobei der Schwerpunkt auf dem kognitiven und emotionalen Verständnis der Patienten im Vergleich zu denjenigen ohne solche Erfahrungen lag. In Übereinstimmung mit unserer früheren Studie (Parra & Giménez-Amarilla, 2017) wiesen Krankenpflegerinnen mit AgE tendenziell eine höhere psychologische Absorption auf. Der Zustand der Absorption könnte mit dem fokalen Objekt der Aufmerksamkeit in Verbindung gebracht werden, da es, selbst wenn es imaginär ist, für den Erfahrenden völlig real wird. In der vorliegenden Studie scheint die Absorption jedoch nur einer von einer Anzahl verwandter Faktoren zu sein. Die Absorption

bei Krankenpflegerinnen kann auf eine Angewohnheit oder einen wiederkehrenden Wunsch hindeuten, sich geistig absorbieren zu lassen, so dass eine angewöhnte geringe Realitätsprüfung zu einem dauerhaften Merkmal des eigenen kognitiven Stils wird.

Man kann keineswegs sagen, dass bei Krankenpflegerinnen mit AgE alle diese Erfahrungen rein halluzinatorische Fantasien seien, die durch Arbeitsstress hervorgerufen werden – ein signifikanter Zusammenhang zwischen Arbeitsstress und AgE wurde in dieser Studie nicht bestätigt –, da einige von ihnen potenziell auf „echten“ Wahrnehmungen basieren könnten. Wenn andere Möglichkeiten in Betracht gezogen werden, wie z.B. dass das Bewusstsein nicht-lokal ist, dann wäre an diesen Erfahrungen nichts Übernatürliches. Die vorliegende Studie könnte auch den Eindruck erwecken, dass Faktoren wie Absorption, Anfälligkeit für Schizotypie und Arbeitsstress als kausale Erklärungen für die entsprechenden Erfahrungen angesehen werden müssten, während es sich zunächst nur um Korrelationen handelt.

Die erhöhte Empathie, Absorption oder Schizotypieneigung bei Krankenpflegerinnen mag eher die Wahrnehmung und das Erkennen von AgE erleichtern, als dass sie sie verursachen (im Sinne von Halluzinationen). Das Wahrnehmen von Erscheinungen oder erscheinungsähnliche Erfahrungen korrelieren beispielsweise bei argentinischen Studenten mit höheren Absorptionswerten und erfinderisch-phantasievollen Erfahrungen (Parra 2010a, 2010b) sowie paranormalen Überzeugungen und (selbstdeklarierten) Psi-Fähigkeiten (Parra & Argibay, 2007), was darauf hindeutet, dass Visionen von Geistern mit kognitiven Prozessen verbunden sein können, die Fantasie und kognitive Wahrnehmung beinhalten und miteinander korreliert sind (Parra, 2006). In der ersten Studie (Parra und Giménez Amarilla, 2017) wurden signifikante Unterschiede in der Absorption und AgE für Krankenpflegerinnen in der Nachtschicht festgestellt, was darauf hindeuten könnte, dass bestimmte AgE in wahrnehmungsbezogener Hinsicht einen geringeren „Lärm“, also eine ruhigere Umgebung, erfordern und dass die Absorption eine für bestimmte AgE wie das Sehen von Erscheinungen oder das Hören von Stimmen sensible Variable sein könnte (Pires da Rocha & Figueiredo de Martino, 2010).

Zukünftige Studien werden darüber hinaus einen qualitativen Ansatz zur Erforschung der AgE von Krankenpflegerinnen vorstellen, der vor allem den Einfluss dieser Erfahrungen auf die Betreuung sterbender Patienten und ihrer Familien und Freunde reflektiert und zur spärlich vorhandenen Literatur zu diesem Thema beiträgt.

### **Danksagung**

Dieses Forschungsprojekt wurde von der BIAL Foundation (Grant 246/14) unterstützt. Vielen Dank an Mónica Agdamus, Sergio Alunni, Rocío Barucca, Ricardo Corral, Silvia Madrigal, Jorgelina Rivero, Jorge Sabadini, Rocio Seijas, Osvaldo Stacchiotti, Andrés Tocalini, Stella Maris

Tirrito und Esteban Varela für den Kontakt zum Forschungs- und Lehrbereich der Pflegeabteilung jedes Krankenhauses. Dank gebührt auch Rocio Seijas und Paola Giménez Amarilla für die Dateneingabe und phänomenologische Analyse sowie Juan Carlos Argibay für seine nützliche methodische und statistische Beratung.

