



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Heilsame Berührungen – die psychosoziale Wirkung
von Körperkontakt in der Pflege“

Verfasserin

Wida Klein

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Pflegewissenschaft

Betreuerin / Betreuer:

Mag. Dr. Ferdinand Holub

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Hiermit versichere ich,

dass ich die Diplomarbeit selbständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe;

dass ich dieses Diplomarbeitsthema bisher weder im In- noch im Ausland (einer Beurteilerin/einem Beurteiler zur Begutachtung) in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe;

dass diese Arbeit mit der vom Begutachter beurteilten Arbeit übereinstimmt.

Datum

Unterschrift

Danksagung

Ein besonderer Dank gilt allen, die mich in dieser entscheidenden letzten Phase meines Studiums begleitet und unterstützt haben. Ganz besonders möchte ich meinem Betreuer, Herrn Dr. Ferdinand Holub, für seine Korrekturarbeit und seine geduldige Beratung danken.

Auch Frau Dr. Monika Linhart gilt mein herzlicher Dank. Sie hat das Thema dieser Diplomarbeit als einen wichtigen und guten Beitrag zur Verbesserung der Pflegemaßnahmen betrachtet, wodurch sie mich in meiner Entscheidung zur Auswahl des Themas bestärkt hat.

Ein großer Dank gebührt auch den Mitarbeiterinnen des Institutes für Pflegewissenschaft, welche mir durch ihre Hilfsbereitschaft und Auskunftsfreudigkeit eine wertvolle Unterstützung waren.

Herzlich bedanken möchte ich mich ebenfalls bei meiner Freundin und Lektorin Frau Mag. Karin Havel-Siegert.

Zu guter Letzt auch vielen herzlichen Dank an meinen Sohn Paul-Reza und meinen Freund Ladislav Nykl, die mich immer wieder bei meiner Arbeit ermutigt haben.

Die geschlechtsspezifischen Bezeichnungen wurden ohne Rücksichtnahme der tatsächlichen Geschlechter verwendet. Sie charakterisieren keine wie immer veranlagte Diskriminierung, sondern dienen der Flüssigkeit der Arbeit.

Zusammenfassung

Anhand der adäquaten wissenschaftlichen Literatur demonstriert diese Arbeit, welche elementare Bedeutung der Körperkontakt für das Wohlbefinden sowohl von gesunden als auch von kranken Menschen hat und wie sich heilsame Berührungen auf das physisch-psychisch Befinden auswirken können.

Die Säuglingsforschung bestätigt bereits seit langem das fundamentale Bedürfnis von Neugeborenen und frühgeborenen Kindern nach körperlicher Nähe zu ihren Bezugspersonen. Zugleich unterliegt das Phänomen Berühren den geschlechtsspezifischen, kulturell-weltanschaulichen und ethischen Idealen. Insbesondere die Sexualisierung und Tabuisierung der Berührung bzw. des Körperkontaktes dominiert die gesellschaftliche Anschauung. Zudem wird Körperkontakt auch als ein Mittel der physischen Gewalt gegen Kinder, Frauen und ältere Menschen benutzt. Dies hat zur Folge, dass der Umgang mit Berührungen in den zwischenmenschlichen Beziehungen auch negativ beeinträchtigt werden kann.

Die Berührung als ein Aspekt der nonverbalen Kommunikation ist ein häufiger und unumgänglicher Vorgang in der pflegerischen Alltagssituation. Die pflegerischen Berührungen unterscheiden sich in der Art der Anwendung, die als instrumentell, funktional, therapeutisch, affektiv und expressiv in der Pflegepraxis bezeichnet sind. Die instrumentellen Berührungen kommen öfters als expressive Berührungen in den Pflegehandlungen vor.

Auch die Grundlage der heilsamen Wirkung der Basalen Stimulation, Massage und anderer alternativer Methoden, wie z.B. Kinästhetik oder Cranio-Sacral Therapie liegt zum Teil in den begleitenden sanften Berührungen.

Der psychologische Einfluss der Berührung wird ebenso in der Psychotherapie, speziell bei der Körperpsychotherapie, und auch beim empathischen Verstehen im personenzentrierten Ansatz einbezogen.

Speziell die aktuellen Studien und Pflegeforschungen bestätigen den positiven Einfluss der Berührung auf das Wohlfühl sowohl der älteren Pflegebedürftigen als auch der Pflegenden. Es wird vorwiegend von der positiven Wirkung der Berührung,

mitunter auch in Form von Massagetherapien zur Schmerzreduktion, Schlafförderung bei älteren Patienten, Angstverminderung und Beruhigung, berichtet.

Die Tragweite dieser zahlreichen Erfahrungen soll ein Appell an Pflegeausbildungsinstitutionen sein, um dem Wesen und der Bedeutung des Phänomens „Berühren“ in der Pflegeausbildung in Zukunft akkurater und differenzierter Aufmerksamkeit zu schenken.

Abstract

Based on the appropriate and scholarly literature demonstrated in this work, it is proved that there is a fundamental impact on the physical contact for the wellbeing of the healthy as well as the diseased humans. It is also proved how the healing touch can affect the physically and mentally health.

It is already confirmed for a long time the fundamental need of the newborns and premature infants for physical closeness from their reference person. Likewise, the phenomenon of touch is subject to gender-specific, cultural peculiarities and ethical principles, particularly the sexualization and the tabooing of touch or of “body contact” imposed by the societal norms. In addition, it is used the body contact also as a mean of physical violence against children, women and elderly humans. These consequences can also prejudice in dealing with the touch in interpersonal relationships negatively.

The touch as an aspect of the nonverbal communication is a common and inevitable process in the nursing daily routine situation. Touches in the nursing are designated as the kind of application denoted as instrumental, functional, therapeutic, affective and expressive in the nursing practice. The instrumental touch occurs more often as an expressive touch in the nursing activity.

The basis of the salutary effect of the basal stimulation, massage and other alternative methods such as kinaesthetics or cranio-sacral therapy lie partially in the concomitant tender of touches.

The psychological influence of the touch is also included in the psychotherapy, particularly the body psychotherapy, and also in the empathic understanding of the person-centered approach.

The latest studies and researches confirm the positive influence of the touch onto the wellbeing of the elderly care-dependent as well as the caregivers. They are mainly reported from the positive effects of touch, sometimes also in the form of massage therapy for pain reduction, sleep-support by the elderly patients, anxiety reduction and calming.

The consequences of these numerous experiences should be an appeal for the nursing education institutions, so that they bestow more accurate and more differing attention to the essence and the meaning of the “touch” phenomenon in the future nursing education.

Inhaltverzeichnis

1	Einleitung.....	13
1.1	Aufbau und Chronologie der Arbeit	14
1.2	Problembeschreibung.....	15
1.3	Fragestellung.....	16
1.4	Ziel der Arbeit.....	17
1.5	Methodik.....	17
2	Begriffserklärung	18
2.1	Interaktion.....	19
2.2	Kommunikation.....	19
2.3	Nonverbale Kommunikation	21
2.4	Körperkontakt.....	22
2.5	Berührung und berühren	25
2.5.1	Linguistische Erläuterung der Begriffe Berührung und berühren	26
2.5.2	Gesellschaftliche Bedeutung.....	27
2.5.3	Berührung im psychologischen Umfeld.....	28
2.6	Die Haut als taktilen Sinnesorgan.....	29
3	Das menschliche Bedürfnis nach Körperkontakt	32
3.1	Bedürfnistheorie nach Maslow	32
3.2	Pflegewissenschaftliche Bedürfnistheorien	34
3.3	Körperkontakt bei Neugeborenen vs. Erwachsene	38
3.3.1	Physische und psychische Auswirkungen des Körperkontaktes bei Neugeborenen – Säuglingsforschung	38
3.3.2	Sanfter Umgang mit Frühgeborenen durch Hautkontakt.....	45
3.3.3	Bedeutung der Berührung für Kinder und Erwachsene.....	48
3.4	Kulturelle Unterschiede	52
3.5	Geschlechtsspezifische Differenzierung.....	54
3.6	Berührungstabus	56
3.7	Körperkontakt als Mittel der Gewalt.....	57
3.8	Ethische Aspekte.....	60
4	Theoretischer Hintergrund.....	63
4.1	Die Berührung in der Pflegepraxis.....	65
4.1.1	Verschiedene Formen der Berührung.....	67
4.1.2	Anwendungsaspekte der Berührung.....	68
4.1.3	Berührungsauswirkungen	71
4.2	Die Berührung in anderen wissenschaftlichen Disziplinen	72
4.3	Massage und deren Anwendungsgebiete in der Pflegepraxis.....	76
4.4	Basale Stimulation in der Pflege, deren Schwerpunktsetzung und Hauptcharakteristika	79
4.5	Körpertherapie-Methoden, die in der Pflegepraxis vorkommen.....	81
5	Psychologische Aspekte.....	84
6	Forschungsstand.....	89
7	Schlussfolgerungen.....	101
8	Literaturverzeichnis	105

Vorwort

Die vorliegende Diplomarbeit setzt sich mit dem Thema der Heilung bzw. der Erhaltung der Gesundheit durch die wichtige Kraft des Körperkontaktes - einer Form der nonverbalen Kommunikation - auseinander.

Die Frühgeburt meines Sohnes vor vielen Jahren spielte eine entscheidende Rolle bei der Auswahl dieses Themas, da ich nach seiner Geburt einige Wochen mit ihm keinen intensiven Körperkontakt haben konnte¹ (durfte). Diese Tatsache löste bei mir Gefühle innerer Unausgeglichenheit, Ohnmacht und Trauer aus.

Als Quereinsteigerin in das Studium der Pflegewissenschaft mit wenig Erfahrung in der Pflegepraxis waren vordergründig nicht die rein mechanischen Pflegeroutinen im Fokus meiner Wissensinteressen, sondern eher die heilenden bzw. sozialen und zwischenmenschlichen Komponenten in der Pflegetätigkeit, speziell jene, die sich durch Körperkontakt entfalten können.

Mein Bedürfnis, die Wichtigkeit des Körperkontaktes zwischen Mutter bzw. Eltern und Neugeborenem, speziell Frühgeborenem, zu erkunden, war der Ursprung für meine Recherchen. Ich wollte untersuchen, ob und welche Auswirkungen der Körperkontakt aus der Sicht der Wissenschaft für das Wohlbefinden des Menschen, bezugnehmend auf alle Altersklassen, haben kann.

Maßgeblich war auch die Erkenntnis über den bewussten, häufig auch unbewussten Einsatz von Körperkontakt in fast allen pflegerischen Handlungen. Im Zuge der Überlegungen meiner Arbeit stellten sich Fragen bezüglich der Anwendung des Körperkontaktes in der Pflegepraxis, z. B. auch welche psychosoziale Wirkung der Körperkontakt auf das Wohlbefinden bei älteren beeinträchtigten Menschen aus der Sicht der Pflege haben könnte. Beeinflusst die fürsorgliche Berührung seitens der Pflegenden das Wohlbefinden der pflegebedürftigen Personen positiv oder möglicherweise auch negativ?

¹ Nach dem heutigen Wissensstand, der im wesentlichen Fr. Marina Marcovich und ihrem Konzept der „sanften Neonatologie“ zu verdanken ist, sind Körperkontakte auch zwischen Frühgeborenen und der Mutter bzw. den Eltern für die Entwicklung des Kindes und den Aufbau einer guten und vertrauensvollen Beziehung von großer Bedeutung.

Kann die fürsorgliche Berührung als eine Art Placebo zur Medikation bei pflegebedürftigen älteren Menschen gezielt und je nach Bedarf eingesetzt werden? Existieren in Bezug darauf evidenzbasierte Pflegestudien? Wenn ja, in welchem Ausmaß und zu welchen Verwendungszwecken? Wenn nein, oder wenn nur in geringem Ausmaß, sollen solche Pflegestudien aus der Sicht der Prävention und Intervention im Gesundheitswesen eingeplant werden?

Die Methoden und Körpertherapien, wie z.B. Massagetechniken oder Basale Stimulation und ähnliche Techniken, die zur Linderung oder Heilung von Krankheiten eingesetzt werden, haben zum Teil ihren Grundgedanken und ihre Wurzeln in der heilsamen Wirkung des Körperkontaktes und der einfühlsamen Berührung.

Die vorliegende Arbeit wird einige dieser Fragen mit der Methode der integrativen Literaturarbeit und mit Hilfe von Recherchen in evidenzbasierten wissenschaftlichen Studien und Arbeiten, soweit es im begrenzten Rahmen einer Diplomarbeit möglich ist, zu beantworten versuchen.

Diese Arbeit soll ein Beitrag sein, damit die fürsorgliche Berührung und der Körperkontakt einen größeren Stellenwert als bisher in der Pflege von älteren Personen einnehmen können.

1 Einleitung

Ein wichtiger und ernstzunehmender Wandel in der österreichischen Gesellschaft ist das Altern der Bevölkerung, das seit einigen Jahren stetig zunimmt und gesellschaftlichen sowie wirtschaftlichen Einfluss auf das Sozialsystem, wie auch auf das Gesundheitssystem, nimmt. Die Bevölkerungsprognose der Statistik Austria vom Jahr 2010 zeigt diese Wandlung anhand der vorhandenen Daten:

„Nach den Ergebnissen der aktuellen Prognose wird die Bevölkerung Österreichs auch in Zukunft weiterhin wachsen, und zwar auf rund 9½ Mio. im Jahr 2050. Die Altersstruktur verschiebt sich deutlich hin zu den älteren Menschen. Stehen derzeit 23% der Bevölkerung im Alter von 60 und mehr Jahren, so werden es mittelfristig (2020) rund 26% sein, langfristig (ca. ab 2030) sogar mehr als 30%. Die Absolutzahl der über 80-jährigen Menschen steigt bis 2030 von dzt. 400.000 auf 630.000 an.“ (Statistik Austria, 2010).

Vorausberechnete Bevölkerungsstruktur für Österreich 2010-2075 laut Hauptszenario

Jahr	Bevölkerungsstruktur						
	Insgesamt	Unter 15 Jahre	15 bis unter 60 Jahre	60 und mehr Jahre	Unter 15 Jahre	15 bis unter 60 Jahre	60 und mehr Jahre
	absolut				in %		
2009	8.363.040	1.252.435	5.197.588	1.913.017	15,0	62,1	22,9
2010	8.388.478	1.240.019	5.209.559	1.938.900	14,8	62,1	23,1
2011	8.416.982	1.230.418	5.225.052	1.961.512	14,6	62,1	23,3
2012	8.449.560	1.223.341	5.241.754	1.984.465	14,5	62,0	23,5
2013	8.484.308	1.220.241	5.254.585	2.009.482	14,4	61,9	23,7
2014	8.519.801	1.220.542	5.263.462	2.035.797	14,3	61,8	23,9
2015	8.556.493	1.222.763	5.268.388	2.065.342	14,3	61,6	24,1
2020	8.725.556	1.241.013	5.214.299	2.270.244	14,2	59,8	26,0
2025	8.877.361	1.264.892	5.068.237	2.544.232	14,2	57,1	28,7
2030	9.021.228	1.280.249	4.946.955	2.794.024	14,2	54,8	31,0
2035	9.147.775	1.277.668	4.929.445	2.940.662	14,0	53,9	32,1
2040	9.262.622	1.266.878	4.961.947	3.033.797	13,7	53,6	32,8
2045	9.364.229	1.260.834	4.959.738	3.143.657	13,5	53,0	33,6
2050	9.447.226	1.266.382	4.955.268	3.225.576	13,4	52,5	34,1
2075	9.558.083	1.297.099	5.034.603	3.226.381	13,6	52,7	33,8

Quelle: STATISTIK AUSTRIA - Bevölkerungsprognose 2010. Erstellt am 29. Oktober 2010.

Quelle: Statistik Austria 2010, Zugriff am 21. April 2011

In Hinblick auf die Größenordnung wie auch die schnelle Entwicklung dieser demografischen Veränderungen kann es speziell im Bereich der Altenpflege zu personellen wie auch finanziellen Engpässen kommen, welche in Folge zu einer Verminderung des Engagements der Pflegenden führen würden. Geringe zeitliche Ressourcen und eine Überlastung des Pflegepersonals werden dann langfristig zu Qualitätseinbußen bei der Pflegeversorgung und damit auch zu einer

Verschlechterung der pflegerischen Beziehung und der sozialen Interaktion zwischen Pflegern und Pflegenden führen. Dies ist beunruhigend, da gerade in der kurativen Versorgung und Verpflegung der betagten Personen die soziale Kompetenz des Pflegepersonals einen hohen Stellenwert einnimmt.

Diese Veränderungsprozesse in der Gesellschaft, die entscheidend die Strukturen der Versorgungssysteme des Gesundheitswesens beeinflussen, zwingen zu Veränderungen im Ausbildungs- und Tätigkeitsbereich der Pflege. Um in Zukunft auch weiterhin die sozialen Anforderungen seitens der Pflegeempfänger an das Pflegepersonal und umgekehrt erhalten und verbessern zu können, sollen nun verstärkt Maßnahmen zur Verbesserung der sozialen Kompetenz (z.B. Kommunikationsfähigkeit) in der Pflegeausbildung gesetzt werden, denn wie G. Pittius näher ausführt:

„Ein wesentlicher Grund für die mangelnde soziale bzw. kommunikative Kompetenz und damit das häufige Misslingen der Interaktion zwischen Pflegenden und Pflegeempfängern wird darin gesehen, dass ihrem hohen Stellenwert schon in der Ausbildung nicht entsprechend Rechnung getragen wird.“ (Pittius 2009, S. 77).

Die Grundidee der vorliegenden Diplomarbeit ist die Bedeutung des Phänomens „Körperkontakt“ bzw. „körperliche Berührung“ im Zusammenhang mit der Betreuung von alten Menschen anhand pflegewissenschaftlicher und fachübergreifender Studien und Publikationen zu untersuchen und damit v.a. einen zweckdienlichen Beitrag zur Erhöhung der sozialen Kompetenz im Pflegeprozess zu erbringen.

1.1 Aufbau und Chronologie der Arbeit

In den Kapiteln 1.2 bis 1.5 der vorliegenden Arbeit werden die Problembeschreibung, die Fragestellung, das Ziel und die Methodik der Arbeit vorgestellt.

In Kapitel 2 werden die theoretischen Inhalte und Begriffe von Interaktion, Kommunikation, Körperkontakt, Berührung und Haut mittels fachlicher Literatur beschrieben, um diese Definitionen auch konkret für die Arbeit festzulegen.

Die Kapitel 3.1 bis 3.5 behandeln das allgemeine menschliche Bedürfnis nach Körperkontakt und sollen näher auf die spezielle Situation von Neugeborenen und Erwachsenen, auf kulturelle Unterschiede und deren Konsequenzen, auf

geschlechterspezifische Unterschiede sowie auf etwaige vorhandene Berührungstabus, ethische Aspekte und Körperkontakt als ein Mittel der Gewalt eingehen.

Kapitel 4 befasst sich mit dem theoretischen Hintergrund von Körperkontakt und verschiedenen Techniken sowie Methoden, die im Gesundheitswesen angewendet werden.

Kapitel 5 beschäftigt sich mit dieser Thematik vom psychologischen Standpunkt aus. Kapitel 6 zeigt eine Übersicht des aktuellen Forschungsstands aus unterschiedlichen fachlichen Disziplinen und Kapitel 7 diskutiert die Bedeutung des Körperkontaktes in der Pflege und zieht daraus resultierende Schlussfolgerungen.

1.2 Problembeschreibung

Die große Bedeutung des (elterlichen) Körperkontaktes für die somatische, psychische und emotionale Entwicklung von Neugeborenen wurde in zahlreichen Studien von verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen (Entwicklungspsychologie, Pädiatrie, Pädagogik, Verhaltensforschung) belegt. Vor allem die bahnbrechenden Forschungen von René Spitz brachten eine Fülle von neuen Erkenntnissen.

Allgemein existieren fundamentale Bedürfnisse, die für den menschlichen Organismus lebenserhaltend sind, wie z.B. der Bedarf nach Sauerstoff, Flüssigkeit, Nahrung, Schlaf, Bewegung, Erholung, Unterkunft, der Schutz vor Witterung, das Reagieren auf Gefahren, das Freisein von körperlichen Schmerzen und auch das Bedürfnis nach Nähe und - in welcher Form auch immer – Kontakt (vgl. Montagu 2004, S. 220).

Bei Menschen und auch bei Säugetieren stellt die Berührung eine wichtige Sinnesempfindung des Körpers dar, die durch das taktile Organ, die Haut, spürbar wird. Auf Berührungen wird vom ersten Augenblick der Geburt an mit Emotionen reagiert, und zwar über die Haut als das wahrzunehmende Sinnesorgan. Die Haut stellt ein höchst sensibles, früh entwickeltes Sinnesorgan dar, welches den Menschen vollkommen umhüllt und wirksam vor äußerlichen Einflüssen schützt. Sie ist das erste und vielleicht auch letzte Medium des Austausches und der

Kommunikation mit der Umwelt (vgl. Montagu 2004, S.7). Angesichts dieser Erkenntnisse ist die Annahme, wonach verschiedene Arten des Körperkontaktes nicht nur für Säuglinge und Kleinkinder (hier in Form von „Kuscheln“) sondern auch in späteren Lebensphasen, besonders im Alter, förderlich für das psychische Wohlbefinden sein können, berechtigt.

Viele ältere Menschen leben aufgrund ihrer Lebensumstände, wie z.B. bei Verlust des Lebenspartners, Auszug der Kinder usw., alleine. Als Folge dieser sozialen Aspekte und kultureller Traditionen kommt es ab einem bestimmten Alter meist zu einer starken Reduktion von Körperkontakten.

Der betagte Mensch erlebt möglicherweise, dass in der heutigen Zeit die Faktoren Gesundheit, Jugend, Vitalität, Aussehen etc. einen großen Stellenwert haben, bei gleichzeitiger „Alterung“ seines Körpers. Berührungen und Körperkontakte an alten Personen werden von anderen zunehmend vermieden, bei Untersuchungen und Therapien am Körper (z.B. Einreibungen) kommen Schutzhandschuhe zum Einsatz. Oftmals vermeiden dann Betroffene von sich aus die verschiedenen Formen eines – möglichen – Körperkontakts.

Bislang wurden die aus der Erforschung an Neugeborenen und Säuglingen bekannten positiven psychosozialen Auswirkungen von Körperkontakt auf die Lebensqualität nur ansatzweise bei älteren Menschen erforscht und für (therapeutische) Maßnahmen entsprechend eingesetzt.

1.3 Fragestellung

Um die Problemstellung beantworten zu können, müssen folgende Aspekte bearbeitet werden:

- Welche psychosoziale Bedeutung hat der Körperkontakt bei gesunden Personen?
- Welche Bedeutung hat er in der Pflege bei kranken, beeinträchtigten, behinderten und geriatrischen Patienten und welche Methoden/Anwendungsbereiche gibt es?

- Können Lebensqualität und Wohlbefinden durch bestimmte Techniken (wie z.B. Massagen, Berührungen, Streichtechniken ...) oder Konzepte (z.B. Basale Stimulation, Körpertherapien ...) erhöht werden?
- Welche Studien und Forschungsergebnisse existieren zu dieser Thematik?

1.4 Ziel der Arbeit

Ziel dieser Arbeit ist es, die Bedeutung und die psychosoziale Wirkung von Körperkontakt auf Menschen unterschiedlichen Alters – mit besonderer Berücksichtigung älterer Personen - und deren Gesundheitszustand darzustellen und damit möglicherweise Anregungen für die Anwendung im Bereich der Pflege zu leisten. Weiteres sollen bestimmte Techniken und Modelle kritisch hinterfragt und analysiert werden, da einige eine gewisse Nähe zur Esoterik besitzen.

1.5 Methodik

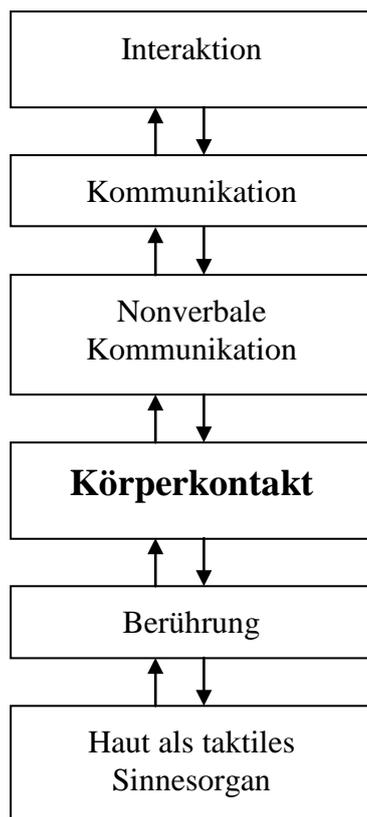
In dieser Diplomarbeit wird versucht, mithilfe einer integrativen Literaturliste die Thematik wissenschaftlich darzustellen. Wie bereits erwähnt, existieren zum Komplex „Wirkung von Körperkontakt auf das Wohlbefinden“ speziell für Säuglings- und Kleinkinder zahlreiche Publikationen aus unterschiedlichen Disziplinen. Zum Bereich Körperkontakt in der Pflege von älteren Patienten sind Studien und Fachbeiträge eher spärlich, v. a. zur Basalen Stimulation (Fröhlich/Bienstein) und deren Anwendung in der Pflege finden sich einige Publikationen. Die sonstigen nicht-wissenschaftlichen Veröffentlichungen und Ratgeber sind unüberschaubar und vielfach im Bereich alternativer Behandlungstechniken bzw. der Esoterik angesiedelt.

2 Begriffserklärung

Die Grundlage jedes sozialen Dienstleistungsberufes, somit auch des Pflegeberufes, basiert hauptsächlich auf der sozialen Interaktion der beteiligten Akteure. Eine besondere Form der sozialen Interaktion stellt das Phänomen „Körperkontakt“ dar.

In diesem Kapitel soll auf die Begriffserklärungen des Themenkomplexes „Interaktion“, „Kommunikation“, „Nonverbale Kommunikation“ bis hin zu Grundkenntnissen zur Haut als taktilen Sinnesorgan und als Mittel der nonverbalen Kommunikation als Kernstück dieser Arbeit näher eingegangen werden.

Als Einstieg in die Thematik soll die nachfolgende Skizze Abhängigkeiten und Zusammenhänge der einzelnen Elemente untereinander explizit darstellen und wiedergeben.



Die graphische Darstellung zum Begriff „Körperkontakt“

2.1 Interaktion

Interaktion wird im Duden online als Wechselbeziehung zwischen Handlungspartnern im Sinne eines sozialen Austausches bzw. als aufeinander bezogenes Handeln zweier oder mehrerer Individuen beschrieben (vgl. www.duden.de/ Zugriff am 10. Juni 2011).

Wingchen (2006) beschreibt Interaktion als Zwischen-Handeln sowie wechselseitiges Handeln von Menschen und weist damit allgemein auf zwischenmenschliche Beziehungen hin.

Die Interaktionsforschung beschäftigt sich vordergründig mit dem Geschehen zwischen Personen und den daraus in Folge resultierenden Konsequenzen. Sie beobachtet und analysiert eine untereinander oder gegeneinander stattfindende soziale Handlung (vgl. Benesch 1981 zit. in: Wingchen 2006, S.18).

Eine der Kernaufgaben der Pflegeprofession ist die Beziehungspflege bzw. Interaktion mit den ihnen anvertrauten pflegebedürftigen Menschen. Unter der pflegerischen Interaktion ist, wie in allen anderen menschlichen Interaktionen, sowohl der sprachliche (verbale) als auch der körpersprachliche (nonverbale) Austausch zu verstehen und in weiterer Folge die Zusammenarbeit zwischen dem zuständigen Pflegepersonal und den Pflegebedürftigen sowie deren Umfeld (vgl. Dibelius, Uzarewicz 2006, S.101; Görres, Friesacher 2005, S. 33 f.).

2.2 Kommunikation

Eine grundlegende Form der zwischenmenschlichen Interaktion stellt die Kommunikation dar, da diese Beziehungen ermöglicht und verändert. Sie ist ein wesentliches Arbeitsmittel bei Pflegehandlungen. Kommunikation ist sowohl ein wechselseitiger (Gespräch) als auch einseitiger bzw. linearer Prozess (Vortrag), d.h. eine Interaktion in der Lebewesen Mitteilungen jeglicher Art austauschen (vgl. Anders, Weddemar 2002, S. 24).

Duden online beschreibt die Kommunikation als Verständigung untereinander, als zwischenmenschlichen Verkehr, besonders mithilfe von Sprache und Zeichen (vgl. www.duden.de/ Zugriff am 10. Juni 2011).

Der Soziologe Jost Bauch (2005) bezeichnet in seinem Beitrag „Pfleger als soziales System“, die Kommunikation als einen elementaren Teil sozialer Handlungen, denn bei Pflegetätigkeiten handelt es sich stets auch um soziale Vorgänge (vgl. Bauch 2005, S. 71).

Der begrenzte Rahmen der vorliegenden Diplomarbeit erlaubt es nicht, sich umfassend mit der Erläuterung der verschiedenen theoretischen Modelle, Ansätze und Gesprächstechniken der Kommunikation zu befassen. Dennoch scheint ein kurzer Überblick an dieser Stelle erforderlich.

Im Wesentlichen lassen sich drei Hauptkategorien von Kommunikation unterscheiden: die intrapersonale, die interpersonale und die mediengebundene Kommunikation. Als intrapersonale Kommunikation werden die Gedankengänge und die Empfindungen, d.h. der fortwährende interne Prozess, der im Individuum stattfindet, bezeichnet. Die interpersonale Kommunikation hingegen bezeichnet den Austausch, der sich zwischen zwei oder mehreren Individuen ereignet. Die mediengebundene Kommunikation ist die medial stattfindende Form des Austausches (vgl. Anders, Weddemar 2002, S. 24).

