

Haut – berühren, pflegen, wahrnehmen

Hans-Jürgen Flohr

Waschen oder berühren?

– Zum Hautkontakt in der Pflege –

Im Mai fand in der Göttinger Stadthalle der zweitägige Kongreß „Haut – berühren, pflegen, wahrnehmen“ statt, ausgerichtet von der Bildungsstätte Seesen. Mit zahlreichen Referaten und elf Workshops stellten die Verantwortlichen, Klaus-Dieter Neander und Hans-Jürgen Flohr, ein umfassendes Programm zusammen, das die gewöhnlichen Themen wie Dekubitusprophylaxe und Hautpflege bei Stoma weit übertraf. Aus der Fülle der Vorträge haben wir einige ausgewählt und im folgenden abgedruckt. Dieser Schwerpunkt wird Anfang kommenden Jahres in erweitertem Umfang als Sonderdruck zu haben sein.

Bedeutung der Haut

Pflegende stehen im Rahmen ihrer täglichen Arbeit häufig vor einer doppelten Anforderung: Auf der einen Seite sollten sie ihren Patienten oder Bewohnern als Kommunikationspartner zur Verfügung stehen, andererseits aber gleichzeitig den profunden „handwerklichen“ Teil der Pflege professionell meistern. Diese Gradwanderung zwischen zwei „Welten“ bedarf spezifischer Kenntnisse und fundierter pflegerischer Erfahrung, ihre praktische Bedeutung wird erst in jüngster Zeit langsam thematisiert.

Im Bereich Hautpflege wird diese häufig als problematisch empfundene Situation besonders deutlich: Im Rahmen sinnlicher Wahrnehmung stellt sich die Haut als Grenze nach außen und als Kommunikationsorgan dar, über das sachliche und vor allem auch emotionale Inhalte während unseres ganzen Lebens sehr grundlegend vermittelt werden. Dies gilt schon für die Phase vor der Geburt, aber auch für unser ganzes späteres Leben. Wir wissen heute, daß gerade in lebenskritischen Phasen wie

Krankheit oder nahendem Tod, wenn andere Wahrnehmungsmöglichkeiten bereits eingeschränkt sind, Hautstimulation noch sehr gut empfunden wird.

Aus naturwissenschaftlicher Sicht hat die Haut eine Vielzahl physiologischer und biophysikalischer Schutz- beziehungsweise Ausgleichsfunktionen, die sie im Heim- und Krankenhausalltag zu einem häufigen Ziel- und Ausgangspunkt funktionell pflegerischen Handelns macht. Die Wichtigkeit, beide Aspekte zu berücksichtigen und in die tägliche Arbeit zu integrieren, soll im folgenden an zwei klinischen Fallbeispielen verdeutlicht werden.

Fallbeispiele

Ein jüngerer Mann, dem Autor persönlich gut bekannt, hat vor nicht allzu langer Zeit einen schweren Fahrradunfall erlitten, in dessen Folge er sehr schwer polytraumatisiert für mehrere Wochen im komatösen Zustand auf einer Intensivstation lag. Seine Angehörigen erzählen ihm später, daß er für längere Zeit weder ansprechbar noch anders kontaktierbar gewesen sei. Als mein Bekannter wieder gesund ist, frage ich ihn so ganz nebenbei, ob er während seines Komas irgend etwas aus seiner Umwelt wahrgenommen hätte. Er antwortet mir: Eigentlich nicht, er könne sich weder an Schmerzen, noch an Stimmen oder sonst einen äußeren Reiz erinnern. Eine Erinnerung oder eine Art Traum wäre allerdings in seinem Gedächtnis haften geblieben, nämlich der Umstand, daß er seinen an einer Halskette befindlichen Talisman vermißt hätte. Er konnte sich diesen Umstand in seinem damaligen Zustand einfach nicht erklären. Statt des gewohnten Gefühls von Gewicht und Metall an seiner Haut hätte er ein weiches Gefühl an ähnlicher Stelle gehabt, so, als wenn sein Talisman in irgend etwas weiches eingepackt worden wäre. Da er die Kette schon seit langen Jahren Tag und Nacht getragen hatte, hätte das Fehlen der gewohnten Wahrnehmung des Schmuckstückes an seinem Hals in seiner mißlichen Situation das Ge-

fühl von Irritation, Unsicherheit und auch Verwirrung hervorgerufen.

