

Ev. Fachschule für Altenpflege  
des Rauhen Hauses  
Beim Rauhen Haus 21  
22111 Hamburg

Anke Wrage  
Wrister Str. 13  
24576 Weddelbrook

Datum: 30. März 2005

Thema: Ekel – Ein Tabuthema und seine Auswirkungen  
auf die Pflegebeziehungen

Prüfer: Frau Schleede - Gebert  
Frau Oehlenschläger

Abschlussarbeit  
Weiterbildung zur staatlich anerkannten Fachpflegerin in der Gerontopsychiatrie  
Aufbaustufe vom 01.12.2003 bis 29.04.2005

## Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	S. 1
Vorwort	S. 2 – 3
1. Einleitung	S. 3 – 4
1.1. Definition	S. 4
2. Das Phänomen des Ekels	S. 5 – 6
2.1. Ekel als Schutzmechanismus	S. 6
2.2. Die Wahrnehmung des Ekelhaften	S. 7 – 9
2.3. Reizbewertung und Näheaspekt	S. 9
2.3.1. Fallbeispiel A	S. 10
2.4. Distanzaspekt	S. 11
2.4.1. Begegnung	S. 12
3. Einfluss des Ekelempfindens auf die Beziehung	S. 13
3.1. Ekel und Moral	S. 13
3.1.1. Fallbeispiel B	S. 14 – 15
3.2. Ekel vor anderen	S. 15
3.2.1. Fallbeispiel C	S. 15 – 16
3.3. Ekel und Scham	S. 17
3.3.1. Fallbeispiel D	S. 17 – 18
4. Umgang mit Ekelgefühlen	S. 18 – 19
4.1. Gesunder Umgang mit Ekelgefühlen	S. 19 – 20
5. Fazit	S. 20 – 21
5.1. Schlussbemerkung	S. 22
Literaturnachweis	S. 23
Anhang	

## **Vorwort**

Während meiner Tätigkeit als Altenpflegerin muss ich immer wieder feststellen, dass Pflegende häufig mit ekelerregenden Situationen konfrontiert werden. Auch ich komme immer wieder an meine Belastungsgrenzen und merke, wie Ekeleemotionen mich negativ beeinflussen. Für mich ist es dann immer, als wenn ich den Kopf nicht frei bekomme. Das im nachhinein entstehende „schlechte Gewissen“ belastet dann noch mehr als das vorherige Ekelempfinden. Folgende Situation, die mich noch heute beschäftigt, war Auslöser für meine Themenwahl.

Situation:

Eine Bewohnerin, Alter 83 Jahre, stark eingeschränktes Sehvermögen, orientiert und sehr selbstbestimmend, Bewegungseinschränkungen (läuft am Rollator, hat leichten Tremor in den Händen) hat sich selbständig in der Apotheke zwei Blutegel bestellt. Die in einer mit Wasser gefüllten Plastiktüte schwimmenden Blutegeln wurden im Büro abgegeben. Die PDL brachte diese der Bewohnerin. So gegen 19:00 Uhr kam meine Kollegin Elke (ex. Altenpflegerin) fast weinend und völlig aufgelöst bei mir an und erklärte mir, dass Frau ... von ihr verlange, die Blutegel anzusetzen. Sie könne dieses aber nicht, weil sie sich davor ekle. Ich bin mit ihr zur Bew. gegangen und habe mir die Situation vor Ort angesehen. Frau ... war sehr enttäuscht und erbost, weil wir ihr nicht helfen wollten, die Blutegel anzusetzen. Sie hätte es zu Hause immer selbst gemacht und das Kribbeln in dem rechten Bein würde dann aufhalten. Ich versuchte sie im Gespräch zu überzeugen, dass sie bitte bis morgen warten sollte, um erst mit dem Hausarzt Rücksprache zu halten. Dieses lehnte sie energisch ab (lt. Ihrer Aussage hat Dr. ... sowieso keine Ahnung von Blutegeln und hat sie früher deswegen oft ausgelacht) und sie alleine wüsste, was gut für sie ist. Dann wollte sie uns des Zimmers verweisen und sagte, sie schafft es auch ohne unsere Hilfe, was kaum denkbar war aufgrund des Tremors und der Sehbehinderung. Inzwischen kamen noch zwei Kolleginnen. Ich habe die Dokumentation gelesen. Sie bekam keine blutverdünnenden Medikamente und bezüglich der Diagnosen sah ich keine Bedenken, ihr die Blutegel zu verweigern. Da die PDL ihr diese ausgehändigt hat, nahm ich dieses als Einverständnis ihrerseits auf, dass Bew. die Blutegeltherapie durchführt. Ich habe dann mit Frau ... ein Gespräch geführt, ihr meine Bedenken und Ekelgefühle erklärt, ihr aber auch gesagt, wenn sie mir genaue Anweisungen gibt, unterstütze ich sie. Ich empfand es für mich als sicherer, da ich die Situation unter Beobachtung hatte und die Blutegel sauber an den von ihr benannten Stellen aufgesetzt wurden. Nachdem nun die Blutegel abgefallen waren und ein Verband angelegt wurde wegen des Nachblutens, bekam ich von Seiten der Kollegen Bemerkungen wie „Das du das gemacht hast!“ oder „ich könnte das nicht“. Alle

Bemerkungen hatten einen vorwurfsvollen Unterton → dieses habe ich jedenfalls aufgenommen.

Am nächsten Tag hatte ich frei und es entstand in der Firma eine heftige Diskussion. Die für Frau ... zuständige Pflegekraft Elke wurde mit Vorwürfen überschüttet und rief mich dann aufgelöst an. Ich fuhr daraufhin zur Firma und suchte das Gespräch mit der PDL sowie der Stellvertretung. Auf einmal war alles kein Problem mehr, ich hatte korrekt gehandelt (da ich auch meine Bedenken und das Verhalten von Frau ... ausführlich dokumentiert habe).

Inzwischen war Frau ... bei der PDL und wollte sich für meine Unterstützung bedanken.

Endlich kann sie wieder gut durchschlafen, da das Kribbeln im rechten Unterschenkel deutlich nachgelassen habe. Obwohl ich noch mehrmals das Gespräch diesbezüglich mit Leitung, sowie Kolleginnen gesucht habe, wurde es mit Floskeln wie „das haben wir vergessen“ oder „ich habe jetzt keine Lust alte Geschichten zu diskutieren“ abgetan. Ich fühlte mich Alleinegelassen, hatte starke Schuldgefühle, da ich nicht genau die rechtliche Seite wusste und fühlte mich auch „Verraten“, da man erst zu mir stand, als es der Bewohnerin sichtbar gut getan hat. Das für mich am Eindrucksvollsten aber war, dass Frau ... mich nun häufiger in meinen Wohnbereich aufsuchte um eine Beziehung aufzubauen. Sie erzählte viel aus ihrer Biografie. Durch meine Handlung habe ich eine Vertrauensbasis geschaffen. Ebenso hat es Frau ... beeindruckt, dass ich ihr mein Ekelgefühl und meine Unwissenheit mitgeteilt habe. Danach hat sie mir häufiger über ihre Empfindungen erzählt, z.B. Überwindungen bei der Annahme von Hilfe (wie bei der Körperpflege).

Ich glaube diese Situation zeigt deutlich, wie Ekelgefühle Interaktionen beeinflussen – positiv zwischen Frau ... und mir und negativ zwischen Kollegen/innen und mir. Mein Interesse für das Thema Ekel hat sich dadurch verstärkt, sodass ich es als Thema für meine Abschlussarbeit ausgewählt habe. Die in den Fallbeispielen genannten Personen wurden namentlich geändert.