Für diese Arbeit von Bedeutung und deshalb im Vordergrund stehend sind die Bereiche intrapersonale und interpersonale Kommunikation. Wie schon in Kapitel 2.1 dargelegt, wird generell zwischen zwei Arten von Mitteilungsformen unterschieden, nämlich der sprachlichen (verbalen) und der nicht-sprachlichen (nonverbalen) Kommunikation. Während die nonverbalen Mitteilungen grundsätzlich auch isoliert, bewusst bzw. auch unbewusst auftreten können und damit sprachunabhängig sind, ist die verbale Kommunikation untrennbar an die nonverbale gebunden. Beide Formen haben gemeinsam, dass sie Informationen auf der Beziehungsebene vermitteln.

Das Sender-Empfänger-Modell (Shannon, Weaver 1949) beschreibt jede Art der Kommunikation als eine Mitteilungsübertragung, an der ein „Sender“ und ein

„Empfänger“ beteiligt sind und in dessen Verlauf eine Nachricht gesendet wird. Dazu wird eine Nachricht vom Sender zunächst verschlüsselt und dann vom Empfänger entschlüsselt. Da dieser Vorgang nicht immer reibungslos und zuverlässig funktioniert, sind Konflikte bzw. Probleme vorprogrammiert.

Niklas Luhmann (2009), ein Pionier und Vertreter der soziologischen Systemtheorie, behauptet:

„Kommunikation ist unwahrscheinlich. Sie ist unwahrscheinlich, obwohl wir sie jeden Tag erleben, praktizieren und ohne sie nicht leben würden“ (Luhmann 2009, S. 30).

Er begründet die „Unwahrscheinlichkeit“ der Kommunikation unter anderem mit der unterschiedlichen Wahrnehmung der Menschen und den unterschiedlichen Erlebnissen, welche diese im Laufe ihres Lebens gemacht haben und damit, inwieweit sie trotz dieser unterschiedlichen Voraussetzungen in der Lage sind, sich miteinander zu verständigen. Zudem ist nicht anzunehmen, dass die nötige Aufmerksamkeit zur Kommunikation von den Beteiligten im gleichen Maß vorausgesetzt werden kann.

2.3 Nonverbale Kommunikation

Die ursprünglichste und umfassendste Art der zwischenmenschlichen Mitteilungsform ist die nonverbale- bzw. körperliche Sprache. Sie ist die primäre und effektive Ausdrucksweise des menschlichen wie auch des tierischen Verhaltens. Bei jeder Begegnung zwischen Lebewesen finden nonverbale Mitteilungen in Form von Blickkontakt, Mimik, Gestik und Körperhaltung statt.

„Es muß ferner daran erinnert werden, daß das ‚Material‘ jeglicher Kommunikation keineswegs nur Worte sind, sondern auch alle paralinguistischen Phänomene (wie z.B. Tonfall, Schnelligkeit oder Langsamkeit der Sprache, Pausen, Lachen und Seufzen), Körperhaltung, Ausdrucksbewegungen (Körpersprache) usw. innerhalb eines bestimmten Kontextes umfasst - kurz, Verhalten jeder Art.

...Verhalten hat vor allem eine Eigenschaft, die so grundlegend ist, daß sie oft übersehen wird: Verhalten hat kein Gegenteil, oder um dieselbe Tatsache noch simpler auszudrücken: Man kann sich nicht nicht verhalten. Wenn man also akzeptiert, daß alles Verhalten in einer zwischenpersönlichen Situation Mitteilungscharakter hat, d.h. Kommunikation ist, so folgt daraus, daß man, wie

immer man es auch versuchen mag, nicht nicht kommunizieren kann. Handeln oder Nichthandeln, Worte oder Schweigen haben alle Mitteilungscharakter: Sie beeinflussen andere, und diese anderen können ihrerseits nicht nicht auf diese Kommunikationen reagieren und kommunizieren damit selbst.“ (Watzlawick et al. 1990, S.51).

In den letzten Jahren haben neurobiologische Forschungen gezeigt, welche Bedeutung die nonverbal vermittelten Lernvorgänge in der frühen Kindheit, sowie auch in anderen Lebensphasen, haben.

„Die non-verbale, ausdrucksvermittelte Kommunikation geht sowohl in der menschlichen Evolution als auch in der frühkindlichen Entwicklung aller sprachlichen Verständigung voraus. Bindung und Lösung, Nähe und Distanz, Vertrauen und Misstrauen, Sicherheit und Angst – alle diese Beziehungsmuster werden primär durch die Ausdruckskommunikation geregelt. Ausdruck ist die Sprache der Gefühle und der Beziehung“ (Fuchs 2003, S.3).

Durch die Ergebnisse der Säuglingsforschung lässt sich die Bedeutung der nonverbalen Kommunikation erst richtig in seinem vollen Ausmaß begreifen und einschätzen.

2.4 Körperkontakt

„Körperkontakt“ – sowohl der Terminus als auch das Phänomen an sich - sollen in diesem Kapitel näher betrachtet werden.

Der Begriff „Körperkontakt“, der sich aus den beiden Nomen „Körper“ und „Kontakt“ zusammensetzt, ist ein Terminus, der in der Alltagssprache so gut wie nicht oder kaum hinsichtlich seiner Bedeutung, nämlich „körperliche Berührung“ zur Verwendung kommt. Auch die Recherchen in deutschsprachigen und fachspezifischen Wörterbüchern/Lexika führen diesbezüglich selten zu einem positiven Ergebnis.

Die getrennte Annäherung an die beiden Begriffe scheint hier zielführender zu sein. Der Körper (lat. corpus) bezeichnet den materiellen Teil des Lebewesens, sei es nun Mensch, Tier oder Pflanze, und wird unabhängig davon verwendet ob dieses „Material“ lebend oder tot ist.

Das Wort „Kontakt“ findet seinen Ursprung in den lateinischen Bezeichnungen „contingere“ und „contactus“, welche in der deutschen Sprache „berühren“ oder „Berührung“ bedeuten (vgl. Anders, Weddemar, 2002, S. 23). In der Pflegefachsprache werden eher die Begriffe „berühren“ und „Berührung“ als der Begriff „Körperkontakt“ verwendet, womit auch die wörtliche Erklärung an dieser Stelle ihre Berechtigung findet.

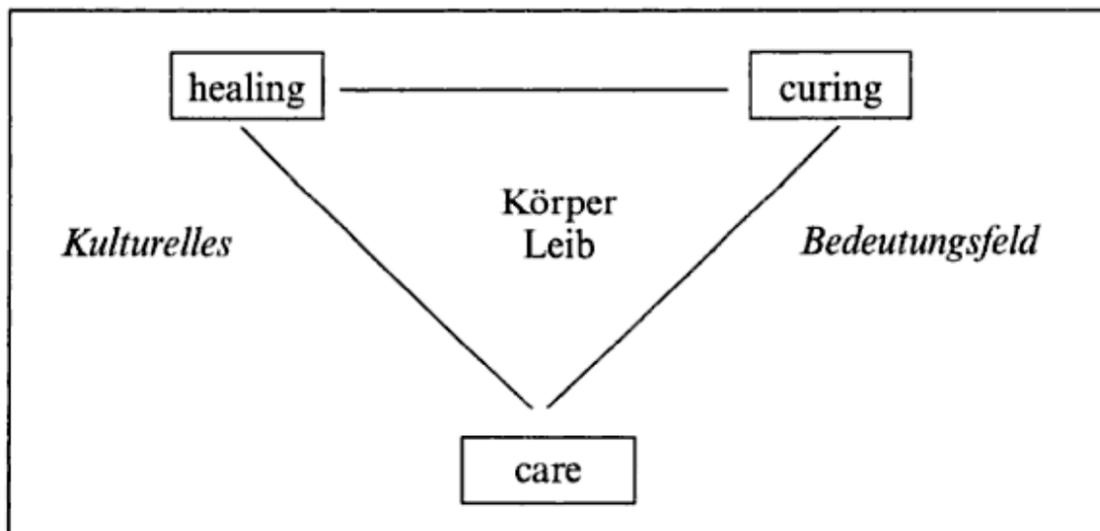
Speziell die professionelle Pflege ist in Folge ihrer berufsbedingten Nähe zum Körper aufgefordert, sich mit dem Thema und der Begriffsdefinition „Körper“, in der eigenen Disziplin wie auch übergreifend in anderen wissenschaftlichen Disziplinen, wie z.B. Soziologie und Psychologie, auseinanderzusetzen.

Die gegenwärtige Pflegeprofession geht von einer holistischen Auffassung des menschlichen Körpers aus, die den lebenden menschlichen Körper als eine Einheit von Körper-Seele-Geist betrachtet. Die holistische oder ganzheitliche Betrachtungsweise hat ihre Wurzeln in einer philosophischen Denkrichtung, deren Grundlage auf der Betrachtung des Menschen als ganzheitliches, strukturiertes Wesen, das in ständiger Wechselbeziehung mit sich und seiner Umwelt steht, basiert. Parallel zu dieser Auffassung besteht aber immer noch die Vorstellung des Körpers als Maschine, die durch Anlehnung an die teilweise mechanische Sichtweise der Medizin vom Körper entstanden ist.

„In Pflegemodellen und im Pflegeprozess erscheint der Körper zerstückelt, zergliedert in einzelne Aktivitäten wie Atmen, Essen, Ausscheiden“ (Uschok, 2005, S. 324).

Das Pflegelexikon Pschyrembel weist auf die Doppeldeutigkeit der Begriffe Körper/Leib in der Pflegepraxis hin.

„Mit dem Körper/Leib-Begriff ist eine spezifische Doppeldeutigkeit verbunden, die in der grundlagetheoretischen Diskussion von Pflege (u.a. P. Benner, 1994) eine bedeutsame Rolle spielt: 1. Die klassische, in der Neuzeit entstandene naturwissenschaftlich-medizinische Körperlehre ist Basis für biomechanische Vorstellungskomplexe von dem in seinen organischen Funktionen nicht nur beherrschbaren, sondern auch beliebig manipulierbaren z. T. (durch Prothesen) ersetzbaren ‚Maschinenkörper‘. 2. Der Körper als Leib erweist seine Lebendigkeit als Organismus im Austausch mit der Umwelt. Für den Menschen übernimmt der lebendige Körper Funktionen der Selbst- und Fremdwahrnehmung, [...]“ (Pschyrembel 2007, S. 441).



Healing-Curing (Quelle: Uzarewicz ©)

Erklärung:

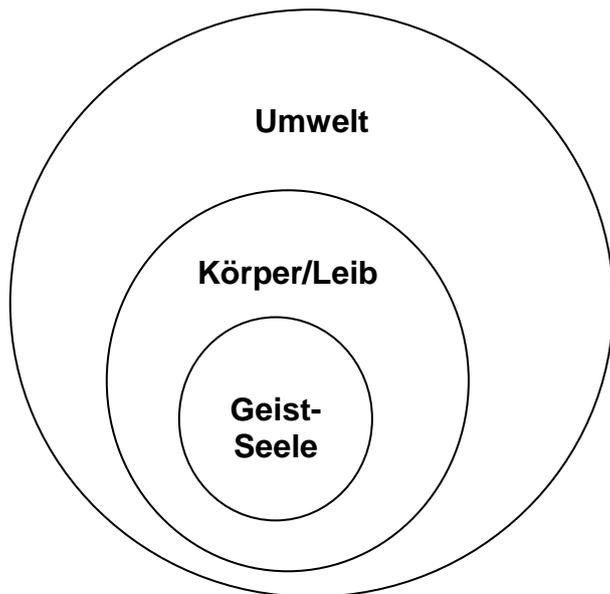
Healing: heilen; beinhaltet psychosoziale und spirituelle Aspekte

Curing: behandeln; beinhaltet technisch-instrumentelle Aspekte

Care: sorgen als Oberbegriff, der beide Aspekte enthält

Quelle: Dibelius, Uzarewicz, 2006, S. 97

Bei der weiteren Verwendung des Begriffs „Körperkontakt“ in dieser Arbeit soll der „Körper“ stets in umfassender Betrachtungsweise als die Einheit von „Körper“ und „Geist“ in Wechselbeziehung mit seiner Umwelt verstanden werden.



Graphische Darstellung der Wechselbeziehung von Körper-Geist als eine Einheit mit ihrer Umwelt

Die Psychologie bezeichnet mit dem Begriff „Kontakt“ ein „In-Verbindung-Treten“ oder die Beziehungsaufnahme überhaupt zwischen zwei oder mehreren Lebewesen, wozu auch schon die Bereitschaft der Individuen zur Interaktion miteinander zu zählen ist (vgl. Dorsch 1994, S. 401). Körperkontakt kennzeichnet dabei eine spezielle Form der sozialen Interaktion.

Die Definition der beiden Phänomene „Körper“ bzw. „Kontakt“ soll in ihrer speziellen Bedeutung als grundlegendes Element in der Pflege im weiteren Verlauf dieser Arbeit näher konkretisiert werden.

2.5 Berührung und berühren

Sowohl der Akt der Berührung als auch die Sinneswahrnehmung des berührt-werdens sind eine natürliche Gabe der menschlichen Veranlagung. Sie werden als alltägliche und auch wertvolle menschliche Hilfsmittel in unterschiedlichen Situationen mit unterschiedlichen Absichten und ebenso ohne bestimmte Absichten verwendet. Menschen berühren sich täglich. Sie geben sich z.B. die Hand oder küssen sich zur Begrüßung; ein unbeabsichtigtes Streifen in der Menge, Körperkontakt beim Sport, Berührungen beim täglichen Waschen usw. stellen unterschiedliche Möglichkeiten der körperlichen Berührung dar.

Eine Berührung kann von Individuen wohltuend und angenehm, gleichgültig oder auch unangenehm wahrgenommen werden.

Wie Wagener in ihrer Arbeit näher ausführt, kann Berührung auf unterschiedliche Weise wahrgenommen werden. Sie kann Trost, Nähe, Lust, Freude oder Verbundenheit vermitteln und damit zur Entspannung des Berührten führen, jedoch kann sie auch das Gegenteil, nämlich Angst und Bedrohung, auslösen, wenn Berührungen z. B. im Zusammenhang mit Macht und Gewalt ausgeübt werden (vgl. Wagener 2000, S. 18).

2.5.1 Linguistische Erläuterung der Begriffe Berührung und berühren

Im umfassenden deutschen Nachschlagewerk Duden wird das Nomen „Berührung“ erklärt als 1. Betastung (bildungssprachlich Fachsprache), Kontakt und 2. Anschluss, Beziehung, Fühlung, Kommunikation, Kontakt, Umgang, Verbindung, Verhältnis. Das Verb „berühren“ wird mit anfassen, anfühlen, anrühren, anstreifen, antasten und einer Reihe verwandter Begriffe beschrieben. Weiteres weist der Duden auf die Bedeutung des verwandten Wortes „rühren“ hin und stellt damit den Zusammenhang mit Bewegung her: Das Substantiv „Berührung“ wird vom Verb rühren abgeleitet, welches ursprünglich aus der indogermanischen Wurzel *ker- (mischen, rühren, mengen) entstammt. In den alten Sprachzuständen (mittelhochdeutsch rüeren, ruoren und althochdeutsch (h)ruoren) wurde „rühren“ hauptsächlich im Allgemeinen in der Bedeutung von „in Bewegung setzen“, „den Anstoß geben“, „bewegen“ gebracht, aus welcher sich dann im Althochdeutsch anstoßen, anfassen, betasten entwickelte (vergleiche dazu anrühren, berühren). Weiters wird „rühren“ im Sinne von „in innere Bewegung, in Erregung versetzen“ verwendet (vgl. Duden Herkunftswörterbuch 1989, S. 603).

In Anbetracht weitergehender sprachlicher Aspekte bestehen für das Wort „Berühren“ drei unterschiedliche Auffassungen:

- „1. [mit der Hand] einen Kontakt herstellen; anrühren, ohne fest zuzufassen; streifen*
- 2. kurz erwähnen*

3. *in bestimmter Weise auf jemanden wirken; jemanden beeindrucken*
(www.duden.de/ Zugriff am 10. Juni 2011).

Und für die „Berührung“:

„1. *das Berühren, Anrühren*

[...]

2. *gesellschaftlicher, kultureller, menschlicher Kontakt [...]*

Berührung mit der Umwelt haben

[...]

3. *Erwähnung [...]* *die Berührung dieses Themas war ihm peinlich*
(www.duden.de/ Zugriff am 10. Juni 2011).

Diese sprachlichen Erklärungen machen zwei interessante Sichtweisen in Bezug auf Berührung deutlich:

Zum einen ist Berührung oder Körperkontakt immer in Verbindung mit Bewegung zu sehen und bringt als Konsequenz immer eine Veränderung mit sich. Bei der Berührung zwischen Lebewesen wird intuitiv ein rhythmisches Streicheln bevorzugt oder es werden nach kurzer Zeit der Druck und die Stellung der Hand verändert. Jedoch auch wenn es sich beim Körperkontakt um eine Berührung ohne anschließende Bewegung handelt, so „bewegt“ sich doch etwas: nämlich Wärme zwischen den Kontaktpersonen (vgl. Wagener 2000, S. 27).

Weiteres kommt das Wort Berührung nicht nur in der wörtlichen Bedeutung für körperlichen Kontakt zur Anwendung, sondern auch als ein bildlicher Vergleich für eine emotionale und geistige Berührung (vgl. Wagener 2000, S. 27).

2.5.2 Gesellschaftliche Bedeutung

Berührung unterliegt immer der gesellschaftlichen und kulturellen Sittlichkeit sowie den oft religiös geprägten Moralvorstellungen. Diese Regelungen legen die Art des Berührens in seinem Kontext bzw. seinem Geltungsbereich fest und geben die Tragweite der Berührung vor. Die Bedeutung der Berührung hängt zusätzlich von den individuellen Berührungserlebnissen jedes Individuums ab. Gemäß den unterschiedlichen zwischenmenschlichen Beziehungsformen ändern sich auch die Art und die Intensität der Berührungen. Das Berührungsverhalten zwischen Eltern und Kindern wird anders genormt sein als in freundschaftlichen oder kollegialen

Beziehungen. Ob eine Berührung als angemessen oder unangemessen bzw. angenehm oder unangenehm empfunden wird, ist stark von gesellschaftlichen Konventionen beeinflusst. Situationsbedingt kann eine Berührung als berechtigt, erforderlich, vorgeschrieben oder verboten, unerwünscht und unangebracht gelten.

„Berührungen sind – anders als andere Formen der Kommunikation – die Sprache physischer Nähe. Deshalb ist die körperliche Berührung auch der wichtigste aller Kommunikationskanäle – der ausdrucksstärkste, aber auch der reglementierteste und kontrollierteste“ (Thayer zit. in: Wagener 2000, S.19).

Die Berührungskonventionen hängen nicht nur von der Art der Beziehung ab, sondern auch von der Situation, in der die Berührung zustande kommt. Beispielsweise werden viele Berührungsformen beim Sport als freundschaftlich angesehen, welche in anderen Situationen als zu intim gelten würden. So dürfen sich Männer bei Erfolgen im Mannschaftssport unbesorgt küssen und umarmen – ein Verhalten, das in den meisten anderen sozialen Kontexten als unannehmbar gilt ohne dass sie sogleich gesellschaftlich unter den Verdacht der Homosexualität geraten.

2.5.3 Berührung im psychologischen Umfeld

Die unterschiedlichen psychologischen Fachrichtungen, speziell im Bereich der Säuglingsforschung, haben sich immer wieder mit dem Phänomen Körperkontakt und Berührung sowie deren Bedeutung bzw. Auswirkungen auf das menschliche Verhalten und Befinden beschäftigt. Themenspezifisch und fachbereichsbezogen lassen sich diese Untersuchungen zum Thema Berührung laut Wagener (2000) in fünf Bereiche unterteilen.

- die Sozialpsychologie beschäftigt sich mit der Bedeutung von alltäglichen Berührungen, kulturellen Unterschieden, genderspezifischen Unterschieden, Formen und Wirkungen von Berührung in menschlichen Beziehungen u.v.m.
- die Persönlichkeitspsychologie untersucht, wie sich Menschen in ihrem Körperkontaktverhalten voneinander unterscheiden bzw. zu welchem Verhalten Menschen tendieren, die Körperkontakt suchen oder vermeiden.

Auch die genderspezifischen Unterschiede des Berührungsverhaltens werden beobachtet.

- die Entwicklungspsychologie befasst sich mit der Bedeutung der Berührung in der Eltern-Kind-Beziehung und den Auswirkungen des Körperkontaktes in Bezug auf die menschliche Entwicklung im Allgemeinen.
- die Klinische Psychologie und die Medizin untersuchen die Auswirkungen von Berührung bezüglich des Heilungseffekts und des körperlichen Wohlbefindens, sowie deren Stellenwert in Bezug zu Therapieansätzen, wie z.B. die Wirkung von Massagen auf Krankheiten und Schmerzen sowie deren Einfluss auf Hormone.
- die Wahrnehmungspsychologie oder Kognitionspsychologie beobachtet den menschlichen Wahrnehmungs- und Verarbeitungsprozess in Verbindung mit Berührung und die Bedeutung der Berührung auf die Entwicklung von Denk-, Gedächtnis und Erkenntnisfunktion (vgl. *Wagener 2000, S.17*).

2.6 Die Haut als taktilen Sinnesorgan

Die Haut ist vom funktionellen Standpunkt her das vielseitigste und wahrscheinlich neben dem Gehirn das wichtigste Organ des menschlichen oder tierischen Organismus. Sie dient dem Schutz und Umhüllen des Körpers vor schädlichen Einflüssen der Außenwelt. Sie ist das sensitivste und am frühesten entwickelte Organ, das erste und letzte Medium für die menschliche Kommunikation. Der Tastsinn, der am direktesten mit der Haut verbundene Sinn, der die Quelle aller Empfindungen darstellt, wird vom menschlichen Embryo vor allen anderen Sinnen entwickelt.

Gemäß der embryonalen Entwicklung entwickeln sich die Haut und das Zentralnervensystem (ZNS) gemeinsam aus dem Ektoderm, dem äußeren Keimblatt. Diese Gegebenheit zeigt die dauerhaft nahe Beziehung zwischen dem Hautorgan und dem ZNS an (vgl. *Ettrich 2001, S. 127*).

„Wenn der Embryo vom Schädel bis zum Gesäß weniger als 2,5 Zentimeter lang und erst acht Wochen alt ist, löst ein leichtes Streicheln der Oberlippe oder Nasenflügel ein ebenso leichtes Zurückweichen des Halses und des Körpers von der Stimulationsquelle aus. Der Embryo hat in diesem Entwicklungsstadium weder Augen noch Ohren.“ (Montagu 2004, S. 7).

Die ersten Gefühle und wahrscheinlich auch die ersten menschlichen Lebenserfahrungen entstehen im Zeitraum zwischen sieben bis acht Wochen nach der Empfängnis in Form von Empfindungen, die aus der Stimulation der Haut hervorgehen (vgl. Lederman 2008, S. 266).

Die Hautoberfläche besitzt eine Vielzahl von sensorischen Rezeptoren, die die wahrgenommenen Reize, wie Hitze, Kälte, Berührung und Schmerz, an das Gehirn weitervermitteln. Nach der Geburt muss sich die Haut an grundlegend schwierigere Verhältnisse als die vorgeburtlichen anpassen.

Die meisten Menschen sehen die vielfältige Funktionalität der Haut als etwas Selbstverständliches an, solange es zu keinen sichtbaren Hautschäden, Krankheiten oder zur Alterung kommt. Untersuchungsergebnisse einer großen Zahl von Forschungen unterschiedlicher wissenschaftlicher Disziplinen, wie etwa der Physiologie, Anatomie, Psychologie, Sozialpsychologie usw., zeigen, dass die Haut ein faszinierendes, multifunktionales und äußerst kompliziertes Organ ist.

„Man sollte sich vergegenwärtigen, daß das sensorische Hautsystem das wichtigste aller organischen Systeme ist. Ein Mensch kann leben, wenn er blind und taub ist, weder hören oder schmecken kann, aber ohne die Funktionen der Haut ist er nicht lebensfähig.“ (Montagu 2004, S. 11).

Im Laufe der Geschichte und in den verschiedenen Epochen kam es zur unterschiedlichen Bewertung bzw. Wahrnehmung bezüglich der Vorrangstellung der Sinnesorgane.

Erst bei Aristoteles wird der Tastsinn als ein einheitlicher Wahrnehmungssinn bezeichnet, dessen zugeordnetes Organ jedoch das Herz ist. Bis zum Barock galt fast ausschließlich die erkenntnistheoretische Sichtweise, die das Auge als vorrangiges Sinnesorgan bewertete (vgl. Leonhoff 2000, S.262).

Die Bedeutung des taktilen Wahrnehmungsvermögens und die Frage nach dem hierfür wichtigen Sinnesorgan werden erst an den Interaktionen der Blinden und an den Gehörlosen bzw. Sprachlosen erkannt. Am Beispiel der Existenz von Helen Keller (1880-1968), die durch eine schwere Krankheit als Kind Seh- und Gehörsinn verlor und deren Mitteilungsmöglichkeit nur durch Hautstimulation möglich war, lässt sich demnach die taktile mit der visuellen Wahrnehmung definitiv messen.

Da generell zwei Arten von Berührung unterschieden werden – erstens das Berühren der Haut eines Lebewesens und zweitens die Berührung der Oberfläche von leblosen Gegenständen - entstehen bei der taktilen Wahrnehmung zwei unterschiedliche Arten von Erfahrungen. Wobei die erstere alle Kriterien der Definition einer „sozialen Handlung“, „Wechselbeziehung“, „Interaktion“, etc. erfüllt und letztere in diesem Zusammenhang nicht relevant ist. In dieser Hinsicht schaffen Berührung und das Zulassen von Berührung soziale Verbindungen zwischen den beteiligten Individuen (vgl. Leonhoff 2000, S.264).

3 Das menschliche Bedürfnis nach Körperkontakt

Zu Beginn dieses Kapitels soll das Phänomen „menschliches Bedürfnis nach Körperkontakt“ grundsätzlich erörtert werden. Ziel ist es, eine theorieleitende Basis zur Fragestellung, ob und wie relevant das menschliche Bedürfnis nach Körperkontakt sei, zu schaffen.

Eine Voraussetzung zu den folgenden Überlegungen muss dabei die Berücksichtigung der Faktoren Alter, Geschlecht, Tradition und die jeweilige Kultur des Menschen darstellen. Aufgrund dieser Faktoren und dem Faktum, dass Berührung zur menschlichen Existenz gehört, sollen die Zusammenhänge dargestellt, analysiert und interpretiert werden.

Zunächst erfolgt ein Blick auf zwei grundlegende Theorien.

3.1 Bedürfnistheorie nach Maslow

Abraham Maslow (1908-1970), ein Vertreter der humanistischen Psychologie und oft zitiertes Pionier der Klassifikation der menschlichen Bedürfnisse, stellte die Theorie auf, dass menschliche Bedürfnisse sich hierarchisch anordnen lassen. Diese achtstufige Hierarchisierung wird als Maslows Bedürfnishierarchie/Bedürfnispyramide (1954,1970), bezeichnet. Nach Maslow werden die jeweils anspruchsvollsten Bedürfnisse beim Menschen gewöhnlich erst dann geweckt, wenn die grundlegenden Bedürfnisse Befriedigung erfahren haben.

An der untersten Stufe der Hierarchie sind die wichtigsten lebenserhaltenden physiologischen Bedürfnisse, wie der menschliche Bedarf an Sauerstoff, Wasser, Nahrung, Ausscheidung, Ruhe, Entspannung und Sexualität bzw. Fortpflanzung, eingeordnet. Sie müssen vor allen nachfolgenden Bedürfnissen befriedigt sein.

Die nächste Stufe der Pyramide bezieht sich auf Sicherheitsbedürfnisse, wie eine finanzielle Absicherung und der Schutz des eigenen Körpers. Erst wenn die Menschen in relativer Sicherheit leben können, werden Bindungsbedürfnisse, wie das Bedürfnis nach Liebe, Zuwendung und sozialer Zugehörigkeit, wirksam.

Das Bestreben nach Selbstwertgefühl, Selbstachtung, Wertschätzung und Anerkennung durch Mitmenschen ist an der vierten Stufe der Hierarchie angesiedelt. Die bisher erwähnten vier Stufen werden von Maslow als sogenannte „Defizitmotive“ klassifiziert.

An den anderen drei Stufen sind die Bedürfnisse nach Ästhetik, Selbstverwirklichung und Transzendenz angesiedelt. Diese werden von Maslow als „Wachstumsmotive“ klassifiziert. Anzumerken sei hierbei, dass nicht alle Menschen spirituelle Bedürfnisse oder den Wunsch nach Transzendenz haben und somit nicht die letzte Stufe dieser Hierarchie anstreben.



Bedürfnispyramide nach Maslow

Quelle: eigene Darstellung auf Grundlage von: Zimbardo 1996, S. 324

Die Bedürfnishierarchie von Maslow wird von Kritikern als zu optimistisch bewertet. Kritisiert wird vor allem das der Theorie zugrunde liegende Menschenbild, welches von der Annahme ausgeht, dass jedes Individuum nach Wachstum und Entfaltung seines Potentials anstrebt und dass menschliche Eigenschaften, wie z. B. Egoismus und Aggressivität, dabei nicht berücksichtigt würden (vgl. Zimbardo 1996, S. 324).

3.2 Pflegewissenschaftliche Bedürfnistheorien

Maslows Theorie ist in vielen Bereichen, wie der Arbeits- und Organisationspsychologie, der Wirtschaft oder Beratung, stark verbreitet und kann als eines der entscheidenden Erklärungsmodelle des menschlichen Bedürfnisprozesses angesehen werden. So beziehen sich auch beinahe alle pflegewissenschaftlichen Bedürfnistheorien implizit oder explizit auf Maslows Hierarchiemodell der Grundbedürfnisse.

Zu den führenden Vertretern der pflegewissenschaftlichen Bedürfnistheorien gehören Henderson (1955), Abdellah (1968), Orem (1979) und Roper et al. (1993). Die Denkmodelle dieser Theorien basieren nicht auf der Wahrnehmung eines Defizits, sondern auf grundsätzlichen menschlichen Bedürfnissen, die für alle Menschen gelten, ob sie nun gesund oder krank sind (vgl. Burkhard 2004, S. 57). Nicht mehr die Abweichung von der Norm, die Krankheit, steht dann im Mittelpunkt der Pflegeplanung und –handlung, sondern es wird ein ganzheitlicherer Zugang, der den Menschen in seiner Gesamtheit sieht, möglich.

