

Ekel in der Pflege.

Über den gesunden Umgang mit ungesunden Substanzen
und einem negativen Gefühl.

Mag. Dr. Christine Pernlochner-Kügler

Inhalt

Einleitung.....	3
Kann Ekel „abgewöhnt“ oder „verlernt“ werden?	3
Ekel als universelles Gefühl mit Schutzfunktion	4
Ekel in medizinischen Situationen	5
Falscher Umgang mit Gefühlen und Bedürfnissen in der Pflege: Ekel, Frustration, Aggression und Krankheit.....	6
Gesunder Umgang mit Ekel erregenden Situationen	7
Vier Ebenen des Ekelmanagements.....	9
Literatur:	12

Einleitung

Ich möchte mich für die Einladung zu diesem Vortrag bei den Zuständigen ganz herzlich bedanken. Die Einladung kam für mich ganz plötzlich, vor 14 Tagen, da Dorothee Ringel leider ausfällt. Ich darf Frau Ringel hier vertreten und hoffe, dass ich das auch gut mache.

Dorothee Ringels Vortrag „Ekel in der Pflege – eine *gewaltige* Emotion“ ist nach ihrem Buch benannt. Sie beschreibt darin den Ekel als ein negativ empfundenes Gefühl, das aber eine Schutzfunktion hat, und sie zeigt, wie verleugneter Ekel in der Pflege zur Gewalt gegen die PatientInnen führen kann. Darüber hinaus beschreibt sie sehr brauchbare Strategien zum besseren Umgang mit dem Phänomen „Ekel“ in der Pflege.

Mein Schwerpunkt sind die Wechselwirkungen von Scham- und Ekelgefühlen in der Pflege, die in meinem Buch „Körperscham und Ekel – wesentlich menschliche Gefühle“ beschrieben werden. Ich werde mich hier im Vortrag aber vor allem auf den Ekel in der Pflege konzentrieren und die Wechselwirkung der beiden Gefühle „Scham und Ekel“ nur streifen. Über beides zu sprechen, würde den Rahmen dieses Vortrages sprengen.

Körper kann man, da sie von der Haut als einem *Ausscheidungsorgan* überzogen sind, ganz allgemein als mehr oder weniger Ekel erregend betrachten.

PflegerInnen arbeiten an und mit allen Teilen des Körpers, und insofern sind sie Ekel erregenden Situationen ausgeliefert. Und zwar tagtäglich.

Außerdem werden PflegerInnen mit Ekel erregenden Situationen konfrontiert, mit denen Nicht-PflegerInnen für gewöhnlich kaum in Kontakt kommen: mit künstlichen Ausgängen, mit Inkontinenz, mit großen Wunden und Eiterherden, mit Dekubiti, mit Defekten, Deformationen, Verstümmelungen, mit Prothesen, Epithesen, mit Transplantationen etc.

Im Vortrag soll gezeigt werden, dass es nicht sinnvoll und auch nicht möglich ist, den Ekel vor all diesen für die Pflege üblichen ekligen Substanzen, Objekten und Situationen loswerden zu wollen. Im Gegenteil: Die Ideale der Härte und der Ekellosigkeit führen auf Dauer zu Frustration, Krankheit, Aggression und Gewalt gegen die PatientInnen. Darüber hinaus werde ich zeigen, dass es in der Pflege Möglichkeiten gibt, gut und gesund mit negativ empfundenen Gefühlen umzugehen. Davon profitieren die PflegerInnen und nicht zuletzt auch PatientInnen und HeimbewohnerInnen.

Kann Ekel „abgewöhnt“ oder „verlernt“ werden?

Scham- und Ekelgefühle haben wichtige Schutzfunktionen. Ekel zeigt uns, welche Substanzen toxisch oder infektiös sind, und Scham schützt uns davor, Intimbereiche herzuzeigen und übergriffig zu werden. Interessanterweise schämen wir uns vor allem für jene Körperteile und Körperfunktionen, von denen wir wissen, dass sie für den anderen eklig sind. Und insofern stehen Ekel und Scham gerade in der Pflege in engem Zusammenhang.

Wenn man aber mit PflegerInnen über diese Gefühle spricht, dann wird häufig ein alter Mythos wiedergekaut, mit dem sich Menschen in medizinischen Berufen das Leben schwer machen.