## **1. Einleitung**

Im Pflegealltag kann man als Altenpflegerin dem Ekelhaften nicht entrinnen, man wird mit ihm konfrontiert. Man muss sich mit dem Ekelhaften befassen, es ansehen, anfassen, riechen, hören, analysieren. Ein Fliehen oder Ausweichen ist in der Altenpflege sehr oft nicht möglich. Da das Ekelgefühl in der Pflege zu den tabuisierten Empfindungen zählt und es als unangemessen gilt, darüber in konstruktiver Weise zu sprechen, kann es zu einer großen Unsicherheit im Umgang mit negativen Gefühlen kommen. In der pflegerischen Arbeit kann das Durchbrechen gesellschaftlicher Tabubereiche, der wiederkehrende Kontakt mit Leid,

schwersten Erkrankungen, menschlichen Nöten und dem Tod eine starke emotionale Belastung bedeuten. Häufig ist dem Pflegepersonal ihr eigenes Ekelempfinden oft sehr peinlich. Sie empfinden Scham, wenn Kolleginnen keine ähnliche Reaktionen in vergleichbaren Situationen zeigen. Weiterhin glauben Pflegepersonen, dass das Ekelempfinden ihrerseits eine unangemessene Fehlreaktion sei, die es schnellst möglichst auszuschalten gilt. Sie versuchen daher, ihre Ekel- und Peinlichkeitsgefühle vor den anderen, Patienten wie Kolleginnen, zu verbergen. Sie arbeiten dann in entsprechenden Situationen besonders routiniert, fast mechanisch und zügig, „um schnell fertig zu werden.“. Häufig entwickeln sie Schuldgefühle, da sie glauben, keinen Ekel empfinden zu dürfen, ihn jedoch empfanden. Ich habe kaum Situationen erlebt, wo Pflegekräfte Ekelgefühle aussprachen. Meist waren sie eher ruhig und zurückhaltend nach den Begegnungen mit ekelerregenden Situationen. Oder es war genau das Gegenteil – die Pflegekraft hat sich nach einer ekelauslösenden Begegnung so stark „verbal ausgekotzt“, dass es für das Team kaum tragbar war. Dieses >>sich auskotzen<< ist ein deutlicher Hinweis darauf, dass es an der Zeit ist über die anzunehmende Unerträglichkeit der gesamten Situation zu sprechen. Doch wird es im Pflegealltag durchgeführt?

### **1.1. Definition:**

1. Ekel, Gefühl der Abneigung und des Widerwillens, Ekel kann sich sowohl auf Gegenstände (z.B. Nahrungsmittel, Ausscheidung) als auch auf Menschen bzw. bestimmte menschliche Verhaltensweisen richten. (Meiers Taschenlexikon 3, 1985)
2. Ekel – Widerlich, abstoßend, psychischen Widerstand und Abscheu hervorrufend (Duden, Das große deutsche Wörterbuch, 1981)

## 2. Das Phänomen des Ekels

„Vermutlich gibt es keine ekelfreie, „gesunde“ Seele, es ist eher anzunehmen, dass die Seele auf ihrem Entwicklungsweg diese Grenze als schützend braucht, um hinter ihrem Rücken die Genussfähigkeit zu entwickeln.“ - (Utz Jeggle, Ekel in der Pflege, von D. Ringel S. 13)

Ekelemotionen sind meist immer negativ besetzt. Mit der unten aufgeführten Tabelle möchte ich dies verdeutlichen.

<b>E</b>	Entziehen, Entmündigen, Erniedrigen, Erpressen, Erzwingen, Einengen, Einschlagen
<b>K</b>	Kalt, Kadaver, Kampf, Kapitulieren, Klebrig, Karg, Katastrophe, Kloß, Kasteien, Kauern, Klaps, Klotz, Keule, Klaffen, Kummer, Krank
<b>E</b>	Einengen, Einflößen, Einsperren, Ermahnen, Eindringen, Einsam, Eiter, Ekzem, Elend, Entleeren, Entsetzen, Enttäuschung, Erbleichen, Erdulden, Erlösen, Ertappen
<b>L</b>	Lästern, Lästig, Laut, Leiden lassen, Leise, Leistungsdruck, Lieblos, Links liegen lassen, Lügen

Diese Liste ist beliebig erweiterbar. Sie soll zum Nachdenken und zur Reflexion von pflegerischen Handlungen anregen, um das eigene Verhalten künftig unter dem Blickwinkel mögliche Ekelempfindungen reflektieren und ggf. ändern zu können.

Pflegekräfte müssen eigene Grenzen erkennen und diesbezüglich neue Wege gehen um ihr inneres Gleichgewicht zu erhalten.

Der Ekel als intrapsychisches Konstrukt muss als Emotion betrachtet werden.

Umgangssprachlich hat das Wort Emotion zwei Bedeutungen. Die eine bezieht sich auf das Erleben, z.B. kann eine Person äußern, sie habe Angst. In diesem Fall sollte von Gefühl gesprochen werden. Die zweite Bedeutung schließt neben dem Gefühl auch die Komponenten körperlichen Zustand (z.B. erhöhter Adrenalin Spiegel) und Ausdruck (z.B. geweitete Augen, geöffneter Mund) mit ein. Hier sollte von Emotionen gesprochen werden.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Vgl. D. Ringel, Ekel in der Pflege S. 13

Nach Roth greifen die Emotionen, damit auch Ekel, in die bewusste Verhaltensplanung und –steuerung ein, indem sie bei der Handlungsauswahl mitwirken und bestimmte Verhaltensweisen befördern. Als >>Wille<< fördern Gefühle Aktionen, als >>Ablehnung<< unterdrücken sie Handlungen bei ihrer Ausführung. Emotionen lenken unsere Gedanken, Vorstellungen und auch unsere Erinnerungen. Sie sind bewusst oder unbewusst mit Vorstellungen vom >>Erstrebenswertem<< oder >>zu Vermeidendem<< verbunden.<sup>2</sup>

## **2.1. Ekel als Schutzmechanismus**

Es ist das positive Ziel des Ekels, sich vor Vergiftungen zu schützen. Ekel ist ein genetisch angelegter Schutzmechanismus, der vor Gefahren warnt. Verdorbene Nahrungsmittel oder schlechtes Wasser werden mit Hilfe des Ekelempfindens als Bedrohung erkannt und gemieden. Untersuchungen haben ergeben, dass Ekel als elementare Regung bereits genetisch angelegt und somit wenn, dann nur bedingt über den Erziehungsprozess vermittelt wird. Ist die Ekelemotion im Menschen genetisch festgelegt, sprich evolutionsgebunden, wird es keinen Weg geben, sie zu beseitigen oder ihr vorzubeugen.<sup>3</sup>

Mimik und Gestik während der Ekelregung haben als angeborene Schutzmechanismen eine mitteilende Funktion und lösen daher auch bei den Interaktionspartnern ein Flucht- oder Angriffsverhalten aus. Ekel ist nicht voraussehbar, man merkt nicht, dass er kommt. Ist das Ekelhafte da, ist auch der Ekel unmittelbar zu spüren.<sup>4</sup> Wenn wir uns vor etwas stark ekeln, z.B. wenn wir mit Erbrochenem in Berührung kommen, beginnen wir automatisch zu würgen. Dieser physiologische und damit gesunder Reflex wird im verlängerten Rückenmark durch das Brechzentrum verursacht.<sup>5</sup> Das verlängerte Rückenmark als Teil des vegetativen Nervensystems entzieht sich weitgehend der Beeinflussung durch die Vernunft. Einzig die Emotionsexpression des Ekels lässt sich durch Training regulieren und zum Teil verbergen.

---

<sup>2</sup> Vgl. H. Krey, Ekel ist okay S. 39

<sup>3</sup> Vgl. D. Ringel, Ekel in der Pflege S. 18

<sup>4</sup> Vgl. H. Krey, Ekel ist okay S. 33, 34

<sup>5</sup> C. Pernlochner-Kügler, Körperscham und Ekel S. 24

## 2.2. Die Wahrnehmung des Ekelhaften

Ekel besteht nicht nur aus einem Ursprung und seinen Auswirkungen. Ekel braucht einen Entstehungsgrund und einen Entwicklungsprozess.<sup>6</sup> Doch was trägt dazu bei, dass wir Ekel empfinden, Abscheu verspüren und uns am liebsten sofort wegrehen?

Die Worte >>empfinden<< und >>erspüren<< weisen schon in die Richtung der >>Wahrnehmung<<. Ekel ist ein Begriff, der typisch über sensorische Erfahrungen manifestieren, in dem, was wir sehen, riechen, schmecken, hören und berühren.

Nach Kolnai sind die Hauptträger der Ekelempfindungen hauptsächlich der „Geruchssinn“, der „Gesichtssinn“ und der „Tastsinn“. Der „Geschmackssinn“ findet nach Kolnai weniger Bedeutung. Ebenso der akustische, der „Hörekel“, da aller Hörekel zum guten Teil moralischer Ekel sei. Diese Aussparung hält D. Ringel jedoch für bedenklich, da das Hören ekelregender Geräusche eine Nähe des Ekelhaften zum Subjekt bewirkt, die unter dem Aspekt der Imagination ebenfalls starken Ekel hervorrufen kann<sup>7</sup>.