Die Gemeinsamkeit aller bedürfniszentrierten Pflgetheorien besteht in der Annahme einer mehr oder weniger großen Anzahl verschiedener menschlicher Grundbedürfnisse, die für alle Individuen gültig scheinen. Diese Bedürfnisse sind zum überwiegenden Teil einer menschlichen „Veranlagung“ zuzuschreiben, d.h. zum größten Teil von Geburt an vorhanden, zu einem geringeren Teil entwickeln sie sich im Laufe des Lebens durch individuelle Entwicklungs- und Veränderungsprozesse. Im Kontext der pflegewissenschaftlichen Bedürfnistheorien lässt sich die Definition der Pflegebedürftigkeit demnach aus der fehlenden oder verminderten Fähigkeit zur selbstständigen Befriedigung dieser Grundbedürfnisse ableiten (vgl. Burkhard 2004, S. 57).

Henderson geht in ihrer Pflgetheorie von vierzehn fundamentalen menschlichen Bedürfnissen aus. Die Pflegebedürftigkeit liegt nach dieser Auffassung dann vor, wenn Menschen folgende Bedürfnisse nicht selbstständig befriedigen können:

- Stabile Atmung
- Ausreichende Nahrungs- und Flüssigkeitsrezeption

- Ausscheidung durch alle Ausscheidungsorgane
- Bewegung
- Ruhe und Schlaf
- Angemessene Kleidungsauswahl, selbstständiges An- und Ausziehen
- Beibehaltung stabiler Körpertemperatur
- Körperpflege
- Schutz vor Gefahren und keine Gefahr für andere darstellen
- Empfindungen, Nöte, Furcht, Gefühle im Umgang mit anderen zum Ausdruck bringen
- Nach persönlichem Glauben Gott zu dienen
- Einer annehmbaren Beschäftigung nachgehen
- Teilnahme an Unterhaltungen und Spiel
- Lernen als Befriedigung der Wissbegier (vgl. Burkhard 2004, S. 58).

Eine international weitverbreitete Pflgetheorie aus der Gruppe der Bedürfnistheorien, die auch als Selbstpflege-Defizittheorie bekannt ist und in Österreich in vielen Krankenhäusern zum Einsatz kommt, stammt von Dorothea Orem. Ihr Konzept besteht aus drei verschiedenen Modulen und ist dabei detaillierter als das Modell von Henderson. Orem unterscheidet zwischen „Selbstfürsorge“ und „Fremdfürsorge“, also danach, ob ein Individuum seine Grundbedürfnisse selbstständig befriedigen kann oder Hilfe von anderen Menschen beansprucht.

Das vorgestellte Schema spezifiziert drei Bereiche, die in sich weitere Unterteilungen erfahren:

- Universal self-care requisites (Allgemeine Selbstpflegebedarfs/Selbstpflegeerfordernisse)
- Developmental self-care requisites (Entwicklungsbedingte Selbstpflegebedarfs/Selbstpflegeerfordernisse)
- Health-deviation self-care requisites (Gesundheitsabweichende Selbstpflegebedarfs/Selbstpflegeerfordernisse) (vgl. Burkhard 2004, S. 60).

Selbstpflegeerfordernisse nach Orem			
Universelle Selbstpflegeerfordernisse	Entwicklungsbedingte Selbstpflegeerfordernisse		Gesundheitsbedingte Selbstpflegeerfordernisse bei
	In den jeweiligen Lebensabschnitten	Zur Vorbeugung und Überwindung entwicklungsschädigender Einflüsse	
<ul style="list-style-type: none"> • Atmung • Flüssigkeitsaufnahme • Nahrungsaufnahme • Ausscheidung • Gleichgewicht von Ruhe und Aktivität • Vorbeugung von Gefahren • Gleichgewicht zwischen Einsamkeit und sozialer Interaktion • Aktivität und Entwicklung innerhalb der sozialen Gruppen und Bedürfnis nach Normalität 	<ul style="list-style-type: none"> • Ungeborenes • Neugeborenes • Kleinkind • Kind • Jugendlicher • Erwachsener • Schwangere 	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Erziehung und Bildung • Beeinträchtigung der sozialen Anpassung • Verlust von Freunden, Verwandten, Bekannten • Verlust von beruflicher Sicherheit und Besitz • Abrupte Veränderung des Wohnsitzes in unbekannte Umgebung • Schlechte Gesundheit oder Invalidität • Bedrückende oder unterdrückende Lebensbedingungen • Terminale Krankheit oder bevorstehender Tod 	<ul style="list-style-type: none"> • Krankheit • Verletzung • Behinderung • diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen • Veränderung der Struktur und der Funktion • Veränderung im Verhalten oder den Gewohnheiten des Lebens

Orem Selbstpflegebedürfnisse: Quelle: Frühwald 2009, S. 438

Die hier eingefügte Tabelle bietet in einer zusammengefassten und doch übersichtlichen Form einen Einblick in die drei Bereiche des Selbstpflegebedarfes und ihren jeweils untergeordneten Einzelbereichen, wie sie von Orem definiert sind.

Bei näherer Betrachtung der Bedürfnistheorien, deren zentrales Handlungsobjekt menschliche Bedürfnisse sind, wird ersichtlich, dass weder die Bedürfnispyramide von Maslow noch pflegewissenschaftliche Bedürfnistheorien, wie die Theorie von Orem, explizit das menschliche Grundbedürfnis nach Körperkontakt thematisieren.

Die Sexualität bzw. die Fortpflanzung als Voraussetzung für den Fortbestand der menschlichen Existenz ist zwar als Primärbedürfnis in der Bedürfnishierarchie eingestuft – dies impliziert auch den Bedarf nach Körperkontakt² im Erwachsenenalter – vernachlässigt jedoch das Bedürfnis von Säuglingen, Kindern und älteren Personen nach Körperkontakt. Gleichfalls erfasst das Bedürfnis nach Sicherheit durch die Familie auf der zweiten Hierarchiestufe sowie nach Liebe und Zuwendung auf der dritten Stufe der Bedürfnispyramide das Berührungsbedürfnis des Menschen im weitesten Sinne, doch die ausdrückliche Erwähnung fehlt.

² Dieses physiologische Grundbedürfnis bleibt für Säuglinge, kleine Kinder und ältere Personen in der Bedürfnispyramide unbeachtet!

In der Praxis zeigen Forschungsstudien an Säuglingen bzw. kleinen Kindern auf, welchen Einfluss die taktile Stimulation oder deren Abwesenheit auf die gesunde bzw. gestörte Entwicklung des Kindes aufweist und in welcher Weise das Vorhandensein oder Nicht-Vorhandensein den weiteren Verlauf der menschlichen Entwicklung und das individuelle Verhalten sowie Wohlbefinden des Menschen mitprägt. Daher wird im folgenden Kapitel näher auf den Einfluss der körperlichen Berührung auf Neugeborene und Erwachsene eingegangen.

3.3 Körperkontakt bei Neugeborenen vs. Erwachsene

Gegenwärtig existieren – im Vergleich zu der Zeit als sich Pioniere unterschiedlicher Wissenschaftsdisziplinen wie Rene Spitz (1940), Ashley Montagu (1944) und Margaret Mahler erstmals mit den Zusammenhängen zwischen Körperkontakt und Entwicklung der Individuen beschäftigten - vielfach Forschungsergebnisse, die die Dringlichkeit des Körperkontaktes für die gesunde physische und geistige Entwicklung von Neugeborenen und kleinen Kindern belegen (vgl. Anders, Weddemar 2002, S. 45). Die Ergebnisse resultieren zum einen Teil aus Tierexperimenten und –forschungen und zum anderen aus Beobachtungen an Neugeborenen in den Säuglingsstationen der Krankenhäuser bzw. der Institutionen, die sich der Säuglingspflege widmen.

Dieser Abschnitt der Diplomarbeit befasst sich zunächst mit den richtungweisenden Beobachtungen aus der Säuglingsforschung, die die Bedeutung des Körperkontaktes in der Eltern-Kind-Beziehung und die damit in Beziehung stehende kutane, taktile Anregung der Haut als Bestandteil der sensorischen Stimulation beleuchten.

In weiterer Folge soll auf die Veränderungen bzw. die Verbesserung in der Betreuung von Frühgeborenen in den letzten zwanzig Jahren in den Ländern der westlichen Welt, unter anderem durch die Anerkennung der positiven Wirkung des Körperkontaktes zwischen Eltern (bzw. entsprechenden Bezugspersonen) und Kind, verwiesen werden. Abschließend wird das Augenmerk auf das menschliche Bedürfnis nach Berührung im Erwachsenenalter, speziell bei älteren Personen, gelegt.

3.3.1 Physische und psychische Auswirkungen des Körperkontaktes bei Neugeborenen – Säuglingsforschung

Die Säuglingsforschung ist ein interdisziplinäres Forschungsgebiet, an dem sich gleichermaßen Erziehungswissenschaftler, Mediziner, Psychologen, Soziologen und Anthropologen beteiligen. Der Schwerpunkt dieser Grundlagenforschung liegt in der Beobachtung von Tieren und Menschen, wobei neugeborene Wesen sowohl getrennt als auch gemeinsam in der Interaktion mit ihren Eltern beobachtet werden (vgl. Hexel 2002, S. 50f.).

Die Forschungen an Neugeborenen nahmen ihren Anfang in den 40er Jahren des 20. Jahrhunderts und stellen immer noch eine Grundlage des aktuellen Forschungsstandes dar, wie die Arbeiten von Hexel (2002) bzw. Anders und Weddemar (2002) zeigen.

Die Ergebnisse dieser Forschungen erbrachten grundlegende Erkenntnisse, v.a. wie der primäre Umgang mit Menschen auf deren späteres Handeln und Verhalten Einfluss nimmt und welche Auswirkungen dieses erste Erleben oder Fehlen menschlicher Zuwendung auf das weitere Gesundheits- und Krankheitsverhalten der betroffenen Person haben können. Rene Spitz und Margaret Mahler begannen mit der direkten Beobachtung von Neugeborenen und Kleinkindern. Die Beobachtungen von Spitz erfolgten vorwiegend in Säuglingsheimen und Frauengefängnissen, wo er die nachteiligen Auswirkungen des Verzichtes auf mütterliche Nähe und Pflege an den betroffenen Kindern untersuchte (vgl. Hexel 2002, S. 50f.).

Er stellte unter anderem fest, dass erkennbar ängstliche Mütter mit einer infantilen (nicht reifen) Persönlichkeit und unbewusster, versteckter Feindseligkeit ihre Neugeborenen ungern und kaum berührten. Die Säuglinge dieser Mütter bekamen im Vergleich zu den Kindern einer Kontrollgruppe, die von ihren Müttern liebevolle Berührung erfuhren, häufiger Hautprobleme in Form eines Ekzems. Die nähere Untersuchung der Säuglinge, die an einem Ekzem erkrankten, brachte zwei Auffälligkeiten zutage:

- Sie hatten Mütter mit einer unreifen Persönlichkeit und versteckter Feindseligkeit, die ihr Kind kaum berührten, es ungern versorgten und ihm planvoll und konsequent den Hautkontakt verweigerten.
- Die Kinder besaßen ihrerseits eine angeborene Veranlagung für erhöhte Hautreaktionen, die zu einer verstärkten Hautwahrnehmung führte. Gerade diese Kinder hatten ein stärkeres Bedürfnis nach Hautkontakt, welches die Mütter nicht erfüllten (vgl. Spitz 1992, S. 243).

Die Durchführung eines Leistungstests für kleine Kinder (Bühler-Hetzer-Test) brachte weitere Erkenntnisse aus der Profilentwicklung der Ekzemkinder. Anders als die Neugeborenen, die kein Ekzem hatten, zeigten sie einen auffälligen Rückstand

sowohl auf dem Gebiet der sozialen Beziehungen als auch auf dem Gebiet der Lernfähigkeit. Dies lässt die Schlussfolgerung zu, dass ein Fehlen taktiler Erlebnisse bei den Säuglingen zu Entwicklungsstörungen führte, welche durch die Berührungsmangel ihrer Mütter verursacht worden waren (vgl. Spitz 1992, S. 243f).

Eine weitere wichtige Feststellung von Spitz ergab sich aus den Beobachtungen von Kindern, die die ersten sechs Monate ihres Lebens von ihren Müttern versorgt worden waren und dann ohne angemessenen Ersatz von ihnen getrennt wurden. Nachdem im ersten halben Lebensjahr ihre physische und psychische Entwicklung entsprechend und altersgemäß gut verlief, zeigten sich nach der Trennung folgende Symptome:

- Erster Monat: die Kinder weinten in vielen Situationen, sie waren anspruchslos und klammerten sich gern an Beobachter, denen es gelungen war, mit ihnen einen Kontakt herzustellen.
- Zweiter Monat: das weinerliche Verhalten der betroffenen Kinder ging in Schreien über. Sie verloren an Gewicht und die Entwicklungsparameter blieben der Norm gegenüber zurück.
- Dritter Monat: Die Kinder begannen, jeglichen Kontakt zu verweigern. Sie lagen oft mit dem verstecktem Gesicht auf dem Bauch in ihrem Bett. Weitere Folgewirkungen waren verstärkte Schlaflosigkeit und weiter zunehmender Gewichtsverlust. Insgesamt zeigten sie sich krankheitsanfälliger als Kinder, welche von ihren Müttern betreut wurden. Die motorische Verlangsamung nahm generell zu. Es kam zu ersten Anzeichen eines starren Gesichtsausdrucks, der im Laufe des dritten Monats dauerhaft wurde. Das Wimmern ersetzte das Weinen und die motorische Verlangsamung entwickelte sich zu Lethargie. Der allgemeine Entwicklungsstand verschlechterte sich zusehends und deutlich (vgl. Hexel 2002, S. 51; Spitz 1992, S. 281).

Spitz bezeichnete diese Symptomatik der Kinder als „anaktische Depression“, da die Merkmale und der Gesichtsausdruck der Kinder ähnlich der Symptomatik der Erwachsenen ist, die an Depressionen erkranken (vgl. Hexel 2002, S. 52).

Je länger und stärker nun das Kind diesem Zustand ausgesetzt ist, desto stärker kommt es zu pathologischen Verhaltensweisen. Beträgt das Defizit an affektiven Kontakten im ersten Lebensjahr mehr als fünf Monate, kommt es immer mehr zum körperlichen und emotionalen Verfall. Zum Teil können diese Symptome irreversible Schädigungen (Hospitalismus) auslösen, wobei die fehlende Fürsorglichkeit nicht nur emotionale Schäden hervorruft, sondern ein beachtlicher Teil der betroffenen Kinder auch zu Marasmus neigt (fortschreitender körperlicher und geistiger Verfall), der mit dem Tod enden kann (vgl. Hexel 2002, S. 52). Die angefügte Tabelle beschreibt übersichtlich alle aufgetretenen Gesundheitsstörungen, welche im Zusammenhang mit diesen Studien bei Kindern beobachtet wurden:

Ätiologische Klassifizierung von psychogenen Erkrankungen im Säuglingsalter entsprechend den Einstellungen der Mütter

	Ätiologischer Faktor, Einstellung der Mutter	Krankheit des Säuglings
Psychotoxizität (Qualität)	Primäre unverhüllte Ablehnung	Koma des Neugeborenen (Ribble)
	Primäre ängstlich über- triebene Besorgnis	Dreimonatskolik
	Feindseligkeit in Form von Ängstlichkeit	Neurodermatitis des Säuglings
	Kurzschlägiges Oszillieren zwischen Verwöhnung und Feindseligkeit	Hypermotilität (Schaukeln)
	Zyklische Stimmungs- verschiebungen	Koprophagie
	Bewußt kompensierte Feindseligkeit	Aggressiver Hyper- thymiker (Bowlby)
Mangel- erscheinungen (Quantität)	Partieller Entzug affektiver Zufuhr	Anaklitische Depression
	Völliger Entzug affektiver Zufuhr	Marasmus

Quelle: Spitz 1992, S. 222

Der britisch-amerikanische Anthropologe und Entwicklungspsychologe Ashley Montagu begann ebenfalls um 1944 mit Untersuchungen über die Auswirkungen der

Haut als haptisches Organ auf das Wachstum und die soziale Entwicklung von Lebewesen. Im Zentrum seines Interesses stand die Erforschung der Auswirkung, wie taktiler Erleben oder eine Entbehrung des taktilen Erlebnisses die Entwicklung und das Verhalten verändern kann. Er stützte sich bei diesen Untersuchungen vorwiegend auf die Beobachtungen bzw. Informationsquellen aus Tierversuchen und auch aus Versuchen an Menschen (vgl. Montagu 2004, S. 6).

Dabei wies er in seinem Buch auf eine Reihe von Experimenten an Ratten hin. Die Ergebnisse aus diesen Experimenten bestätigen eine signifikant positive Wirkung auf die Entwicklung des Organismus bei einer Gruppe von Laborratten, die von den Forschern liebevoll angefasst und gestreichelt wurde. Diese Tiere waren denselben Lebensbedingungen und der gleichen Fütterungsart ausgesetzt wie die Ratten der Kontrollgruppe, welche sehr distanziert und sachlich behandelt wurden.

Die Tiere, die früh angefasst und gestreichelt wurden, d.h. in den ersten Tagen und Wochen nach ihrer Geburt, verhielten sich in fremder Umgebung schneller angepasst und erschienen weniger angespannt als Tiere, die in der Zeit vor ihrem Abstillen nicht berührt wurden. Die Ratten, die kontinuierlichem Körperkontakt ausgesetzt waren, wiesen im Vergleich zu den nicht berührten Tieren eine deutlich größere Gehirnmasse auf. Außerdem waren die gestreichelten Ratten schneller in der Lage Probleme zu lösen, waren insgesamt lebhafter und zeigten mehr Neugierde. Ein weiterer Unterschied der berührten Ratten erwies sich in einem signifikant stärkeren Knochenbau als in der Vergleichsgruppe. Es gab ebenfalls eindeutige Hinweise über ein besseres immunologisches System bei den ausgewachsenen Tieren (vgl. ebd., S. 143; Anders, Weddemar 2002, S. 48f).

Die Resultate der Untersuchung können zusammengefasst folgendermaßen dargestellt werden:

- Eine kontinuierliche taktile Stimulation zeigte sowohl psychische wie auch physische positive Folgewirkungen. Die Berührung der Tiere beeinflusste deren körperliche Widerstandsfähigkeit, hob das Aktivitätsniveau und verbesserte die Lernfähigkeit.

- Am stärksten zeigten sich die Auswirkungen vom Vorhandensein oder Fehlen taktiler Stimulation während der ersten zehn Tage nach der Geburt. Bei Tieren, die auch nach 50 Tagen oder noch später nach der Geburt die Berührung erhielten, zeigte dies später positive gesundheitliche Auswirkungen (Montagu 2004, S. 144).

Aus ethischen Gründen können diese Experimente nicht an Menschen durchgeführt werden, da eine gezielte Verweigerung von sensorischen Reizen, wie bei Tieren, nicht vertretbar erscheint. Da jedoch grundlegende Vorgänge bei der Bildung von Synapsen bei bestimmten Tieren (z.B. Ratten) und Mensch deckungsgleich sind, ist es möglich von der Entwicklung der Ratten bestimmte Rückschlüsse auf die Entwicklung von Menschen bei ähnlichen Formen von Zu- oder Abwendung zu schließen (vgl. Anders, Weddemar 2002, S. 50).

Die erste Entwicklung des Nervensystems eines Kleinkindes steht weitgehend im direkten Zusammenhang mit der Art der Hautstimulation die es erhält und mit großer Wahrscheinlichkeit begünstigt die taktile Stimulation auch beim Kleinkind die Entwicklung des Gehirns und des Nervensystems (vgl. Montagu 2004, S. 145; Anders, Weddemar 2002, S. 55).

Weiteres weisen Montagu und Anders in ihren Arbeiten auf Frederick S. Hamnetts Experimentergebnisse hin. Hamnett entnahm Albino-Ratten einer genetisch identischen Versuchsgruppe sowohl die Schild- als auch die Nebenschilddrüse, um deren physiologische Reaktionen auf diesen radikalen Eingriff zu untersuchen. Er stellte fest, dass einige der Tiere nicht starben, obwohl dies zu erwarten gewesen wäre. Bei näherer Untersuchung fand Hamnett heraus, dass die operierten Ratten aus zwei verschiedenen Gruppen stammten und die überlebenden Ratten der Gruppe angehörten, die von den Forschern gestreichelt und zärtlich behandelt worden waren. Die Ratten, die eine höhere Sterblichkeitsrate aufzeigten, waren nur bei der Fütterung und der Käfigreinigung mit Menschen im Kontakt gekommen, sie hatten also nur wenig oder gar keinen stimulierenden Körperkontakt (vgl. Montagu 2004, S. 15; Anders, Weddemar 2002, S. 56).

In diesen Versuchen wurden 304 Tieren die Schild- und Nebenschilddrüsen herausoperiert. 79 % der Ratten der Kontrollgruppe (wenig Körperkontakt) starben innerhalb von zwei Tagen. Demgegenüber starben nur 13 % der Ratten der Versuchsgruppe (zärtlich gestreichelte Tiere) in der gleichen Zeitspanne. Bei der Entfernung der Nebenschilddrüsen - ohne Entnahme der Schilddrüse - starben 76% der Ratten aus der Kontrollgruppe und 13 % der Tiere der Versuchsgruppe (vgl. Anders, Weddemar 2002, S. 57; Montagu 2004, S. 16).

Weitere ähnliche Experimente mit Ratten führten zu ähnlichen Ergebnissen. Insgesamt deuteten die Resultate auf ein Indiz, dass Laborratten desto besser die kritischen Umstände im Laboratorium bewältigten, je mehr sie berührt und gestreichelt wurden (vgl. Anders, Weddemar 2002, S. 57; Montagu 2004, S. 16).

Auch beim Menschen wurden direkte Verbindungen zwischen Hautstimulationen und einer besseren Widerstandsfähigkeit gegen Infektionen und andere Krankheiten bestätigt. Aus diesem Grund kann davon ausgegangen werden, dass eine gezielte Hautstimulation auch beim Menschen zur Stärkung der Körperimmunität führt (vgl. Anders, Weddemar 2002, S. 64).

Die aktuelle Fachliteratur aus dem Bereich der Säuglingsforschung beruht häufig auf den bereits erwähnten Grundkenntnissen aus der Pionierzeit.

Grossmann und Grossmann (2006) fassen die Erkenntnisse aus den Untersuchungen von Polan und Hofer (1999) zusammen, nämlich die Verbindung einzelner Zusammenhänge beim Menschen, wie beispielweise beim Stillen. Wenn beim Stillen ein neuer Geruch in Kombination mit Streicheln angeboten wurde, behielten die Säuglinge diesen Geruch besser im Gedächtnis als ohne Hautkontakt. Die warme Muttermilch, das begleitende Saugen und der Körperkontakt beruhigten den Säugling anhaltend. Die Ernährung an der Brust und der damit verbundene Hautkontakt regulierten die Herzschlagrate, die Atmung, die Körpertemperatur und, wenn von Rhesusaffen auf den menschlichen Organismus Schlussfolgerungen gezogen werden können, auch die Produktion des Wachstumshormons Somatotropin und des Stresshormons Cortisol (vgl. Grossmann, Grossmann 2006, S. 43).

Körperkontakt regt im Gehirn die Produktion des körpereigenen Opiats Endorphin an, wodurch sowohl die Mutter als auch das Kind entspannt werden (vgl. Grossmann, Grossmann 2006, S. 43).

Unmittelbar nach einer natürlichen Geburt treten Mutter und Kind in eine Interaktion und reagieren intensiv aufeinander. Dazu benötigen beide einen kontinuierlichen direkten Hautkontakt und dürfen in den ersten Stunden bis zum ersten Stillen nicht gestört bzw. abgelenkt werden. Dieser Hautkontakt mit dem Kind ist für die Mütter emotional sehr wichtig und trägt zum Abschluss der Entbindung bei. Deshalb sollten Mütter, die dieses Erlebnis nicht direkt nach der Geburt erfahren konnten, es später nachholen (vgl. Lang 2011, S. 18).

Studien aus Schweden bzw. München belegen, dass Neugeborene, die nach einer unkomplizierten Spontangeburt eine Stunde lang ununterbrochenen Hautkontakt mit ihren Müttern hatten, ohne Probleme korrekt saugen konnten. Im Vergleich dazu war dies bei Säuglingen, die nur 20 Minuten Hautkontakt mit den Müttern gehabt haben, nicht der Fall (vgl. ebd.).

Zusätzlich bestätigen diese Studien, dass der Hautkontakt dem Neugeborenen die Anpassung an die extrauterine Welt vereinfacht. Die Kinder erholen sich schneller vom Geburtsstress, haben seltener Atemprobleme und die Kreislaufumstellung erfolgt leichter (vgl. ebd.).

3.3.2 Sanfter Umgang mit Frühgeborenen durch Hautkontakt

Die Überlebenschancen von frühgeborenen³ Kindern, speziell für die sehr untergewichtigen von 1500 bis unter 1000 Gramm, verbesserten sich in den letzten 20 bis 30 Jahren durch die medizinischen und technischen Behandlungsmöglichkeiten der Neonatologie maßgeblich (vgl. Maria de Jung 1999, S. 43). Dennoch kamen erst Ende der 80iger Jahre die ersten psychosozialen Unterstützungsansätze, nämlich eine sanfte und entwicklungsfördernde Betreuung für frühgeborene Kinder durch das Pflegekonzept "Newborn Individualized

³ Eine Geburt vor Ende der 37. Schwangerschaftswoche und Geburtsgewicht unter 2500 Gramm, wobei ab der 23. Schwangerschaftswoche außerhalb des Mutterleibs Überleben möglich geworden ist.

Developmental Care and Assessment Program" von Heidelise Als (1994) und die Methode von Marina Marcovich (1995) „sanfte Pflege“, in der Neonatologie zur Anwendung. Sanfte und familienzentrierte Pflege bedeutet eine Abstimmung der intensivmedizinischen Betreuung an die individuellen Bedürfnisse der Frühgeborenen, eine Reduktion der medizinischen Behandlungen auf das unbedingt Notwendige bzw. die Unterstützung zur bedingungslosen Eltern-Kind-Beziehung durch die liebevolle Zuwendung der Eltern bzw. des Pflegepersonals (vgl. Uhlemann et al. 2000, S.359).

Für frühgeborene Kinder war es lange Zeit üblich eine intensivmedizinische Betreuung ohne unmittelbaren persönlichen Körperkontakt zu den Eltern zu haben. Eltern durften ihre Kinder nur mit Übermantel, Mundmaske und Überschuhen in den Kinderstationen besuchen und höchstens durch das kleine Inkubatortürchen zögernd streicheln (vgl. Marcovich 1999, S. 82).

Damals wurden Neugeborene mit einem Gewicht von unter 2500 g von den Eltern getrennt und ins Kinderspital zur Versorgung gebracht. Marcovich (1999) beklagte, warum ein gesundes Kind, das atmen und trinken konnte bzw. vital war, von seiner Mutter getrennt versorgt werden musste, weil irgendeine Regelung eine bestimmte Gewichtsgrenze festgelegt hatte. Somit begann sie die Frühgeborenen bei ihren Eltern zu belassen (vgl. Anders, Weddemar 2002, S. 87).

Ein wichtiger Faktor zur entwicklungsfördernden Stimulation von Kindern ist der Körperkontakt zu den Eltern, da der Mensch grundsätzlich Nähe, Berührung und die Gemeinschaft braucht. Basierend auf dieser elementaren Erkenntnis wurden die Eltern von Anfang an in die Betreuung der frühgeborenen Säuglinge einbezogen (vgl. Marcovich 1999, S. 139, Anders, Weddemar 2002, S. 89).

Mehrere Studien konnten die positive fördernde Wirkung der Stimulation des hautnahen Zusammenseins mit der Mutter bzw. mit dem Vater für die psychische und physische Entwicklung des Säuglings bzw. für das beidseitige Wohlbefinden der Eltern und des Kindes, die auch als „Känguru-Methode“⁴ bekannt ist, belegen (vgl.

⁴ Ursprung diese Methode stammt aus Bogota Kolumbien, um fehlende Inkubatoren zu ersetzen, wurden Frühgeborene den Müttern nackt auf die Brust gelegt.

Anders, Weddemar 2002, S. 92, Marcovich 1999, S. 143, Uhlemann et al. 2000, S. 367).



Quelle: idw-online.de, Frühe Förderung für Frühchen, Känguru-Methode, Zugriff am 17.09.2011

Berührungen spielen im Umgang mit Frühgeborenen eine äußerst wichtige Rolle. Daher wird Körperkontakt in Form von Streicheln bzw. Massagen zwecks Stimulation auch vom Pflegepersonal eingesetzt. Mehrlinge sollten auch die Gelegenheit bekommen sich gegenseitig zu fühlen. Seit Beginn der 80er Jahre wurde in unterschiedlichen Untersuchungen festgestellt, dass eine taktile Stimulation von vorzeitig geborenen Säuglingen nach einem standardisiertem Programm im Vergleich mit einer Kontrollgruppe zu einer täglichen stabilen Gewichtszunahme führt, die höchstwahrscheinlich auf eine erhöhte Produktion von Wachstumshormonen zurückgeführt werden kann. In der Regel konnten diese Säuglinge auch früher aus dem Krankenhaus entlassen werden (vgl. Uhlemann et al. 2000, S. 364).



Quelle: openpr.de, Copyright by medela switzerland, <http://www.openpr.de/news/422937/Preemie-das-neue-Abpumpprogramm-fuer-Muetter-von-Fruehgeborenen.html> Zugriff am 17.09.2011

3.3.3 Bedeutung der Berührung für Kinder und Erwachsene

Mit zunehmendem Alter des Kindes spielt das Bedürfnis nach Selbstständigkeit und Individuation in der Beziehung mit den Bezugspersonen eine entscheidende Rolle. Die Voraussetzung für eine „normale“ Entwicklung des Kindes ist einerseits die Harmonie zwischen dem engen körperlichen Kontakt mit den Bezugspersonen und andererseits eine Loslösung zur Erreichung der eigenen Autonomie (vgl. Anders, Weddemar 2002, S. 128, S. 178).