Später wird ihm berichtet, daß es sich bei dem weichen Gefühl am Hals wohl um den dicken Verband der Trachealkanüle gehandelt haben muß. Seinen Talisman, ein größeres und schweres Schmuckstück, hatte man ihm natürlich frühzeitig abgenommen. Unglücklicherweise hatte dieser Umstand auch weiterreichende Konsequenzen: Da er im Koma immer wieder dazu tendierte, mit den Händen am Hals zu tasten und zu nesteln, wurde er vom Personal aus Angst, daß er sich womöglich seine Trachealkanüle ziehen will, an den Händen fixiert.

Zweites Beispiel: Ein schwer polytraumatisierter Patient im septischen Schock befindet sich über Tage in einer lebenskritischen Phase. Der Blutdruck wird mit hohen Dosen von Katecholaminen nur mühsam aufrechterhalten, klinisch befindet sich der Betroffene in einer tiefen Bewußtlosigkeit. Zu diesem Zeitpunkt glaubt keine der Personen aus seinem Pflege- und Behandlungsteam, daß für ihn eine reelle Überlebenschance besteht. Zum Erstaunen und zur Freude aller aber erholt sich der Patient bis zur vollständigen Genesung. Da er bezüglich der Intensivbehandlungsphase praktisch keine konkreten Erinnerungen mehr hat, stattet er der betreffenden Intensivstation später einen Besuch ab. Er kann trotz seines damaligen Komas sehr deutlich aber Worte und Satzketten benennen, die in der Phase seiner „Bewußtlosigkeit“ gefallen sind, und im selben zeitlichen Rahmen berichtet er von einem in seiner Bewußtlosigkeit erlebten Gefühl „abgrundtiefen Frierens“. Deutlich hat er, so berichtet er später, die Wärme jeder Berührung seiner Haut von anderen Menschen wahrgenommen. Sein einziger und immer wiederkehrender Gedanke zu diesem Zeitpunkt war die Sehnsucht, daß sich jetzt jemand ganz eng zu ihm ins Bett legen und ihn wärmen sollte.

Berichte dieser Art werden von Patienten häufiger erzählt, von uns

Pflegenden teils höflich, teils mit einem leichten Schauer angehört, aber in der Regel auch schnell wieder vergessen.

Ich möchte mit den angeführten Berichten gerade wegen des letztgenannten Umstandes, nämlich dem des Vergessens, die Aufmerksamkeit auf ein Thema lenken, das meiner Ansicht nach mit der Entwicklung des Wissens um die Pflege schwerkranker und somit häufig bewußtseins- beziehungsweise wahrnehmungsgestörter Menschen zunehmend bedeutend wird, nämlich der Wahrnehmungsfähigkeit von Menschen sowie dessen Bedeutung für die Pflege. Vor dem Hintergrund der gerade erwähnten Fälle, in dem der mangelnde Hautkontakt eine wesentliche Rolle spielte, drängt sich dem Leser vielleicht folgende Frage auf:

Sind bewußtlose oder bewußtseinsgestörte Menschen kommunikationsunfähige Menschen?