Auch ich halte diese Aussage für fraglich, da gerade bei mir persönlich der Hörekel als Auslöser von Ekelgefühlen mit im Vordergrund steht.

### Der Geruchssinn

Die primäre Bedeutung für die Erzeugung des Ekelgefühls bildet nach Kolnai (1974) der Geruchssinn. Hierfür können drei Aspekte verantwortlich gemacht werden:

- a. Der Geruchssinn ist genetisch gesehen wahrscheinlich der älteste und urtümlichste Sinn des Menschen. Geruch und Gefühlsleben liegen sehr nahe beieinander. Bei der Geruchs- oder Riechprobe, die als diagnostisches Verfahren in verschiedenen Bereichen angewandt wird, ist festzustellen, dass beim gleichzeitigen Anbieten mehrerer Geruchsreize nicht nur der Stärkere, sondern auch der gefühlsbetonte Reiz siegt. Die immer noch häufig anzutreffende Redewendung, eine Person „nicht riechen zu können“, wenn sie einem unsympathisch ist, verstärkt diese Annahme.
- b. Das Riechorgan hat anatomisch betrachtet durch seine direkte Verbindung zum Großhirn, in dem die Geruchsreize wahrgenommen werden, in dem aber auch die sogenannten Riecherinnerungen liegen, einen sehr kurzen und direkten Weg der Reizübermittlung. Gerüchen zu entkommen stellt sich als nahezu unmöglich heraus, denn Geruchsreize wirken unmittelbar und vorrational. So entsteht das Gefühl, „einen Geruch nicht mehr aus der Nase zu bekommen“. Geruch und Gefühlsleben haben eine derart enge Beziehung, dass man davon ausgehen muss, das nicht die Ratio, sondern

---

<sup>6</sup> Vgl. H. Krey, Ekel ist okay S. 37

<sup>7</sup> D. Ringel, Ekel in der Pflege 2. Auflage 2003, S. 24 - 26



das Vor- und Unbewusste der steuernde Mechanismus bei dem Erleben von Ekelgefühlen ist.

- c. Die Nähe spielt beim Geruchssinn eine entscheidende Rolle, denn durch den Geruch werden Partikelchen des Ekelhaften direkt in das Subjekt hineingetragen und es wird sozusagen mit dem üblen Geruch kontaminiert.

#### Der Tastsinn

An zweiter Stelle der für die Ekelgefühle verantwortlichen Sinne setzt Kolani den Tastsinn. Das Motiv der Nähe (Kontaktnähe) ist hier zwar etwas abgeschwächt, jedoch noch sehr wirksam. Als ekelhafte taktile Reize gibt er die Tasteindrücke des „Schwabbeligen, Schleimigen, Breiigen und allgemein des Weichen“ an. Im Gegensatz zu den Gerüchen sind die Tasteindrücke jedoch nicht eindeutig negativ besetzt. Fruchtgelees, Konfitüre, Aspik und Pürees werden in der Regel auch nicht als ekelhaft empfunden, obwohl diese Gegenstände die oben beschriebene Konsistenz aufweisen. Kolani sieht darin die Bestätigung, dass der Urgegenstand des Ekels die Fäulnis sei und sich diese nicht ertasten lasse. Es gibt zwar einen spezifisch fauligen Geruch, jedoch keine für die Fäulnis charakteristische Konsistenz. Dem Tastsinn kommt dennoch große Bedeutung zu, da er wie der Geruchssinn ebenfalls auf eine intime Vereinigung mit dem Ekelhaften hinweist. Wie der Geruchssinn durch das Eindringen der Geruchspartikel in das Körperinnere auf die Nahrungsaufnahme hinweist, weist der Tastsinn über die Berührung auf die Sexualität hin, „welche ja gleichfalls eine ansehnliche Zahl von Ekelmotiven lieferte“.

#### Der Sehsinn

Weil ein optischer Eindruck nicht so tief in den Gegenstand des Ekelhaften hineingeht wie ein taktiler, dringt er auch nicht so tief in den Aufnehmenden hinein. Hier spielen vorwiegend die Assoziationen, die mit einem bestimmten visuellen Ereignis entstehen, eine Rolle. So wird zum Beispiel bei einem Gewimmel von Maden und Fliegen etwas Fauliges vermutet, nicht aber wirklich gesehen. Der Sehsinn wirkt nicht unmittelbar als Ekelsinn, sondern erst in Verbindung mit Wissen und/oder Erfahrung. Dies erklärt, dass Kinder sich nicht scheuen, Aas oder kranke Tiere anzufassen, solange sie noch keine Erfahrung mit Fäulnis, Verwesung oder Tod gemacht haben. Zu dem Nähekriterium gesellt sich also das dem Ekel innewohnende Moment der Verdrecktheit<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Vgl. D. Ringel Ekel in der Pflege, S. 24

Entscheidend für die von Kolani postulierte Bedeutsamkeit der Sinnesorgane in Bezug auf ekelauslösende Momente erscheint der Punkt der Intimität bzw. der Penetranz des Ekelhaften in das Subjekt. Der Geruchssinn lässt ein sehr tiefes Eindringen des Ekelhaften in den Körper zu, da die Geruchspartikel direkt in unsere Nase, unser Hirn aufgenommen werden. Es treten unbewusste Verbindungslinien zur Nahrungsaufnahme auf, zur Inkorporation des Ekelhaften. Ein Nicht – Atmen ist auf Dauer nicht möglich, ein Atem durch den Mund verstärkt die Penetrationsangst<sup>9</sup>.

### **2.3. Reizbewertung und Näheaspekt**

Wesentliches Kriterium beim Ekel scheint die Reizbewertung zu sein. Da es Theorien gibt, die eine kausale Beziehung zwischen der subjektiven Bewertung eines Ereignisses und der emotionalen Reaktion der Person annehmen, kann davon ausgegangen werden, dass sich die Emotion nach der Reizbewertung richtet. Das heißt, wir zeigen in einer bestimmten Situation eine oder mehrere Komponenten derselben Emotion, weil wir eben diese Situation vorher in gleicher Richtung bewertet haben. Diese Theorie nimmt dem Ekel seine Ursprünglichkeit und bestärkt die Annahme, dass Sozialisierung und Kultur hauptverantwortlich für das Erleben und Entstehen von Ekelgefühlen sind.

Andererseits kann aber auch die Reizbewertung vom emotionalen Zustand der Person abhängen. Danach bewertet das Subjekt eine Situation entsprechend seinem momentanen Gemütszustandes. Die individuelle Unterschiedlichkeit der Reizbewertung erklärt, warum Ekelhaftes nicht pauschalisiert werden kann und nicht jeder sich vor derselben Sache ekelt. Weiterhin erklärt sie den wechselnden Auf- und Abbau der Ekelschranken innerhalb eines Lebens.

Ekel hat immer mit Nähe zu tun. Eine Nähe, die aufgezwungen wird und der man nicht entkommen kann. Sobald eine physische oder psychische Distanz besteht, fehlt dem Ekelhaften die Grundlage und somit seine Ekelhaftigkeit. Die Nähe ist sozusagen das Brückenglied zwischen dem Ekelhaften und „dem Opfer“ und bewirkt eine drohende Steigerung des Ekels selbst durch die Vereinigung mit dem Gegenstand<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup> Vgl. D. Ringel Ekel in der Pflege, S. 27

<sup>10</sup> Vgl. D. Ringel S. 15, 16

### 2.3.1. Fallbeispiel A

PK Karin klagt über einen längeren Zeitraum während der Übergaben über ein Grundpflegeproblem bei Frau Schmidt. Inhalte ihrer Äußerungen sind z.B.: Frau Schmidt ist jeden Morgen stark mit Kot beschmutzt (inkl. ihrer Hände), sie hat das Inkontinenzmaterial zerpfückt, Bett und Umfeld sind ebenfalls beschmutzt, ständig versucht Frau Schmidt mich festzuhalten. Mehrere Male wiederholt PK Karin dieses Pflegeproblem. Kollegen/innen zeigen deutlich Unverständnis (machen genervten Eindruck). Schließlich wurde von der WBL entschieden, die Grundpflege nur noch mit 2 PK's durchzuführen. PK Karin hatte nun zwar Unterstützung, aber das Ekelgefühl und die damit verbundene Belastung blieb. In den nächsten Übergaben erwähnt sie erneut, die für sie nur schwer zu ertragene Situation – wird jedoch von der WBL abgewiesen mit Bemerkungen wie: „jetzt hätte man ja wohl häufig genug darüber gesprochen“ oder „Hilfe hat sie ja bekommen und mehr könnte man ja wohl nicht mehr tun und im übrigen wüsste man ja wohl im Vorfeld, dass man in der Altenpflege mit diesen Problemen zu tun hätte.“. PK Karin hat danach nicht mehr diese Problematik angesprochen – im Gegenteil, Frau Schmidt wurde nur noch bei anderen Auffälligkeiten in der Übergabe erwähnt.