Auch wenn sich der Körperkontakt im Laufe der Eigenständigkeit quantitativ vermindert, so spielt er für das Wohlbefinden im Leben des Menschen dennoch eine entscheidende Rolle (vgl. ebd., S. 127).

Der Wunsch nach Umarmungen und körperlicher Nähe besteht ein ganzes Leben lang, besonderes in emotionalen Gefühlslagen wie beispielsweise Sorge, Trauer, Angst oder Freude (vgl. Anders, Weddemar 2002, S. 127). Der Berührungsbedarf zur emotionalen und körperlichen Selbstregulation verändert sich allerdings im Laufe des menschlichen Alters (vgl. Lederman 2008, S. 267).

Der körperliche Kontakt zwischen den Eltern und dem Kind nimmt mit zunehmendem Alter des Kindes parallel zum Anstieg seiner Unabhängigkeit bzw. seines Könnens zur Selbstregulation sukzessive ab. Diese körperliche Distanz zu den Eltern ist besonders in den Pubertätsjahren manifestiert. Die quantitativen Unterschiede von Berührungen sind in diesem Alter sehr stark von verschiedenen Faktoren, wie z.B. der Kultur, der Erziehung und dem sozialen Status, abhängig (vgl. ebd.).

Demgegenüber nimmt der körperliche Kontakt mit Freunden und Kameraden in Form von Spielen, gegenseitigen Hilfen, Spaßmachen, Neckereien und Raufereien verstärkt zu.

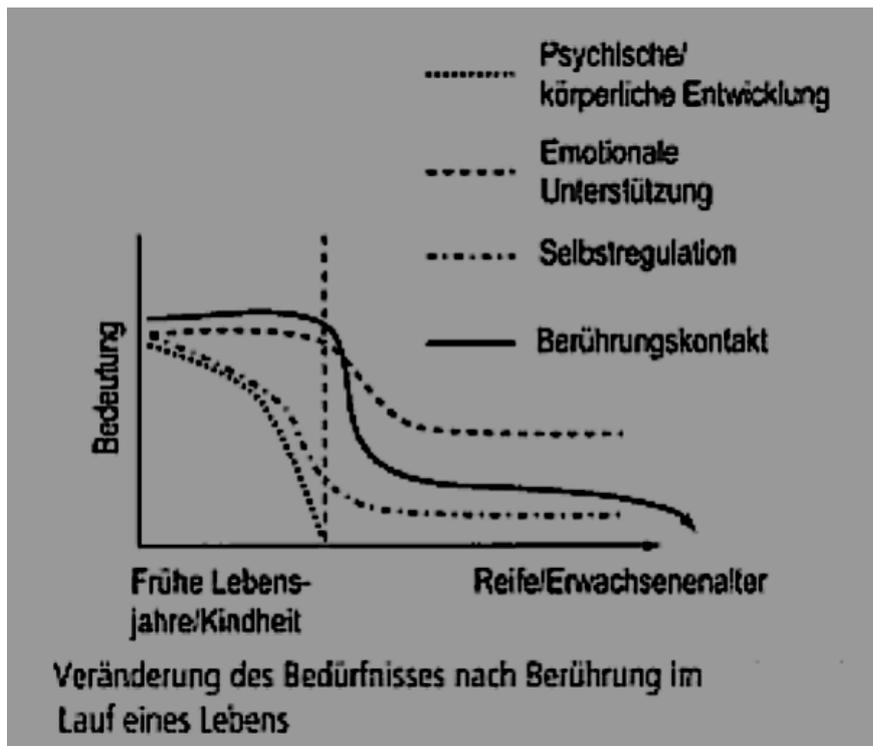
Mit dem Beginn der Geschlechtsreife, d.h. ab dem Jugendalter (zwölf Jahre), gewinnen Körperkontakte und ein taktiler Erlebnis in der zwischenmenschlichen Beziehung durch die biologische, sexuelle Reifung wieder mehr an Bedeutung (vgl. Anders, Weddemar 2002, S. 131).

Die Art bzw. die Qualität der Berührung verändert sich und weicht von der tröstenden Berührung der frühen Kindheit ab (vgl. Lederman 2008, S. 267). Die Jugendlichen ziehen sich aus dem Körperkontaktgeschehen mit den Eltern zurück und zeigen weniger Anhänglichkeit. Speziell bei den Mädchen nehmen die Körperkontakte zum Vater ab und es wird auch von Jungen vor allem der Körperkontakt zur Mutter vermehrt als unangenehm empfunden. Diese Veränderungen beginnen bei den Mädchen durchschnittlich ab elf oder zwölf Jahren, bei den Jungen kommen sie etwas später vor. Immerhin hat die Hälfte der Jugendlichen noch körperlichen Kontakt mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil (vgl. Osten 2000, S.262).

Der Lebensabschnitt des Erwachsenenalters von 18-70 Jahren ist die längste Phase im Leben des Menschen und lässt sich nach Faltermaier u.a. (zit. In: Osten 2000, S. 291) in drei Abschnitte, das „frühe“ (19-40 Jahre), „mittlere“ (35-55 Jahre) und „späte“ (50-70 Jahre) Erwachsenenalter, aufteilen (vgl. Osten 2000, S. 291).

In Anbetracht der demografischen Veränderungen und dem damit verbundenen Anstieg des Lebensalters sollten die Altersgrenzen dieser Aufteilungen jedoch als variierbar angesehen werden. Im Vergleich zu den vorherigen Lebensphasen ist dieser Lebensabschnitt bei den einzelnen Individuen aufgrund der langen Zeitspanne und der unterschiedlichen Lebensgeschichten weniger homogen. Aus diesem Grund ist es auch schwierig eine einheitliche Aussage über die Entwicklung der sozialen Lebensumstände in dieser Lebensphase zu äußern (vgl. Osten 2000, S. 291).

Aufgrund des Mangels an wissenschaftlichen Studien bezüglich der Auswirkungen von tröstenden Berührungen auf das Wohlbefinden des gesunden Menschen in diesen Lebensabschnitten lassen sich zudem nur intuitive Vermutungen aufstellen.



Quelle: Lederman 2008, S. 268

Die Begriffe „Sexualität“ und „Intimität“ gewinnen im Erwachsenenalter, besonders im westlichen Kulturkreis, stark an Bedeutung. Oftmals werden sie mit dem Bedürfnis nach menschlicher Nähe bzw. Zärtlichkeit gleichgesetzt. Der Körperkontakt wird schematisiert, da häufig Assoziationen zwischen Berührung und Sexualität vorhanden sind, die vielfach falsch interpretiert werden (vgl. Anders, Weddemar 2002, S. 184f.).

Zugleich haben Erotik, Zärtlichkeit und eine harmonische Sexualität in zwischenmenschlichen Kontakten positive Auswirkungen auf das Wohlbefinden (vgl. Anders, Weddemar 2002, S. 186).

Mit dem Beginn des frühen Erwachsenenalters kommt es zur Gestaltung neuer Beziehungsformen. Das Thema Nähe und Distanz erfährt einen Wandel und kann neu festgelegt, neu bearbeitet werden. Die Suche nach Partnerschaften im Allgemeinen gewinnt an Bedeutung. Der Wunsch nach der Gründung einer Familie bzw. nach der Nachkommenschaft wird stärker und der Aufbau der beruflichen Identität steht im Mittelpunkt (vgl. Specht-Tomann, Tropper 2003, S. 40).

Der Lebensabschnitt im mittleren Erwachsenenalter ist üblicherweise eine Zeitspanne der Stabilisierung. In der Regel haben die Menschen in diesem Lebensabschnitt ihren Lebensstil sowohl im privaten als auch im beruflichen Bereich bereits gefunden, haben sich beruflich etabliert und ein soziales Netzwerk aufgebaut. Aufgrund ihrer Erfahrungen wissen sie auch besser wie sie mit bestimmten Situationen und Problemen umgehen sollen. Durch den Aufbau der eigenen Familie werden sie meist selbst zum Mittelpunkt der Lebensgeschichte ihrer Kinder und erleben somit ihre eigene Biografie gewissermaßen noch einmal mit ihren Kindern (vgl. Specht-Tomann, Tropper 2003, S. 40).

Durch die Entwicklung von stabilen, funktionierenden Partnerschaften und der Gründung einer eigenen Familie entstehen vor allem im frühen bzw. mittleren Erwachsenenalter wertvolle soziale Netzwerke, die grundlegende Bedürfnisse, wie z.B. Sexualität, Zuwendung, Zärtlichkeit und zwischenmenschliche Wärme, vorab befriedigen können.

Osten beschreibt für die Entwicklung der Partnerschaften im mittleren Erwachsenenalter folgendes:

„Die Nähe, Sicherheit, Geborgenheit und Halt gebenden Qualitäten von Partnerschafts- und Sozialbeziehungen müssen vor sexueller Aktivität und Anziehung wesentlich deutlicher in den Mittelpunkt der Kontaktmotivation treten.“ (Osten 2000, S. 308).

Neben den körperlichen, mentalen und psychischen Veränderungen, die die Lebensspanne des späten Erwachsenenalters kennzeichnen, kommt es in diesem Lebensabschnitt häufig zu Veränderungen der sozialen Verhältnisse (Beruf, Freundschaften, Familie), die gravierende Auswirkungen auf das Wohlbefinden der Betroffenen haben können. Der Auszug der Kinder aus dem gemeinsamen Haushalt oder ein beruflicher Ruhestand können zu Krisen führen und Trauerprozesse auslösen (vgl. Osten 2000, S. 320).

Mit dem Beginn des Ruhestandes kommt es in diesem Lebensabschnitt auch zu Veränderungen im Tagesablauf sowie der sozialen Kontakte bzw. Körperkontakte, die speziell für Verwitwete und Getrenntlebende zur Vereinsamung führen können (vgl. Anders, Weddemar 2002, S. 188).

Im späten Erwachsenenalter und im Senium⁵ nehmen Berührungen und der Körperkontakt weiterhin ab, möglicherweise in einer Zeit, in der der Bedarf danach anwächst.

Viele Studien nehmen an, dass eine Verbindung zwischen einem mangelnden Körperkontakt und einem frühzeitigen Tod bestehen könnte. Die soziale Zuwendung in einer Paargemeinschaft ist ein Hilfsmittel gegen Stress und Sorgen und die Ergebnisse der Studien heben die Bedeutung der Berührung als einen Stressregulator für die Langlebigkeit von Menschen hervor. Dennoch hat diese Behauptung nur eine hypothetische Aussagekraft, da es sehr schwierig ist einen Mangel an Körperkontakt unabhängig von sozialer Isolation und Einsamkeit zu messen (vgl. Lederman 2008, S. 268).

3.4 Kulturelle Unterschiede

„Jede Kultur erzieht ihre Kinder und Erwachsenen, wenn sie noch jung sind, dazu, verschiedener taktile Schwellen gegenüber Kontakten und Stimulierungen zu bilden. Ihre Konstitutionellen, organischen und temperamentmäßigen Eigenschaften werden dadurch verstärkt oder vermindert.“ (Frank 1966 zit. in: Montagu 2004, S.170).

Aufgrund der Einstellungen, Erfahrungen und des Umgangs von Individuen in Bezug auf den körperlichen Kontakt entwickelt sich ein breites Feld an Klassen- und Kulturunterschieden. Generell entstehen diese Unterschiede durch eine bestimmte Sozialisation und durch Erfahrungen in Bezug auf das taktile Verhalten, die traditionell bzw. auch religiös von der Gesellschaft vorgegeben sind und in der Familienerziehung praktiziert werden. Dennoch können sich die Familienmitglieder in ihrem Umgang von den vorgeschriebenen Regelungen mit größeren oder geringeren Konsequenzen distanzieren.

Es gibt Familien innerhalb einer Kultur, in denen ein unbelasteter und häufiger taktile Kontakt selbstverständlich ist, und zwar nicht nur zwischen Eltern und Kindern, sondern auch zwischen allen anderen Familienmitgliedern. Im selben Kulturkreis gibt es aber auch Familien, in denen es nur zu einem minimalen körperlicher Kontakt zwischen den Angehörigen kommt. Die kulturellen Unterschiede sind vielfältig,

⁵ Das Alter ab dem 70. Lebensjahr bis zum Tod.

sodass in manchen Kulturkreisen das Prinzip „Rühr-mich-nicht-an“ das Kontaktverhalten verschiedener Menschen beherrscht. Andererseits ist das Berühren in anderen Kulturen eine Selbstverständlichkeit und ein sehr wichtiger Teil des Lebens (vgl. Montagu 2004, S. 170).

Um einen flüchtigen Einblick in diese Thematik zu geben, sollen einige gegensätzlichen Beobachtungen von Wissenschaftlern, auf die Montagu hinweist, als Beispiel dienen.

Kinder der Netsilik Eskimos aus der kanadischen Arktik werden nach der Entbindung und während der ersten sechs Monate ihrer Entwicklung lediglich mit einer Windel in den Pelzparka des Anoraks ihrer Mutter gebunden und so lange getragen, bis sie sich selbst weiterbewegen können. Somit sind sie immer in direktem Kontakt mit der Mutter und ihre Bedürfnisse werden sofort von ihr befriedigt.

Die Mehrzahl der ostafrikanischen Mütter aus Gandas tragen ihre Säuglinge auf dem Rücken und stillen sie oft länger als ein Jahr, obwohl der Einfluss der Weißen lange Zeit den Stamm geprägt hatte.

Demgegenüber sind in vielen hochzivilisierten Ländern, wie z.B. Amerika, Mutter und Kind während des Stillens bekleidet und das Kind hat häufig nur Kontakt mit der Brust. Auch wird es meist nur gelegentlich gestreichelt. Bei der Ernährung mit der Flasche, die sehr häufig vorkommt, erlebt das Kind ein Mindestmaß gegenseitiger körperlicher Berührung (vgl. Montagu 2004, S. 173ff.).

Japaner bevorzugen Wärme und ein enges beieinander sein (aber nur unter sich), in Brasilien sind Umarmungen und Küsse zwischen Freunden und Verwandten sozialer Standard und auch Afrikaner berühren sich häufig bei Unterhaltungen (vgl. Broszinsky-Schwabe 2001, S. 137).

Auf einige dieser Unterschiede machen Sayre-Adams, Wright, Henley und Argyle aufmerksam, indem sie verschiedene Paare in Lokalen in Spanien (Puerto Rico), Frankreich (Paris), USA (Florida) und England (London) beobachtet haben. Dabei wurde gezählt, wie häufig diese Paare einander pro Stunde berühren. Während

Paare in London pro Stunde keinen Körperkontakt hatten und in Florida nur bei zwei Berührungen blieben, kam es in Puerto Rico durchschnittlich zu 180 Berührungen, in Paris immerhin zu 110 (vgl. Sayre-Adams, Wright 1997, S. 2f., Henley 1988, S.147, Argyle 2005, S. 270). Demzufolge lässt sich vermuten, dass südeuropäische Kulturen berührungsempfänglicher sind als nordeuropäische.

Die nationalen und kulturellen Ungleichheiten der taktilen Gewohnheiten umfassen die gesamte Bandbreite von völligen „Nicht-Berühren“ der englischen Oberschicht bis zu sehr gefühlsbetonten Berührungen bei lateinamerikanischen Völkern, Russen und auch vielen Volksstämmen. Laut Montagu kann keine Analyse der taktilen Abwandlungen unter den Völkern dieser Welt vorgenommen werden, weil zu wenig ausreichendes Wissen vorhanden ist (vgl. Montagu 2004, S. 199).

3.5 Geschlechtsspezifische Differenzierung

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede in Bezug auf das zwischenmenschliche taktile Verhalten hängen einerseits stark von den kulturellen, gesellschaftlichen und religiösen Vorgaben und Regeln ab, andererseits sind sie aber auch biologisch bedingt.

Die geschlechtsspezifische Sozialisation fängt mit der Geburt eines Individuums an. Viele Eltern gehen mit ihren Söhnen und Töchtern verschieden um und kommunizieren auf unterschiedliche Weise mit ihnen. Selbst bei körperlicher Zuwendung werden Söhne bevorzugt und erhalten mehr körperliche Anregung (vgl. Zimbardo 1996, S. 491).

Einige Autoren, wie beispielsweise Montagu oder Henley, weisen auf die Beobachtungen und Aussagen anderer Forscher hin, die berichten, dass kleine Mädchen häufiger liebkost und gestreichelt werden als gleichaltrige Jungen (vgl. Montagu 2004, S. 189, Henley 1988, S. 180).

Der größte Teil an geschlechtsspezifischem differenziertem Verhalten ist folglich erworben, wie auch Benjamin in seinem Beitrag hervorhebt:

„There are also gender differences around touch. Girls are touched more frequently and less roughly than boys. As boys reach puberty, non-sexual touch decreases just as sexual experiences increase. So for many men, touch and sex become synonymous“ (Benjamin 2003, S. 109).

Körperliche Berührung wird in hohem Maße mit Geschlecht und Sexualität in Zusammenhang gebracht, sodass bestimmte Konventionen und Tabus zwischen den Geschlechtern dominieren (vgl. Henley 1988, S. 146, Argyle 2005, S. 271).

Henley erwähnt, dass die Berührung für Männer in den westlichen Kulturen meist auf das weibliche Geschlecht bezogen ist und eine sexuelle Bedeutung hat (vgl. Henley 1988, S. 149) und für ihn ist eindeutig, dass Berührungen auch einen Machtausdruck signalisieren.

„Vielleicht wehren wir uns dagegen, anzuerkennen, daß etwas so Menschliches und Natürliches wie Berührungen Symbole von Status und Macht sein sollen.“(Henley 1988, S. 176).

Montagu schreibt, dass Äußerungen der Zuneigung zwischen amerikanischen Vätern und Söhnen nur durch sehr wenig körperlichen Kontakt gezeigt werden und ein Junge, der einen anderen umarmt, Anlass zum Bedenken gibt. Es wird davon ausgegangen, dass eine Person die andere meist nur in einem sexuellen Zusammenhang berührt. Einander außerhalb dieses Schemas anzufassen kann zu belastenden Missverständnissen führen, weil die Berührung auf das Geschlechtliche begrenzt und mit ihm gekoppelt ist (vgl. Montagu 2004, S.199).

In den USA, wo es als normal bzw. höflich gilt, dass ein Mann einem anderen die Hand reicht, wird es weitgehend sexuell ausgelegt, wenn Männer Hand in Hand gehen. In vielen Ländern hingegen, wie z.B. in Kenia, den arabischen Ländern oder in Jemen und Afghanistan, wird es als normal aufgefasst, wenn zwei Männer Hand in Hand gehen, ohne dass sie dabei in den Verruf der Homosexualität geraten. In Ost- bzw. Südeuropa und in arabischen Ländern sind Küsse und Umarmungen im männlichen Freundeskreis üblich.

Selbst in extrovertierten Ländern gibt es Normen, wer wen nicht berühren darf. In Südeuropa sind nur Männer mit gleichen sozialen Status berechtigt einander zu berühren, ansonsten darf die Berührung nur vom Ranghöchsten ausgehen.

Körperkontakt, wie z.B. Umarmungen und Küsse zwischen Frauen und Männern, gehört in den asiatischen sowie besonders in den islamischen Ländern und manchmal auch in Südeuropa in das private Umfeld. Wenn sich Fremde in dieser Hinsicht freizügig verhalten wird es in der Öffentlichkeit nur ungern akzeptiert (vgl. Broszinsky-Schwabe 2011, S. 137).

3.6 Berührungstabus

Kaum ein menschliches Bedürfnis ist so stark mit der Aura von Magie und Tabus umgeben wie die körperliche Berührung. Diese Widersprüche entstehen durch die unvermeidbare Assoziation von Körperkontakt mit Sexualität, Intimität, Macht, Gewalt, Ekel, Zuwendung, Nähe und Wärme.

In diesen Gegensätzen wird klar, von welcher großer Bedeutung Berührungen für die Individuen sind - sie haben einerseits die Kraft das Wohlbefinden des Menschen positiv zu beeinflussen, können aber auch destruktive Wirkungen verursachen.

Körperliche Berührungen außerhalb herkömmlicher Begrüßungsrituale (wie z.B. Händeschütteln) können möglicherweise in einem sexuellen Kontext interpretiert werden. Wenn Berührungen jedoch in den gewohnten Interaktionsformen, wie eben der Begrüßung, vorkommen, so zählt dies als ein angemessenes Verhalten im Bereich der gesellschaftlichen Normen und Vorschriften (vgl. Weigelt 2010, S. 22).

In allen Kulturen existieren eindeutige Vorstellungen darüber, welche Berührungen in welchen Beziehungen adäquat bzw. inadäquat sind. Beim Verstoß gegen diese Denkweisen könnte der Körperkontakt ansonsten falsch ausgelegt werden. Beispielsweise können Mütter ihre Neugeborenen am ganzen Körper, auch im Intimbereich, anfassen, ohne dass ihre Berührungen als sexuelle Handlungen ausgelegt werden. Mit Anfang der Pubertät bekommen Berührungen zwischen Erwachsenen und Kindern jedoch eine sexualisierte Bedeutung, die auch den Körperkontakt in der Eltern-Kind-Beziehung maßgeblich einschränkt (vgl. ebd. S.22f.).

Körperliche Berührungen unterliegen in vielen Gesellschaften und in den meisten Religionen einer strengen Direktive, welche vorschreibt, innerhalb welcher Art von Beziehungsverhältnissen bestimmte Berührungen zugelassen sind. Allen anderen Arten von Körperkontakt, die außerhalb dieser Konstellationen stattfinden, werden sexuelle Handlungen vorgeworfen und deshalb werden sie tabuisiert (vgl. Weigelt S. 23).

Wie auch Wagner in ihrer Arbeit die Amerikanerin Davis erwähnt, führen die gesellschaftlich geltenden Berührungsregeln und –tabus dazu, dass sich Menschen die überlebenswichtigen Berührungen auf Umwegen, wie etwa Raufereien, einem Arztbesuch, bei Massagen und verschiedenen sportlichen Aktivitäten, beschaffen (vgl. Wagner 2000, S. 128).

Einige Religionen, speziell die monotheistischen Glaubensrichtungen, wie z.B. die jüdische, katholische und besonders islamische, haben in Bezug auf Körperberührungen strikte Vorschriften bzw. Verbote.

Infolge der Globalisierung haben sich weltweit multikulturelle Gesellschaften gebildet, die auch Auswirkungen auf Europa haben. Die Migration beeinflusst Regelungen und Umgangsformen in Gesundheitseinrichtungen, Krankenhäusern, Pflegeanstalten und Bildungsinstitutionen. Viele Migranten stammen aus muslimischen Ländern und sind teilweise praktizierende und fromme Muslime. Durch die islamischen Wertevorstellungen kann ein Körperkontakt zwischen andersgeschlechtlichen Unverheirateten, die nicht verwandt oder Fremde sind, verboten sein (vgl. Ilkilic 2005, S. 44). Zudem werden bestimmte soziale Tätigkeitsfelder, wie etwa die Pädagogik, die Pflege oder die Physiotherapie sowie alle Berufe, die in ihren alltäglichen Interaktionen mit Menschen zum direkten körperlichen Kontakt kommen können bzw. wollen, immer wieder mit diesen Verboten und Tabus konfrontiert sein.

3.7 Körperkontakt als Mittel der Gewalt

In diesem Kapitel soll das Thema physische Gewalt durch Körperkontakt im Interesse der inhaltlichen Objektivität dieser Arbeit erwähnt werden, um zu zeigen, dass Körperkontakt in zwischenmenschlichen Beziehungen nicht nur als ein

Ausdruck der Zuwendung, der Nähe und der Liebe vorkommen kann. Körperkontakt wird häufig auch als Machtmittel, Gewalthandlung und in aggressiver Absicht benutzt, wodurch das menschliche Wohlbefinden stark beeinträchtigt wird.

Eine umfassende Beschreibung des Themas „Körperkontakt als Mittel der Gewalt „ würde den Rahmen dieser Diplomarbeit sprengen, deshalb werden hier lediglich einige Sachverhalte aus verschiedenen Bereichen als Beispiele aufgezählt.

Die Basis aller Gewalthandlungen, ob mit oder ohne Körperkontakt, fängt in der familiären und häuslichen Umgebung an. Körperliche Gewalt wird von Erwachsenen an Kindern in verschiedenen Formen ausgeübt. Weitverbreitet sind Schläge, Prügel, Treten, Kneifen, Ohrfeigen und Schütteln des Kindes. Diese Form von Misshandlungen kann bei Kindern zu körperlichen bzw. psychischen Schäden und in Extremfällen zum Tod führen (vgl. „Gewalt gegen ...“ 2007, S. 9). Der Entzug von Körperkontakt, zärtlicher Nähe und der Liebesentzug bei Kindern im Säuglingsalter zählen zu den psychischen Gewalthandlungen.

Studien bei Tieren und Menschen bestätigen, dass die taktile Entbehrung in der Kindheit und Jugend in der Regel zu späteren Verhaltensstörungen führt. Zu diesen Verhaltensstörungen zählen Gewalttätigkeit, Feindseligkeit und zwanghafte Sexualität. Die Berührungsmängel im frühkindlichen Alter verursachen einen Abscheu vor dem körperlichen und vor Körperkontakt einerseits sowie eine zwanghafte Suche nach körperlichem Kontakt andererseits (vgl. Falardeau 2001, S. 166).

Falardeau zitiert Ude zur Scheu vor Körperkontakt:

„Kinder, deren Bedürfnis nach Kontaktwärme, Hautkontakt und Zärtlichkeit in der Säuglingszeit und auch danach nicht ausreichend befriedigt worden ist, zeigen oftmals später eine Furcht vor Berührung, vor zu großer Nähe. Wenn ein lebenswichtiges Bedürfnis nicht befriedigt wird, entsteht ein Schmerz. Mit einem ständigen Schmerz kann der Mensch nicht leben, und darum muß er verdrängt werden. Später kann jede Zärtlichkeit, jede Liebkosung diesen Schmerz wieder hochreißen, und darum wird zum Schutz eine Angst vor Berührung entwickelt“ (Ude 1978, S.114 zit. In: Falardeau 2001, S. 116f.).

Neben diesen Formen der körperlichen und seelischen Gewalt ist noch die sexuelle Gewalt in der Familie bzw. in Institutionen zu erwähnen. Eine repräsentative Studie des deutschen kriminologischen Forschungsinstituts (Wetzels, 1997) berichtet, dass Mädchen dreimal so häufig von sexueller Gewalt betroffen sind wie Jungen. In über 94% der Fälle sind Männer die Täter. Diese Studie betont darüber hinaus, dass ein großer Teil der Opfer von sexueller Gewalt mit Körperkontakt gleichzeitig auch körperliche Gewalt zugefügt wurde (vgl. „Gewalt gegen ...“ 2007, S. 24).

Nach Meinung von Falardeau (2001) ist es naiv zu glauben, dass Furcht vor Körperkontakt ausschließlich auf defizitäre Berührungen zurückzuführen ist. Es sollte auch die Möglichkeit aufgezwungener Berührungen in Betracht gezogen werden. Viele Menschen lehnen Körperkontakt ab, weil sie in der Kindheit gegen ihren Willen berührt worden sind. Viele Kinder müssen frustrierten und gestörten Erwachsenen als Liebesobjekte dienen, wodurch ihre Intimität verletzt und sie häufig auch sexuell missbraucht werden (vgl. Falardeau 2001, S. 167).

Frauen bzw. Menschen mit Behinderung werden ebenfalls häufig Opfer von sexueller, psychischer und physischer Gewalt.

Ältere Menschen, besonderes pflegebedürftige ältere Personen, sind in der Regel von körperlichen, psychischen und mitunter sexuellen Misshandlungen betroffen. Schneider (2005) beschreibt unterschiedliche Formen der systematischen Übergriffe, wie körperliche, emotionale und finanzielle, an eine ältere Person durch eine außenstehende Person (Pflegerin) als „Altenmisshandlung“. Zu den physischen Misshandlungen zählen schlagen, schubsen, Ohrfeigen, fixieren und sexuelle Übergriffe. Alle diese Gewalthandlungen haben die Absicht, bei den betroffenen Menschen ein bestimmtes Ziel zu erreichen (vgl. Schneider 2005, S. 25f.).

Es ist allerdings zu betonen, dass auch das Pflegepersonal von körperlicher Gewalt durch Patienten betroffen ist.

3.8 Ethische Aspekte

Gebote und Verbote, Werte und Normen sind historisch entstanden und an die jeweilige Gesellschaft und Kultur gebunden, in der sie vereinbart wurden. Daraus lässt sich Moral definieren – Moral stellt die Gesamtheit aller Regeln aus den Normen und Werten einer Gesellschaft dar (vgl. Lay 2004, S. 14).

Körperkontakt als ein wichtiger Teil der menschlichen Interaktion unterliegt diesen moralischen Anforderungen, die im Verlauf der Erziehung und Sozialisation eingeprägt wurden und die Menschen meist unbewusst beeinflussen. Dennoch sind sie dazu prädestiniert, dass über sie nachgedacht und sie möglicherweise auch verändert werden können – was eine besondere menschliche Fähigkeit darstellt (vgl. Lay 2004, S. 35).

Die Begriffe Moral (Ethos) und Ethik werden in der Alltagssprache vielfach synonym verwendet, sie stehen für Ehrlichkeit, Gerechtigkeitssinn, Verantwortungsbewusstsein, Pflichtgefühl und Pflichtverantwortung. Dennoch muss zwischen diesen beiden Begriffen unterschieden werden (vgl. Körtner 2004, S.14).

Ethik ist die selbst reflektierte Lehre der Moral, das heißt, die Reflexion, welche das menschliche Handeln anhand der alternativen Beurteilungen von Gut und Schlecht bzw. Gut und Böse auf die Sittsamkeit überprüft (vgl. ebd.). Der Begriff Moral ist in der Öffentlichkeit nicht selten mit „fromm und folgsam sein“ assoziiert, sodass der Begriff Ethik speziell in Professionen mehr zur Anwendung kommt. Ein Grund für die Verwendung von Ethik für die ähnliche Bedeutung von Sitte und Moral ist die Beobachtung, dass der Begriff Moral umgangssprachlich stark mit religiösem Dogmatismus und Sexualnormen in Verbindung gebracht wird (vgl. Lay 2004, S. 20). Unter Umständen lösen bei Pflegepraktikern die Ausdrücke Moral, sittlich, moralisch aus den oben erwähnten Gründen eher psychologische Widerstände aus als die Begriffe Ethik bzw. ethisch (vgl. Lay 2004, S. 20).

