

Schlichting, Helga; Schuppener, Saskia

Ekel und Scham in Pflegesituationen. Einblicke in den schulischen Alltag mit Kindern und Jugendlichen mit sogenannter geistiger Behinderung

Schuppener, Saskia [Hrsg.]; Dederich, Markus [Hrsg.]: *Ambivalente Emotionen im Kontext von Inklusion und (Geistiger) Behinderung*. Bad Heilbrunn : Bundesvereinigung Lebenshilfe; Verlag Julius Klinkhardt 2024, S. 125-143



Quellenangabe/ Reference:

Schlichting, Helga; Schuppener, Saskia: Ekel und Scham in Pflegesituationen. Einblicke in den schulischen Alltag mit Kindern und Jugendlichen mit sogenannter geistiger Behinderung - In: Schuppener, Saskia [Hrsg.]; Dederich, Markus [Hrsg.]: *Ambivalente Emotionen im Kontext von Inklusion und (Geistiger) Behinderung*. Bad Heilbrunn : Bundesvereinigung Lebenshilfe; Verlag Julius Klinkhardt 2024, S. 125-143 - URN: urn:nbn:de:0111-pedocs-321890 - DOI: 10.25656/01:32189; 10.35468/6132-09

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-pedocs-321890>

<https://doi.org/10.25656/01:32189>

in Kooperation mit / in cooperation with:



<http://www.klinkhardt.de>

Nutzungsbedingungen

Dieses Dokument steht unter folgender Creative Commons-Lizenz: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de> - Sie dürfen das Werk bzw. den Inhalt unter folgenden Bedingungen vervielfältigen, verbreiten und öffentlich zugänglich machen: Sie müssen den Namen des Autors/Rechteinhabers in der von ihm festgelegten Weise nennen. Dieses Werk bzw. dieser Inhalt darf nicht für kommerzielle Zwecke verwendet werden und es darf nicht bearbeitet, abgewandelt oder in anderer Weise verändert werden.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

This document is published under following Creative Commons-Licence: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.en> - You may copy, distribute and transmit, adapt or exhibit the work in the public as long as you attribute the work in the manner specified by the author or licensor. You are not allowed to make commercial use of the work or its contents. You are not allowed to alter, transform, or change this work in any other way.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.



Kontakt / Contact:

peDOCS
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation
Informationszentrum (IZ) Bildung
E-Mail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

Mitglied der


Leibniz-Gemeinschaft

Helga Schlichting und Saskia Schuppener

Ekel und Scham in Pflegesituationen – Einblicke in den schulischen Alltag mit Kindern und Jugendlichen mit sogenannter geistiger Behinderung

1 Einführung

Es „[...] herrscht berufskulturell die Maxime, Gefühle nicht zu fühlen, ihnen im Pflegealltag keinen Raum zu geben, aber auch keine Räume dafür in Supervisionen oder Ähnlichem zu schaffen“ (Immenschuh 2020, 167). Nach wie vor kursieren Mythen, dass man in der Pflege und Medizin in einen Zustand kommen soll, in dem man sich vor nichts mehr ekelt. Erbrochenes, Kot, Nasen- und Genitalschleim dürfen Kolleg:innen in diesen Bereichen nichts anhaben. Mit der Zeit müsse eine „Abhärtung“ erfolgen und irgendwann sollten auch die ganz „argen Sachen“ nicht mehr als schlimm erlebt werden. Viele glauben auch, dass sich Mitarbeitende nicht ekeln dürfen und ihnen nichts peinlich sein darf, denn sonst seien sie dort fehl am Platz (Biesecke 2019). Diese Ansichten sind problematisch, weil sie Ekel und Scham tabuisieren und verhindern, dass diese Gefühle offen thematisiert werden. Derartige Gefühle lassen sich nicht „abgewöhnen“; sie gelten als unmittelbar, intensiv und schmerzhaft. Man kann sich ihnen nicht entziehen (Bucher 2022) und Abwehrreaktionen, wie Verdrängung stellen keine angemessene Bewältigungsstrategie dar. Vielmehr können sie sich negativ auf die Emotionalität der Pflegenden, ihren Umgang mit den zu Pflegenden sowie auf das gesamte Arbeitsklima auswirken (Pernlochner-Kügler 2004). Vom Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) wird Ekel sogar als eine Ursache für Macht und Gewaltausübung in Pflegebeziehungen benannt (ZQP-Report 2017). Daher scheint eine Thematisierung und Enttabuisierung von Ekel und Scham im Pflegealltag unverzichtbar, um eine aktive Auseinandersetzung mit den eigenen Gefühlen zu ermöglichen und dazu beizutragen, Lösungs- und Handlungsstrategien im Umgang mit Ekel und Scham zu schaffen und zu etablieren (Pernlochner-Kügler 2004).