Der Mythos lautet: „*In der Pflege oder in der Medizin ganz allgemein muss man in einen Zustand kommen, in dem man sich vor nichts mehr ekelt. Ekel ist erlaubt, wenn es ganz besonders grausig wird, aber Kotze, Kot, künstliche Ausgänge und Sputum dürfen einem im Grunde nichts ausmachen. Mit der Zeit härtet man ab und irgendwann sind auch die ganz argen Sachen nicht mehr schlimm. Intimwäsche, ganz egal bei wem, und überhaupt die Arbeit mit Körpern sind weder peinlich noch eklig.*“

Hinter diesem Mythos steckt die Vorstellung, dass sowohl Schamgefühle als auch Ekelgefühle verlernbar sind. Durch Gewöhnung, Abhärten oder was auch immer – man kann diese Gefühle loswerden. Dieses Bild haben aber nicht nur PflegerInnen von sich – ziemlich viele Menschen glauben das: MedizinerInnen oder PflegerInnen dürfen sich nicht ekeln, es darf ihnen auch nichts peinlich sein, weil sie sonst fehl am Platz sind.

Es sind dies Ideale der Härte, des Verzichts und der Gefühllosigkeit, die für unsere Kultur typisch sind, weil uns – nicht zuletzt von der Philosophie – über Jahrhunderte gelehrt wurde, dass Gefühle nur lästiges Beiwerk des Menschen sind, und dass diese lästigen Gefühle von der Vernunft dominiert werden sollten, damit sie nicht ausufern. Ich versuche zu zeigen, dass Gefühle – und gerade die negativen Gefühle – vielmehr sind, als nur lästiges Beiwerk. Sie sind wertvolle Informationen über Bedürfnisse, die wir haben. Insofern sind Gefühle sogar *vernünftig*, und dadurch sind sie auch ganz wesentlich für den Menschen.

Wenn man sich diese Gefühle wirklich abgewöhnen könnte, wenn man sie verlernen könnte, dann müssten sie auch durch Sozialisation erworben, das heißt *erlernt* sein. Wenn sie erlernt wären, dann könnte man zumindest darüber nachdenken, wie man sie am Besten *verlernen* kann.

Wenn sie aber *mehr* als nur Erziehungsphänomene sind, wenn sie z.B. angeboren wären, dann kann man sie nicht verlernen, auch nicht, wenn man sich noch so anstrengt. Angeborenes verlernen zu wollen, ist Zeitverschwendung. Wenn zudem ein Gefühl auch eine wichtige Schutzfunktion hat, dann ist das Ziel, dieses Gefühl loszuwerden, ziemlich unvernünftig.

Ekel als universelles Gefühl mit Schutzfunktion

In der Verhaltensforschung ist man sich einig, dass Ekel eine primäre Emotion ist. In Psychologie und Anthropologie unterscheidet man zwischen *primären* und *sekundären* Gefühlen. *Primäre Gefühle*, – darunter neben Lust, Freude, Angst, Zorn, Sympathie auch der Ekel, sind Gefühle, welche entwicklungspsychologisch schon sehr früh beim Säugling zu beobachten sind und welche universell sind. *Universell* heißt, es gibt keine Kultur, welche diese primären Gefühle nicht hätte. Beim Ekel ist dies ganz klar: Er ist ein Instinktrest und durch Geschmack und Geruchssinn angeboren. Er ist wichtige Voraussetzung dafür, dass wir uns vor toxischen und infektiösen Substanzen schützen können, und zwar von klein auf. Eine groß angelegte Studie von Val Curtis hat dies unlängst sehr gut belegt. (Curtis 2004)

Im Zusammenhang mit Ekelreaktionen als Instinkttest sind einige neurologische Aspekte interessant: Die Riechschleimhaut bindet Duftstoffe an die Riechzellen und Gerüche werden von dort aus als elektrische Signale über Axone an den Riechkolben im Gehirn weitergeleitet. Der Riechkolben steht über die Geruchsnerve in *direkter* Verbindung mit dem limbischen System. Das limbische System ist ein sehr alter Teil unseres Gehirns, und es ist der Sitz der primären Emotionen. Für die typischen physiologischen Ekelreaktionen (Speichelfluss, Würgereiz, Erbrechen) ist das Brechzentrum mit dem Sitz im verlängerten Rückenmark zuständig. Als Teil des vegetativen Nervensystems sind die Aktivitäten des Brechzentrums nur sehr schwer zu beeinflussen, was die Schwierigkeit erklärt, starken Ekel zu unterdrücken.