Tatsächlich ist die angeführte Frage aus der Sicht des Autors eine rhetorische, denn er ist der festen Überzeugung, daß Kommunikation und Interaktion in vielen Fällen auch bei den oben genannten Patienten oder Bewohnern möglich ist. Der beidseitige Hautkontakt bietet dafür gerade in der Pflege spezifische Möglichkeiten. Im folgenden sollen die Wahrnehmungsmöglichkeiten der Haut daher punktuell etwas eingehender betrachtet werden:

Die Haut, das wissen wir heute, stellt schon sehr früh einen wichtigen Wahrnehmungskanal zur Aufnahme und Aufrechterhaltung bedeutsamer Beziehungen dar. Zudem dient sie auch als aktive körperliche und seelische Grenze nach außen. Beides spiegelte sich, schon lange bevor sich Wissenschaftler mit diesem Thema systematisch beschäftigt haben, in unserem Sprachausdruck wider:

- „nicht aus seiner Haut können“ oder
- „aus der Haut fahren“,
- „etwas geht unter die Haut“,
- „nicht in jemandes Haut stecken“,

- „ein dickes Fell haben“,
- „seine eigene Haut retten“,
- „dem juckt es unterm Fell.“

Noch konkreter ist dies in vielen Alltagssituationen zu beobachten: Liebende, tief Trauernde, aber auch Begeisterte halten sich eng umschlungen, Kinder werden gestreichelt, getätschelt, zärtlich berührt, Kranke gesalbt, Neugeborene werden heutzutage nach der Entbindung wieder häufig mit der Mutter in engen Hautkontakt gebracht.

Die Bedeutung der Haut als Sinnesorgan, aber auch als sinnliches Organ, wird uns im Grunde genommen ständig vor Augen geführt. Reid bringt dies schon 1785 in einer Publikation zu den Wahrnehmungsfähigkeiten des Menschen zum Ausdruck:

Die äußeren Sinne haben einen doppelten Wirkungsbereich; Sie machen uns etwas fühlen und sie machen uns etwas wahrnehmen! (vgl. Gibson 1982, S. 18).

Gleichzeitig weist er damit auf Möglichkeiten von Wahrnehmung hin, die zwar alltäglich, trotzdem aber so phantastisch wie streckenweise noch ungeklärt sind: **Bemerkenswert ist, daß jemand, der ein Ding mit einem Stock berührt, dieses nicht in der Hand, sondern in der Spitze des Stockes fühlt** (ebd., S. 135) und ... Es scheint sich so zu verhalten, daß man sich beim Berühren eines festen Gegenstandes entweder dem Ding in der Außenwelt oder dem Eindruck auf der Haut zuwenden kann.

Der Leser möge es versuchen. In Grenzen kann er sich entweder auf den Tischrand konzentrieren oder auf die Einbuchtung, die dieser in sie macht. Es ist, als ob derselbe Reiz zwei mögliche Pole der Erfahrung hätte, einen objektiven und einen subjektiven. Es gibt viele Möglichkeiten des Begriffs Empfindung, nur eine davon ist die Entdeckung des Eindrucks, der auf einen Wahrnehmenden gemacht wird, während er in erster Linie damit beschäftigt ist, die Welt zu entdecken (ebd., S. 133).

Die aufgenommene Information wird also nicht in der Haut bewußt, sondern bei Bedarf förmlich in den verlängerten Arm (zum Bei-

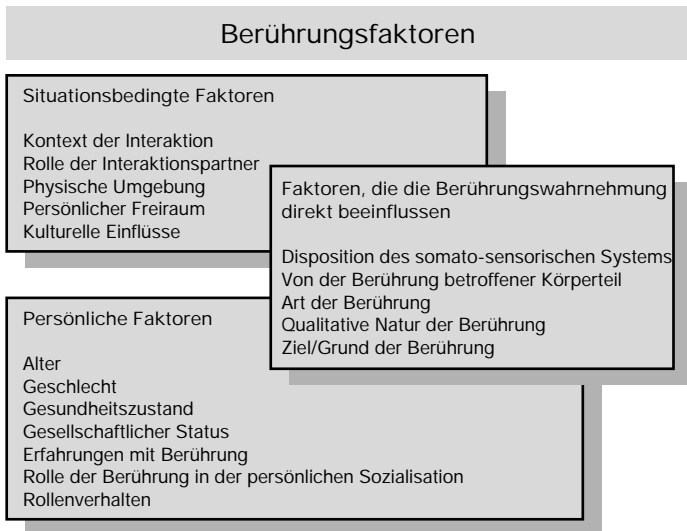


Abb. 1 Bei der Verarbeitung zwischenmenschlicher Berührung spielen mehrere Faktoren eine Rolle