Als PK Karin für einen längeren Zeitraum erkrankte, musste die WBL in der Pflege aushelfen und die Grundpflege bei Frau Schmidt übernehmen. Schon am ersten Tag hat sie sich in der Übergabe über die Situation negativ geäußert: „dieses wäre ja für niemanden zumutbar“.

Schon in den nächsten Tagen wurden Lösungsansätze gesucht wie:

- Frau Schmidt erhielt zur Nacht extra lange Nachthemden
- zwischen 4:00 – 6:30 Uhr (Verhalten der Bew. geschah in den frühen Morgenstunden) wurden Kontrollgänge von Nachtwachen häufiger durchgeführt
- wenn Bew. wach war, bekam sie Materialien zur Beschäftigung ins Bett gelegt (im Kissenbezug weiche Teile)
- Bew. wurde bei der Grundpflege zuerst versorgt.

Schon nach einigen Tagen hatte Frau Schmidt sich nicht mehr mit Kot beschmutzt. Die Situation war für alle Beteiligten viel entspannter. Hier stellt sich die Frage – warum musste erst die WBL die unangenehmen Erfahrungen machen, um zu reagieren, - warum hat man den Äußerungen von PK Karin so wenig Beachtung geschenkt? Ich glaube, dieses Beispiel macht deutlich, wie stark Nähe Ekelgefühle auslösen. Nur über eine eklige Situation zu sprechen ist etwas anderes, als sie tagtäglich selbst zu erleben. Auffallend ist in dem Fallbeispiel auch, dass immer nur die Situationen angesprochen wurden und nie die Ekelgefühle der PK.

## **2.4. Distanzaspekt**

In der Pflege gibt es viele Umstände, welche die Pflegenden dazu bringen können auf Distanz zu dem Bewohner zu gehen. Ein Phänomen, das die Distanzierung fördert, ist das Tabu. Tabu bedeutet: „Das ist verboten.“. Wenn die Pflegenden in Kontakt mit Dingen geraten, die als Tabu gelten, ruft dies bei ihnen unangenehme Gefühle hervor, wie beispielsweise Schamgefühl oder Schuldgefühl und sie versuchen, diesen Kontakt zu vermeiden.

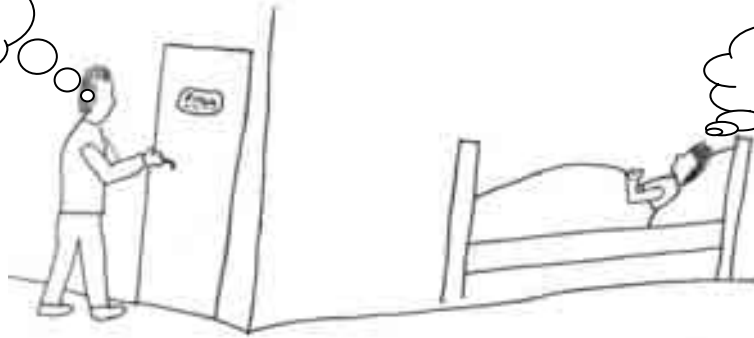
Bei der pflegerischen Versorgung von schwerst dementiell erkrankter Menschen sind Pflegekräfte sehr häufig gezwungen, die Intimgrenze des Betroffenen zu überschreiten und Zugang zu intimen Zonen wie dem nackten Körper, dem Genitalbereich oder dem Mund zu bekommen. Die Würde und Integrität des anderen werden bedroht oder der zu Pflegende versteht die Handlung nicht in ihrem eigentlichen Zusammenhang. Ebenso wie der Pflegebedürftige nimmt auch die Pflegeperson die Grenzüberschreitung wahr und distanziert sich.

Mit der auf Seite 12 aufgeführten Bildergeschichte möchte ich deutlich machen, wie sprachlos Ekelemotionen machen können und es zu einer Distanzierung kommen kann. Beide Interaktionspartner bemerken die Grenzüberschreitung, beide empfinden wechselhafte Gefühle wie Scham und Ekel. Da die nonverbale Kommunikation eher und tiefer am Gegenüber wahrgenommen wird, ist es verständlich, dass betroffene Pflegebedürftige die Abneigung, das schnellere Arbeiten, den geringen Körperkontakt durch die entsprechende Pflegekraft deutlich erfahren. Da der Patient sich ohnehin in einer peinlichen Situation befindet, wird dieses noch durch das Verhalten der Pflegekräfte verstärkt.

Ich persönlich habe nach Begegnungen, die bei mir Ekel auslösten, fast immer Schuld- und Schamgefühle. Gedanken wie: hat der Bewohner meinen Ekel bemerkt, wie habe ich mich verhalten oder wie fühlte sich der Bewohner in der Pflegesituation, beschäftigen mich danach meist über einen längeren Zeitraum. Ich kann mir gut vorstellen, dass der Pflegebedürftige ähnliche Gedanken verspürt.

## 2.4.1. „Begegnung“

Was erwartet mich heute hinter dieser Tür?



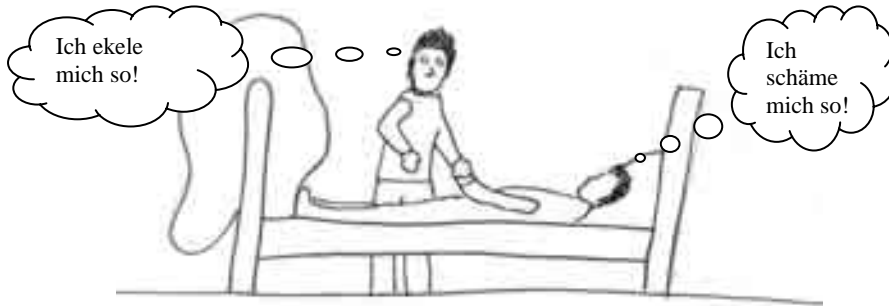
Wer kommt durch diese Tür?

Es stinkt hier – ich will diese Person nicht anfassen – was kann ich tun



Der schon wieder – er ekelt sich vor mir – soll mich nicht anfassen – was kann ich tun?

Ich ekele mich so!



Ich schäme mich so!

Gleich ist alles vorbei – gleich gehe ich raus und kann tief durchatmen



Gleich ist alles vorbei – gleich geht er und ich kann tief durchatmen

Nur raus hier!



Endlich geht er!

### **3. Einfluss des Ekelempfindens auf die Beziehung**

Negative Empfindungen wie Ekelemotionen beeinflussen häufig die Interaktionen zwischen Pflegekraft und Pflegebedürftigen. Da das eigentliche >>sich ekeln<< in Sekundenschnelle abläuft, gibt es keine Mittel und keinen Gedanken, der das Affekterleben verhindern könnte. Das bedeutet für diejenigen, die ein Ekelgefühl haben, eine erhöhte Stressbelastung, die dadurch verstärkt wird, dass sie sich bemühen, ihren Ekel nicht zu zeigen, um ihre Interaktionspartner nicht emotional zu verletzen. Dies kann jedoch kaum gelingen, da der körperliche Ausdruck des >>sich ekeln<< nach Roth<sup>11</sup> bei allen Menschen gleich ist. Über den Kern der angeborenen emotionsbezogenen körperlichen Reaktion gibt es viele individuelle, sozial vermittelte Reaktionen und Verhaltenweisen. Die bedeutenden Auswirkungen jedoch, die ein Ekelerlebnis auf sozialer Ebene erzeugen kann, liegen in dem >>sich abwenden<< und >>die Flucht ergreifen<<, sowie der Entstehung von Zorn und Geringschätzung. Diese Reaktion kann beim Interaktionspartner zu einer Verletzung oder Demütigung führen. Somit ist die Grundlage für einen Beziehungsaufbau erheblich gestört.