Natürlich gibt es auch individuell erlernte und kulturell sozialisierte Anteile am Ekel. Speisenekel ist ein gutes Beispiel dafür. Es gibt ganz unterschiedliche Reaktionen auf verschiedene Speisen in verschiedenen Kulturen und bei verschiedenen Menschen. Aber der Ekel vor Abfällen – Substanzen also, die keine Funktion mehr für uns haben und zudem durch Fäulnisprozesse toxisch und infektiös sind – ist durch Geschmack und Geruch angeboren. Das heißt natürlich nicht, dass der Säugling mit dem aktiven Wissen auf die Welt kommt, dass Ausscheidungen und Ähnliches „eklig“ sind. Er muss freilich erst seine Erfahrungen damit machen. Er erkennt aber über Geschmack und Geruch sehr wohl, dass diese Dinge ungenießbar sind, und spuckt sie aus bzw. schiebt sie mit der Zunge aus dem Mund (wenige Monate alte Säuglinge sind motorisch noch nicht in der Lage zu spucken). Säuglinge sind also nicht frei von Ekel, wie fälschlicherweise oft behauptet wird. Sie wissen noch nichts über den Geschmack und den Geruch von Abfällen, weswegen sie erst über den Geschmacks- und Geruchssinn Erfahrungen sammeln müssen. Dabei kann es sein, dass sie sich Kot oder andere eklige Substanzen in den Mund stecken, einfach weil Kleinkinder sich alles Mögliche zu Forschungszwecken in den Mund stecken. Der Kot wird aber sehr schnell wieder ausgespuckt und das Kind merkt sich gut, dass es sich hierbei um etwas Ungenießbares handelt. Ich kenne kein Kind, das, anschließend an die erste geschmackliche Erfahrung mit Kot, begeistert damit beginnt, Kot zu verspeisen. Und das liegt am Ekel vor dem Geschmack und Geruch dieses Abfallproduktes und nicht daran, dass die Umwelt verbietet diese Dinge zu essen. Verbote *alleine* können wohl kaum dazu führen, dass sich Menschen aller Kulturen vor Abfällen, insbesondere Fäkalien ekeln.

Ekel in medizinischen Situationen

Ekel ist, wie weiter oben beschrieben wurde, ein primäres Gefühl, das uns vor toxischen und infektiösen Stoffen schützt. „Verlernbar“ ist Ekel nur, wenn es sich um erlernten Ekel handelt. Dies ist beispielsweise beim Ekel vor bestimmten Speisen möglich. Ekel so genannten Abfallprodukten (Ausscheidungen, Sekreten, Verfaulem, Verwesendem etc.) gegenüber verlernen zu wollen, ist nicht möglich. Es ist auch nicht sinnvoll, eine Schutzfunktion loswerden zu wollen. In medizinischen Berufen hat man es aber vorwiegend mit diesen „Abfallprodukten“ zu tun. Das Ekelhafte an diesen Dingen macht medizinische Berufe auch besonders belastend. Es ist daher für PflegerInnen und ÄrztInnen sehr wichtig zu wissen, wie man mit den eigenen Ekelgefühlen umgehen soll, um physisch und psychisch gesund zu bleiben. Ekel schützt zwar vor Infektion und hält somit körperlich gesund, Ekel kann aber,

wenn man täglich mit Ekelerregendem konfrontiert wird, psychisch sehr belastend sein.

Falscher Umgang mit Gefühlen und Bedürfnissen in der Pflege: Ekel, Frustration, Aggression und Krankheit

Wenn wir Erbrochenes am Boden liegen sehen, dann haben wir eigentlich das dringende Bedürfnis zu flüchten. Wir weichen aus und versuchen es zu vermeiden, das Erbrochene zu riechen. Es kann auch sein, dass wir nicht flüchten können, weil das Erbrochene in unserer Wohnung liegt. In diesem Fall haben wir das Bedürfnis, dass das Erbrochene von jemandem weggeräumt wird. Das heißt, *jemand anderer* sollte am besten das Erbrochene wegräumen – bloß nicht wir selbst. Mitunter müssen wir das aber selbst tun, und das kostet uns meist große Überwindung. PflegerInnen sind in einer besonderen Situation: Sie kommen regelmäßig in Kontakt mit zum Teil äußerst Ekel erregenden Situationen und sie würden natürlich gerne flüchten, sie dürfen es aber nicht. Im Gegenteil – sie sind dazu da, das Ekelerregende zu beseitigen.