Der Umgang mit körperlichem Kontakt in zwischenmenschlichen Beziehungen, speziell in Verbindung mit beruflichen Tätigkeiten, sollte folglich weniger auf Moral basieren als auf einer ethischen Distanziertheit. Dadurch sollte eine Tabuisierung des Themas verhindert und gleichzeitig eine offene Diskussion begünstigt werden.

Im pflegerischen Tätigkeitsbereich machen sowohl nicht professionelle als auch professionell Pflegende jene Gruppe von Personen aus, die die längste Zeit in der Betreuung von Menschen verbringen. Selten hat eine andere Berufsgruppe so einen zeitintensiven Kontakt zu pflegebedürftigen Menschen. Aus diesem Grund entsteht häufig eine außerordentliche zwischenmenschliche Beziehung, die zu psychologischen und ethischen Problemen, wie etwa Fragen der Abgrenzung, der professionellen Distanz, der fürsorgenden Zuwendung, dem Intimbereich, der Aggression und der Gewalt, führen kann. Diese Probleme können entstehen, weil Pflege im Allgemeinen mit sehr viel körperlicher Nähe verbunden ist (vgl. Lay 2004, S. 89).

„Pflege zeichnet sich durch ihre spezifische Körpernähe aus. In der pflegerischen Praxis sind alle Akteure in hohem Maße leiblich beteiligt“ (Remmers zit. In: Lay 2004, S. 89f.).

Eine besondere Eigenheit des Pflegeberufes ist die ausgeprägte Anwendung von Körperkontakt in fast allen pflegerischen Verrichtungen, die mit einem Überschreiten von persönlich intimen Grenzen einhergeht. Dies geschieht nicht nur bei instrumentellen, technischen Aufgaben, die auch Ärzte oder Physiotherapeuten durchführen, sondern auch bei der Ausführung von persönlichen körperlichen Alltagsaktivitäten, wie beispielsweise beim Waschen oder Ankleiden (vgl. Lay 2004, S. 90).

Deshalb entstehen selbst in nicht lange dauernden Pfl egetätigkeiten vertrauliche Beziehungen. Diese Pflegebeziehungen sind größtenteils sowohl seitens der Pflegebedürftigen als auch der Pflegenden unfreiwillig eingegangene Beziehungen, die meist mit sehr viel körperlicher und häufig auch emotionaler Nähe einhergehen. Diese Vertraulichkeit in den Beziehungen führt manchmal zu Konflikten, die auch ethische Probleme auslösen, wobei die persönlichen Grenzen und Schamgefühle von beiden Seiten infrage gestellt werden können (vgl. Lay 2004, S. 90).

In der täglichen pflegerischen Tätigkeit ist es fast unabwendbar, dass die Schamgrenzen von Pflegebedürftigen und Pflegepersonal, speziell bei Berufsanfängern, missachtet werden (vgl. Lay 2004, S. 90).

„Pfleger berühren die Menschen am ganzen Körper und haben Zugang zu allen Körperöffnungen. Es geht an die nackte ungeschützte Haut und darunter“ (Hofmann 2001 zit. In: Lay 2004, S. 90).

Wenn derartige Grenzüberschreitungen zur Routine werden, kann die menschliche Würde schnell in Gefahr kommen. Durch diese Eigenheit der pflegerischen Aufgaben entsteht die berechnigte Forderung nach einer eigenen Berufsethik für die Pflegepraxis (vgl. Lay 2004, S. 91).

4 Theoretischer Hintergrund

Das Hauptaugenmerk dieser Arbeit nimmt die These ein, dass bei allen Menschen ein grundlegendes Bedürfnis nach unterschiedlichen Formen von Körperkontakt besteht, vom Säugling bis ins hohe Alter. In den Kapiteln 3.1- 3.3 wurde über diese These ein Einblick vermittelt, soweit es im Rahmen einer Diplomarbeit durchführbar ist.

Es existieren möglicherweise geschlechtsspezifische (Kapitel 3.5) und vor allem kulturell-weltanschauliche (Kapitel 3.4) Unterschiede in der Einstellung zu Berührungen, Körperkontakten etc., insbesondere unter Berücksichtigung der Aspekte Sexualität (Kapitel 3.5) und Tabu (Kapitel 3.6). Eine weitere Aufmerksamkeit haben ethische Fragen (Kapitel 3.7) in diesem Zusammenhang erfahren.

Ausgehend von einer allgemeinen Betrachtung der Bedeutung von Körperkontakten bei gesunden Menschen befasst sich diese Arbeit mit der speziellen Situation von kranken, beeinträchtigten und betagten Menschen. Sie setzt sich mit den unterschiedlichen Formen und therapeutischen Anwendungen, die Berührungen beinhalten, in der Pflege auseinander und geht auch fachübergreifend auf andere Bereiche des Gesundheitswesens, wie z.B. die Physiotherapie, Osteopathie oder manuelle Therapie, ein.

Laut Bush (2001) sind Berührungen und Massagen machbare Pflegemodalitäten, die wenig genutzt und erforscht werden. Sie stellt auch fest, dass insbesondere in Situationen, die auf eine gezielte Verbesserung des Wohlbefindens von älteren Menschen ausgerichtet sind, diese Pflegemaßnahmen nur sporadisch zum Einsatz kommen.

„Im Falle eines kaum in einem pflegerischen Kontext untersuchten Phänomens wie des Berührens bedeutet dies, dass Aspekte des Berührens, die in einer pflegerischen Situation wesentlich und wesentlich sind, nicht oder nur unklar wahrgenommen werden können und möglicherweise solche in den Vordergrund gerückt werden, die für die Beteiligten von eher geringerer Bedeutung sind.“ (Helmbold 2007, S. 9).

Tatsache ist jedoch, dass bei der Interaktion zwischen Pflegepersonal und Patienten Körperkontakt während der verschiedenen Tätigkeiten bewusst, aber auch unbewusst, in unterschiedlicher Form, Absicht und Zielsetzung stattfindet (vgl. Brieskorn-Zinke 1996, S. 134).

„Touch and massage are viable nursing modalities that are both underutilized and understudied. This underuse of touch is especially noted in settings aimed at improving the well-being of older adults. A number of studies suggest that the appropriate use of touch by nurses has the potential to significantly improve the health status of older adults.” (Bush 2001, S. 256).

In Anbetracht der wachsenden Zahl älterer Menschen und einer gleichzeitigen Zunahme des Bedarfes an Gesundheitsfürsorge hält Bush (2001) es für angebracht, das Thema Berührung mit der Zielsetzung einer Identifikation von Indikation und Einsatz der Berührung, unter Berücksichtigung der geistigen und körperlichen Gesundheitsbedürfnisse älterer Menschen, zu erforschen. Dadurch könnten sich neue Anregungen und Erkenntnisse für unterschiedliche Pflegebereiche zur Prävention oder Intervention ergeben.

Eine kritische Analyse des Lehrstoffes „offenes Curriculum für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege“ zeigt, dass Körperkontakt und Berührung in der Pflege einen hohen Stellenwert haben, aber noch nicht ausreichend thematisiert werden. Wesentlich dabei ist, dass zwischen zwei Arten der Anwendung der Berührung unterschieden werden muss, nämlich einerseits der expressiven, spontanen Berührung als Mittel der Kommunikation und andererseits der instrumentellen, zielorientierten Berührung als Mittel pflegerischer Handlungen.

„Die expressive Berührung ist die ursprüngliche Form des Heilens. Alle Arten von Halten, rhythmischem Wiegen, Schmusem, sowie ganz natürliche Massage sind heilende Handlungen, deren Wurzeln im Mutterleib liegen“ (Nathan 2001, S. 107).

In Bezug auf die körperliche Berührung zwischen Pflegeperson und Patienten ist es dabei sowohl für die Pflegeperson als auch für die Person, an der die Pflegehandlung ausgeführt wird, wichtig, ein Nähe- bzw. Distanzverhältnis zu wahren, das die körperliche und psychische Integrität beider bewahrt.

4.1 Die Berührung in der Pflegepraxis

Es ist unvorstellbar eine Person zu pflegen, ohne sie anzufassen. Der körperliche Kontakt kommt laut eine britische Studie in mehr als 60% aller pflegerischen Interaktionen vor. Demzufolge hat Pflege erklärtermaßen mit Berühren zu tun, und da die Berührung eine der primären Phänomene der Pflegepraxis ist, entsteht die Notwendigkeit, sich mit ihr zu befassen (vgl. Helmbold 2007, S. 16).

Unter therapeutischen Aspekten hingegen gewinnen Berührungen immer mehr an Aufmerksamkeit. Wie Helmbold (2007) in ihrer Arbeit auf verschiedene Studien von Weiss (1986), Schoenhofer (1989) und Moon/Cho (2001) verweist, verbessert das systematische Berühren einer pflegebedürftigen Person durch professionell Pflegende das Wahrnehmungsvermögen und ist hilfreich bei der Stressverminderung bzw. der Schmerzreduktion (vgl. ebd., S. 17).

Andererseits können Berührungen in der Krankenbetreuung auch unbehaglich sein, besonders in Situationen, wo „intime Körperbereiche“ des Patienten betroffen sind (vgl. Bauer 1996, S. 172, Seed 1995 zit. In: ebd.).

In manchen pflegerischen Handlungen können emotionale Konflikte bei den Pflegenden entstehen. Pflegerische Maßnahmen, die mit unangenehmen Berührungen verbunden sind und als negativ empfunden werden, führen Pflegende meist schneller und dadurch ineffizienter, grober oder auch gar nicht durch (vgl. Elsbernd/Glane 1996, S. 154ff. zit. In: ebd.).

Die erste Literaturveröffentlichung zum Phänomen Berührung aus pflegerischer Perspektive erschien Mitte des 20. Jahrhunderts, wie die Literaturstudie aus der Dissertationsarbeit von Helmbold zeigt (vgl. Helmbold 2007, S.25). Unter dieser Literaturerhebung befand sich eine Vielzahl an Material, von dem nur ein verhältnismäßig kleiner Teil genug Aussagekraft aufwies. Der Großteil der Publikationen zu diesem Themengebiet ist eine Ansammlung von Meinungsäußerungen, in der gegebenenfalls Beispiele für Berührungswirksamkeit vorkommen, die jedoch in keiner Art methodisch erhoben, behandelt und dargelegt sind (vgl. Helmbold 2007, S.25).

In zahlreiche Veröffentlichungen, damals wie heute, wird die Relevanz des Berührens für die pflegerische Beziehung, die Harmonisierung in der Kommunikation, die Heilung und das Wohlbefinden des Patienten hervorgehoben (vgl. Helmbold 2007, S. 25).

Ein vermehrtes Interesse am Phänomen Berühren kam zwischen 1960 und 1980 auf. In dieser Zeitspanne wurden auch die ersten methodischen Untersuchungen in der Pflege verwirklicht (vgl. ebd.).

Die Pflgetheorien befassen sich lediglich vereinzelt und auch nur indirekt mit den Aussagen zum Phänomen Berühren (vgl. (Mischo-Kelling 1995, S. 37ff., Rogers 1997, S. 65ff., Ziegler 1997, S. 78f., Krohwinkel 1998, S. 142) zit. In: Helmbold 2007, S. 26). Selbst wenn die Pflgetheorie von Rogers (1997) immer wieder im Zusammenhang mit Berührungen in der Literatur erwähnt wird, übermittelt diese Theorie dennoch keine unmittelbare Aussage zum Berühren als Körperkontakt, sondern beruht vielmehr auf der Vorstellung der Energieübertragung (vgl. Helmbold 2007, S. 26).

Helmbold (2007) weist auf theoretische Aussagen mittlerer Reichweite von Barnett (1972) hin, die diese in ihrer Arbeit zu Berührungen in der Krankenbetreuung macht. Die Aussagen von Barnett beschreiben das Berühren jedoch als ein Mittel zur Kommunikation und die pflegerische Sicht auf das Thema bleibt unbeachtet. Lediglich der Forschungsbedarf für dieses Phänomen im Zusammenhang mit der Pflege wird von ihr erwähnt (vgl. ebd.).

Auch die angestrebte Konzeptentwicklung von Locsin (1984 zit. In: Helmbold) zum Thema Berührungen betrifft pflegerische Interventionen und die Effekte auf bestimmte Patientengruppen. Ihre Aussagen sind auf die Literatur, bisher vorhandene Forschungsergebnisse sowie eigene Erfahrungen zurückzuführen, lassen aber einen höheren Abstraktionsgrad vermissen (vgl. ebd.).

Die pflegewissenschaftlichen Bedürfnistheorien, die im Kapitel 3.2 erwähnt sind, berücksichtigen das Thema „Körperkontakt“ ebenfalls nur indirekt.

In amerikanischen Pflegekonzepten ist „therapeutic touch“ vermehrt verbreitet. „Therapeutic touch“ kennzeichnet ein 10 bis 15 minutenlanges Halten oder Auflegen der Hände in der Nähe des Körpers bzw. direkt auf den Körper des Patienten, womit dieser geheilt oder ihm geholfen werden soll (vgl. Helmbold 2007, S. 26, Krieger 1975 zit. In: Sayre-Adams/Wright 1997, S. 19). Auch im deutschsprachigen Raum ist diese Methode als therapeutische Berührung bekannt. Dennoch soll auf die Unterscheidung zwischen Berühren im Sinne eines körperlichen Kontaktes und „therapeutic touch“ hingewiesen werden.

Das Konzept von „therapeutic touch“ geht davon aus, dass Menschen über Energiefelder verfügen, welche in Krankheitsfällen aus dem Gleichgewicht geraten sind. Durch diese spezielle Art der Berührung soll die Ausgeglichenheit wieder erlangt und der Zustand des Patienten positiv beeinflusst werden (vgl. Helmbold 2007, S. 26). Verschiedene Publikationen berichten von der Effektivität des „therapeutic touch“ bei der Schmerzreduktion, der Angstverminderung sowie einer Förderung der Wundheilung und des Immunsystems (vgl. (Heidt 1980, Mackey 1995, Spence/Olson 1997, Ziller 2002) zit. in: Helmbold 2007, S. 27, Sayre-Adams/Wright 1997, S. 44f.).

Eine umfangreiche Literaturanalyse zum „therapeutic touch“ führte jedoch zu der Schlussfolgerung, dass keine soliden Forschungsergebnisse zu dieser Thematik existieren. Bei der Analyse der Ergebnisse konnten keine eindeutigen Therapieerfolge nachgewiesen werden (vgl. Helmbold 2007, S. 27, Sayre-Adams/Wright 1997, S. 49).

Die vorliegende Diplomarbeit beschäftigt sich deshalb nicht mit dem „therapeutic touch“, sondern es wurde die pflegerische Berührung im Sinne eines direkten körperlichen Kontakts als ein Teil der alltäglichen pflegerischen Arbeit ins Zentrum des Interesses gestellt.

4.1.1 Verschiedene Formen der Berührung

Es gibt verschiedene Berührungsformen, -arten und -qualitäten. In der Literatur werden bei den Berührungstypen funktionale von affektiven Berührungen unterschieden (vgl. Helmbold 2007, S. 27, Grossmann-Schnyder 2000, S. 16).

Pflegemaßnahmen werden als funktionale Berührungen bezeichnet, wenn sie in Verbindung mit körperlichem Kontakt erfolgen und die Berührungen keinen Selbstzweck beabsichtigen, sondern notwendigerweise im Rahmen einer pflegerischen Tätigkeit vorkommen und die Absicht dieser Handlung unterstützen (vgl. Helmbold 2007, S. 27). Die funktionale Berührung wird auch unter anderen Begriffen in der Literatur erwähnt, wie „task-oriented touch“, „procedural touch“, „instrumental touch“ und „working touch“ (vgl. ebd.).

Berührungen, die spontan und emotional von Pflegenden eingesetzt werden, sind vom Aspekt des Berührens im Sinne der pflegerische Handlungen abgekoppelt und kommen unter Begriffen wie „caring touch“, „positive affective touch“, „expressive touch“, „non-necessary touch“ oder „affektive Berührung“ vor (vgl. Helmbold 2007, S. 27).

Die meisten Autoren erachten speziell die affektiven Berührungen als einen Teil der nonverbalen Kommunikation. Eine weitere Form des physischen Kontaktes in den pflegerischen Handlungen wird als „protective touch“ angewendet, um die Pflegebedürftigen oder Pflegenden zu schützen. Diese Art der Berührung ist eine kühle, distanzierte Form, um Patienten vor Unfällen zu bewahren oder stellt eine Hilfe für Pflegende in konfliktreichen Situationen dar (vgl. Helmbold 2007, S. 28).

Die Qualität des Berührens hängt von der zeitlichen Länge des Körperkontaktes (Dauer), der Stelle, welcher Körperbereich berührt wird, der Intensität (Druck) und der Häufigkeit der Berührung ab (vgl. ebd.). Zudem wird die Qualität der taktilen Interaktion anhand des positiven oder negativen Gefühls, welches durch die Berührung von den Betroffenen erlebt wurde, gemessen (vgl. ebd.).

4.1.2 Anwendungsaspekte der Berührung

Unter Anwendung der Berührung wird verstanden, wie häufig und in welcher Form diese verwendet wird. Einige Studien untersuchten den Zusammenhang zwischen der Anwendung und der Form der Berührung. Viele Studien deuten darauf hin, dass in der Pflegepraxis überwiegend die instrumentelle Berührung angewendet wird (vgl.

(Le May/Redfern 1987, Oliver/Redfern 1991, MacCann/McKenna 1993, Routasalo 1996) zit. in: Helmbold 2007, S. 31).

Im Vergleich zu den instrumentellen Berührungen kommen die affektiven Berührungen nur selten vor, obwohl in einer Studie die Pflegenden die Anwendung der affektiven Berührungen zur Feststellung des subjektiven Wohlbefindens befürworteten (vgl. Schonhofer 1989 zit. in: Helmbold 2007, S. 31). Auch zeigen mehrere Untersuchungen, dass affektive Berührungen innerhalb des Pflegepersonals unterschiedlich häufig eingesetzt werden. Während manche Pflegenden Pflegebedürftige wiederholt expressiv berühren, führen andere dies selten oder nie aus (vgl. Helmbold 2007, S. 31).

Ein Nachschlagewerk für die Pflegepraxis in der Altenpflege bietet für die täglichen Anforderungen der unterschiedlichen Arbeitsfelder, insbesondere in der ambulanten, stationären und teilstationären Altenpflege, Orientierungshilfen an, die vorwiegend an junge Berufskollegen und Auszubildende gerichtet sind (vgl. Mötzing, Wurlitzer 2006, S. 5). In diesem Werk beschreibt Roxin (2006) in kurzer, knapper Form unter dem Titel „Bedeutung von Körperkontakt“, dass die Pflegenden physischem Kontakt eher zurückhaltend einsetzen sollen.

„Berührungen seitens der Pflegenden lösen nicht unbedingt Wohlbefinden bei einem alten Menschen aus.“ (Roxin 2006, S. 327).

Als Ursachen fügt sie folgende Begründungen hinzu:

- Europa gehört nicht zu den „Kontaktkulturen“
- Alte Menschen benötigen nicht pauschal mehr Berührung
- Reaktionen sind von der Zielsetzung der Berührung abhängig
- Mögliche Fehldeutungen einer Berührung
- Typische Distanzzonen werden in der Pflege nicht beachtet
- Der Effekt der Berührung hängt vom Alter beider Beteiligten ab
- Das Geschlecht der Beteiligten spielt eine Rolle
- Frauen haben einen anderen Zugang zu Berührungen als Männer
- Die Gepflogenheiten der Pflegenden sollten auch die unterschiedliche Vergangenheit der Patienten berücksichtigen

- Es gibt verschiedene Auslegungen, welche Körperregion zum Intimbereich gehört und berührt werden darf. Bei einigen ist es beispielsweise das Gesicht, bei anderen wieder nicht (vgl. Roxin 2006, S. 327).

Helmbold (2007) weist auf Forschungen hin, die den Einfluss des Geschlechts der Pflegenden und Pflegebedürftigen im Zusammenhang mit der Anwendung der Berührungen untersuchten. Die Ergebnisse dieser Forschungen weichen beachtlich voneinander ab. Ein Teil der Analysen zeigte, dass weibliche Pflegepersonen häufiger als männliche Kollegen berühren und auch weibliche Patienten öfters berührt werden als männliche Personen (vgl. Helmbold 2007, S.32).

Über den Zusammenhang vom Alter der Pflegenden und der Pflegebedürftigen kommen in Bezug auf die Berührungshäufigkeit ebenfalls unterschiedliche Hinweise in der Literatur vor (vgl. ebd.). Manche Studien stellten fest, dass eher junge Pflegekräfte zwischen 18 und 33 Jahren öfters die Patienten berühren. Andere wiederum behaupten, dass Pflegenden über 40 Jahren häufiger als jüngere Kollegen die Patienten berühren und in einigen Studien wurde kein Zusammenhang zwischen dem Alter der Pflegenden und ihrem Berührungsverhalten gefunden (vgl. ebd.). Auch konnten die Studien keinen Einfluss des Alters der Patienten und der Berührungshäufigkeit seitens der Pflegenden ermitteln (vgl. Helmbold 2007, S. 32).

Gegensätzliche Aussagen über die Berührungsfrequenz existieren auch in Bezug auf die Erkrankungsart oder die jeweilige Situation des Patienten. So zeigten manche Studienresultate, dass Patienten mit kritischem Befinden öfters berührt werden. Andere Studien wiederum behaupteten, dass eher Patienten in einem guten und stabilen Zustand mehr affektive Berührungen erhalten und einige ermittelten keinen Zusammenhang (vgl. Helmbold 2007, S.32).

Auch die Anzahl der Jahre in der Pflege hat einen Einfluss darauf, wie oft und mit welcher Qualität Berührungen seitens der Pflegenden durchgeführt werden. So wurde in manchen Studien festgestellt, dass Pflegenden, die weniger als 24 Monate in der Pflegepraxis beschäftigt waren, viel häufiger als ihre berufserfahrenen Kollegen berührten. Andere Studien hingegen stellten mehr Berührungskompetenz bei

Pflegenden fest, die seit vielen Jahren mit älteren Pflegebedürftigen arbeiteten (vgl. Helmbold 2007, S.33).

In den NANDA-Pflegediagnosen wird unter der Taxonomie 00056 „Beeinträchtigte elterliche Fürsorge“ über die fehlende Zärtlichkeit und den Mangel an Schmusen bzw. der fehlenden Bindung in Eltern-Kind-Beziehungen indirekt auf den fehlenden bzw. mangelnden körperlichen Kontakt Bezug genommen (vgl. NANDA 2006, S. 65). Die Anwendung der Berührung kommt bei „Energiefeldstörung“ als Pflegediagnose 00050 nach der NANDA-Taxonomie II in Form von therapeutischer Berührung bzw. „therapeutic touch“ vor (vgl. Stefan, Allmer, Eberl 2003, S. 644).

Brieskorn-Zinke (1996) empfiehlt auch die instrumentelle und routinierte Pflegetätigkeit durch bewusste körperliche Zuwendung zu bereichern (vgl. Brieskorn-Zinke 1996, S. 134).

In ihrem Buch empfiehlt Benner (2000) im Kapitel „Helfen“ den professionellen Pflegekräften die Patienten zu trösten, mit ihnen Kontakt über die körperliche Berührung herzustellen bzw. einfach für sie da zu sein (vgl. Benner 2000, S. 67).

4.1.3 Berührungsauswirkungen

Die Ergebnisse der Untersuchungen zeigen sowohl physiologische Auswirkungen als auch Wirkungen, die das Erleben des Patienten beeinflussen (vgl. Helmbold 2007, S. 33). Manche Studien weisen keine Veränderungen der medizinischen Werte, wie etwa Blutdruck und Pulsfrequenz, nach (vgl. (Routasalo 1999, Platt 2000, Moon / Cho 2001) zit. in: Helmbold 2007 , S. 34). Bush hingegen berichtet aus der Untersuchung von Weiss (1986, 1990), dass Berührungen die Herzfrequenz regulieren, den diastolischen Blutdruck senken, Herzrhythmusstörungen verringern und Angst reduzieren können (vgl. Bush 2001, S. 256).

Einige Untersuchungen berichten von einer Auswirkung auf die Empfindungen des Patienten, diesbezügliche Erfahrungsberichte kommen aber eher bei Wachkommpatienten vor (vgl. Helmbold 2007, S. 34).

Mehrere Studien bezeugen ein gesteigertes Wohlbefinden und eine entspannende Wirkung auf den Patienten durch die Berührung (vgl. (El-Kafass 1983, Schoenhofer 1989, Mulaik et al. 1991, McCann/McKenna 1993, Adomat/Killingworth 1994, Routasalo/Isola 1998, Routasalo 1997, Butts 2001) zit in: Helmbold 2007, S. 34). Es wird auch von positiven Effekten der affektiven Berührungen auf das Wohlbefinden berichtet.

In einer durchgeführte Studie mit Kontrollgruppen teilten Patienten, die öfters affektiv berührt wurden, mit, dass sie positive Empfindungen im Vergleich zu den Patienten in der Kontrollgruppe hatten, die kaum Berührung empfingen (vgl. Butts 2001 zit. in: Helmbold 2007, S.34). Patienten, die öfters affektive Berührungen bekamen, beschrieben die Pflegenden, mit denen sie im Kontakt standen, als besonderes unterstützend (vgl. Helmbold 2007, S. 34).

Überdies weisen Studien darauf hin, dass Berührungen nicht nur eine positive Wirkung auf die Patienten haben, sondern auch die Pflegenden positiv beeinflussen können (vgl. Ranheim et al. 2010, S. 245). Das Erleben der pflegerischen Berührung lässt sich sowohl aus der Betrachtungsweise der Patienten als auch der Sicht der Pflegenden darstellen.

Bei manchen Studien handelt es sich um die Problematik durch die pflegerische Versorgung der Intimbereiche. In dieser Hinsicht wird von Grenzverletzungen, Abhängigkeit, Scham, Ekel, Intimität, Sexualität und Entblößung berichtet (vgl. (Stemmer 2001, van Dongen/Elema 2001, Ringel, 2000, Overlander 2000, Sowinski 2000, Edward 1998, Buijssen 1997, Bauer 1996, Seed 1995, Lawler 1992) zit. in: Helmbold 2007, S. 34f.).

4.2 Die Berührung in anderen wissenschaftlichen Disziplinen

Die interdisziplinäre Betrachtungsweise von Körperkontakt bzw. der Berührung als therapeutisches Mittel in den verschiedenen Disziplinen ist für den gegenseitigen Wissensaustausch von großer Bedeutung.

In diesem Abschnitt wird die Berührung als eine wesentliche Komponente bei manuellen Therapien, wie etwa der Osteopathie, Chiropraktik oder Physiotherapie und bei der Unterstützung von Heilungsprozessen thematisiert. Auf die fachspezifischen Details dieser Therapiemethoden wird allerdings nicht näher eingegangen, weil sie nicht Gegenstand dieser Diplomarbeit sind.

Obwohl die manuelle Therapie zur Behandlung körperlicher Beschwerden unterschiedlichster Art angewendet wird, kann sich ihre Wirksamkeit auch auf den Geist und die Emotionen bis in die unbegrenzten Tiefen der Psyche ausbreiten (vgl. Lederman 2008, S. 260). Die Wirkungen der Berührung in der manuellen Therapie bestehen nicht nur auf der körperlichen Ebene, sondern verbreiten sich auf die gesamte Welt der Gefühle, der Gedanken und der Lebenspraxis des Menschen (vgl. Lederman 2008, S. 260).

Lederman wie auch Nathan begründen die heilende Wirkung der Berührung in den manuellen Therapien mit einer Assoziation der beruhigenden, fürsorglichen Berührung im Säuglingsalter. Aus den früheren Erfahrungen entsteht eine Verbindung zwischen der Berührung und dem Gefühl psychischen und körperlichen Wohlbefindens (vgl. Lederman 2008, S. 265, Nathan 2001, S. 111). Diese Assoziationen führen auch zu einer Beruhigung und möglicherweise zur Schmerzlinderung (vgl. Lederman 2008, S. 265).

Neuere Studien berichten von bemerkenswerten physiologischen Reaktionen auf die manuelle Therapie und Berührung, wie „veränderte Schmerzempfindung, Vermittlung von Heilung und Selbstregulation“ (vgl. Lederman 2008, S. 283). Diese Reaktionen resultieren aus einem Prozess, der im Körper als Sinneseindruck entsteht, der durch den taktilen Kontakt und die Bewegung verursacht wird. Dieser Sinneseindruck hat eine psychodynamische Wirkung, er steuert unbewusste oder bewusste und emotionale Erfahrungen (vgl. Lederman 2008, S. 283). Die psychischen Reaktionen durch die Berührung werden weiterverarbeitet und verändern das körperliche Empfinden. Diese Abläufe finden in zwei Richtungen statt, einem somatopsychischen Stadium vom Körper zum Gehirn und einem psychophysiologischen Stadium vom Gehirn retour zum Körper (vgl. Lederman 2008, S. 283).

Der Bereich des Gehirns, in dem die Wirkung von manueller Therapie und Berührung in biologische Informationen umgearbeitet wird, ist das limbische System (vgl. Lederman 2008, S. 283). Die psychophysiologischen Prozesse werden in dieser Region ebenfalls organisiert (vgl. Lederman 2008, S. 323).

Die manuelle Therapie kann nicht zur Heilung schwerwiegender chronischer Erkrankungen allein angewendet werden, sie kann jedoch eine unterstützende Rolle bei der gesamten Planung für die Beseitigung der Beschwerden der Patienten übernehmen und deren Wohlbefinden positiv beeinflussen (vgl. ebd.).