(aus dem Englischen von Gerhard Mayer)

### Literatur

- Aström, S., Nilsson, M., Norberg, A., & Winblad, B. (1990). Empathy, experience of burnout and attitudes towards demented patients among nursing staff in geriatric care. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 1236–1244.
- Belz, M. (2009). *Außergewöhnliche Erfahrungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Belz, M., & Fach, W. (2015). Exceptional experiences (ExE) in clinical psychology. In E. Cardeña, J. Palmer, & D. Marcusson-Clavertz (Hrsg.), *Parapsychology: A handbook for the 21st century* (S. 364–379). Jefferson, NC: McFarland & Company, Inc.
- Beddoe, A. E., & Murphy, P. (2004). Does mindfulness decrease stress and foster empathy among nurses? *Journal of Nursing Education*, 43, 305–312.
- Brayne, S., Farnham, C., & Fenwick, P. (2006). Deathbed phenomena and its effect on a palliative care team. *American Journal of Hospital Palliative Care*, 23, 17–24.
- Claridge, G. (1997). *Schizotypy: Implications for illness and health*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Cristhian Pérez, V., Parra, P., Fasce, H., Ortiz, M., Bastías, V., & Bustamante, C. (2012). Estructura factorial y confiabilidad del Inventario de Burnout de Maslach en universitarios chilenos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21, 255–263.
- Davis, M. (1996). *Empathy: A social psychological approach*. Boulder, CO: Westview Press.
- Fenwick, P., & Fenwick, E. (2008). *The art of dying*. London: Continuum.
- Gil-Monte, P.R. (2002). Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory – General Survey. *Salud Pública Mexicana*, 44, 33–40.
- Gil-Monte, P.R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout)*. Madrid: Pirámide.
- Hochschild, A. R. (1983). *The managed heart: commercialization of human feeling*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Hoffman, M.L. (1987). The contribution of empathy to justice and moral judgment. In N. Eisenberg, & J. Strayer (Hrsg.), *Empathy and its development* (S. 47–80). Cambridge: Cambridge University Press.
- Jamieson, G. A. (2005). The modified Tellegen Absorption Scale: A clearer window on the structure and meaning of absorption. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 33(2), 119–139.
- Katz, A., & Payne, S. (2003). *End of life in care homes*. Oxford: Oxford University Press.

- Kellehear, A. (2003). Spirituality and palliative care: A model of needs. *Palliative Medicine*, *14*, 149–155.
- López-Pérez, B., Fernández, I., & Abad, F.J. (2008). *TECA. Test de Empatía Cognitiva y Afectiva*. Madrid, Spain: Tea Ediciones.
- Maslach, C., Jackson, S.E., & Leiter, M.P. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Mason, O., Claridge, G., & Jackson, M. (1995). New scales for the assessment of schizotypy. *Personality and Individual Differences*, *18*, 7–13.
- Mason, O., Claridge, G., & Williams, L. (1997). Questionnaire measurement. In G. Claridge (Hrsg.), *Schizotypy: Implications for illness and health* (S. 19–37). Oxford: Oxford University Press.
- Mayer, G., & Schetsche, M. (2019). Introduction: Research logic, models, and particularities. In G. Mayer (Hrsg.), *N equals 1: Single case studies in anomalistics* (S. 11–41). Zürich: LIT.
- McGillis-Hall, L. (2003). Nursing intellectual capital: A theoretical approach for analyzing nursing productivity. *Nursing Economics*, *21*(1), 14–19.
- McVicar, A. (2003). Workplace stress in nursing: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, *44*, 633–642.
- Mercer, S., & Reynolds, T. (2002). Empathy and quality of care. *British Journal of General Practice*, *2*, 9–13.
- Mete, S. (2007). The empathetic tendencies and skills of nursing students. *Social Behavior and Personality*, *35*(9), 1181–1188.
- Olson, J.K. (1995). Relationships between nurses-expressed, empathy patient perceived empathy and patient distress. *Journal of Nursing Scholarship*, *27*(4), 317–322.
- Osis, K., & Haraldsson, E. (1977). Deathbed observations by physicians and nurses: A crosscultural survey. *Journal of the American Society for Psychical Research*, *71*, 237–259.
- Osis, K., & Haraldsson, E. (1997). *At the hour of death*. London: United Publishers Group.
- Parra, A. (2006). “Seeing and feeling ghosts”: Absorption, fantasy proneness, and healthy schizotypy as predictors of crisis apparition experiences. *Journal of Parapsychology*, *70*, 357–372.
- Parra, A. (2010a). Aura vision as a hallucinatory experience: Its relation to fantasy proneness, absorption, and other perceptual maladjustments. *Journal of Mental Imagery*, *34*(3&4), 49–64.
- Parra, A. (2010b). Exámen correlacional entre experiencias anómalo/paranormales, disociación, absorción y propensidad a la fantasía. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, *29*, 77–96.
- Parra, A. (2013). Cognitive and emotional empathy in relation to five paranormal/anomalous experiences. *North American Journal of Psychology*, *15*(3), 405–412.
- Parra, A. (2015a). Personality traits associated with premonition experience: Neuroticism, extraversion, empathy, and schizotypy. *Journal of the Society for Psychical Research*, *79*(1), (918), 1–10.
- Parra, A. (2015b). Framework of belief in paranormal experiences and its relation to positive/negative schizotypy. *Paranthropology: Journal of Anthropological Approaches to the Paranormal*, *6*(1), 26–34.