spiel in eine Stockspitze) nach außen projiziert. Man kann seine Wahrnehmung sozusagen „nach außen verlegen“. Wahrscheinlich ermöglicht dieser Umstand erst den menschlichen Gebrauch von Werkzeug (Schraubenzieher, Zange, Tennisschläger). Im pflegerischen Alltag kann eine Einschränkung dieser großartigen Leistung bei wahrnehmungsgestörten Menschen zu folgenschweren Entwicklungen führen. So fanden englische Pflegeforscher/innen heraus, daß es bei sedierten, beatmeten Patienten auf Intensivstationen, die mit einer Vielzahl von Sonden, Schläuchen, Kabeln, Tuben usw. direkten Hautkontakt haben, zu einem sogenannten erweiterten Körperbild (extended body image) kommt. Die Haut als äußere Grenze wird nicht mehr eindeutig von deren „künstlichen Anhängseln“ getrennt wahrgenommen, es kommt anscheinend zu einer Veränderung im Sinne einer Integration anhängender Fremdkörper in das Körperbild. Die Folge sind vermehrte Verwirrungserscheinungen in der Aufwachphase (Smith 1989).

Aus soziologischer, psychologischer und auch biologischer Sicht sind die einzelnen inneren und äußeren Faktoren oder Vorgänge, die bei einer zwischenmenschlichen Berührung eine Rolle spielen, sehr komplex und werden zum Teil innerhalb kürzester Zeit aufgenommen, interpretiert und verarbeitet (Abb. 1). Wissenschaften, die

ausschließlich die Wahrnehmungsvorgänge an der Haut und natürlich auch in anderen Bereichen erklären wollen, haben immer wieder versucht, einfache Modelle der Wahrnehmung zu entwickeln. Abbildung 2 gibt einen nur sehr groben Verlauf darüber wieder. Dem Stand des Wissens nach sind zwei Zentralessagen als wesentlich zu bezeichnen:

1. Wahrnehmung (besonders an der Haut) ist kein passiver Vorgang,

der beginnt, wenn etwas passiert, sondern ein permanent ablaufender, hochaktiver Prozeß (wenn sich dies auch in der Regel der Wahrnehmung äußerer Beobachter entzieht). Dies bedeutet für die Praxis, daß Patienten im Grunde bereits mit uns kommunizieren, ohne daß wir dies bemerken und entsprechend reagieren!

2. Wahrnehmungen entstehen nicht wie ein Foto im dunklen Raum (Kamera), sondern sind die Bestätigung von Erfahrungen und Annahmen. Diese sind aber zwischen verschiedenen Menschen letztlich nicht vergleichbar, weil hochindividuell. Die Begegnung beziehungsweise der körperliche Kontakt zwischen zwei Menschen bleibt daher einmalig!

Schon in einer frühen vorgeburtlichen Phase bildet sich eine embryonale Kommunikationsebene mit der Mutter über die Haut (Uexküll 1994, S. 136ff.). Berührungseindrücke, die durch Bewegungen der Mutter, des Kindes und durch die Enge des Uterus am Embryo entstehen, lassen das Kind sehr fundamentale Botschaften erlernen. Erste Schritte zur Ich-Bildung werden somit auch über die Haut