Wenn wir ein dringendes Bedürfnis haben oder einen dringenden Wunsch, und dieser Wunsch oder dieses Bedürfnis wird blockiert, dann reagieren wir mit Frustration. Frustration führt aber auf Dauer zu Aggression und nicht selten auch zu psychischer und/oder physischer Erkrankung. Wenn wir sehr hungrig sind und es nicht möglich ist, etwas zu Essen zu bekommen, reagieren wir aggressiv. Wenn wir unter Schlafentzug leiden und unserem Schlafbedürfnis nicht gerecht werden können, z.B. weil ein Baby Nächte lang schreit und uns nicht schlafen lässt, reagieren wir frustriert und nicht selten aggressiv.

Ganz ähnlich können Ekelgefühle auf Dauer frustrierend wirken. Der Wunsch angesichts einer Ekel erregenden Situation zu flüchten oder auf Distanz zu gehen, ist dringend. Wenn wir Erbrochenes riechen oder einen mit Kot beschmutzten Mund eines dementen Patienten säubern sollen, ist dieses Bedürfnis sehr stark, einfach weil Ekelgefühle sehr schwer zu unterdrücken sind. PflegerInnen dürfen aber wie gesagt nicht flüchten, sie müssen hin und das Ekelhafte beseitigen.

Das kann dazu führen, dass PflegerInnen Aggressionen gegenüber jenen Personen entwickeln, die das Ekelhafte produzieren. Das sind natürlich die PatientInnen.

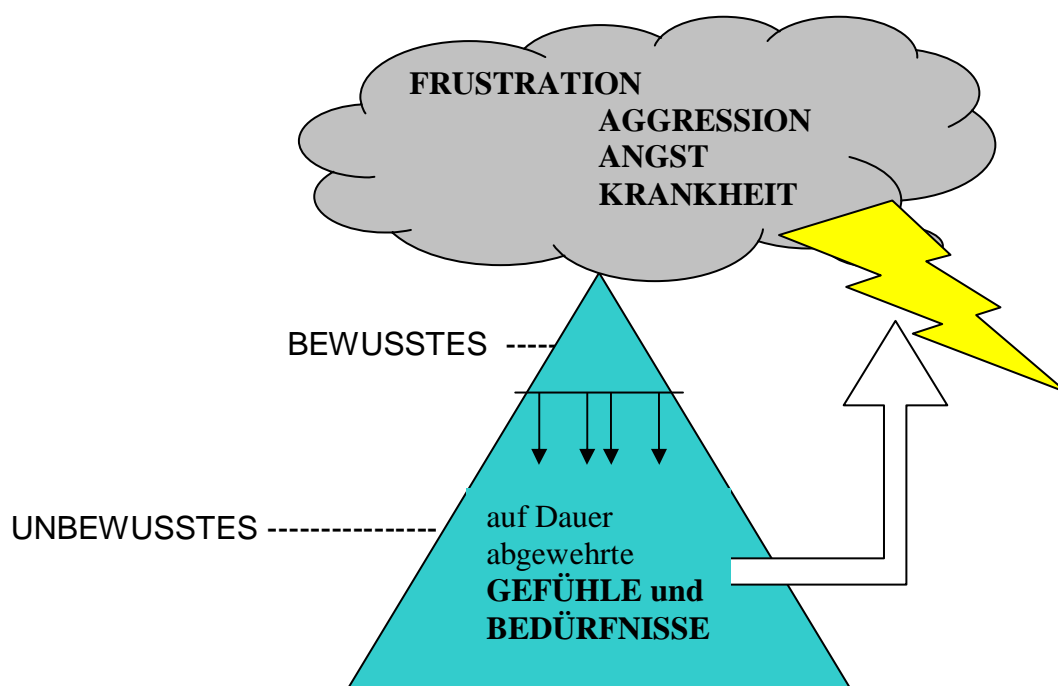
Und PflegerInnen haben eine Reihe von Möglichkeiten ihren Aggressionen in Form von verdeckter Gewalt dem Patienten gegenüber Ausdruck zu verleihen. Ich möchte hier auf das Buch „Aggression und Gewalt in der Pflege“ von Karsten Hartdegen aufmerksam machen. Hartdegen beschreibt in diesem Buch die mannigfaltigen Möglichkeiten, Gewalt in verdeckter Form am Patienten auszuüben. Teilweise sind die Gewaltmethoden so subtil, dass der Patient gar keine Chance hat, sie als Formen von Gewalt zu erkennen, vor allem dann nicht, wenn er dement ist oder vielleicht geistig behindert. Ein Beispiel: Man verwendet den Waschlappen für die Intimwäsche zuerst im Genitalbereich und am After und anschließend für das Gesicht des Heimbewohners. Wird es der Heimbewohner merken? Wenn er dement ist, wohl kaum. Und schon hat man sich ein bisschen gerächt.