#### **3.1. Ekel und Moral**

Das Verhalten der Mehrheit, das „Normale“ also, wird in der Gesellschaft als vernünftig und moralisch beschrieben und für gut befunden, während die Abweichungen als unmoralisch angesehen und eindeutig missbilligt werden. Unmoralisches Verhalten wird oft mit Schmutz in Verbindung gebracht, moralisch gutes Verhalten mit Sauberkeit. Auch wird oft von der Sauberkeit der äußeren Erscheinung einer Person und ihrer Wohnung auf einen guten Charakter geschlossen, während schlampigen oder gar schmutzigen Personen dementsprechend negative Charakterzüge zugeschrieben werden.<sup>12</sup> Da die Normen und Werte sowohl individuell als auch interkulturell unterschiedlich sind, variieren natürlich auch die Ekelschranken sehr stark.

Es gibt also Ekelschranken, die uns aufgezwungen werden. Die moralischen und ästhetischen Auffassungen unserer Mitmenschen nehmen uns unsere ursprünglichen Objekte der Begierde, indem sie uns deren moralische Verwerflichkeit suggerieren. Dies erklärt die Ambivalenz des Ekels: sein Anlocken und Abstoßen zugleich.<sup>13</sup>

---

<sup>11</sup> Vgl. Hiltrud Krey, Ekel ist okay S. 44 - 46

<sup>12</sup> Vgl. C. Pernlocher-Kügler, Körperscham und Ekel S. 173

<sup>13</sup> Vgl. D. Ringel, Ekel in der Pflege S. 19

### 3.1.1. Fallbeispiel B

Frau M., Alter 82, Diagnose Alzheimer, Demenz, tanzt häufig über den Flurbereich – hält mit beiden Händen ihren Rock leicht hoch und strahlt über das ganze Gesicht. Die Pflegekräfte belächeln sie (es ist eher ein auslachen), verziehen ihr Gesicht und machen Bemerkungen wie: „na, fühlen sich wie zu Hause“, oder „aus dem Alter sind sie doch raus“. Keine Pflegekraft nimmt näheren Kontakt auf – nur ein Kopfschütteln und verachtende Mimik wird der Frau entgegengebracht. Diese hält auf zu Tanzen, blickt verstohlen zu Boden und verlässt den Aufenthaltsraum. Deutlich spürt man ihr Schamgefühl → dieses wird aber von den Pflegekräften ignoriert.

Gleiche Einrichtung, gleiche Pflegekräfte, Frau O., Alter 79, Diagnose Demenz, hört Tanzmusik – beginnt alleine zu tanzen und summt die Musik. Pflegekraft geht auf sie zu – bittet zum Tanz. Beide tanzen und fühlen sich sichtbar wohl. Auch die umstehenden Pflegekräfte lächeln und loben Frau O. durch Bemerkungen wie: „sie sind eine gute Tänzerin“, oder „wie eine Feder schweben sie über den Boden“. Frau O geht nach Beendigung der Tanzeinlage strahlend und mit erhobenen Hauptes an ihren Sitzplatz und erzählt Mitbew. von früheren Tanzveranstaltungen.

Warum haben hier die Pflegekräfte so unterschiedlich reagiert? Die Erklärung liegt in ihren eigenen Moral- und Wertvorstellung. Aus der Biografie haben sie Informationen aus den Lebenserfahrungen beider Frauen. Frau M. hat sehr lange im Hamburger Rotlichtmilieu als Prostituierte gearbeitet und später als Reinigungskraft. Sie hat keine Kinder oder Angehörige, die Auskunft über ihre vorherige Lebenssituationen (Kindheit, Jugend) geben können. Frau O. dagegen hat 4 Kinder, ist nach deren Aussage eine gute Mutter gewesen, hat ihren Mann 3 Jahre gepflegt bis dieser zu Hause gestorben ist.

An diesem Beispiel sieht man, glaube ich, sehr deutlich wie die eigenen Moral- und Wertvorstellungen Interaktionen beeinflussen. Von Frau M. ist nur eine kurze Zeitspanne ihrer Lebensgeschichte bekannt. Die Pflegekräfte zeigten Verachtung und Ekel. Dieses wurde in den Übergaben anhand der Äußerungen von den Pflegekräften deutlich. Hätte man von Frau M. die Geschichte vor ihrer Zeit als Prostituierte gekannt und somit Frau M. in ihrer Gesamtheit gesehen wäre die Interaktion zwischen Frau M. und PK's sicherlich positiver verlaufen. Frau O. dagegen wurde aufgrund der Informationen aus der Biografie geachtet. Was wäre, wenn auch ihre Schattenseiten den Pflegekräften bekannt wären? Ich halte es für fraglich, wie teilweise mit biografischen Informationen umgegangen wird. Können

Pflegekräfte ihre eigenen Moral- und Wertvorstellungen ausblenden und somit jedem Pflegebedürftigen den gleichen Respekt und Achtung entgegen bringen? Hier sehe ich in der Praxis noch großen Schulungsbedarf. Zur damaligen Zeit, als ich die oben genannten Situationen beobachtet hatte, befand ich mich im Anerkennungsjahr. Das Verhalten der PK hat mich lange beschäftigt.

### **3.2. Ekel vor anderen**

Es ist zu betonen, dass es starke interindividuelle Unterschiede bzgl. der Bereiche und des Ausmaßes der Empfindsamkeit (z.B. bei Sputum, Ausscheidungen, eitriger Dekubitus) gibt. Was eine Person als gänzlich nicht ekelerregend erlebt, reicht bei der nächsten schon aus, selbst erbrechen zu müssen. Einmal erfahrener Ekel und die daraus resultierende Abscheu führen nicht selten zu einem Abstand und einer >>Lauerhaltung<< gegenüber dem betreffenden Menschen. Der Kontakt wird vermieden, zumindest wird auf Distanz geachtet<sup>14</sup>. Der Körper älterer Menschen wird nicht nur als weniger funktionsfähig und deshalb defekter, hässlicher und ekelerregender empfunden. Das Ausfallen wichtiger Funktionen, wie z.B. der Kontrolle des Schließmuskels bei Inkontinenz, ist für die Alten sehr beschämend: sie sind nicht mehr „sauber“, sie müssen wieder Windeln tragen, sie „riechen“. Das Reinigen von Zahnprothesen ist nach der Studie von Christine Sowinski immer noch weit vorne in der Hitliste Ekel erregender pflegerischer Tätigkeiten<sup>15</sup>. Die Pflege alter Menschen wird generell als ekelerregender empfunden, als die Pflege jüngerer Menschen. Bilder von alten, kranken oder verstümmelten Körpern schockieren uns und der entstellte Mensch wirkt je nach Deformation mehr oder weniger ekelhaft.

#### **3.2.1. Fallbeispiel C**

Fr. W., 89 Jahre, Demenz, Apoplex, PEG-Ernährung, bettlägerig mit starken Kontrakturen (Embryohaltung), verbal keine Kommunikation möglich, kam aus dem Krankenhaus als Finalpflege zu uns ins Heim. Ihr rechter Fuß war bis ca. 15 cm oberhalb des Fußknöchels nekrotisch. Der Wundrand sah wie abgeschnürt aus. Wir hatten keine biografischen Informationen – nur einen Überleitungsbericht aus dem Krankenhaus. Es kostete mir sowie meinen Kolleginnen reichlich Überwindung den re. Fuß anzufassen. Er fühlte sich kalt an – eben leblos. Nach ca. 3 Tagen kam die Hausärztin zur Visite und ich fragte, wie ich diesen Fuß nun versorgen sollte. Als Antwort erhielt ich: „Gar nicht. Sie müssen damit rechnen, dass er irgendwann abfällt.“. Ich war entsetzt und fragte, was ich denn machen sollte. Die Antwort

---

<sup>14</sup> Vgl. Wenn Sterbebegl... , Michael Spohr S. 87

<sup>15</sup> Vgl. Körperscham und Ekel, C. Pernloch-Kügler S. 67, 68



war: „Nichts! Es wird nicht bluten. Es wird aussehen, als ob sie ein Stück Holzkohle zerbrechen. Was soll schon weiter geschehen.“. Sie ging und meine Kollegin und ich standen da - sprachlos - fassungslos – nicht imstande irgendetwas zu sagen. Bei der Übergabe habe ich Gesprächsinhalte der Visite erwähnt – auch um Kolleginnen auf eventuelle Komplikationen vorzubereiten. Frau W. ist nach ca. 5 Monaten verstorben – mit ihrem rechten Fuß.