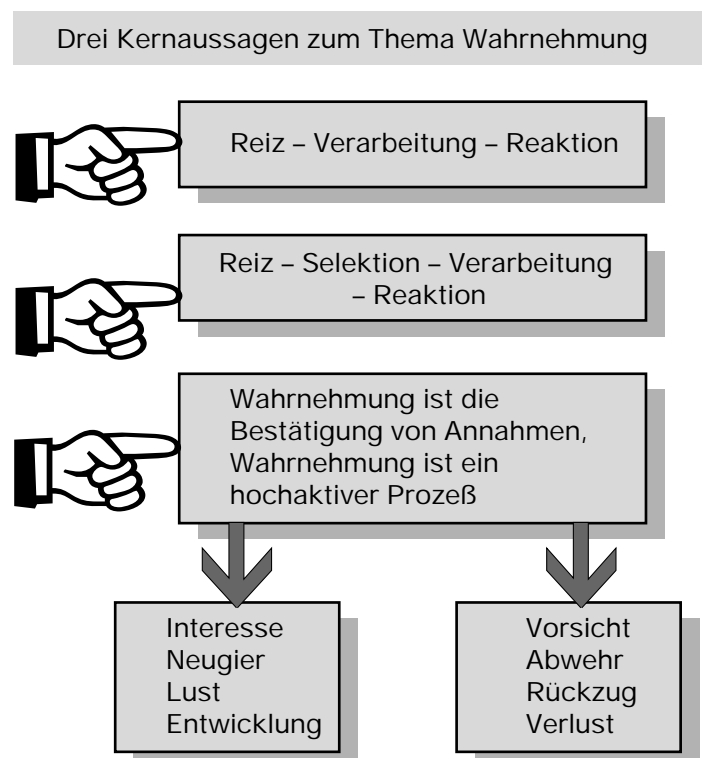


Abb. 2 Überblick über den komplexen Vorgang der Wahrnehmung

in Gang gesetzt (Körper-Ich). Kognitive, emotionale, soziale und auch motorische Erfahrungen bauen auf dieser Stufe auf und differenzieren sich im Verlauf der Persönlichkeitsentwicklung weiterhin aus. Erfahrungen über die Haut als Teil des Körper-Ichs bleiben aber existenzieller Bestandteil jeden Individuums bis zum Ende seines Lebens! Zusammenfassend lassen sich dem heutigen Stand des Wissens also folgende Aussagen treffen:

1. Eine basale (vorsprachliche) Form der Kommunikationsfähigkeit, zum Beispiel über die Haut, besteht schon vor der Geburt und bleibt erhalten bis zum biologischen Tod.

2. Vorsprachliche Kommunikationsvorgänge, zum Beispiel Berührung, sind kein abgeschlossener Vorgang, sondern werden zur Aufrechterhaltung und Entwicklung des Körper-Ichs ein Leben lang benötigt.

Was läßt sich aus diesen Kernaussagen ableiten? Jeder Mensch holt sich normalerweise mehr oder weniger bewußt ein seinen Bedürfnissen angemessenes Maß an Stimulation der Haut über seine Umwelt (Körperkontakt, Kleidung usw.). Da dieser Prozeß ein Leben lang stattfindet, finden viele Wahrnehmungsgewohnheiten, -vorlieben und -abneigungen in der Lebensgeschichte (Biographie) eines Menschen einen festen Platz.

Viele unserer Patienten sind jedoch durch hohes Alter, Erkrankungen und Verletzungen, Bewegungseinschränkungen sowie Bewußtseinsveränderun-

gen durch Medikamente selektiv oder generell in ihren Wahrnehmungsmöglichkeiten eingeschränkt. Monotone Heim- und Krankenhauslandschaften oder verwirrende und bedrohliche Umgebungen wie Intensivstationsbedingungen tragen das ihrige dazu bei. Uneindeutige, mangelnde oder verwirrende Wahrnehmungssignale, aber auch Überstimulation zum Beispiel durch zu viele „instrumentelle“ Berührungen werden, wenn eine rationale Erklärung nicht möglich ist, als bedrohlich gedeutet (Abb. 2).