Die Diskussionen zum Pflegenotstand und die Auswirkungen auf die PatientInnen und HeimbewohnerInnen, die teilweise argen Zustände in Heimen bestätigen diese Gewaltformen.

Es sind sicherlich der Zeitmangel und die Arbeitslast der PflegerInnen, die zu den Missständen führen, vergessen darf man aber auch nicht, dass ein guter Teil der Missstände auch Ursache in den Aggressionen der frustrierten PflegerInnen haben kann. Die Aggressionen sind sicherlich auch auf die Arbeitslast und den zeitlichen Druck zurückzuführen. Neben diesen „offiziellen“ Belastungen gibt es aber auch noch „inoffizielle“ Belastungsfaktoren. Der Ekel, der beim Arbeiten mit Körpern entstehen kann, gehört meiner Meinung nach zu dieser Liste der unausgesprochenen Belastungsfaktoren.

Natürlich kommt der Bumerang dann zurück, denn die PatientInnen und HeimbewohnerInnen reagieren ihrerseits mit Aggressionen auf die Frustrationen, die ihnen von den PflegerInnen zugefügt werden.

PflegerInnen können durch diese dauernden Frustrationen krank werden und „ausbrennen“. Ein gesunder Umgang mit dem eigenen Ekel ist daher sehr wichtig. Mit dem Ekel gut umgehen zu können, ist sicherlich nur *ein* Aspekt unter vielen, um in diesem Beruf gesund bleiben zu können. Es aber ein ganz wichtiger Aspekt.



Gefühle sind wichtige Informationen über Bedürfnisse, die wir haben. Werden Gefühle und Bedürfnisse längerfristig ignoriert, verleugnet oder abgewehrt, führt das auf Dauer zu Frustration. Typische Reaktionen auf Frustration sind Angst, Aggression und Krankheit.

Gesunder Umgang mit Ekel erregenden Situationen

Christine Sowinski (1996) hat in ihrer Untersuchung gezeigt, dass gegenüber bestimmten Substanzen in der Pflege bis zu einem gewissen Grad Gewöhnung

eintritt. Stuhl und Urin sind solche Substanzen. Gegenüber Stuhl und Urin ist Gewöhnung möglich, allerdings bleibt auch hier ein Rest Ekel vorhanden. Es ist jener Rest, der uns veranlasst, diese Substanzen nicht mit der bloßen Hand zu berühren. Stuhl und Urin werden aber sofort als ekelhaft empfunden, wenn sie nicht mehr gesund riechen oder nicht mehr gesund aussehen und/oder wenn sie sich nicht am dafür vorgesehenen Ort befinden (nämlich in WC oder Schüssel), sondern anderswo – im Bett z.B. oder verschmiert im Zimmer.

Da Ekel gegenüber Ausscheidungen, Sekreten, Auswürfen, verfaulenden oder verwesenden Substanzen letztlich aber nicht „abgewöhnbar“ oder „verlernbar“ ist, geht es in medizinischen Berufen vor allem darum, Möglichkeiten zu finden, sich vor den Ekel erregenden Substanzen und vor dem Ekel zu schützen.

Voraussetzung dafür ist aber, dass sich die PflegerInnen und ÄrztInnen grundsätzlich Ekelgefühle erlauben und zugestehen. Verleugne ich diese Gefühle, kann ich mich nicht mit ihnen auseinandersetzen und mir auch nicht überlegen, wie ich in den konkreten Situationen am besten damit umgehen kann. Dazu kommt, dass durch diese Form der Abwehr ständig eigene Bedürfnisse ignoriert werden, was – wie bereits beschrieben wurde – zu Frustration, Aggression und Erkrankung führen kann. Das heißt, dass das Ignorieren eines Gefühls sich irgendwann rächt.

Erlaube ich mir diese Gefühle hingegen, werde ich mir darüber Gedanken machen, was für mich besonders belastend ist und wie ich diese Situationen möglichst gut bewältigen kann. Dabei beachte ich meine Bedürfnisse und vermeide Frustration. Außerdem kann ich meine Handlungen im Voraus planen und werde nicht von ekelhaften Situationen überrumpelt.

Ein Beispiel: Eine Pflegerin betritt das Zimmer eines älteren, demenziell veränderten Patienten. Der Patient hat seinen Kot gegessen und ihn im Zimmer verschmiert.