Liem beschreibt die Osteopathie als eine ganzheitlich orientierte Heilmethode, die mit dem Einsatz von Händen Gesundheit und Ganzheit fördert und bei der Heilung der Krankheit unterstützend wirkt. Dabei hängt der Erfolg oder Misserfolg der Therapie von der Fähigkeit des Fühlens und Tastens ab (vgl. Liem 2006, S. 148). Er ist auch von der Kraft der liebevollen Berührung bei der Durchführung der Therapie zur Unterstützung des Heilungsprozesses überzeugt und betont:

„Eine ‚liebevolle‘ Berührung ist ebenso wichtig wie die ‚Beherrschung‘ der Palpationstechniken. Dabei kann eine ‚liebevolle‘ Berührung unter Umständen sogar heilsamer sein, als eine rein technisch ausgeführte Berührung und Behandlung, da erstere in ihrer Intention und Bemühung die Ganzheit des anderen anspricht, während zweitere ‚nur‘ mechanisches Flickwerk ausübt.“ (Liem 2006, S. 149).

Eine gezielte, respektvolle und an der Ganzheit des Patienten orientierte Berührung nützt die ältesten Teile des sensorischen Systems, die auf Berührung reagieren, auf die Wahrnehmungen von Zug und Druck, auf die Handwärme und das Streicheln. Somit spürt der Patient immer mehr, dass sich die Muskelspannung verringert, die Atmung stabilisiert und sich ein Wohlgefühl im Körper ausbreitet (vgl. Liem 2006, S. 150).

Eine Abgrenzung des Therapeuten und der sichere Umgang der manuellen Prozeduren in der manipulativen Medizin lassen die Patienten emotionale Sicherheit spüren. Somit können sie sich eine Berührung unabhängig von Sexualität und Gewalt vorstellen, die jedoch eine intensive, patientenorientierte hilfreiche Eigenschaft besitzt (vgl. Nathan 2001, S. 137).

Die konventionelle Psychologie (beispielsweise Freud) verbindet den taktilen Genuss (oder jeden anderen Genuss) mit Sexualität. Diese Behauptung wurde von anderen Psychologen, wie z.B. Boyesen, infrage gestellt, der das Prinzip des nicht-sexuellen Sinnesgenusses forderte (vgl. Lederman 2008, S.280).

In der Tat scheint die Annahme, dass jede Form der Berührung sexueller Natur sei, kaum vorstellbar. Denn auch bei allen anderen Sinnen ist ein Vergnügen ohne Erotisierung denkbar, z.B. das visuelle Vergnügen ein Kunstwerk zu betrachten, das Vergnügen gute Musik zu hören, der Genuss einen wohlriechenden Duft zu riechen, den Geschmack eines wunderbaren Essens zu schmecken und vergleichbar mit der Freude eine Berührung zu empfangen (vgl. Lederman 2008, S.280).

Wie bereits erwähnt gibt es mit dem taktilen Sinnesgenuss dennoch das Problem einer Assoziation der Berührung mit der Sexualität im Erwachsenenalter (vgl. ebd.). Diese Interpretation kann sich in die Behandlung hinein ausbreiten, wenn sowohl der Therapeut als auch der Patient die Berührung in einen sexuellen Zusammenhang bringen (vgl. ebd.). Um dieses Problem zu vermeiden, muss eine eindeutige Vereinbarung zwischen dem Patienten und dem Therapeuten über die Behandlungsgrenzen existieren. Sie muss beleuchten, welche Körperteile berührt werden und welches therapeutische Ziel beabsichtigt wird (vgl. ebd.). Zusätzlich muss dem Therapeuten der Zweck der Behandlung klar sein: die therapeutische Behandlung darf keine sexuelle Botschaften beinhalten (vgl. ebd.).

Einige Patienten benutzen die manuelle Therapie zur Befriedigung ihres Bedürfnisses nach körperlichem Kontakt. Dieser Wunsch ergibt sich nicht zwangsläufig aus sexuellem Verlangen, sondern wurde öfters als ein intuitives und psychologisches Bedürfnis für das Wohlbefinden argumentiert (vgl. Lederman 2008, S.280). Morris zit. in Lederman (2008) weist darauf hin, dass in speziellen Situationen die manuellen Therapeuten in der Gesellschaft eine Ersatzrolle für das Berührungsdefizit in Beziehungen spielen. Die Menschen suchen eventuell nach einem ersatzweisen taktilen Kontakt, um dieses Berührungsvakuum zu überbrücken (vgl. Lederman 2008, S.280).

4.3 Massage und deren Anwendungsgebiete in der Pflegepraxis

Die Massage als ein Verfahren der physikalischen Therapie⁶ hat eine lange Tradition im menschlichen Dasein. Körperliche Berührungen, wie Streichen, Reiben, Kneten, Drücken und Dehnen der Haut und der darunter gelegenen Muskeln, entwickelten sich zu einer therapeutischen Methode (Massage) in verschiedenen Gesellschaften in unterschiedlichen Epochen (vgl. Teloo 2008, S. 227).

Unter dem Begriff Massage wird eine systematische Behandlung der oberen Körperschichten mittels typischer Handgriffe zur Auflösung schmerzhafter Muskelverspannungen verstanden. Sie ist eine mit den Händen durchgeführte Reiztherapie an der Haut und des darunterliegenden Zellgewebes, der Muskeln, des Gefäß- und Nervensystems (vgl. ebd., S. 229).

Höchstwahrscheinlich reicht die Anwendung der Massage bis in die Anfänge der menschlichen Geschichte und hat vor allem der Heilung von Krankheiten und der Prävention gedient. Fast alle Individuen massieren – sie reiben die schmerzenden Körperstellen - eine natürliche Angewohnheit des Menschen (vgl. Zimmermann 2008, S.92). Ein Wiederaufschwung, die Verbreitung und ein neuer Trend in der Massage entstand im 20. Jahrhundert. Die Bindegewebsmassage wurde maßgeblich durch Hede Teirich-Leube und Elisabeth Dicke in den 30er Jahren entwickelt. Es kam zur Entwicklung der Lymphdrainage und anderer unterschiedlicher Massagearten. Zusätzlich wurden in Europa in den letzten 30 Jahren verschiedene Massagen aus anderen Kulturen, wie z.B. Shiatsu, Akupressur und weitere Massagearten, übernommen, manchmal an die westlichen Lebensgewohnheiten angeglichen und auch erfolgreich verbreitet (vgl. ebd. S. 93).

In besonderem Maße wirkt die Massage wohltuend bei Patienten mit Schmerzen (vgl. Teloo 2008, S. 228). Teloo empfiehlt Massage als eine Form der Prävention und Prophylaxe öfters anzuwenden:

„Es wäre sinnvoll und wünschenswert, Massagen sehr viel häufiger und freigiebiger zu verordnen. Gerade vor dem Hintergrund von Prävention und Prophylaxe, könnte ein Patient gar nicht erst mit den Auswirkungen eines

⁶ Die systematische und wissenschaftliche Anwendung von physikalischen Mitteln (vgl. Teloo 2008, S. 228).

chronifizierten Schmerzes belastet werden, der ihn vielleicht an der Teilhabe in seinem sozialen Umfeld hindert.“ (Teloo 2008, S. 228).

Die klassische Massage war zur Behandlung von Schmerzzuständen des Bewegungsapparats über mehrere Jahrzehnte die allgemeingültige Therapieform (vgl. ebd.). Eine beachtliche Anwendung von Massagen als eine Behandlungsform der physikalischen Therapie kommt bei der palliativen oder kurativen Behandlung von Schmerzzuständen vor (vgl. ebd.).

Der physikalische Einfluss der Massagetherapie und anderer rhythmischer Körpertherapien für die Stimulierung von Gelenken können wie folgt definiert werden:

- Verfahren zur Förderung der Wiederherstellung beeinträchtigter Gewebefunktionen
- Verfahren zur Modifikation mechanischer Gewebefaktoren
- Verfahren zur Verbesserung der Zirkulation der Fließmechanismen (vgl. Nathan 2001, S. 86).

Derartige Maßnahmen unterstützen die Aktivierung neurologischer und mechanischer Funktionen. Der durch diese Mittel verbesserte Gewebezustand trägt eindeutig zu einem verstärkten Wohlbefinden des Patienten bei, da die betroffene Person durch die Massage beruhigt wird und belastende körperliche Empfindungen weniger stark wahrnimmt (vgl. ebd.). Berührungen und Massagetechniken besitzen wohltuende somatische Wirkungen auf den Körper, die sowohl bei unspezifischen als auch bei spezifischen Beeinträchtigungen helfen (vgl. ebd.). Immer wieder haben Massagetherapeuten verschiedener Disziplinen die entspannende Wirkung dieser Therapieform und das allgemeine Wohlbefinden, welches sich nach einer guten Massagebehandlung einstellt, beobachten können (vgl. ebd.).

Nathan stellt sich bei der Behandlungsmethode „Massage“ die Frage, ob hier nicht in erster Linie psychologische Faktoren und nicht ausschließlich lokale physikalische Wirkungen eine Rolle für das Wohlbefinden des Patienten spielen (Nathan 2001, S. 86). Untersuchungen zur Wirkung der Entspannungsreaktionen auf die Wahrnehmung eines Schmerzreizes, die Funktionstüchtigkeit des Immunsystems und die Heilungsabläufe bekräftigen in aller Regel die Feststellung, dass zentrale,

psychologisch gesteuerte Ereignisse zur Beseitigung peripherer Beeinträchtigungen beitragen (vgl. Nathan 2001, S. 86).

Auch Kolster (2010) beschreibt, dass die psychisch bedingte Wirkung einer der wichtigsten Effekte der Massage ist. Sie bewirkt eine gesamte Entspannung und Lockerung. Zusätzlich wird die Massagetherapie bei den meisten Menschen mit einer positiven Wirkung und fehlenden Nebenwirkungen in Verbindung gebracht und mehrheitlich von der Bevölkerung anerkannt. Dieses große Vertrauen in die Massagetherapie beeinflusst wieder andere Wirkungen der Massage, wie z. B. die Regulierung der Muskelspannung, die Schmerzhemmung, die Beeinflussung des Sympathikus⁷ sowie eine bessere Wundheilung und gesteigerte Immunität durch den Abbau von Stresshormonen (vgl. Kolster 2010, S. 33). Zudem wirkt Massage angstlösend und wird daher als zusätzliche Therapie bei psychischen Erkrankungen, die mit Angstsymptomen einhergehen, wie etwa Depressionen und Demenz, angewendet (vgl. ebd.).

Kolster fasst folgende psychisch bedingte Wirkungen der Massage zusammen:

- Entspannung
- Verbesserung des Allgemeinzustandes
- Abnahme der Muskelspannung
- Reduzierte Wahrnehmung von Schmerzen
- Herabgesetzte Aktivität des Sympathikus
- Verminderte Ausschüttung der Stresshormone Kortisol und Adrenalin
- Verringerung von Angstgefühlen
- Verbesserung der depressiven Stimmlage
- Stabilisation der Immunität (vgl. Kolster 2010, S. 33).

⁷ Teil des vegetativen Nervensystems, der besonders die Eingeweide versorgt (vgl. www.duden.de Zugriff am 19.01.2012).

4.4 Basale Stimulation in der Pflege, deren Schwerpunktsetzung und Hauptcharakteristika

Andreas Fröhlich entwickelte Mitte der 70er Jahre als Sonderpädagoge in einer Einrichtung für Kinder und Jugendliche mit körperlicher und mehrfacher Beeinträchtigung das Konzept der Basalen Stimulation zur Förderung geistig und körperlich beeinträchtigter Kinder (vgl. Nydahl 2008, S. 2). Das Konzept setzt voraus, dass auch Kinder mit schweren Wahrnehmungsstörungen in der Lage sind etwas wahrnehmen zu können, selbst wenn für Außenstehende, wie Eltern, Therapeuten oder Pflegende, keine ersichtlichen Reaktionen zu bemerken sind (vgl. ebd.). Diese Kinder benötigen grundlegende Impulse und gezielte Stimulationen. Diese Stimulationen sollen einfach und präzise für sie erkennbar sein und an vertraute Erfahrungen und Erlebnisse anknüpfen und darauf aufbauen, auch wenn diese primäre bzw. basale Erfahrungen wie im Mutterleib waren (vgl. Nydahl 2008, S. 2).

In den 80er Jahren begann die Krankenschwester und Diplom-Pädagogin Christel Bienstein gemeinsam mit Fröhlich das Konzept der Basalen Stimulation in die Krankenpflege zu übertragen (vgl. ebd.). Der Grundgedanke dabei war, dass die Förderungsmöglichkeiten für beeinträchtigte Kinder bei Erwachsenen mit Wahrnehmungsdefiziten ebenfalls eingesetzt werden könnten. Erste Erfolge zeigten sich zunächst bei komatösen und wachkomatösen Patienten. Danach wurde das Konzept in fast allen Bereichen der Pflege angeboten (vgl. Nydahl 2008, S. 3).

Basale Stimulation kommt bei allen Patienten zur Anwendung, die in ihren Fähigkeiten zum Handeln und zur Kommunikation eingeschränkt sind:

„Bewusstseinsbeeinträchtigte, Beatmete, Immobile, Desorientierte, Somnolente, Schädel-Hirn-Traumatisierte, Sterbende; Patienten mit hypoxischem Hirnschaden, Morbus Alzheimer, Schlaganfall oder Wachkoma und für eine begrenzte Zeit ihrer Entwicklung auch Frühgeborene.“ (ebd.).

Die Patienten werden als gleichberechtigten Personen, als ganzheitliche Menschen mit einer eigenen Biographie und einer kontinuierlich existierenden Fähigkeit zum Erleben, als ein Individuum mit dem grundsätzlichen Bedürfnis nach Beziehung und Kommunikation in der momentanen Lebenssituation und mit einer Identität, die sich körperlich als auch geistig offenbart, betrachtet (vgl. Nydahl 2008, S. 3). Bei der

Basalen Stimulation ist Pflege die Grundlage der Kommunikation. Es wird dabei eine Kommunikationsform gewählt, die der Patient wahrnehmen und verarbeiten kann, z. B. eine basal stimulierende Ganzkörperreinigung. Hier begeben sich die Pflegenden auf die Ebene des Patienten (vgl. Nydahl 2008, S. 3). Durch diese Art der Kommunikation entsteht für schwerstkranke Patienten die Möglichkeit sich selbst erleben zu können, die Grenzen des eigenen Körpers zu erfassen und eine Welt abseits des Körpers zu erkennen sowie die Anwesenheit einer anderen, an ihnen interessierten Person wahrzunehmen (vgl. ebd.). Die Kommunikation ergibt sich aus der Reaktion und dem Signal des Patienten innerhalb des gemeinsamen Handelns. Diese beidseitige Wahrnehmung zwischen Pflegenden und Patienten ist eine wesentliche Maßnahme für die Entwicklung schwerstkranker Personen. Die Vorstellung „Wahrgenommen-werden“ und „Zugehört werden“ erzeugt Vertrauen und kann zu einer aktiven Beziehungsprägung beitragen (vgl. ebd.). In einer solchen Beziehung entsteht die Möglichkeit für den Patienten die eigenen Potenziale wahrzunehmen und zusätzlich die eigene geistige und körperliche Individualität wieder zu erkennen(vgl. ebd.).

Zusammenfassend lässt sich das Konzept der Basalen Stimulation unter folgenden Charakteristika beschreiben:

- Sie ist ein ganzheitliches, wachstums- und entwicklungsorientiertes Denkmodell
- Die Menschen sollen begleitet und die Entwicklungspotenziale der einzelnen Individuen gefördert werden
- Das entscheidende an der basal stimulierenden Betreuung besteht in der Orientierung an den elementaren Zielen des Menschen (vgl. Nydahl 2008, S. 5).

Der Grundgedanke dieses Konzepts basiert auf den Erkenntnissen der pränatalen Psychologie und der Entwicklungspsychologie. In diesen Disziplinen wurde in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten immer mehr bewiesen, dass das Individuum vor der Geburt vieles wahrnimmt, sich aktiv bewegt und mit der Mutter in einer direkten Verbindung steht (vgl. Bienstein, Fröhlich 2006, S. 40). Jeder Mensch hat

diese vorgeburtlichen Wahrnehmungen erlebt. Im Rahmen der Basalen Stimulation wird an diese frühen Erfahrungen angeknüpft (vgl. Bienstein, Fröhlich 2006, S. 40).

4.5 Körpertherapie-Methoden, die in der Pflegepraxis vorkommen

Dieser Abschnitt der Diplomarbeit setzt sich mit weiteren alternativen Körpertherapiemethoden in der Pflege auseinander, die die Berührung oder den Körperkontakt als eine Teilkomponente bzw. als ein Instrument im Verlauf einer Therapie zur Anwendung einsetzen und eine besondere Rolle in der Heilung spielen.

In den vergangenen Jahren kommen die professionellen Berührungstechniken in der Theorie und Praxis der Pflege vermehrt vor (vgl. Brieskorn-Zinke 1996, S. 135). Die Behauptungen über ihrer Heilwirkung entstehen einerseits aus den verschiedenen Heiltraditionen, andererseits aus wissenschaftlichen Analyseergebnissen (vgl. ebd.). Hier werden einige dieser Methoden zur Übersicht vorgestellt.

Das Therapiekonzept „Kinästhetik“ basiert auf Kenntnissen aus der Verhaltenskybernetik, der humanistischen Psychologie und dem modernen Tanz. Das Konzept wurde von Frank Hatch, Doktor der Verhaltenskybernetik und Lenny Maietta, Psychologin mit dem Schwerpunkt „Interaktion durch Berührung und Bewegung“ in der Krankenpflege, etabliert (vgl. ebd., Woiwoda 2003, S. 244).

Woiwoda beschreibt Kinästhetik als eine Methode, die durch eine gezielte und sanfte Berührung die Bewegungsmöglichkeit des anderen berücksichtigt und zur wirksamen Unterstützung der Wiedererlangung der Selbstständigkeit und einer verbesserten Lebensqualität führt (vgl. Woiwoda 2003, S.244). Das entscheidende Lerninstrument der Kinästhetik ist die Kommunikation durch Bewegung und Berührung. Das Bestreben der Kinästhetik ist das einfachste kindliche Bewegungsschema des Menschen bewusstwerden zu lassen. Diese Form der Bewegung ist rationell, makellos, ausgeglichen und fließend. Sie gehorcht dem systematischen Aufbau der menschlichen Physis (vgl. Woiwoda 2003, S. 244).

Das Prinzip der Kinästhetik ist Hilfe zur Selbsthilfe. Sowohl die Patienten als auch die Pflegenden können von dieser Methode profitieren. Die Pflegenden werden in

Zusammenhang mit dem Heben, Tragen und Bewegen von Patienten auch beachtlich entlastet (vgl. Brieskorn-Zinke 1996, S. 136).

Die Aufmerksamkeit liegt auf einem erlernbaren Konzept des feinfühligem und guten Berührens im Zusammenhang mit der gezielten Vermittlung von Bewegungsanregungen (vgl. ebd.). Die Berührungs- und Bewegungsausführung der Pflegenden in Handhabung mit den Patienten gewinnt an Qualität und das eigene Handlungsfeld der Patienten wird intensiv gefördert (vgl. ebd.).

Nach Einschätzung von Brieskorn-Zinke liegt die Schwierigkeit diese nützliche und wirksame Methode in den Alltag der Pflege zu integrieren einerseits in der Qualität, mit der diese Therapiemethode in der Öffentlichkeit präsentiert wird, andererseits in den Bedingungen, die die Pflegenden aus eigenem Antrieb für diese Methode mitbringen bzw. erlernen müssen, nämlich einer erlernten Bewegungsgeschicklichkeit und einer spontanen Berührungsfähigkeit (vgl. ebd.).

Berührungstechniken, wie „Akupressur – Shiatsu“, basieren auf relativ einfachen Handgriffen. Im heutigen China wird die Akupressur zur Selbstbehandlung bei Erschöpfungszuständen, gegen Verspannungen und zur Prävention von Krankheiten empfohlen. Die Behandlung erfolgt mit den Fingerkuppen, diese drücken oder massieren mit kreisenden Bewegungen gewisse Körperstellen. Die Massagen sollen spannungshemmend wirken (vgl. ebd., S. 132).

Eine weitere Methode ist die Craniosacrale Therapie, die zur Lösung von körperlichen Blockaden, speziell bei chronischen Schmerzen, eingesetzt wird. Die Therapie besteht aus feinen, kaum wahrnehmbaren Handgriffen, die der Therapeut im Bereich von Schädel, Wirbelsäule und Kreuzbein durchführt. Demnach ist der Begriff „craniosacral“ auf die lateinischen Wörter für Schädel „Cranium“ und Kreuzbein „Sacrum“ zurückzuführen (vgl. Schmuck, Wolfslehner 2009, S. 347).

Die Craniosacral-Therapie befasst sich mit dem Rhythmus der Gehirnflüssigkeit, die im Schädelinnenraum und entlang der Wirbelsäule fließt (vgl. Schmuck, Wolfslehner 2009, S. 347). Im Zusammenhang mit der Pflege könnten speziell drei Aspekte von Bedeutung sein, die durch die Therapie des craniosacralen Systems vorkommen:

- Die „Berührung“ in einer Form, die in der gesamten Zeit der Therapiesitzung in der Regel schmerzfrei ist und als behaglich empfunden wird. Die Patienten erzählen von einem intensiven und vertrauenswürdigem Beziehungsklima, das für viele fremd scheint oder schon lange nicht mehr am eigenen Leib erfahren wurde und für einige Patienten die Bedingung ist, um tatsächlich eine tiefe Entspannung erleben zu können. Speziell für ältere und alleinstehende Personen, die oft unter einem dauerhaften Mangel an Berührung leiden, erklärt dies oft die Heilungschancen (vgl. Schmuck, Wolfslehner 2009, S. 350).
- Die „sehr intensive Entspannung“ des Zentralnervensystems: Durch die Therapie und die lang dauernden Berührungen beruhigen sich die Patienten sehr stark. Es kommt zu einer tiefen Entspannung, die einen Eindruck von emotionalen Wohlbefinden hervorruft (vgl. ebd.).
- Die „somato-emotionale Ebene“ der Craniosacral Therapie ermöglicht traumatische Wirkungen auf körperlicher und psychischer Ebene loszulassen und das Bewusstsein dadurch wieder frei zugänglich zu machen (vgl. Schmuck, Wolfslehner 2009, S.351).

5 Psychologische Aspekte

Die Erkenntnisse aus der Entwicklungspsychologie, der Säuglingsforschung, der Bindungsforschung und der prä- und perinatalen Psychologie unterstreichen die präverbalen Erfahrungsbereiche und deren Bedeutung für die Grundstrukturen und Grundgestimmtheiten der menschlichen Psyche (vgl. Marlock, Weiss 2006, S. 1). Dennoch ist die Berührung als eine denkbare Intervention im Bereich der Psychotherapie, in der Forschung der anerkannten Psychotherapieverfahren der Verhaltenstherapie, in der Tiefenpsychologie sowie der Psychoanalyse ein wenig beachtetes Thema (vgl. Busch 2006, S. 517).

Möglicherweise ist es leichter einen Nachweis über das sprachliche Geschehen zu erstellen als eine Studie über die nonverbalen Vorgänge. Das Interesse der Psychologie an den Wechselwirkungen zwischen Physischem und Psychischem ist gering. Im Bereich der akademischen Psychologie existieren zahlreiche wissenschaftliche Theorien der Entwicklung des Psychischen und kaum eine Entwicklungstheorie des menschlichen Körpers als umfassendes Ganzes (vgl. ebd. S. 518).

Busch weist beispielsweise durch die Aussage von E. Jaeggi (1995), einer deutschen Psychoanalytikerin, auf das geringe Verständnis für die Berührungsbehandlung in manchen psychoanalytischen Kreisen hin, die die körperbezogene Berührungstherapie als einen unkritischen unprofessionellen Wunsch der Wiedergutmachung bezeichnen – „... wiedergutmachen, was nicht wieder gut zu machen ist.“ (ebd. S. 518). Zwischen „wiedergutmachen“ und korrigierender Erfahrung bestehen jedoch essenzielle Unterschiede. Ein Defizit an positiven Berührungserfahrungen kann niemals „wieder ersetzt werden“. Jedoch kann sich der Klient durch die Berührungstherapie seiner verinnerlichten Berührungsmodi des Defizits, des „mehr als nötig“, der Entwertung, der Bestrafung, der Unstimmigkeit bis hin zu physischen und psychischen Formen der Gewalt - annähern (vgl. Busch 2006, S. 518).

Die Körperpsychotherapie hat ihre Wurzeln in der Psychoanalyse, die aus der Psychoanalyse entwickelten körperpsychotherapeutischen Methoden setzen oft die

Kognition und Bewusstwerdung ins Zentrum der Therapie und gelangen dadurch zu einer Einsicht über die Selbstorganisation. In der Körperpsychotherapie spiegelt die Organisation des Körpers die psychische Innenwelt, die sich über eine Analyse der physischen Erfahrungen erläutern lässt. Der Körper wird eingesetzt, um diesen Erläuterungsprozess angenehmer zu machen. In der therapeutischen Arbeit können sich die körperlich-psychischen Funktionssysteme, die für die Entwicklung eines Individuums vordergründig sind, entfalten (vgl. Marlock, Weiss 2006, S. 1).

Therapeutisches Berühren besteht in der Körperpsychotherapie aus verschiedenen Interventionen und Techniken, die mit folgenden Stichworten von Busch beschrieben werden:

„die haltende und Halt gebende Berührung, [...], begleitender Berührung. Einengende und Raum gebende Berührungen. Beruhigen und Besänftigen. [...] Die fürsorglichen Hände und die fordernde Berührung. [...] In den Berührungen Verbindung und Abgrenzung erfahren.“ (Busch 2006, S. 520).

Busch beschreibt Berührung als einen Weg zum Unbewussten und deutet darauf hin, dass bereits Freud die Berührung in der Therapie angewendet hat, um den Zugang zum Unbewussten der Patienten zu initiieren (vgl. Busch 2006, S. 521).

Im Unterschied zu Freud, der keine eindeutigen Grenzen zwischen den taktilen und den sexuellen Bedürfnissen des Neugeborenen und des Kleinkinds ziehen konnte, betonen die repräsentativen und auch analytisch ausgerichteten Entwicklungstheorien, wie die Bindungsforschung, die Säuglingsforschung sowie die Neurobiologie, die Auswirkungen des Berührens im Zusammenhang auf frühkindliche Entwicklungsprozesse. Diese Entwicklungslinien implizieren die Belebung der Aktivität, die Unterstützung des Immunsystems, das Gemeinschaftsgefühl, das Sicherheitsgefühl und das Vertrauen (vgl. (Damasio 1999, Roth, 2001) zit. in: Busch 2006, S. 522).

Busch verweist auf Persönlichkeiten der Wissenschaft, wie etwa Ferenczi (1988), Winnicott (1974), Bowlby (1975), Boyesen (1987), Brown (1985), Bodella (1991), Petzold (1990, 1994), Kelemann (1990, 1992), von Uexküll et al. (1992), Heisterkamp (1993) und Moser (2001), die allesamt auf die schützende Aufgabe der

Haut und des Berührens sowie auf die Wichtigkeit der eingrenzenden und Halt gebenden Berührung hinweisen (vgl. Busch 2006 S. 522).

Die Berührung ist eine wirkungsvolle Vorgangsweise zur Reduzierung von Angst und zur Schaffung einer Wahrnehmung des Wohlgefühls und Vertrauens. Dies entsteht durch das Zusammenwirken von Oxytocin, Endorphinen und Serotonin. Aus therapeutischer Sicht festigt die Berührung häufig die Beziehung zwischen Klient und Therapeut (vgl. Marcher, Jarlmaes, Münster 2006, S. 535). Die Lernfähigkeit des Klienten wird durch die Anwendung der Berührung auf Grund des Zusammenwirkens von Oxytocin, der Herabsetzung des Cortisol-Spiegels und der Aktivität des parasympathischen Bereichs des autonomen Nervensystems gefördert (vgl. ebd.). Zusätzlich kommt es durch die Berührung bei den Klienten zu einem Anstieg der Aufmerksamkeit und zur Stärkung der Fähigkeit in sehr angestregten Situationen verweilen zu können, weil sie die Heftigkeit der Situation durch eine erhöhte Produktion des Oxytocins weniger bedrohlich erleben (vgl. Marcher, Jarlmaes, Münster 2006, S. 535).

Renommierte Biomediziner, wie Candace Pert und James Oschman, haben in den letzten Jahren integrative Konzepte repräsentiert, die berichten, wie alle Teile des menschlichen Körpers und Geistes miteinander in Wechselbeziehung stehen und wie Berührung dieses komplette System über Netzwerke steuert (vgl. ebd.).

Pert (1997) beschreibt in ihrem in einem populärwissenschaftlichen Stil geschriebenen Buch:

„ Natürlich glaube ich nicht, daß Zärtlichkeit allein alle unsere schweren Krankheiten heilen kann‘ [...] ‘Die Arzneimittel haben schon ihren Sinn, und ich weiß auch, daß sie das Leben vieler Menschen retten. Wenn ich eine schlimme Infektion habe, dann nehme ich Antibiotika. Sollte ich unter einer klinischen Depression leiden, dann nehme ich Antidepressiva. Doch aus meiner Arbeit über Endorphine weiß ich, daß Berührungen unsere körpereigenen Stoffe anregen und regeln können, und zwar genau in der richtigen Art und zum richtigen Zeitpunkt, so daß sie von maximalem Nutzen für unser Wohlbefinden und Wohlgefühl sind.“ (Pert 1997, S. 417).

Möglicherweise können Depressionen im Erwachsenenalter, so wie Tonella (2006) feststellt, eine Antwort auf die anfängliche Kontaktlosigkeit des Kindes mit der Mutter

(bzw. Bezugsperson) sein, die später einen Kontaktverlust mit dem eigenen Körper verursacht. Die therapeutische Handlungsweise besteht in einer Wiederherstellung eines fürsorglichen Kontaktes des Therapeuten mit dem Klienten, wobei das emotionale Erleben des Klienten geweckt wird (vgl. Tonella 2006, S. 774). Zuwendung, Wärme, Fürsorge und Verständnis können durch Körperkontakt erfahren werden und dem entspricht eindeutig das Bedürfnis des Klienten (vgl. ebd.).