Insgesamt kommt es im Sinne einer Schutzreaktion zu einer Wahrnehmungseinengung und zu einem psychischen Rückzug!

Da sich das Körper-Ich in der Konsequenz rückläufig entwickelt, können sich im weiteren Verlauf Verwirrung, anhaltende Bewußtlosigkeit, Bewegungsarmut oder Agitationszustände zeigen. Viele Kolleg/innen kennen diese häufig zunächst nicht erklärbar Situationen aus ihrem beruflichen Alltag. Umgekehrt konnten bei behinderten Kindern durch intensive Hautstimulation aber auch organische Auswirkungen wie Verbesserung der Bewegungskoordination aufgezeigt werden (Wilke 1995). Schürenberg wies zum Beispiel bereits 1993 nach, daß atemstimulierende Einreibungen an Patienten einen deutlich stabilisierenden Einfluß auf die Psyche des Klienten bis hin zu verkürzten Einschlafzeiten und vertieftem Schlaf bewirken können. Über diese therapeutische Qualität von

In der Zeitschrift befindet sich an dieser Stelle eine Anzeige.

Berührungen wurde und wird auch in der Bevölkerung schon lange gesprochen und in populärwissenschaftlichen Zeitschriften berichtet (Milz 1994).

Auf das Handeln der Pflegenden als „professionelle Berührer“ hat dieser Umstand bisher jedoch nur wenig Einfluß gehabt. Als Pflegende wirken wir über die körperliche Hautberührung direkt auf die Wahrnehmungssituation ein. Dies läßt sich bei einer entsprechend therapeutischen Berührungssqualität positiv nutzen. Trotzdem werden unsere körperlichen Kontakte am Patienten überwiegend instrumentell gesehen. In der Praxis bedeutet das:

- Möglichst kurze Hautkontakte,
- Möglichst wenig oder indirekte Kontakte (zum Beispiel durch Handschuhe),
- Möglichst schnelles, zügiges Arbeiten (waschen zu zweit).

Fassen wir Hautkontakt aber als basale Dialogform und als Lernprozeß auf, mit dem wir die Möglichkeit haben, das Körper-Ich und damit die Rekonstruktion des Individuums zu entfalten und zu fördern, ergeben sich völlig neue, nämlich therapeutische Schwerpunktsetzungen für das Vorgehen in der Pflege. Im Grunde genommen greifen dabei Regeln, wie sie generell für kommunikative Vorgänge sprachlicher Art gelten:

- Man kann nicht nicht kommunizieren!
- Es gibt immer einen Sach- und einen Beziehungsaspekt!

Vergleichen wir den Vorgang des Waschens mit der uns üblichen Dialogform, dem Gespräch: Stellen Sie sich vor, Sie sollen einen bewußtseinsgetrübten Patienten komplett waschen, und gehen wir für unseren Vergleich einmal davon aus, Sie haben einen schwierigen Gesprächspartner, weil dieser gewisse Sprach- und Verständnisschwierigkeiten hat.

Erstens: Das Waschen wird häufig ohne große Vorwarnung im sensibelsten Bereich, dem Gesicht, begonnen.

Zum Vergleich: Fallen Sie im Gespräch auch immer mit der Tür ins Haus? Oder erzählen Sie in einem Alltagsgespräch als erstes und unvermittelt von ihren intimsten Dingen? Verbreiteter ist: Sie geben sich ihm zunächst zu erkennen, d.h. Sie stellen sich vor, geben Ihrem Gegenüber die Hand zum Gruß und bauen die entsprechende Nähe und das Vertrauen für ein tieferes Gespräch langsam auf.

Zweitens: Beim Waschen wird häufig zu zweit vorgegangen. Können Sie sich vorstellen, was dabei herauskommt, wenn Sie zu zweit auf eine Person mit Sprachschwierigkeiten einreden? Verwirrung, Aufgeben, Rückzug, Aggression. In der Logopädie käme niemand auf die Idee, mit zwei Logopäden gleichzeitig zu arbeiten.