Erlaubt sich die Pflegerin keine Ekelgefühle, ist sie von dieser Situation möglicherweise überfordert. Sie hat aber niemals darüber nachgedacht, welche Möglichkeiten es gibt, in einer solchen Extremsituation effektiv zu handeln. Effektiv heißt hier: Der Patient und das Zimmer müssen gesäubert werden und dies soll auf eine Art und Weise geschehen, die den Patienten nicht beschämt. Gleichzeitig sollte die Arbeit so verrichtet werden, dass die Ekelgefühle nicht überwältigend für die Pflegerin werden. Eine Pflegerin, die sich keine Ekelgefühle erlaubt, hat nicht die Möglichkeit, sich auf derartige Situationen gut vorzubereiten. Sie weiß, was zu machen ist, sie hat aber nicht darüber nachgedacht, wie sie sich selbst möglichst schützen kann. Sie wird wahrscheinlich von der Situation und vom Ekel überrumpelt. Der dadurch entstehende Stress führt zu überstürzten und ineffizienten Handlungen und nicht selten zu aggressiven Akten gegenüber den PatientInnen.

Gesteht sich eine Pflegerin ihre Ekelgefühle grundsätzlich zu, wird sie im Laufe der Zeit viele Möglichkeiten finden, über ein möglichst effektives und schonendes Verhalten in ekelhaften Situationen nachzudenken. Nach und nach wird sie zum Profi in extremen Situationen werden. Sie wird außerdem keine Scheu haben ihre Gefühle vor ihren KollegInnen zugeben und nach belastenden Situationen darüber zu reden. Das Erzählen und das Gespräch wirken kathartisch – das ist ein alter Hut. Wenn man sich unter KollegInnen austauschen darf, dann erfährt man aber auch weitere brauchbare Strategien im Umgang mit belastenden Situationen und – man fühlt sich nicht allein.

Vier Ebenen des Ekelmanagements

Ebene 1:

Vermeidung oder Reduktion von Ekel erregenden Situationen durch gute Pflegeplanung und gute Pflege

Gute Pflegeplanung und gute Pflege bedeuten nicht nur Wohl für die PatientInnen, sondern auch Wohl für die PflegerInnen. Dazu einige Beispiele:

- Jeder durch gute Pflege vermiedene oder möglichst klein gehaltene Dekubitus ist nicht nur gut für den Patienten, sondern bedeutet auch weniger Aufwand und weniger Ekel für die Pflegenden.
- Wenn man darauf achtet, dass PatientInnen orientiert bleiben, können Ekel erregende Situationen vermieden werden. Es ist daher wichtig, auf die Selbständigkeit (v. a. älterer PatientInnen) zu achten bzw. darauf zu achten, dass Orientierung überhaupt möglich ist. Beispielsweise kann es helfen, dass PatientInnen ihre Brillen griffbereit haben, dass der Weg zur Toilette nicht kompliziert und gut gekennzeichnet ist und dass keine Hindernisse den Weg erschweren. Bei Personen, die bereits Orientierungsschwierigkeiten haben, besteht die Möglichkeit, durch gezielte Übungen (Realitätsorientierungsübungen) die verloren gegangenen Fähigkeiten wieder zu erlangen.
- Wenn man darauf achtet, dass der Patient ausreichend trinkt, riecht Urin weniger stechend. Bei älteren Menschen kann ausreichende Flüssigkeit außerdem erreichen, dass sie orientiert bleiben. Das heißt dann in der Folge: Sie können die Toilette selber finden oder rechtzeitig signalisieren, wann sie urinieren oder defäkieren müssen. Auch so können ekelhafte Situationen vermieden werden.
- Ausreichende Flüssigkeit führt bei inkontinenten PatientInnen nicht nur dazu, dass der Urin weniger stechend riecht und sie orientiert bleiben, sondern dass der Harndrang weniger stark ist. Konzentrierter Harn verstärkt einerseits die Drangsymptomatik, andererseits wächst die Gefahr von Harnwegsinfekten, was wiederum zu verstärktem Harndrang und Kontinenzproblemen führen kann.
- Kontinenztraining ermöglicht es, Kontinenz zumindest eingeschränkt wieder zu ermöglichen.
- Wenn bei einem Patienten mit Erbrechen gerechnet werden kann, sollte man Nierentassen mit Gaze oder Papier bereitstellen. Antiemetika sind so rechtzeitig zu verabreichen, dass sie auch wirken können.