Dieses Erlebnis ist schon einige Jahre her. Es beschäftigt mich noch immer. Nicht der rechte Fuß, sondern die gesamte Situation. Ich habe keine Erinnerungen an das Gesicht von Frau W. – jedoch sehe ich sie noch heute genau vor mir im Bett liegend mit den „schwarzen Fuß“. Wie mag es ihr wohl ergangen sein in ihrer letzten Lebenszeit. Bei den Übergaben wurde nur Schmerzäußerungen oder Aussehen vom Wundrand erwähnt. Die Augen hat Frau W. meist nie geöffnet – konnte sie unseren Gesichtsausdruck nicht ertragen – war ihr Schamgefühl so groß? Es tut mir leid, dass ich damals noch nicht viel über den Zusammenhang Ekel und Reaktionen wusste – ich glaube die Beziehung wäre für uns beide – besonders für sie – positiver ausgegangen. Mein Ekelgefühl wäre zwar geblieben, aber ich hätte den Menschen Frau W. auf Grund meines Wissens in den Vordergrund stellen können und nicht den rechten „schwarzen Fuß“. Ich hätte nach Lösungsansätzen suchen sollen, wie z.B.:

1. den Fuß mit Watte umwickeln um Fr. W. in ihrer Gesamtheit zu sehen
2. bei den Pflegehandlungen bewusst auf nonverbale Äußerungen achten um Wohlgefühl zu erkennen und zu fördern
3. Rituale nach der Pflegehandlung

Während meiner Arbeit am Kolloquium habe ich eine ehemalige Kollegin von meinen Ekelgefühlen (und Ängsten) erzählt. Auch sie kannte Fr. W.. Auch sie hat sich sehr distanziert gegenüber Fr. W. Verhalten und konnte sich in meinen Äußerungen wieder finden. Die anschließenden Gespräche haben für uns ein Aufarbeiten der Situation möglich gemacht. Hätte ich dieses Tabu - Ekelgefühle auszusprechen - vorher gebrochen, wären bestimmte Situationen für alle Pflegekräfte nicht so belastend gewesen. Besonders aber möchte ich betonen, dass Frau W. eine für sie angenehmere Pflege erfahren hätte. Ich glaube nicht, dass meine Kollegin und ich diesen Fehler noch einmal machen und uns so von einem „schwarzen Fuß“ beeinflussen lassen.

### 3.3. Ekel und Scham

Ekel und Körperscham sind zwei Affekte, die eng miteinander verknüpft sind. Zonen am eigenen Körper, welche mit Ausscheidungen und Sekretion zu tun haben, nämlich Analbereich, Urogenitalbereich, Mund, Nase und Ohren ekeln uns also im Normalfall nicht, während die Ausscheidungen und Sekrete selbst uns schon eher Probleme bereiten. Die Substanzen, die wir ausscheiden, ekeln uns vor allem von dem Zeitpunkt an, an dem sie ausgeschieden sind. Je „älter“ eine ausgeschiedene Substanz ist, desto ekelerregender ist sie für uns. Je fremder uns eine Person ist, desto mehr ekeln uns aber deren Ausscheidungsorgane, von den Ausscheidungen selbst ganz zu schweigen. Die oben genannten Körperstellen sind auch gleichzeitig unsere Intimzonen. Das Ausscheiden der jeweiligen Ausscheidungsprodukte ist ein sehr intimer Vorgang. Intimzonen, Ausscheidung und Ausscheidungsprodukte sind äußerst schambesetzt.<sup>16</sup>

Defäkieren und Urinieren sind Vorgänge und Tätigkeiten, die an einen geheimen Ort stattfinden, dort, wo man alleine ist. Im Krankenhaus oder im Doppelzimmer eines Altenheims ist dieses evtl. nicht mehr möglich. Stuhlgang in ein Steckbecken zu verrichten ist für die meisten äußerst peinlich und bedeutet für viele eine große Überwindung. Das Pflegepersonal gibt nicht gerne an, dass es sich vor für sie alltägliche Dinge wie Urin, Kot und Erbrochenem ekelt und dass ihnen der pflegerische Umgang mit Intimzonen peinlich ist. Dem Pflegebedürftigen ist es dagegen peinlich seine Intimzonen zu zeigen bzw. berühren zu lassen. Es entsteht auf beiden Seiten Schamgefühl – bei der Pflegeperson Scham für ihren Ekel und bei dem Pflegebedürftigen Scham, jemanden Ekel- oder Peinlichkeitsgefühle zu bescheren, sowie Scham, ihre Intimzonen nicht schützen zu können. Scham und Ekel sind äußerst unangenehme Gefühle, die eine wichtige Funktion haben: sie zeigen uns Grenzbereiche an, die nicht überschritten werden dürfen.

#### 3.3.1. Fallbeispiel D

Ehepaar Meier lebt in zwei Einzelzimmern in einem Pflegeheim. Herr Meier (85 J.) ist dementiell erkrankt und daher in einer anderen Wohngruppe untergebracht als seine Ehefrau (78 J., orientiert). Jeden Morgen holt Frau Meier ihren Ehemann zum Frühstück in den gemeinschaftlichen Tagesraum ab. Frau Meier kümmert sich während des gesamten Tages um ihren Ehemann. Sie halten sich häufig im Zimmer der Ehefrau auf.

Herr Meier zeigt sowohl verbal wie nonverbal noch großes Interesse an Sexualität. Er macht Mitbewohnerinnen und weiblichen Pflegekräften eindeutige Komplimente. Wenn Herr Meier

---

<sup>16</sup> Vgl. C. Pernlocher-Kügler, Körperscham und Ekel S. 23

sich in den Gemeinschaftsräumen aufhält, versucht er zeitweise sich selbst zu befriedigen. Hierbei kommt es dann meist auch zu einem Urinabgang. Dieses Verhalten ist für alle Beteiligten sehr belastend. Mitbewohner, Pflegepersonal sowie besonders die Ehefrau zeigen deutlich Scham- und Ekelgefühle. Diese Reaktionen bemerkt Hr. Meier natürlich und seine vorher ausgeglichene Verhaltensart verändert sich. Er schimpft und versucht „wegzulaufen“. In diesem Fallbeispiel ist die Demenz der Grund, dass Herr Meier sein Interesse an Sexualität öffentlich zeigt und Grenzbereiche nicht einhalten kann. Es entstehen heftigste Scham-, Peinlichkeits- und Ekelgefühle bei allen Anwesenden.

Herr Meier spürt deutlich, dass er bei den Mitbewohnern und Pflegekräften, sowie bei der Ehefrau Scham-, Peinlichkeits- und Ekelgefühle verursacht hat. Somit kommt es zum Schamgefühl seinerseits. Hierauf reagiert er mit Flucht.

Auch Toleranz und Empathie können Pflegekräfte nicht vor dem Ekel, dem Peinlichkeitsgefühl und der Ratlosigkeit im Umgang mit diesen Situationen schützen. Lösungsmöglichkeiten sind für mich in diesem Fallbeispiel nur schwer zu erstellen, da es sich um eine plötzlich auftretende Situation handelt. Ebenso möchte man die Ehefrau schützen, welche besonders unter dem Verhalten von Herrn Meier leidet. Meist versucht sie möglichst unauffällig ihren Ehemann auf ihr Zimmer zu begleiten. Sie vermeidet Blickkontakte und macht einen angespannten Eindruck.

Hilfreiche Möglichkeiten wären:

- Sitzplatz in der Nähe des Eingangsbereich
- Sichtschutz vor Mitbewohner (z.B. durch Blumentrennwand)
- Zimmer in der Nähe des Tagesraumes

#### **4. Der Umgang mit Ekelgefühlen**

Laut Ringel<sup>17</sup> gibt es kein eindeutiges Reiz - Reaktions - Schema bezüglich der Dinge, die Ekel auslösen. In diesem Sinn gibt es auch keine bestimmten Verhaltensweisen, mit Ekel umzugehen. In ihrem Buch fasst Ringel die von Sowinski, Reineke und Hauff herausgearbeiteten Strategien in der Alten- und Krankenpflege zusammen, die den Pflegenden zumindest teilweise eine Handlungsfähigkeit ermöglichen.