Auch Heinerth (2006) bekräftigt in seinem klientenzentrierten Ansatz, dass bei psychischen Störungen in bestimmten Phasen der Therapie eine sichere emotionale Begleitung der Klienten unausweichlich ist. Die verbale Mitteilung scheint nicht immer ein ausreichendes Hilfsmittel zu sein, um alte Ängste überwinden zu können. Hier ist auch Körperkontakt als ein bedingungsloser Sicherheitsfaktor zu betrachten (vgl. Heinerth 2007, S. 279).

Aus Sicht der humanistischen Psychologie tendiert der Mensch kontinuierlich zu einer persönlichen Weiterentwicklung, zu Wachstumsmöglichkeiten und als ein soziales Wesen ist er auf die Zuwendung der Anderen angewiesen (vgl. Helle 2006, S. 134). Diese Ansicht wurde besonders von einer ganzen Reihe von Denkern der humanistischen Psychologie, wie Carl Rogers, Abraham Maslow, Rollo May und Charlotte Bühler, vertreten (vgl. Zimbardo 1996, S. 537).

Der personenzentrierte oder klientenzentrierte Ansatz als eine anerkannte Disziplin der humanistischen Psychologie entstand Mitte des 20. Jahrhunderts. Die theoretische Ausführung dieses Ansatzes geht auf den Psychologen Carl Rogers (1902 – 1987) zurück, der die theoretische Grundlage personenzentrierter Pflege daraus entwickelt hat. In diesem Ansatz wird die Selbstständigkeit des Menschen in den Vordergrund gestellt. Das Konzept geht von einer Vorstellung des autonomen, aus sich selbst heraus sein Leben gestaltenden Menschen aus, der im Stande ist eigenständig das Leben zu meistern und Lösungsmöglichkeiten für seine Probleme zu finden - wenn er die erforderliche Hilfe dabei bekommt (vgl. Schmid 2007, S. 42).

Diese Feststellung deutet auf die grundlegende Beziehungsabhängigkeit des Menschen hin. Das Bedürfnis nach Zuwendung und Liebe ist bei jedem Individuum von Geburt an vorhanden. Der Mensch kann sich nur in entsprechenden

zwischenmenschlichen Beziehungen konstruktiv entwickeln oder Fehlentwicklungen korrigieren (vgl. Schmid 2007, S. 42). Rogers bezeichnet diese Beziehung aus der therapeutischen Sicht die „Beziehung von Person zu Person“ oder explizit die Begegnung (Encounter) (vgl. ebd. S. 42f.). Die Qualität einer solchen Begegnung bzw. Beziehung besteht in „gegenseitiger respektvoller Akzeptanz“, „ohne der Vereinnahmung des Anderen und ohne der Beurteilung von außen“ und in der „wechselseitigen Anerkennung der Person“ (vgl. ebd. S. 43). Um sich einfühlsam der Gegenwart der Anderen zur Verfügung zu stellen, bedarf es der drei Prämissen Echtheit (Kongruenz), bedingungsloser Wertschätzung (Akzeptanz) und Einfühlungsvermögen (Empathie), die von Rogers (1957) als Grundhaltung der Gegenwertigkeit detailliert beschrieben werden (vgl. ebd. S.44, Nykl 2005, S. 16, Helle 2006, S. 135).

Die Gegenwertigkeit oder „Präsenz sein“ hat auch einen körperlichen Inhalt – menschliche Begegnung ist unter anderem auch der physische Kontakt – sie bedingt physische Anwesenheit, sie ist Berührung, „Berühren und berührt werden“ (vgl. Schmid 2007, S. 44).

„Man kann dies alles auch ganz einfach mit einem wohl bekannten, oft missverstandenen Wort bezeichnen: als Liebe. Liebe ist dann freilich nicht in einem paternalistischen oder sentimental oder erotisch-sexuellen Sinn gemeint, sondern im Sinne ‚prosozialer Motivation‘ (Binder 1996) oder, wie Rogers [...] selbst sagt, im Sinne der ‚Agape‘ [...] als bedingungsfreie, mitmenschliche Zuwendung“ (ebd. S. 45).

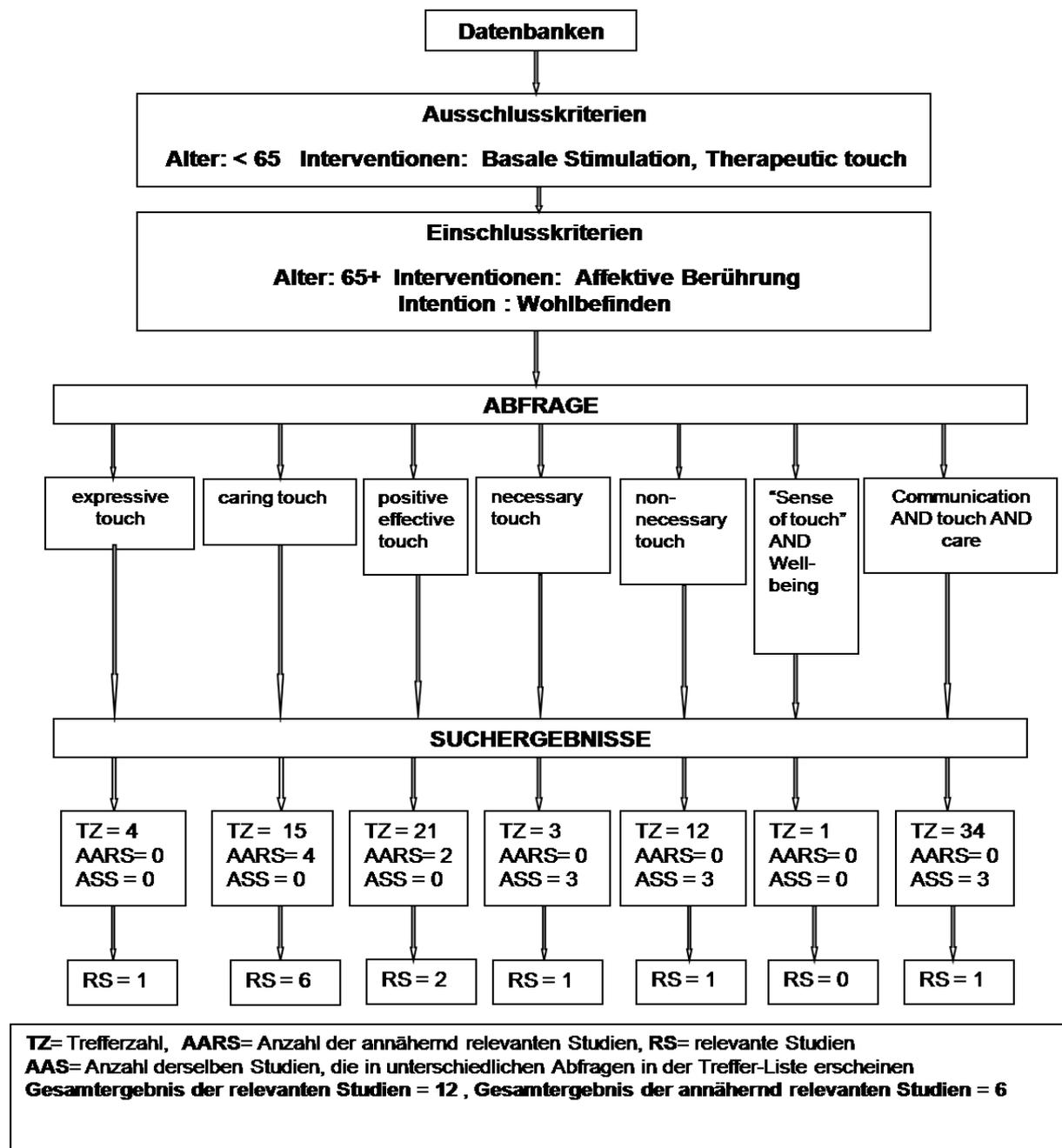
6 Forschungsstand

Um die relevante Forschungsliteratur und verwandte Literatur für die Modalität, die Häufigkeit und die Intervention des Körperkontaktes bzw. der Berührung in den pflegerischen Handlungen auffinden zu können, mussten zuerst die Anwendungsform und die Intention der Berührung im Rahmen dieser Diplomarbeit festgelegt werden. Der Leitgedanke dieser Arbeit ist zu zeigen, welche Relevanz die „einfühlsame Berührung“, „caring touch“, „positive effective touch“, „expressive touch“ bzw. „non-necessary touch“ für das Wohlbefinden der pflegebedürftigen älteren Personen in der Pflegepraxis haben und welche Studien und Pflegeforschungen im Sinne dieser Auffassung existieren. Wenn auch die vorhandenen Studien dieses Thema ausreichend behandeln, so stellt sich dennoch die Frage, ob die Durchführung von weiteren Studien für eine bessere Evidenz relevant wäre.

Im Zuge der Bearbeitung und Fertigstellung dieser integrativen Literaturarbeit zum Thema „Heilsame Berührungen – die psychosoziale Wirkung von Körperkontakt in der Pflege“ wurde in verschiedenen Datenbanken, wie beispielsweise Cinahl, Pubmed, Medline, „Google Scholar“, im Gesamtkatalog des OBV (Suchmaschine des österreichischen Bibliothekenverbandes), im Online-Katalog der „Büchereien von Wien“ und in der „Rudolfinerhaus Pflegebibliothek“, recherchiert. Es wurden systematische Anfragen in den erwähnten Datenbanken mit Schlagwörtern, wie z .B. „Körperkontakt und Pflege“, „Berührung und Pflege“, „sense of touch AND wellbeing“, „communication AND touch“, „benefits of touch“, „touch AND care AND aged“, „elderly AND touch“, „positive effective touch AND elderly“, „necessary touch AND elderly“, „unnecessary touch AND elderly“, „non-necessary touch AND elderly“, „caring touch“, „expressive touch“ usw., durchgeführt. Die Suchergebnisse wurden anhand der Qualitätskriterien nach LoBiondo-Wood und Haber (2005) bewertet.

Die Zusammenfassung jedes Treffers wurde nach bestimmten Kriterien analysiert, z. B. ob die Pflegebedürftigen zwecks Steigerung des Wohlbefindens und als ein Zeichen der Zuwendung nach ihrer jeweiligen Verfassung vom Pflegepersonal affektive Berührungen bekommen haben (relevante Studie) bzw. zur Verminderung ihrer Beschwerden mit bestimmten Berührungstechniken (Massage) behandelt wurden (annähernd relevante Studie).

Die folgende grafische Darstellung soll einen Eindruck vom Ablauf des Rechercheverfahrens und vom Prozess zur Feststellung der relevanten Studien und annähernd relevanten Studien geben.



Die Zahl der zutreffenden Suchergebnisse weist darauf hin, dass das Phänomen Berührung kein vernachlässigtes Thema in der Pflegeforschung darstellt. Viele Studien, speziell amerikanische Studien, analysieren die Effektivität des „therapeutic touch“ bei der Schlafstörung, der Schmerzempfindung, bei Angstzuständen, der Wundheilung und dem Immunsystem der älteren pflegebedürftigen Patienten.

Auch die Effizienz der Berührung wird häufig anhand unterschiedlicher Behandlungstechniken, wie etwa „therapeutic touch“, Aromatherapie bzw. Massage, in Zusammenhang mit der Angstverminderung, der Schlafförderung bzw. der Beruhigung und der Interaktionsförderung an Demenz bzw. Alzheimer erkrankten Patienten untersucht.

Speziell im Bereich der Schmerztherapie existieren viele Studien in Bezug auf die Auswirkungen unterschiedlicher Massagetechniken bei der Schmerzreduktion. Dennoch besteht lediglich eine begrenzte Anzahl an quantitativen und qualitativen Studien, die ausschließlich die Effektivität der affektiven Berührung für das Wohlbefinden der pflegebedürftigen Personen in den Fokus der Studie stellen. Manche Forschungsarbeiten bzw. Studien untersuchen die aktuellen, thematisch entsprechenden Literaturarbeiten und basieren auf den Ergebnissen anderer Forschungen. Ihren Beitrag leisten sie somit lediglich darin, dass sie den aktuellen Forschungsstand zu diesem Thema dokumentieren, um feststellen zu können, ob weitere Forschungen notwendig sind.

Grundsätzlich ist zu bemerken, dass bezüglich der Effektivität der affektiven Berührung auf das Wohlbefinden im deutschsprachigen Raum lediglich vereinzelte Studien existieren und diese auch mehrheitlich Diplomarbeiten, Dissertationsarbeiten bzw. Literaturarbeiten sind. Hier werden einige zu diesem Thema gefundene relevante bzw. annähernd relevante Studien und Forschungsarbeiten zur besseren Übersicht über den aktuellen Forschungsstand aufgelistet und kurz erläutert.

Im Verlauf der Recherchen wurden zum Phänomen „Berührung“ bzw. „Körperkontakt“ drei verschiedene, dennoch in bestimmten Merkmalen übereinstimmende wissenschaftliche Arbeiten (Diplomarbeit, Dissertationsarbeit) im deutschsprachigen Raum gefunden, von denen manche Teilaspekte in dieser

Diplomarbeit berücksichtigt wurden und in der folgenden Tabelle kurz erläutert werden:

<p>Berühren in der Pflegesituation. Intentionen, Botschaften und Bedeutung. Autorin: Anke Helmbold (Dissertationsarbeit, 2007): Universität Witten.</p>
<p>Eine phänomenologische qualitative Forschungsarbeit - in dieser Studie wird die Bedeutung der Berührung aus der Sicht der professionell Pflegenden untersucht.</p>
<p>Berührung in der Pflege - die Bedeutung von Berührung durch Pflegepersonen für alte Menschen in Alten- und Pflegeheimen. Autorin: Christine Aigner (Diplomarbeit, 2009): Private Universität UMIT, Hall in Tirol.</p>
<p>Eine qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring – die Arbeit befasst sich mit der Bedeutung des Erlebens, des Empfindens und den Bedürfnissen von Pflegeheimbewohnern in Zusammenhang mit Berührung durch die Pflegenden.</p>
<p>Berührung in der Pflege alter Menschen – Eine Literaturübersicht. Autoren: Brigitte Braunschmidt, Gerhard Müller (Bakkalaureatsarbeit, 2011): Private Universität UMIT, Hall in Tirol. Zeitschrift: Pflegewissenschaft 2011(10) S. 517-24.</p>
<p>Eine Literaturarbeit – die Arbeit analysiert, mit welchen Absichten das Pflegepersonal alte pflegebedürftige Personen in der Altenpflege berührt – welche Situationen die körperliche Berührung älterer Personen in der Pflege beeinflussen – an welchen Körperteilen und in welchem Ausmaß Pflegende die pflegebedürftigen älteren Menschen während ihrer Pflgetätigkeit berühren (vgl. Braunschmidt 2011).</p>

Es wurden auch andere themenbezogene internationale Studien und Forschungsarbeiten ermittelt, die nachfolgend in einer kurzen Zusammenfassung vorgestellt werden.

<p>Embodied reflection in practice – ‘Touching the core of caring’ Ranheim, A. et al. (2010)</p>
<p>Diese phänomenologisch hermeneutische Studie untersucht Reflexionen über die Theorie der pflegerischen Fürsorge durch die Einbeziehung der praxisbezogenen Pflegehandlung „Berührung“ an älteren Pflegeheimbewohnern. Sieben freiwillige Pfleger behandelten als „coresearcher“ die Heimbewohner mit rhythmischen Einreibungen (Rhythmical Embrocation = RE) und begleitenden Gesprächen zwei bis dreimal in der Woche in einem Zeitraum von vier Monaten in einem schwedischen Altenpflegeheim. Die Ergebnisse bestätigen, dass die Pflegenden durch diese pflegerische Handlung eine bessere Wahrnehmung und pflegerische</p>

Kreativität für die Pflegeheimbewohner entwickelten und die Patienten durch diese Entwicklung auf längere Sicht profitieren.

Die Erfahrungen der Pflegenden über die Durchführung der rhythmischen Einreibungen und begleitenden Gespräche wurden beschrieben als:

„The RE was described as being an immensely attentive encounter with the elderly; accomplishing presence with calmness and sensing quietness coming forth with an increased focus for the both interacting.” (Ranheim et al. 2010, S.243f.).

Eine weitere Ausführung zeigt, dass die Berührung als eine Pflegehandlung ein beidseitiges Erlebnis sowohl für die Pflegenden als auch für die Patienten bedeutet.

„The nurses clearly experienced that RE created calmness in breathing and of the mind for both the nurses and the elderly. The breathing frequency decreased; cold hands turned warm, and a calm and quiet spirit appeared. On several occasions, although the RE lasted for just 5 min, the elderly fell asleep during or after receiving RE.” (Ranheim et al. 2010, S.245).

Massage Therapy for Stress Management Implication for nursing practice

Labrique-Walusis, F., Keister K. J., Russel, A.C. (2010)

Die kritische Überprüfung der Literatur hat zwei wesentliche Themen in Bezug auf Massage als Therapie aufgezeigt:

- Forschung, die behauptet, dass Massage in einem direkten Zusammenhang mit positiven Gesundheitsergebnissen steht .
- Forschung, die keine oder nur wenige messbare physiologische Veränderungen durch die Massage feststellt, dennoch wurden nach Empfindung der Patienten deren Stress und Angst reduziert.

Eine einfache Behandlung mit Berührung, wie etwa eine fünfminütige Hand- oder Fußmassage, kann zur Senkung des Stresses in der Patientenwahrnehmung nützlich sein.

„As research has demonstrated, the simple act of touch-focused care, even a simple 5-min hand or foot massage, can be useful in lowering a patient’s perceived level of stress.” (Labrique-Walusis, Keister, Russel 2010, S. 256).

„Further research is necessary on the benefits and risks of implementing massage therapy in the hospital setting.” (Labrique-Walusis, Keister, Russel 2010, S. 254).

**The outcome of tactile touch on oxytocin in intensive care patients:
a randomized controlled trial**

Henricson, M. et al. (2008)

Diese randomisierte kontrollierte Studie analysiert die Auswirkungen des taktilen Berührens auf das Hormon Oxytocin beim Patienten in der Intensivbehandlung in einem Zeitraum von fünf Tagen.

Die Studie wurde mit 44 Patienten an zwei allgemeinen intensiven Pflegeabteilungen durchgeführt, die nach einer Zufallsverteilung in einer Interventionsgruppe (n=21) mit der Behandlung durch taktilen Berühren und einer Kontrollgruppe (n=23) mit der Standardbehandlung aufgeteilt waren. Die Werte des Oxytocins im Blut wurden vor und nach der Behandlung gemessen.

Die Ergebnisse zeigten keine Übereinstimmung mit der Annahme der Hypothese, die einen Anstieg der Oxytocin-Werte im Blut durch die Behandlung des taktilen Berührens vorhersagte. Dennoch kam es zu einer interessanten Beobachtung: nach dem sechsten Tag der Behandlung gingen die Werte des Oxytocins im Blut der Patienten der Kontrollgruppe im Vergleich zu den Patienten in der Interventionsgruppe zurück.

„Tactile touch seemed to reduce the activity of the sympathetic nervous system. Further and larger studies are needed in intensive care units to confirm/evaluate tactile touch as a complementary caring act for critically ill patients.” (Henricson et al. 2008, S.2624).

Effects of Hand Massage on Comfort of Nursing Home Residents.

Kolcaba, K., Schirm, V., Steiner, R. (2006)

Eine quasi-experimentelle Studie untersucht die Effektivität der Handmassage (HM) in Bezug auf das Wohlbefinden, die Behaglichkeit und die Zufriedenheit von Heimbewohnern in der Langzeitpflege.

Die Interventionsgruppe erhielt in einem Zeitraum von fünf Wochen sechs Massagebehandlungen. Die Massagebehandlung für beide Hände dauerte zehn bis fünfzehn Minuten. Am Anfang der Behandlung wurde für jeden Heimbewohner ein zuständiges Pflegepersonal bestimmt und diese Zuordnung blieb über die gesamte Behandlungsperiode unverändert.

Ziel dieser Analyse ist es mit einer einfach erlernbaren, schnell durchführbaren und

kostengünstigen Pflegehandlung, wie z. B. der Handmassage, die Behaglichkeit und Zufriedenheit der Heimbewohner zu verbessern.

Die Ergebnisse zeigen kaum erkennbare Veränderungen im Wohlbefinden bzw. der Zufriedenheit der Interventionsgruppe im Vergleich zu dem Wohlbefinden bzw. der Zufriedenheit der Kontrollgruppe. Dennoch ist die Durchführung der Handmassage als eine einfache Behandlungsform zur Zufriedenstellung der Heimbewohner als auch der Pflegenden zu empfehlen, wie Kolcaba, Schirm und Steiner aus den Gesamtergebnissen dieser Studie resultieren.

„Results of this study show that HM is easily learned, noninvasive, simple to administer, and enhances satisfaction with care. The lack of nursing assistant participation, however, points to the need to promote this simple comfort intervention among frontline workers who are in a position to affect quality of care. Nursing management and other administrators may need to make interventions such as HM a routine expectation in daily care, thereby enhancing not only resident comfort also satisfaction with care in general.” (Kolcaba, Schirm, Steiner 2006, S. 90).

A review of the use and clinical effectiveness of touch as a nursing intervention.

Gleeson, A., Timmins, F. (2005)

Ziel dieser Literaturübersicht ist es, die Nutzung und die Effektivität der körperlichen Berührung als ein Kommunikationsmittel zwischen Pflegekräften und den Patienten zu ermitteln. Es wurden die Anwendung der Berührung durch die Pflegekräfte, die Auswirkungen und Erfahrungen der Berührung erforscht.

Besonderes nennenswert sind die psychologischen Auswirkungen, die Gleeson und Timmins in ihrer Literaturarbeit aus einigen Studienergebnissen resultiert haben, dass „non-neccessary touch“ beruhigende, wohltuende und pflegende Wirkungen auf Patienten hat (vgl. (Norberg et al., 1986, Schoenhofer, 1989, Mc Cann and Mc Kenna, 1993, Adomat and Killingworth, 1994 and Moore and Gilbert, 1995 and Routasalo and Lauri, 1998) zit. In: Gleeson, Timmins 2005, S. 75).

„Touch has been muted as a valuable channel of non-verbal communication in nursing and students are advised of its potential theoretical benefits to clients.” (Gleeson, Timmins 2005, S. 69).

The use of touch to enhance nursing care of older person in longterm mental health care facilities.

Gleeson, A., Timmins, F. (2004)

Auch diese Literaturarbeit wurde von Gleeson und Timmins (2004) erarbeitet, um die Auswirkungen der Berührung als ein wertvolles Mittel der nonverbalen Kommunikation in der pflegerischen Anwendung im Zusammenhang mit dem Wohlbefinden bzw. die Erfahrung der älteren pflegebedürftigen Menschen in der Langzeitpflege zu eruieren (vgl. Gleeson, Timmins 2004, S. 541).

Die Zusammenfassung dieser Arbeit ermittelt einerseits die positive Wirkung der Berührung zur Reduktion der Angstzustände bzw. die Zufriedenheit der Patienten. Andererseits betont sie die Notwendigkeit weiterer empirischer Forschungen, um die Anwendung der expressiven Berührung in der Pflege ohne Bedenken argumentieren zu können (vgl. Gleeson, Timmins 2004, S. 545).

„Clearly, knowledge development in this specific area is in the embryonic stages. While the studies on the topic reported some interesting findings, methodological issues abound. Clients reported positively about physical touch by nurses and perceived it to be a source of comfort and integral to care situation. Expressive physical touch appeared to reduce client anxiety. However, the purported benefits of this activity require further exploration.” (Gleeson, Timmins 2004, S.545).

Meanings of giving touch in the care of older Patients: becoming a valuable person and professional.

Edvardsson, J. D., Sandman, P., Rasmussen, B. H. (2003)

Ziel dieser phänomenologisch hermeneutischen Studie ist die Bedeutung der Berührung in der Pflege älterer Patienten zu beleuchten und die Erfahrungen der Pflegenden in Bezug auf das körperlichen Berühren bei den älteren Pflegebedürftigen zu analysieren (vgl. Edvardsson, Sandman, Rasmussen 2003, S. 601).

Es wurden zwölf professionell Pflegenden, die in dieser Studie im Norden von Schweden teilgenommen haben, befragt.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Berührung älterer Patienten zu einer Veränderung der Erfahrung bei den Pflegenden führt, sodass sie sich anschließend als wertvolle, professionelle Person wahrnehmen, die nicht länger machtlos mit dem Leid der Patienten konfrontiert ist und die durch die Bedeutung der Berührung die Kraft gewonnen haben, dieses Leid zu lindern (vgl. Edvardsson, Sandman, Rasmussen 2003, S. 601).

„According to participants, giving touch had power to shed new light on their experiences of caring for older patients suffering from dementia and/or pain. Through giving touch, they were empowered as carers by being able to ease suffering and to be with patients in an equal moment of relaxation.” (Edvardsson, Sandman, Rasmussen 2003, S. 606).

Touch in the care of people with profound and Complex needs: A Review of the Literature.

Dobson, S., et al. (2002)

Diese Literaturarbeit untersucht die bereits vorhandenen Forschungsarbeiten zum Thema Berührung, um die Anwendung der körperlichen Berührung bei Menschen mit stark eingeschränkten Fähigkeiten zu erforschen.

„Touch is an important part of therapeutic, behavioral and cognitive interventions with people with learning disabilities (Dobson, et al. 2002, S.360).

“touch is of benefit in care programmes if used in an informed way (Dobson et al. 2002, S.360)”.

“Even though touch is widely used as a medium of communication with people with learning disability, it is very much an under-researched area in this field (Dobson, et al. 2002, S.360).”

The Use of Human Touch to improve the Well-Being of Older Adults: A Holistic Nursing Intervention.

Bush, E. (2001)

Bush thematisiert in ihrer Arbeit die bereits existierenden Berichte und Literaturarbeiten zum Thema Körperkontakt bei älteren pflegebedürftigen Menschen in der Pflegepraxis. Das Hauptaugenmerk dieser Arbeit liegt in der Anwendung der Berührung in Form von „therapeutic touch“, Massage und anderer Berührungsarten auf das Wohlbefinden von älteren verwirrten Patienten bzw. Patienten in der Palliativpflege.

Bush legt mit der folgenden Zusammenfassung genau fest, welche Themen in dieser Arbeit die hauptsächlichen Interessen waren und warum dieses Thema weitere Forschungen benötigt:

„Based on the limited data available, touch appears to have the potential to benefit older adults in a number of ways. These include comfort enhancement among dying persons and their caregivers (Carnahan, 1988; Kubler-Ross, 1970; McCorkle, 1974; Sims, 1988) and modest improvement of confusional symptoms among the cognitively impaired (Burnside, 1973; Languard & Panicucci, 1982; Synder & Olson, 1996). Touch also appears to be a noninvasive means of ameliorating some of the effects of long-term institutionalization (Fraser & Kerr, 1993) and short-term hospitalization

(Cheung, 1991). However, much of the data that do exist suffer from less-than-meticulous study designs, subjectivity, and sampling deficiencies, causing promising results to be impaired by a lack of generalizability" (Bush 2001, S.266).

Outcomes of Comfort Touch in Institutionalized Elderly Female Residents.

Butts, J. B. (2001)

Diese Studie untersucht die Auswirkungen der beruhigenden Berührung (comfort touch) auf das Selbstwertgefühl, das Wohlbefinden, die sozialen Prozesse, den Gesundheitszustand, die Selbstaktualisierung, die Lebenszufriedenheit und die Selbstverantwortung von 45 älteren weiblichen Heimbewohnern. Die Ergebnisse zeigen, dass die beruhigende Berührung die Wahrnehmung auf allen zuvor genannten Ebenen wesentlich verbessert.

„The ultimate intent of this study was to examine whether comfort touch improved how institutionalized elderly female residents felt about themselves during a 4-week intervention. Consistently, the findings suggested that comfort touch improved their perceptions of self-esteem, well-being and social processes, health status, life satisfaction and self-actualization, and faith or belief and self-responsibility.” (Butts 2001, S. 182).

The use of touch in caring for people with learning disability.

Gale, E., Hegarty, J. R. (2000)

Diese Studie wurde in drei verschiedenen Pflegeheimen durch die Methode der teilnehmenden Beobachtung in einem Zeitraum von vier Wochen durchgeführt, um die Art und Häufigkeit der Anwendung der Berührung, die durch Pflegende bei der Betreuung von Patienten mit starken Beeinträchtigungen zum Einsatz kommt, zu untersuchen.

Die verschiedene Berührungsvarianten wurden wie folgt definiert:

- Instrumentale Berührung (instrumental touch), wie z.B. das Verabreichen von Injektionen, Blutdruck messen
- Prozessuale Berührung (procedural touch), wie z.B. einen Verband anlegen, Baden
- Funktionale Berührung (functional touch)), wie z.B. Waschen, Anziehen
- Expressive Berührung (expressive touch)), wie z.B. spontane Berührung zum Ausdruck der emotionale Gefühle wie etwa. Hände streicheln, umarmen
- Zufällige Berührung (accidental touch) wie z. B. jemand unabsichtlich anstoßen
- Therapeutische Berührung (therapeutic touch) wie z.B. Massage,

Physiotherapie

Die Gesamtergebnisse zeigten, dass die funktionale Berührung (functional touch) doppelt so häufig wie die expressive Berührung eingesetzt wurde.

Eine wichtige Schlussfolgerung dieser Arbeit ist die Frage, ob das Pflegepersonal mehr zur Durchführung der expressiven und therapeutischen Berührung ermutigt und trainiert werden soll. Vielleicht würde sowohl für die Klienten als auch für das Pflegepersonal eine expressive Berührung wohltuend sein.

„The authors accordingly believe that expressive touch used deliberately and professionally, as therapeutic medium, should be incorporated into the provision of care.” (Gale, Hegarty 2000, S. 105).

Die Autoren schlagen weitere Forschungen vor.

„Areas for further research are suggested in this study since touch, as an element of caring, has received little attention. Further research [...] is required to investigate how touch can be a therapeutic approach in its own right and to document the benefits to clients.” (Gale, Hegarty 2000, S. 105).

Providing Tender Touch Massage to Elderly Nursing Home Residents: a Demonstration Project.