- Überhaupt ist es wichtig, dass alle Hilfsmittel, die Ekel reduzierendes Arbeiten ermöglichen, in den Zimmern bereit stehen. Das heißt, Handschuhe, Papier, Schürzen, Pflegeschäum, Desinfektionsmittel etc. sollen griffbereit sein.
- Gegenüber den für die Pflege typischen Ekelsubstanzen sind die Ekelgefühle von PflegerIn zu PflegerIn unterschiedlich stark. Das heißt, manch einer findet Sputum Ekel erregender als Erbrochenes, ein anderer empfindet das umgekehrt. Was wer in welchem Ausmaß Ekel erregend findet, hängt also sehr von individuellen Umständen, Erfahrungen, oft auch von der Tagesverfassung ab. Denken PflegerInnen grundsätzlich über ihre Ekelgefühle nach, dann können sie herausfinden, was mehr oder weniger ekelhaft für sie ist. Wenn im Team außerdem ein Austausch darüber möglich ist, können sich PflegerInnen ihre Arbeiten möglichst schonend aufteilen.

Darüber hinaus gibt es eine ganze Menge Möglichkeiten durch gute Pflege und Pflegeplanung Ekelhaftes zu reduzieren oder gar zu vermeiden. Grundsätzlich möchte ich darauf hinweisen, dass das Eingehen auf die Schamgefühle der PatientInnen meist auch eine Reduktion der Ekelgefühle auf Seiten der PflegerInnen zur Folge hat. Wenn ich zum Beispiel bei Ganzkörperwaschungen darauf achte, dass der Patient nicht nackt daliegt, sondern nur jener Teil entblößt ist, der gerade gewaschen wird, respektiere ich nicht nur das Schamgefühl des Patienten. Der Anblick ist auch für mich angenehmer, weil der Ausschnitt des nackten Körpers angenehmer anzusehen ist, als ein ganzer nackter Patientenkörper.

Ebene 2:

Größtmöglicher Schutz im Umgang mit Ekelerregendem

Ekelhaftes kann in der Pflege natürlich niemals ganz vermieden werden. Hier ist es wichtig, dass sich PflegerInnen größtmöglichen Schutz erlauben. Einige Beispiele:

- Handschuhe und überhaupt Schutzbekleidung schützen nicht nur vor Infektion, sie schützen auch vor Ekelgefühlen bzw. sie reduzieren Ekelgefühle. Darüber hinaus werden sie meist auch den Schamgefühlen des Patienten gerecht, weil er die Situation als eine medizinische erkennen kann.
- Pflegeschäum vermindert belastende Gerüche und ermöglicht, dass man die Substanz darunter verstecken kann, da Ekel erregende Substanzen oft auch durch ihren Anblick Abscheu verursachen.
- Belastende Tätigkeiten sollten zu zweit oder zu mehreren ausgeführt werden, sie werden dann als weniger belastend empfunden.
- PflegerInnen sollten ekelhafte Tätigkeiten nicht zu lange alleine ausführen (z.B. die Reinigung eines kotbeschrifteten Patienten oder Zimmers). Sie sollten nach kurzer Zeit abgelöst werden.
- Kommt man unerwartet in eine Ekel erregende Situation, kann man als PflegerIn (evt. unter dem Vorwand etwas holen zu müssen) das Zimmer kurz

verlassen, um kurz durchzuatmen und einen klaren Kopf dafür zu bekommen, welche Maßnahmen zu treffen sind, bzw. um Hilfe zu holen. Voraussetzung ist natürlich, dass der Patient für kurze Zeit alleine gelassen werden kann.

- Nierentassen und Steckbecken sollten mit einem Stück Gaze oder Papier ausgelegt werden, dann lässt sich Kot, Sputum oder Erbrochenes leichter entfernen, weil es nicht ankleben kann. Das vermindert Ekelreaktionen.
- Bei Geruchsbelastung ist es natürlich wichtig, für frische Luft zu sorgen, sofern die baulichen Gegebenheiten dies ermöglichen.