D. Ringel hat die direkten und indirekten Reaktionen in Tabellen aufgeführt, wobei sie Handlungsstrategie, Effekt, positiven Aspekt und negativen Aspekt näher beschreibt.<sup>18</sup>

---

<sup>17</sup> Vgl. D. Ringel, Ekel in der Pflege S. 37

<sup>18</sup> Tabellen siehe Anhang

Die Einteilung von direkten und indirekten Reaktionen sei als Gliederungshilfe zu verstehen. D. Ringel verweist darauf, dass solche Trennung keine Allgemeingültigkeit erlangen kann, da die Reflexionsfähigkeit der Handelnden individuell unterschiedlich ist und es dadurch immer Mischformen und Grenzfälle gibt. Diese Handlungsmuster dürfen gemäß der Autorin nicht als Copingstrategien missverstanden werden, da sie keine Problemlösung beinhalten. Statt ihrer kommt es im Allgemeinen zu Entmenschlichung, Vernachlässigung und Verachtung der Hilfebedürftigen. Die meisten der aufgezeigten Handlungsstrategien beinhalten offene und verdeckte Formen von psychischer und physischer Misshandlung.<sup>19</sup>

Da es im Pflegealltag nicht genügend Gelegenheit gibt, um Ekelgefühle direkt wahrzunehmen oder anzusprechen, werden diese Probleme oft ausgegrenzt. Erich Schützendorf sagt dazu, dass diese Problemausgrenzung zu „einer Spirale des doppelten Leidens führt“.

*„Zuerst würden die Pflegenden leiden,  
dann würden sie leiden lassen,  
und schließlich würden sie leiden,  
weil sie leiden lassen.“<sup>20</sup>*

#### **4.1. Gesunder Umgang mit Ekelgefühlen**

Grundsätzlich sollten Pflegekräfte sich Ekelgefühle erlauben und zugestehen. Verleugnen dieser Gefühle würde bedeuten, dass man sich mit diesen Gefühlen nicht auseinandersetzen kann und somit nicht überlegen, wie man in den konkreten Situationen am Besten damit umgehen kann. Durch diese Form von Abwehr werden eigene Bedürfnisse ignoriert was zu Frustration, Aggression und Erkrankung führen kann. Erlaubt man diese Gefühle hingegen, wird man sich darüber Gedanken machen, z.B. was ist besonders belastend und wie kann die Situation möglichst gut bewältigt werden. Hierbei werden eigene Bedürfnisse beachtet und Frustration vermieden. Außerdem können Handlungen im Voraus geplant werden und man wird von ekelhaften Situationen (die im Vorfeld erahnbar sind wie z.B. Versorgung eines Dekubitus) nicht überrumpelt.

Würde mehr über diese Emotion gesprochen, würden sie ganz einfach als Gefühl mit Signalcharakter zugelassen - ganz besonders in der Teamarbeit -, so wäre nicht nur ein Tabu aufgehoben: Die psychische Belastung wäre kleiner und das Gespräch alleine wäre schon ein

---

<sup>19</sup> Vgl. D. Ringel, Ekel in der Pflege S. 38

<sup>20</sup> Verkleinerte Leseprobe, Altenpflege Februar 2004, S. 14

kathartisches.<sup>21</sup> Es ließe sich die Arbeit im Team auch besser aufteilen, denn nicht jeder ekelt sich in gleichem Maße vor den unterschiedlichen Sekreten, Ausscheidungen und Körperzonen.

Durch Gespräche mit Kolleginnen erfährt man häufig brauchbare Strategien im Umgang mit belastenden Situationen. Bewusstes Umgehen mit Ekeleemotionen kann geplant werden durch bestimmte Strategien.

Ekelmanagement beginnt etwa mit dem Verwenden von Reinigungssubstanzen oder Duftaromen, welche z.B. üble Gerüche verhindern. Auch das Schaffen von Erholungs- und Distanzierungsräumen für das Pflegepersonal und die Möglichkeit sich während der Dienstzeit zu duschen, gehören zum Ekelmanagement.<sup>22</sup>

Damit solche Erholungs- und Distanzierungsräume geschaffen werden können, muss aber erst das Tabu „Ekel in der Pflege“ gebrochen werden. Es muss ein Umdenken stattfinden. Hierfür ist der erste Schritt, dass Eingestehen von Ekeleemotionen und dieses auch mitzuteilen. Ich glaube, das ist in allen Bereichen der wichtigste Faktor.

Erleichterung oder andere Denkanstöße erhalten wir häufig in Gesprächen – wir müssen nur den Mut haben, Ekelgefühle anzusprechen.

*„Was macht bei dir die Geschichte jeden Tages?  
Siehe deine Gewohnheiten an, aus denen sie besteht:  
Sind sie das Erzeugnis zahlloser kleiner Feigheiten und Faulheiten oder das deiner Tapferkeit und erfinderischen Vernunft?“*

- Friedrich Nietzsche, Weisheit der Welt, 2002

## **5. Fazit**

Meine Arbeit soll deutlich machen, welchen gewaltigen Einfluss Ekeleemotionen haben. Für mich persönlich habe ich aufgrund dieser Arbeit gelernt, zu meinen Ekelgefühlen offen zu stehen, diese also für mich selbst zu enttabuisieren. Ich denke, die theoretische Auseinandersetzung hat eine gewisse Akzeptanz der Ekeleemotionen ermöglicht. Auch wurde für mich deutlich, wie sehr Pflegehandlungen und Beziehungen von Ekeleemotionen beeinflusst werden. Anhand des Fallbeispiels A wurde mir bewusst, dass Pflegekräfte nach Lösungsansätzen gesucht haben, jedoch mit keinem Wort ihre Ekelgefühle direkt

---

<sup>21</sup> Vgl. C. Pernlocher-Kügler, Körperscham und Ekel S. 264

<sup>22</sup> Vier Ebenen des Ekelmanagements, siehe Anhang

ausgesprochen haben. Ebenso wurde für mich deutlich, wie sprachlos Ekel einen machen kann. Schon während der Erstellung des Kolloquium habe ich mein Verhalten bei / nach ekelauslösenden Pflegesituationen reflektiert. Da ich mehr über Ekelauslöser und damit verbundenen Reaktion weiß, hat sich mein Gefühl verändert. „Das Ekelgefühl bleibt, aber das schlechte Gewissen drückt nicht mehr.“ Auch spreche ich in den Übergaben offen meine Ekelgefühle an – meist verbunden mit Lösungsansätzen. Dieses wird von den Kollegen/innen meist positiv aufgenommen.

Ich habe viele meiner Handlungsstrategien positiv verändert (hoffe ich zumindest). Für mich persönlich steht aber immer im Vordergrund die Beziehungspflege. Sie ist nach meiner Meinung nur möglich, wenn nach einer ekelauslösenden Handlung eine angenehme Begegnung erfolgt. Dieses kann ein Gespräch, ein Ritual oder nur ein Lächeln sein. Auch habe ich die Erfahrung gemacht, dass Pflegebedürftige es positiv aufnehmen, wenn man auf Anfragen (wie z.B.: „Das muss doch unangenehm für sie sein?“) ehrlich antworten. Mit viel Einfühlungsvermögen und Taktgefühl kann man dem Pflegebedürftigen sicherlich sagen, dass die Situation sehr wohl nicht angenehm ist und man sich als Pflegekraft schönere Arbeiten vorstellen kann, dass das jedoch nichts an der Stabilität der Beziehung oder an der Sympathie ändert. Und dieses muss ich vermitteln – entweder verbal indem ich offen mit dem Pflegebedürftigen spreche, oder ich kann durch nonverbale Kommunikation meinem Gegenüber zeigen, dass die Pflegehandlung unsere Beziehung nicht negativ beeinflusst hat. Ich glaube Führungskräfte in der Pflege sollten während der Übergaben mehr auf die Äußerungen und leisen Zwischentönen achten, um Kollegen/innen rechtzeitig benötigte Hilfestellungen zu geben und Folgeerscheinungen wie Krankheit, Gewalt oder Burn Out entgegenzuwirken. Besonders hilfreich wären die Lösungsansätze aber für den Pflegebedürftigen. Er würde sicher weniger Schamgefühle verspüren und die Basis für eine Beziehung wäre durch Ekelemotionen weniger gestört.

Am Wichtigsten für mich beim Erkennen und Akzeptieren waren die Gespräche. Somit glaube ich, dass auch für die Kollegen/innen ein Austausch und das Verständnis von Seiten der Kollegen/innen hilfreich wären. Für ein offenes, ehrliches Gespräch bedarf es aber eine sichere Grundlage. Im Hause sollte eine Gesprächskultur herrschen, bei der „Jeder“ akzeptiert wird und seine Äußerungen ernst genommen werden.