- Parra, A., & Argibay, J. C. (2007). Interrelación entre disociación, absorción y propensidad a la fantasía con experiencias alucinatorias en poblaciones no-psicóticas. *Persona, 10*, 213–231.
- Parra, A., & Argibay, J. C. (2012). Dissociation, absorption, fantasy proneness and sensation-seeking in psychic claimants. *Journal of the Society for Psychical Research, 76*, 193–203.
- Parra, A., & Espinoza-Paul, L. (2010a). Extrasensory experiences and hallucinatory experience: Comparison between two non-clinical samples linked with psychological measures. *Journal of the Society for Psychical Research, 74*, 1–11.
- Parra, A., & Espinoza-Paul, L. (2010b). Comparación entre la esquizotipia positiva y perturbadora con la espiritualidad y las experiencias paranormales en población no-clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 19*, 163–172.
- Parra, A., & Giménez Amarilla, P. (2017). Anomalous/paranormal experiences reported by nurses in relation to their patients in hospitals. *Journal of Scientific Exploration, 31*, 11–29.
- Pérez-Albéniz, A., Paúl, J. Etxeberría, J., Montes, M. P., & Torr, E. (2003). Adaptación del Interpersonal Reactivity Index (IRI) al español. *Psicothema, 15*, 267–272.
- Pires da Rocha, M. C., & Figueiredo de Martino, M. M. (2010). Stress and sleep quality of nurses working different hospital shifts. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 44*(2), 279–285.
- Raine, A., & Benishay, D. (1995). The SPQ-B: A brief screening instrument for schizotypal personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 9*, 346–355.
- Ramanujam, R., Abrahamson, K. & Anderson, J. G. (2008). Influence of workplace demands on nurses' perception of patient safety. *Nursing and Health Sciences, 10*, 144–150.
- Sayumporn, W., Gallagher, S., Brown, P., Evans, J., Flynn, V., & Lopez, V. (2012). The perception of nurses in their management of patients experiencing anxiety. *Journal of Nursing Education and Practice, 2*(3), 25–45.
- Tellegen, A., & Atkinson, G. (1974). Openness to absorbing and self-altering experiences ("absorption"), a trait related to hypnotic susceptibility. *Journal of Abnormal Psychology, 83*, 268–277.
- Thomas, K. (1996). Cognitive element of empowerment. *Academy of Management Review, 15*, 666–681.
- Veloski, T. M. & Hojat, M. (2007). Empathy in patient care: Antecedents, development, measurement and outcomes. New York, NY: Springer.
- Wolfradt, U., Oubaid, V., Straube, E. R., Bischoff, N., & Mischo, J. (1999). Thinking styles, schizotypal traits and anomalous experiences. *Personality and Individual Differences, 27*, 821–830.
- Yu, J., & Kirk, M. (2008). Measurement of empathy in nursing research: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing, 64*(5), 440–454.