Drittens: Beim Waschen wird der Körperkontakt häufig unterbrochen (Störungen), kurz ein anderer Arbeitsgang eingeleitet, das Waschen, anschließend wieder aufgenommen. Zum Vergleich: Lassen Sie Ihre Gesprächspartner auch häufiger mitten im Gespräch stehen?

Die Liste der Parallelen ließe sich noch länger fortsetzen. So lassen sich Stimme, Tonfall und Tempo des Gesprächs durchaus mit der Berührungsqualität unserer Hände vergleichen. Folgt man weiter diesem Vergleich, muß es natürlich ebenso positive „Gesprächsregeln der Berührung“ geben. A. Fröhlich und Ch. Bienstein, die Entwickler der Basalen Stimulation® in der Pflege empfehlen in diesem Zusammenhang folgende Regeln der Berührung bei wahrnehmungs-gestörten Patienten:

- Vermeidung punktueller Berührungen (zum Beispiel durch die Fingerspitzen),
- Vermeidung aller oberflächlichen, streifenden Berührungen,
- Vermeidung aller abgehackten, fliehenden und zerstreuten Berührungen,
- Überhastete Arbeitsweise vermeiden. Bei hastiger Arbeitsweise werden unklare Informationen vermittelt, und unklare Informationen schaffen Verwirrung,

- Berührung ruhig, mit flächig aufgelegter Hand deutlich beginnen und enden,
- Vorüberziehend mit konstantem Druck arbeiten,
- Möglichst für einen bestimmten Patienten eine Initialberührung ritualisieren. Dabei wird die Berührung an der Schulter am stärksten vertrauenserweckend empfunden (Flohr, modifiziert nach Bienstein/Fröhlich 1991).

Obwohl der direkte Vergleich einer Berührung mit einem Gespräch diesem oder jenem zu oberflächlich erscheinen mag, zeigt er meiner Meinung nach doch deutlich die Problematik, die ich mit dem Titel „Waschen oder berühren? Zum Hautkontakt in der Pflege“ ange-rissen habe.

Der Autor blickt auf zwölf Jahre Tätigkeit in der Intensivpflege zurück. Er ist Herausgeber und Autor mehrerer Pflegelehrbücher und hat an verschiedenen Untersuchungen zur Dekubitusprophylaxe mitgewirkt.

Literatur

- BIENSTEIN, C., FRÖHLICH, A.: Basale Stimulation in der Pflege. Pflegerische Möglichkeiten zur Förderung von wahrnehmungsbeeinträchtigten Menschen. Verlag selbstbestimmtes Leben, Düsseldorf 1991
- GIBSON, JAMES J.: Die Sinne und der Prozeß der Wahrnehmung. Bern, Stuttgart, Wien 1982
- McKENNA, H.: Pflegen heißt auch berühren. Altenpflegeforum (1994) 3, S. 65-74
- MILZ, H.: Seelen-Massage - Die heilende Wirkung von Berührungen
- SCHÜRENBERG, A.: Die Atemstimulierende Einreibung als einschläfförderndes Mittel in der Klinik. Pflege, 6 (1993) 2, S. 135-143
- SMITH, SALLY A.: Extended body image in the ventilated patient. Intensive Care nursing (1989) 5, S. 31-38
- von UEXKÜLL, Th.: Subjektive Anatomie - Theorie und Praxis körperbezogener Psychotherapie. Stuttgart, New York 1994
- WILKE, P.: Die grundlegende Bedeutung der somatogenen Wahrnehmung für die sensorische Entwicklung. Krankengymnastik (KG) 47 (1995) 1, S. 32-40

Anschrift des Verfassers:

Hans-Jürgen Flohr, Kursleiter für Basale Stimulation® in der Pflege
Päd. Mitarbeiter a. d. Bildungsstätte Seesen
Tannenbusch 9
38723 Seesen