## **5.1. Schlussbemerkung**

Eigentlich wollte ich meine Abschlussarbeit ganz anders aufbauen. Ich hatte anfangs Fragen ausgearbeitet und ehemalige Kollegen/innen wollten mir diese beantworten. Meine jetzigen Kollegen/innen habe ich nicht einbezogen, da ich befürchtete sie wären befangen (ich bin als WBL tätig). Ich hatte mich mit den einzelnen Kollegen/innen bei mir zuhause verabredet. Auf meine Fragen nach Ekelgefühlen und ekelauslösenden Situationen wurde meist immer zögernd geantwortet. Die Inhalte der Aussagen waren fraglich. Die meisten antworteten, sie hätten kaum Ekelgefühle und wenn, dann könnten sie damit umgehen, indem sie an etwas anderes denken. Auch würden sie ekelauslösende Situationen nicht als belastend empfinden. Nach der Befragung habe ich die Unterlagen beiseite gelegt und wir haben Kaffee getrunken. Dann habe ich von meinen Ekelgefühlen erzählt. Ich habe bewusst über frühere Situationen oder Begegnungen gesprochen, die auch meine ehemaligen Kollegen/innen erlebt haben. Erst nachdem ich Ekelgefühle und die damit verbundene Belastung eingestanden hatte, äußerten die Kollegen/innen auch Ekelgefühle und Scham (im Interview haben sie diese Emotionen deutlich bestritten) Dieses habe ich bei 8 von 10 Kollegen/innen festgestellt. Ich habe die Befragung abgebrochen, da es keinen Sinn für mich machte. Über die investierte Zeit und Arbeit habe ich mich sehr geärgert.

Im Nachhinein war auch die Befragung für mich sehr aussagekräftig, da dieses Erlebnis für mich ganz deutlich macht, wie sehr Ekel als Tabu angesehen wird. Zu allen befragten Kollegen/innen habe ich ein vertrauensvolles, freundschaftliches Verhältnis. Trotzdem konnte kaum einer zu seinen Gefühlen stehen. Diese Erfahrung hat mir ganz deutlich gezeigt, wie wichtig es ist, seine eigenen Ekelgefühle zu erkennen, sie zu akzeptieren und sie den Kollegen/innen mitzuteilen, um dieses Tabu zu brechen.

## Literaturnachweis

1. Hiltrud Key – Ekel ist okay, Brigitte Kunz Verlag 2003
2. Dorothee Ringel – Ekel in der Pflege, Mabuse – Verlag 2. Auflage 2003
3. Christine Pernlochner – Kügler – Körperscham und Ekel – wesentlich menschliche Gefühle, LIT Verlag Münster 2004
4. Michael Spohr – Wenn Sterbebegleitung an ihre Grenzen kommt, Gütersloher Verlagshaus 2002
5. Christine Pernlochner – Kügler – [ch.pernlochner@chello.at](mailto:ch.pernlochner@chello.at) 14.12.2004



### Dirkete Reaktionen (Ringel, 2000, S. 40):

Zu den direkten Reaktionen kommt es in der Regel ohne Umwege über das Unbewusste. Sie sind zum größten Teil pragmatischer Natur

Handlungsstrategien	Effekt	Positiver Aspekt	Negativer Aspekt
Kurzzeitiges Verlassen des Zimmers, um „vergessene“ Gegenstände zu holen	Räumliche Distanz zum Gegenstand des Ekels	Vermeiden von Affekthandlungen und Beleidigungen, Ordnen der Gedanken	Betroffener Patient muss länger auf Hilfe warten
Flucht in hauswirtschaftliche Tätigkeiten	Räumliche Distanz zum Gegenstand des Ekels	Herstellen eines positiven Nähe – Distanzverhältnisses zur Patientin	Gefahr von psychischer und physischer Vernachlässigung des Patienten
Übermäßiger Gebrauch von Pflegehilfsmitteln z.B. Handschuhe, Desinfektionsmittel, Raumsprays, Pflegeschäum	Vermeidung von Hautkontakt, geringere Geruchsbelästigung, Sichtschutz vor Exkrementen	Erhalt der Arbeitsfähigkeit, „Psychohygiene der Pflegenden“	Mit erhöhter Sterilität der Umgebung werden Situationen immer eher und häufiger als ekelhaft erlebt, Begünstigung allergischer Reaktionen, erhöhte Produktion von Abfall und Umweltgifte
Erhöhen des Arbeitstempos, übertriebener Aktionismus	Schnelles Beseitigen der ekelregenden Situationen	Erhalt der Arbeitsfähigkeit	Beziehungspflege sowie Eingehen auf Schmerzen und Schamgefühle kaum möglich
Atmungsveränderungen, wie flach atmen oder „Luft anhalten“	Verschließen des Mundes	Erhalt der Arbeitsfähigkeit	Verursachung von Scham- und Peinlichkeitsgefühlen beim Gepflegten, kaum Kommunikation möglich
Physische Misshandlung und Vernachlässigung der Gepflegten	Abwehr des Ekelhaften mit Ignoranz und Gewalt	Nicht vorhanden	Aus juristischer und humaner Sicht unhaltbare Pflegehandlung

### Indirekte Reaktionen (Ringel, 2000, S. 43)

Dieses gehen ihren Weg über den Intellekt oder über das Unbewusste der Pflegenden

Handlungsstrategien	Effekt	Positiver Aspekt	Negativer Aspekt
Hoffnung auf Gewöhnung	Ansteigen der Toleranzgrenze gegenüber Ekelregendem	Erhalt der Handlungsfähigkeit	Langfristige Gefahr von Burnout des Pflegenden
Verdrängung des Ekelgefühls und das Bemühen, sich keine Blöße zu geben	Vermeidung der Auseinandersetzung mit dem Thema, Versuch, den Patienten zu schützen	Erhalt der Handlungsfähigkeit	Gefahr von Burnout, Entstehung von Schamgefühlen, kein Eingehen auf psychische Bedürfnisse des Gepflegten
Versachlichung der ekelregenden Situation (Vergegenwärtigung von Entstehungs-, Verlaufs- und Behandlungsweise der jeweiligen Krankheit)	Abwehr von Todes- und Vernichtungsängsten seitens des Personals (Krankheit des Patienten als „Ursache“ für Ekelhaftes steht der Gesundheit der Pflegenden gegenüber)	Erhalt der Handlungsfähigkeit	Reduktion des Pflegebedürftigen auf seine Erkrankung oder Behinderung, der Patient wird zum „Fall“ erklärt, kein ganzheitliches Pflegeverständnis möglich
Sprachliche Intellektualisierung von pflegerischen Inhalten	Sprachliche Abstraktion transformiert das Triviale zum Therapieinhalt	Abstand von entwürdigenden Verhaltens- und Ausdrucksformen wie „Abtropfen“, Prestigeaufwertung des Pflegeberufes, Sinngebung	Gefahr von Kommunikationsschwierigkeiten zwischen Personal und Patient (die Fachterminologie ist dem Patienten nicht immer verständlich und muss zurückübersetzt werden)
Ideologische Verbrämung der Tätigkeit	Grenzsituationen werden ideologisch verschleiert und ihr Aushalten wird als gesellschaftlich gewinnbringend gesehen	Sinngebung, Erhalt der Handlungsfähigkeit	Gefahr des Burnout, keine konstruktive Auseinandersetzung mit dem Thema
Satirische Überhöhung der Situationen und Lauern auf Anekdoten	Entschärfung bedrohlicher Situationen für den Pflegenden	Reflexionsmöglichkeit des Erlebten, humorvolle Auseinandersetzung mit Grenzsituationen als therapeutisches Mittel	Gefahr der Entwürdigung der Patienten
Infantilisierung der Pflegebedürftigen in Form von unpassenden Anredeformen und Kosenamen	Psychische Distanzierung zum Pflegebedürftigen, Verdrängung eigener Todesängste, „Handhabbarkeit“ der Situation	Nicht vorhanden	Entwürdigung des Pflegebedürftigen
Verleugnung und Ignorieren der Situation solange es geht	Räumliche und psychische Distanz zur ekelregenden Situation	Nicht vorhanden	Unterlassene Hilfeleistung, gefährliche Pflege

# Anhang

9

## 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 Hamdrang weniger stark ist. Konzentrierter Ham verstärkt einerseits die Drangsymptomatik, andererseits wächst die Gefahr von Harnwegsinfekten, was wiederum zu verstärktem Hamdrang 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 kotbeschmierten Patienten oder Zimmers). Sie sollten nach kurzer Zeit abgelöst werden.
- Kommt man unerwartet in eine Ekel erregende Situation, kann man als PflegerIn (evtl. 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 Verleugern 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 patientenfeme 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 verkaufte 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 Mitfühlers. 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.