Ebene 3:

Abwehr von Ekelgefühlen durch Perspektivwechsel

ÄrztInnen und PflegerInnen haben eine weitere Möglichkeit sich vor Ekel zu schützen. Grundsätzlich ist es nicht sinnvoll, Gefühle „abzuwehren“. Ich habe schon beschrieben, dass das Verleugnen von Ekelgefühlen zu großen Schwierigkeiten führen kann. Dennoch gibt es die Möglichkeit, das Gefühl für den Moment auszublenden. Eigentlich ist dies eine Methode, die viele Menschen, welche in medizinischen Berufen arbeiten, „unbewusst“ erwerben. „Bewusst“ eingesetzt kann das Ausblenden von belastenden Details oder Gefühlen aber sehr entlastend sein. Hier geht es darum, dass man unangenehme Gefühle abwehren kann, indem man die Perspektive ändert: Wenn man beispielsweise die Konzentration auf eine bestimmte Pflegetechnik richtet, tritt das Ekelerregende an einer Situation in den Hintergrund. Sektionen und Obduktionen können für PathologInnen erträglich sein, weil sie zum einen den Toten als Leichnam oder als Präparat betrachten und nicht mehr als verstorbene Person mit einer bestimmten (Leidens)Geschichte. Zum anderen können sie sich auf die Technik der Sektion oder Obduktion konzentrieren, sodass belastende Details in den Hintergrund treten. PflegerInnen können sich solche Perspektivwechsel ebenso aneignen und unbelasteter arbeiten. Wichtig ist hier nur, dass sie sich aus Gründen der Psychohygiene Ekelgefühle grundsätzlich zugestehen und diese Techniken der Abwehr ganz bewusst verwenden, um sich belastende Situationen im Moment zu erleichtern.

Ebene 4:

Auszeit nach Ekel erregenden Tätigkeiten

Nach Ekel erregenden Tätigkeiten sollten sich PflegerInnen eine Zeit zur Erholung geben.

Wenn es die Situation ermöglicht, sollte man eine Pause einlegen, in der man an die frische Luft geht oder in der etwas Entspannendes konsumiert wird, das belastende Gerüche neutralisieren kann, wie etwa Kaffee oder Tee. Rauchen ist zwar bekanntlich ungesund, aber an dieser Stelle darf einmal ein positiver Aspekt genannt werden: Zigarettenrauch neutralisiert Ekel erregende Gerüche.

Es sollte möglich sein, sich zu waschen, eventuell sich zu duschen. Nach Ekel erregenden Tätigkeiten entsteht oft der Wunsch, sich am ganzen Körper zu reinigen, weil man den Eindruck hat, dass man „verschmutzt“ ist oder dass Gerüche anhaften.

Wenn keine Zeit für eine Pause ist, kann man für eine gewisse Zeit eine patientenfreie oder patientenferne Tätigkeit verrichten, – etwa Medikamente sortieren und vorbereiten oder Bürokratisches erledigen.

Literatur:

Curtis, V. u.a.: Evidence that disgust evolved to protect from risk disease. In: Biology Letters, Vol. 271, Nr. S4/May 07, 2004.

Duerr, H.P.: Nacktheit und Scham. Der Mythos vom Zivilisationsprozeß. Bd. 1. Frankfurt/M. (Suhrkamp) 1988.

Duerr, H.P.: Intimität. Der Mythos vom Zivilisationsprozeß. Bd. 2. Frankfurt/M. (Suhrkamp) 1990.

Hartdegen, K.: Aggression und Gewalt in der Pflege. Stuttgart u.a. (Gustav Fischer) 1996.

Hochschild, A.R.: Das gekaufte Herz. Zur Kommerzialisierung der Gefühle. Frankfurt/M., New York (Campus) 1990.

Kathan, B.: Die Ekelpyramide. Fragmente einer Interaktionstheorie der Pflegetätigkeit. Innsbruck 1996. Unveröffentlichtes Manuskript.

Kathan, B.: „Mein sozialer Tic ist geheilt.“ Krankenschwestern sprechen über ihre Belastungen. Innsbruck (Vor-Ort) 1991.

Krey, H.: Ekel ist okay. Ein Lern- und Lehrbuch zum Umgang mit Emotionen in Pflegeausbildung und Pflegealltag. Hannover (Brigitte Kunz) 2003.

Overlander, G.: Die Last des Mitfühlens. Aspekte der Gefühlsregulierung in sozialen Berufen am Beispiel der Krankenpflege. Frankfurt/M. (Mabuse) 1994.

Pernlochner-Kügler, Ch.: Körperscham und Ekel – wesentlich menschliche Gefühle. Münster (LIT) 2004.

Pernlochner-Kügler, Ch.: Umgang mit Schamgefühlen in der Pflege. In: Kinderkrankenschwester. 23. Jg., Nr. 9541, 2004.

Ringel, D.: Ekel in der Pflege – eine „gewaltige“ Emotion. Frankfurt/M. (Mabuse) 2000.

Sowinski, Ch.: Grenzsituationen in der Pflege – Nähe und Distanz, Schamgefühl und Ekel. In: GeroCare Report 5/1996. S. 9-15.