Sansone, P., Schmitt, L. Geriatric Nursing (2000)

Dieses Projekt untersuchte ein Jahr lang die Effektivität der sanften Massage auf zwei Gruppen von älteren Pflegeheimbewohnern, die an chronischen Schmerzen und an Demenz mit Angstzuständen und Ruhelosigkeit litten.

Die Pfleger waren durch die Massagetherapeuten trainiert. Das Projekt wurde in drei Phasen innerhalb von zwölf Wochen aufgeteilt. Verschiedenes Pflegepersonal und auch verschiedene Heimbewohner waren in jeder Phase involviert. 59 von 71 Bewohnern beendeten dieses Zwölf-Wochen-Programm.

Der Schmerzzustand sank am Ende jeder Phase und der Angstzustand nahm in zwei von den drei Phasen ab. 48 Prozent der teilnehmenden Pfleger berichteten, dass die Bewohner die sanfte Berührung genossen haben und 71 Prozent vermuten, dass diese Form der Massage ihre Kommunikationsfähigkeit mit den Bewohnern verbesserte.

„Providing massage therapy in the nursing home setting, as this project demonstrated, can be useful and relatively inexpensive.” (Sansone, Schmitt 2000, S. 307f.).

“Clearly, the findings from this study indicate the need for more systematic quantitative and qualitative research on the effects-both physical and psychologic-of massage therapy with the elderly population. In addition to the long-term care setting, this research could be done in any setting that addresses the chronic pain, anxiety, or agitated behaviors sometimes experienced by older adults.” (Sansone, Schmitt 2000, S. 308).

Non-verbal behaviour in nurse-elderly patient communication.

Caris-Verhallen, W.M.C.M., Kerkstra, A., Bensing, J.M. (1999)

Diese Studie erforscht das Auftreten von nonverbaler Kommunikation in der Patient-Pflege-Interaktion in zwei unterschiedlichen Pflegeumfeldern: im Pflegeheim und im Altersheim. Es wurden Videoaufnahmen von der Patient-Pflege Kommunikation aufgezeichnet. Sechs nonverbale Interaktionen wurden beobachtet: direkter Augenkontakt zum Patienten, bestätigendes Kopfnicken, Lächeln, sich nach vorne lehnen, affektive und instrumentelle Berührung. Mit Ausnahme der instrumentellen Berührung sind diese nonverbalen Verhaltensweisen zur Stabilisierung einer guten Beziehung mit dem Patienten offensichtlich wichtig.

Im Interesse dieser Diplomarbeit werden von dieser Studie nur die Berührungsaspekte betrachtet.

„Touch is a very important aspect in building rapport and establishing a relationship. Touch has also the potential to convey affection, care and comfort (McCann & McKenna 1993, De Wever 1977).“ (Caris-Verhallen, Kerkstra, Bensing 1999, S. 810).

Die Ergebnisse zeigen, dass mehr als 40 % bei jedem pflegerischen Treffen zur affektiven Berührung zwischen Patienten und Pflegekräfte kam. Die instrumentellen Berührungen wurden viel öfters als die affektiven Berührungen beobachtet.

7 Schlussfolgerungen

Im Zuge dieser vorliegenden Literaturlarbeit wurden die einschlägige Fachliteratur und aktuelle Studien untersucht, um die psychosoziale Bedeutung von Körperkontakt bzw. von heilsamen körperlichen Berührungen sowohl bei gesunden als auch bei kranken pflegebedürftigen älteren Menschen zu ermitteln. Aus der Analyse der themenbezogenen Literatur und den Forschungsergebnissen lassen sich folgende Feststellungen zusammenfassend hervorheben:

- Die körperliche Berührung bzw. Körperkontakt und Zuwendung sind ein elementares Bedürfnis der Menschen – speziell das grundlegende Bedürfnis der Neugeborenen und der frühgeborenen Säuglinge nach der elterlichen körperlichen Nähe wurden von der Säuglingsforschung und der Bindungstheorie eindeutig bekräftigt.
- Der positive Einfluss des Körperkontaktes auf das menschliche Wohlbefinden wird von den aktuellen Forschungen vielfach bestätigt.
- Eine bedeutende Komponente der nonverbalen Kommunikation stellt die Berührung dar, die als ein unverzichtbares Phänomen in allen Bereichen, wo die zwischenmenschliche Beziehung im Mittelpunkt der beruflichen Tätigkeit steht, zur Anwendung kommt, wie z.B. im Gesundheitswesen (Pflege, Physiotherapie, Medizin, Körperpsychotherapie), der Pädagogik und im Sport.
- Das Phänomen „Berühren und berührt werden“ impliziert viele positive bzw. negative Aspekte der zwischenmenschlichen Beziehung, wie z. B. Intimität, Sexualität, Liebe, Zuwendung, Sympathie, Empathie, Zuneigung, Ekel und Gewalt.
- Die Studien berichten von der positiven Wirkung der affektiven Berührung sowohl auf das Befinden der Pflegenden als auch der pflegebedürftigen älteren Menschen.
- Die Berührung ist das wichtigste Instrument einiger Therapieformen (Massage, Basale Stimulation, Cranio-Sacral Therapie), die zur Verminderung des Schmerzes, des Angstzustands, der Schlaflosigkeit und der Ruhelosigkeit in der Pflegepraxis zum Einsatz kommen können.
- Das weitverbreitete Wissen über die positiven Wirkungen der Massage und die breite Akzeptanz in der Bevölkerung lassen die Massage als eine

Behandlungsmöglichkeit für viele menschliche Beschwerden kosteneffizient, leicht erlernbar und effektiv in die Pflegepraxis umsetzen.

- Instrumentelle, funktionale Berührungen kommen in der Pflegepraxis viel häufiger als expressive, affektive Berührungen vor – möglicherweise könnten diverse instrumentelle Berührungen, wie z.B. Waschen, gemeinsam mit expressiven Berührungen umgesetzt werden.
- Die genderspezifische Verhaltensdifferenzierung zu diesem Thema sollte in der Pflegepraxis berücksichtigt werden.
- Nahezu alle Studien und Forschungsarbeiten empfehlen die Durchführung von weiteren qualitativen bzw. quantitativen Forschungen zu diesem Themenbereich.

Die Ergebnisse der aktuellen Studien zeigen, dass zum Thema der genderspezifischen Verhaltensunterschiede im Zusammenhang mit dem Phänomen Berührung kaum Pflegestudien existieren. Auch der Aspekt Alter und Geschlecht im Bezug auf die Thematik Berührung scheint wenig erforscht zu sein. Ferner könnte das Phänomen Ekel im Zusammenhang mit der Berührung bzw. Körperkontakt aus der Sicht der Pflegenden als auch der Pflegebedürftigen analysiert werden. Möglicherweise sollten auch die negativen Aspekte des Körperkontaktes auf das Befinden der Menschen aus der Sicht der Betroffenen erforscht werden.

Die aktuellen Forschungen und auch die einschlägige Fachliteratur bestätigen, welche bedeutende Rolle das Phänomen „Berühren, berührt werden“ im Rahmen der pflegerischen Handlungen spielt. Umso auffallender ist es, dass die Recherche nach Begriffen wie Körperkontakt, Berührung, berühren bzw. Massage im Manuskript des österreichischen offenen Curriculums „Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege“ keinen Treffer erzielte, wohingegen Begriffe wie Waschen, Baden, Essen prompt zu finden sind. Die Thematik „Berührung“, die einen wesentlichen Aspekt in den Pflegehandlungen darstellt, bleibt, zumindest nach den Begrifflichkeiten zu beurteilen, unbeachtet. Auch die Thematik „Sexualität“ im Zusammenhang mit dem Tabuthema Ekel und Gewalt werden im Curriculum zu Recht in Erwägung gezogen, dennoch bleibt das Phänomen „Berühren“ bzw. „Körperkontakt“ auch in diesen eben genannten Themen unerwähnt. Immerhin könnte dieses Phänomen im Zusammenhang mit der Kommunikation erwähnt werden.

Das Thema „Körperkontakt“ bzw. das Phänomen „Berührung“ als ein wichtiger Teilaspekt der Kommunikation und der zwischenmenschlichen Interaktion sollte in der Pflegeausbildung, besonders in Unterrichtsfächern wie z.B. Psychologie und Kommunikation, sowohl theoretisch als auch praktisch prinzipiell detaillierter behandelt werden, um zukünftigen Pflegekräften den Stellenwert der Berührung in den pflegerischen Handlungen sachlich zu vermitteln.

Idealerweise könnte das Thema Körperkontakt bzw. Berührung, wie z.B. der Gegenstand Ernährung, als eine eigenständige Unterrichtseinheit im Curriculum eingeplant sein und theoretisch wie auch praktisch von den Auszubildenden unterrichtet und im Zusammenhang mit vielen anderen Themen, wie z. B. pflegetherapeutischen Maßnahmen (Massage, Basale Stimulation usw.), Ekel, Zuwendung, Gewalt, Tabu und Kultur, erörtert werden, um die zukünftig Pflegenden mit der Bedeutung dieses Themas realistisch im Sinne der Praxis zu konfrontieren.

Gegenwärtig bekommt das Phänomen „Berührung“ in der Populärliteratur, in nicht-wissenschaftlichen Werken und in Ratgebern bzw. in der esoterisch angehauchten Literatur und in Fortbildungsseminaren bzw. Kuschelseminaren zum Teil vielfache Aufmerksamkeit. Auch finden manche Angebote im Bereich der alternativen Behandlungsformen, wie z. B. Massage, Shiatsu usw., in privaten Institutionen große Resonanz. Der Grund für dieses Interesse liegt auch in der starken Nachfrage seitens der Konsumenten, die in einer berührungsaarmen Gesellschaft nach Alternativen suchen. Vielleicht sollte das Gesundheitswesen auf diese Nachfrage aktiver als bisher reagieren.

Abschließend besteht die Möglichkeit manche Themen, die mit dem Phänomen Körperkontakt in Verbindung stehen und noch nicht in dieser Diplomarbeit vorgebracht wurden, lediglich vorzustellen, um den Einflussbereich des Phänomens Berührung und dessen Themenvielfalt zu zeigen.

Das Phänomen Berührung im Zusammenhang mit dem Phänomen Ekel stellt eine wichtige Problemstellung in der Pflegepraxis dar, die in dieser Arbeit kaum zur Sprache kam. Auch die therapeutische Wirkung der Mensch-Tier-Beziehung auf das

Wohlbefinden der Menschen als eine alternative Berührungsmöglichkeit konnte aufgrund der umfangreichen Thematik nicht erläutert werden.

Die Auseinandersetzung mit diesem Themenbereich bestätigt im Nachhinein umso mehr die Ansicht, dass das Phänomen Berühren für die Pflegeberufserfahrung von besonderer Bedeutung ist.

8 Literaturverzeichnis

Aigner, C. (2009): Berührung in der Pflege. Die Bedeutung von Berührung durch Pflegepersonen für alte Menschen in Alten- und Pflegeheimen. Zugriff am 02. Februar 2010 unter [PDF] von oegkv.a

Anders, W., Weddemar, S. (2002): Häute scho(e)n berührt?. Körperkontakt in Entwicklung und Erziehung. 2. Auflage. Dortmund: Borgmnn.

Argyle, M. (2005): Körpersprache und Kommunikation. 9. Auflage. Paderborn: Junfermann.

Bauch, J. (2005): Pflege als soziales System. In: Schroeter, K.R., Rosenthal, T. (Hrsg.): Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim und München: Juventa, S. 71-83.

Bäumer, R., Maiwald, A. (Hrsg.) (2008): Onkologische Pflege. Stuttgart: Thieme

Benjamin, Ben E., Sohnen-Moe, C. (2004): The ethics of touch. the hands-on practitioner's guide to creating a professional, safe and enduring practice. Tucson, Arizona: SMA - Sohnen-Moe Ass. Inc.

Benner, P., Tanner, CA., Chesla, C.A. (2000): Pflegekompetenz, klinisches Wissen und alltägliche Ethik. Bern: Huber.

Bienstein, C., Fröhlich, A. (2006): Basale Stimulation in der Pflege: die Grundlagen. 3. Auflage. Seelze-Velber: Kallmeyer.

Brandenburg, H. (Hrsg.) (2004): Kooperation und Kommunikation in der Pflege. Ein praktischer Ratgeber für Pflegeberufe. Hannover: Schlütersche.

Braunschmidt, B., Müller, G. (2011): Berührung in der Pflege alter Menschen – Eine Literaturübersicht. In: Pflegewissenschaft. 10. S. 517-24.

Broszinsky-Schwabe, E. (2011): Interkulturelle Kommunikation. Missverständnisse – Verständigung. Wiesbaden: Springer.

Brieskorn-Zinke, M. (1996): Gesundheitsförderung in der Pflege: Ein Lehr- und Lernbuch zur Gesundheit. Stuttgart: Kohlhammer.

Burkhard, W. (2004): Der Begriff der Pflegebedürftigkeit im Kontext der Medizin und der Pflegewissenschaft. In: Brandenburg, H. (Hrsg.): Kooperation und Kommunikation in der Pflege. Ein praktischer Ratgeber für Pflegeberufe. Hannover: Schlütersche, S. 33-82.

Bush, E. (2001): The Use of HumanTouch to Improve the Well-Being of Older Adults. In: Journal of Holistic Nursing. (19) S. 256-270. Zugriff am 02. Februar 2010 unter <http://jhn.sagepub.com/cgi/content/abstract/19/3/256>.

Busch, T. (2006): Therapeutisches Berühren als reifungsfördernde Intervention. In: Marlock, G., Weiss, H.: Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart: Schattauer. S. 517-529.

Butts, J. B. (2001): Outcomes of Comfort Touch in Institutionalized Elderly Female Residents. In: Geriatric Nursing 22(4). S. 180-184.

Caris-Verhallen, W.M.C.M., Kerkstra, A., Bensing, J.M. (1999): Non-verbal behaviour in nurse-elderly patient communication. In: Journal of Advanced Nursing 29(4), S. 808-818.

Dibelius, O., Uzarewicz, C. (2006): Pflege von Menschen höherer Lebensalter. Stuttgart: Kohlhammer.

Dobson, S., et al. (2002): Touch in the care of people with profound and Complex needs: A Review of the Literature. In: Journal of intellectual Disabilities. (6) S. 351-362. Zugriff am 26. Januar 2011 unter <http://jid.sagepub.com/content/6/4/351>.

Dorsch, F., Häcker, H., Stapf, K. H. (Hrsg.) (1994): Dorsch psychologisches Wörterbuch. 12. Auflage. Bern: Hans Huber.

Drosdowski, G. (Hrsg.) (1989): Der Duden in 10 Bänden. das Standardwerk zur deutschen Sprache. 7. Duden-Etymologie. Herkunftswörterbuch der deutschen Sprache. 2. Auflage. Mannheim: Bibliogr. Inst.

Duden online. Zugriff am 10. Juni 2011 unter www.duden.de/.

Edvardsson, J. D., Sandman, P., Rasmussen, B. H. (2003): Meanings of giving touch in the care of older Patients: becoming a valuable person and professional. In: Journal of Clinical Nursing (12) S. 601-609.

Ettrich, C. (2001): Haptische Wahrnehmung im Kontext der Sensorischen Integrationstherapie In: Grunwald, M., Beyer, L. (Hrsg.): Der bewegte Sinn. Basel: Birkhäuser, S. 125-134.

Falardeau, W. (2001): Kontexte und Hintergründe sexueller Gewalt an Kindern. Ein Beitrag zur Analyse eines Individuellen und gesamtgesellschaftlichen Problems. Marburg: Tectum.

Frischenschlager, O., et al. (2002): Medizinische Psychologie. Ein Leitfaden für Studium und Praxis mit Prüfungsfragen. 7. Auflage. Wien: Facultas.

Friese, K., Plath, C., Briese, V. (Hrsg.) (2000): Frühgeburt und Frühgeborenes: Eine interdisziplinäre Aufgabe. Berlin: Springer.

Frühwald, U. (2009): PflegeFakten Entscheidungshilfen, Übersichten, Normwerte. 1 Auflage. München: Urban & Fischer.

Fuchs, T. (2003): Non-verbale Kommunikation: Phänomenologische, entwicklungspsychologische und therapeutische Aspekte. Zugriff am 30. Oktober

Gale, E., Hegarty, J. R. (2000): The use of touch in caring for people with learning disability. In: The British Journal of Developmental Disabilities 46(2). S. 97-108.

Gamma-Walz, B., Maag, A. (1998): Durch die Haut die Seele berühren. Ein Massagehandbuch für die Begegnung mit behinderten Kindern. Luzern: Ed. SZH/SPC.

Gaßmann, M., Marschall, W., Utschakowski, J. (Hrsg.) (2006): Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege. Mental Health Care. Heidelberg: Springer.

Gleeson, A., Timmins, F. (2005): A review of the use and clinical effectiveness of touch as a nursing intervention. In: Clinical Effectiveness in Nursing. 9(1–2). S. 69-77.

Gleeson, A., Timmins, F. (2004): The use of touch to enhance nursing care of older person in longterm mental health care facilities. In: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. (11) S. 541-545.

Gewalt gegen Kinder und Jugendliche (2007): Zugriff am 19. November 2011 unter [Gewalt gegen Kinder und Jugendliche 2010 - Berlin.de](http://www.gewaltgegenkinderundjugendliche.de).

Görres, S., Friesacher, H. (2005): Der Beitrag der Soziologie für die Pflegewissenschaft, Pflgetheorien und Pflegemodelle. In: Schroeter, K. R., Rosenthal, T. (Hrsg.): Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim und München: Juventa, S. 33–50.

Grossmann, K. Grossmann, K. E. (2006): Bindungen - das Gefüge der psychische Sicherheit. 3. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.

Grossmann-Schnyder, M. (2000): Berühren. Paktischer Leitfaden zur Psychotonik in Pflege und Therapie. 3. Auflage. Stuttgart: Hippokrates.

Grunwald, M., Beyer, L. (Hrsg.)(2001): Der bewegte Sinn. Basel: Birkhäuser.

Harm, K. (Hrsg.)(2003): Handbuch für Stations- und Funktionsleitung. Neue Herausforderungen als Chance für die Praxis. 2. Auflage: Stuttgart: Thieme.

Heinerth, K. (2007): Differentielles Verstehen bei verzerrter und versperrter Symbolisierung. In: Kritz, J. , Slunecko, T.: Gesprächspsychotherapie. die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes. Wien: Facultas, S.269-286.

Helle, M. (2006): Kommunikation und Gesprächsführung. In: Gaßmann, M., Marschall, W., Utschakowski, J.: Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege. Mental Health Care. Heidelberg: Springer, S. 125-137.

Helmbold, A. (2007): Berühren in der Pflegesituation. Intentionen, Botschaften und Bedeutung. 1.Auflage. Bern: Huber.

Henley, N. M. (1988): Körperstrategien. Geschlecht, Macht u. nonverbale Kommunikation. Frankfurt am Main: Fischer.

Henricson, M. et al. (2008): The outcome of tactile touch on oxytocin in intensive care patients: a randomized controlled trail. In: Journal of Clinical Nursing. 17, S. 2624-2633.

Hexel, M. (2002): Säuglingsforschung und frühkindliche Entwicklung. In: Frischenschlager, O., et al.: Medizinische Psychologie. Ein Leitfaden für Studium und Praxis mit Prüfungsfragen. 7. Auflage. Wien: Facultas, S. 50–70.

Ilkic, I. (2005): Gesundheits- und Krankheitsverständnis der Muslime als Herausforderung an das deutsche Rechtswesen. In: Ratajczak, T., Stegers, Chr.-M. (Schriftleitung): Globalisierung in der Medizin. der Einbruch der Kulturen in das deutsche Gesundheitswesen. Berlin: Springer. S. 39-54.

Kapeller, B. (1992): Die wechselnden Bedeutungen des Hautkontakts im Verlauf des menschlichen Lebens und die daraus resultierenden pädagogischen und therapeutischen Konsequenzen. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Wien: Universität Wien.

Kolcaba, K., Schirm, V., Steiner, R. (2006): Effects of Hand Massage on Comfort of Nursing Home Residents. In: Geriatric Nursing. 27(2) S. 85-91.

Kolster, B. C. (2010): Massage. Klassische Massage, Querfriktionen, Funktionsmassage. 3. Auflage. Berlin: Springer.

Körtner, U. (2004): Grundkurs Pflegeethik. Wien: Facultas.

Kritz, J. , Slunecko, T. (Hrsg.) (2007): Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes. Wien: Facultas.

Labrique-Walusis, F., Keister K. J., Russel, A.C. (2010): Massage Therapy for Stress Management. Implication for nursing practice. In: Orthopaedic Nursing. July/August, 29(4), S. 254-257.

Lang, C. (2011): Dem Bonding Raum geben. Hebammenzeitung. Februar 2011. S. 17-20.

Lay, R. (2004): Ethik in der Pflege: ein Lehrbuch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung. Hannover: Schlütersche.

Lederman, E. (2008): Die Praxis der manuellen Therapie. Physiologie, Neurologie und Psychologie. 1. Auflage. Elsevier: Urban & Fischer.

Leonhoff, J. (2000): Hand und Haut. Zur Sozialpsychologie taktilen Wahrnehmens. Psychologie und Geschichte, Jahrgang 8 — Heft 3/4 — März 2000. Zugriff am 12. Januar 2011 unter <http://journals.zpid.de/index.php/PuG/article/view/258/294>.

Liem T. (Hrsg.) (2006): Morphodynamik in der Osteopathie. Grundlagen und Anwendung am Beispiel der Kranialen Sphäre. Stuttgart: Hippokrates.

Likar R., et al. (Hrsg.) (2009): Schmerztherapie in der Pflege. Schulmedizinische und komplementäre Methoden. Wien: Springer.

Luhmann, N. (2009): Soziologische Aufklärung. 3. Band. Soziales System, Gesellschaft, Organisation. 5. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss.

Marcher, L. Jarlnaes, E., Münster, K. (2006): Die somatischen Grundlagen der Berührung. In: Marlock, G., Weiss, H.: Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart: Schattauer. S. 530-537.

Marcovich, M., Maria de Jong, T. (1999): Frühgeborene Zu klein zum Leben?. Die Methode Marina Marcovich. Frankfurt: Fischer.

Marlock, G., Weiss, H. (Hrsg.) (2006): Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart: Schattauer.

Mechthild, D. (2008): Bindung durch Berührung. Schmetterlingsmassage für Eltern und Babys. Berlin: Leutner.

Montagu, A. (2004): Körperkontakt. Die Bedeutung der Haut für die Entwicklung des Menschen. 11. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.

Moore, E.R., Anderson, G.C., Bergman N. (2008): Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Journal of Advanced Nursing. 62(4). 439.

Mötzing G., Wurlitzer, G. (Hrsg.) (2006): Leitfaden Altenpflege. 3. Auflage. München: Elsevier Urban & Fischer.

NANDA International (2005): NANDA-Pflegediagnosen. Bern: Hans Huber.

Nathan, B. (2001): Berührung und Gefühl in der manuellen Therapie. 1. Auflage. Bern: Hans Huber.

Nydahl, P., Gabriele, B. (Hrsg.). (2003): Basale Stimulation neue Wege in der Pflege Schwerstkranker. 4.Auflage. München-Jena: Urban & Fischer.

Nykl, L. (2005): Beziehung im Mittelpunkt der Persönlichkeitsentwicklung. Carl Rogers im Vergleich mit Behaviorismus, Psychoanalyse und anderen Theorien. Wien: Lit Verlag.

ÖBIG (2003): Offenes Curriculum für die Ausbildung in Allgemeiner Gesundheits- und Krankenpflege.

Osten, P. (2000): Die Anamnese in der Psychotherapie. Klinische Entwicklungspsychologie in der Praxis. 2. Auflage. München: Reinhardt.

Pert, C. B. (1999): Moleküle der Gefühle. Körper, Geist und Emotionen. Hamburg: Rowohlt.

Pittitus, G. (2009): Förderung der kommunikativen Kompetenz in der Pflege – Überlegungen im Anschluss an I. Darmann. In: Sahmel, KH.(Hrsg.): *Pflegerische Kompetenzen fördern: Pflegepädagogische Grundlagen und Konzepte*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 76-101.

Ranheim, A. et al. (2010): Embodied reflection in practice – ‘Touching the core of caring’. In: *International journal of Nursing Practice* 16, S. 241-247.

Ratajczak, T., Stegers, Chr.-M. (Schriftleitung). (2005): *Globalisierung in der Medizin. Der Einbruch der Kulturen in das deutsche Gesundheitswesen*. Berlin: Springer.

Robert-Bosch-Stiftung. (Hrsg.) (2000): *Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung*. Stuttgart,: Schattauer, S. 26-51.

Roxin K. (2006): Unterstützung bei der Lebensgestaltung. In: Mötzing G., Wurlitzer, G. : *Leitfaden Altenpflege*. 3. Auflage. München: Elsevier Urban & Fischer, S.177-414.

Sahmel, KH. (Hrsg.) (2009): *Pflegerische Kompetenzen fördern: Pflegepädagogische Grundlagen und Konzepte*. Stuttgart: Kohlhammer.

Sansone, P., Schmitt, L. (2000): Providing Tender Touch Massage to Elderly Nursing Home Residents: a Demonstration Project. In: *Geriatric Nursing*. 21(6) S. 303-308.

Sayre-Adams, J., Wright, S. (1997): *Therapeutische Berührung in Theorie und Praxis*. Berlin: Ullstein Mosby.

Schneider, C. (2005): *Gewalt in Pflegeeinrichtungen. Erfahrungen von Pflegenden*. Hannover: Schlütersche.

Schmid, P. F. (2007): Begegnung von Person zu Person. Die anthropologischen Grundlagen personzentrierter Therapie. In: Kritz, J. , Slunecko, T. : *Gesprächspsychotherapie. die therapeutische Vielfalt des personzentrierten Ansatzes*. Wien: Facultas, S. 34-48.

Schmuck, I., Wolfslehner, E. (2009): *Craniosacrale Therapie*. In: Likar R., et al. : *Schmerztherapie in der Pflege. Schulmedizinische und komplementäre Methoden*. Wien: Springer, S. 347-351.

Schroeter, K. R., Rosenthal, T. (Hrsg.) (2005): *Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven*. Weinheim und München: Juventa.

Specht-Tomann, M., Tropper, D. (2003): *Hilfreiche Gespräche und heilsame Berührungen im Pflegealltag*. 2.Auflage. Berlin: Springer.

Spitz, R. (1992): *Vom Säugling zum Kleinkind. Naturgeschichte der Mutter-Kind-Beziehungen im ersten Lebensjahr*. 10. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.

Stefan, H., Allmer, F., Eberl, J. (2003): *Praxis der Pflegediagnosen*. 3. Auflage. Wien:Springer.

Steinbacher, D. (2008): Die Kraft der Berührung - ein Potential in der personenzentrierten Psychotherapie?. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Wien: Universität Wien.

STATISTIK AUSTRIA – Bevölkerungsprognosen (2010): Zugriff am 21. April 2011 unter [STATISTIK AUSTRIA - Bevölkerungsprognosen](http://statistik.gv.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html)
http://statistik.gv.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html

Teloo, E. (2008): Schmerzreduzierende Massagen. In: Bäumer, R., Maiwald, A. : Onkologische Pflege. Stuttgart: Thieme, S. 227-229.

Thie, John F. (1996): Gesund durch Berühren. Eine neue ganzheitliche Methode zur Aktivierung der natürlichen Lebensenergien und des körperlichen und seelischen Gleichgewichts. Rheda-Wiedenbrück: Bertelsmann-Club.

Tonella, G. (2006): Die Orale Depression. In: Marlock, G., Weiss, H.: Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart: Schattauer, S. 768-775.

Uschok, A. (2005): Körper und Pflege. In: Schroeter, K. R., Rosenthal, T. (Hrsg.): Soziologie der Pflege : Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim: Juventa. S.323-337.

Uhlemann, M. et al. (2000): Sanfte Pflege und Stimulation Frühgeborener während der Intensivtherapie. In: Friese, K., Plath, C., Briese, V. (Hrsg.): Frühgeburt und Frühgeborenes: Eine interdisziplinäre Aufgabe. Berlin: Springer. S. 359-372.

Wagener, U. (2000): Fühlen - Tasten – Begreifen. Berührung als Wahrnehmung und Kommunikation. Bibliotheks- und Informationssystem der Universität Oldenburg: Bis Verlag.

Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, D.D. (1990): Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. 8. Auflage. Bern: Hans Huber.

Weigelt, L. (2010): Berührungen und Schule – Deutungsmuster von Lehrkräften. Eine Studie zum Sportunterricht. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss.

Wied, S., Warmbrunn, A. (2007): Pschyrembel. Pflege. 2. Auflage. Berlin [u.a.]: de Gruyter.

Wingchen, J. (2006): Kommunikation und Gesprächsführung für Pflegeberufe : ein Lehr- und Arbeitsbuch. 2. Auflage. Hannover: Kunz.

Woiwoda, R. (2003): Integration von Kinästhetik auf einer Station. In: Harm, K. (Hrsg.): Handbuch für Stations- und Funktionsleitung. Neue Herausforderungen als Chance für die Praxis. 2. Auflage: Stuttgart: Thieme. S. 244-247.

Zimbardo, P.G., Gerrig, R.J. (1996): Psychologie. 7. Auflage. Berlin: Springer.

Zimmermann, E. (2008): Aromatherapie für Pflege- und Heilberufe. Kursbuch zur Ausbildung und Praxis. 4. Auflage. Stuttgart: Sonntag.

CURRICULUM VITAE

Name	Wida Klein
Geburtsdatum	13.06.1952
Geburtsort	Teheran/Iran
Staatsbürgerschaft:	Österreich

Ausbildung:

2006-2012	IDS-Pflegewissenschaft an der Universität Wien
1973-1979	Rechentechnik/Informatik an der Technischen Universität Wien
1972-1973	Vorstudienlehrgang an der Technischen Hochschule Wien
1968-1971	Oberschule für Mathematik Teheran/Iran

Berufliche Laufbahn:

2009-2012	Mentorin im Verein Projekt Integrationshaus (ehrenamtlich)
1979-2008	Siemens AG Österreich, Programm und Systementwicklung (PSE) , Technische Angestellte Themen: Leiterplattenbestückung, Kommunikation, Medizintechnik
1991-1992	Amnesty International Österreich (ehrenamtlich)