2 Ekel und Scham in Pflegesituationen

Pflegesituationen gehen naturgemäß mit einer großen körperlichen Nähe einher, die „normale“ Distanzgrenzen weit überschreiten: „Kaum eine Berufsgruppe kommt anderen Menschen so nahe wie Pflegepersonen“ (Staudhammer 2023, 153). In der Pflege spielen die „Typen des physisch Ekelhaften“ (Kolnai 2021, 29)¹ – z. B. Fäulnis, Exkreme, Ausscheidungen – eine zentrale Rolle. Der Umgang mit Körperausscheidungen – wie Kot, Urin, Ejakulat oder Menstruationsblut – wird als belastend erlebt und kann Ekelgefühle auslösen. Da dieser Körperbereich nicht nur Ausscheidungsfunktionen hat, sondern auch mit Sexualität und Erotik in Verbindung gebracht wird, ist er oft sowohl seitens der Pflegenden, als auch der zu pflegenden Personen schambesetzt. Das verdeutlicht, dass *Ekel und Scham gerade in Pflegesituationen oft kombiniert auftreten*. So kann beispielsweise eine Reaktion des Ekels auf eine Körperausscheidung zu Scham auf beiden Seiten führen: Die pflegende Person schämt sich für ihr Gefühl des Ekels und die Person, die gepflegt wird, schämt sich dafür, dass sie sich beschmutzt hat und vielleicht auch, weil sie zusätzliche Arbeit verursacht.

2.1 Ekel

Ekel ist ein stark ausgeprägtes Gefühl der Abneigung und des Widerwillens und ist als Form der Körperscham (Pernlochner-Kügler 2004) mit einer Aversion gegenüber bestimmten Dingen, wie beispielsweise Harn, Stuhlgang oder Erbrochenem, verbunden. Oft geht Ekel mit somatischen Empfindungen und Reflexen einher, beispielsweise mit Übelkeit, Würgen bis hin zum Erbrechen. Alle Menschen zeigen typische Gesichtsmerkmale für den Ausdruck von Ekel: Die Nase wird gerümpft und die Oberlippe hochgezogen, während die Mundwinkel nach unten gehen. Im Gegensatz zu anderen Gefühlen, wie Wut, Angst, Trauer oder Freude, sind die körperlichen Reaktionen auf Ekel oft sehr heftig und können plötzlich reflexartig auftreten. Dabei ist es interindividuell sehr unterschiedlich, wie stark oder vor was ein Mensch sich ekelt (vgl. Jettenberger 2017). Gefühle von Ekel auf bestimmte Gerüche, Geschmäcker sowie Anblicke und die instinktiven Reaktionen hierauf sind angeboren und haben Schutzfunktion gegenüber Krankmachendem. Es ist zwar möglich, Ekel zu verdrängen oder zu beherrschen, trotzdem lassen sich das Gefühl und die Reaktionen darauf nicht gänzlich verhindern.

Ekel tritt kulturübergreifend auf und gilt somit als universell. Allerdings werden die Objekte des Ekels von der jeweiligen Kultur geprägt und im Laufe der Sozialisation nach dem Vorbild von anderen – vor allem von Sorgeberechtigten – erlernt (Ahnis 2005). Ekel kann über Eindrücke aus den verschiedenen Sinnessystemen entstehen. „Hauptträger der Ekelempfindung sind der Geruchs-, der Gesichtssinn und der Tastsinn“ (Kolnai 2021, 24). Diese Sinne spielen auch im Zusammen-

1 Kolnai (2021) unterscheidet hiervon die „Typen des moralisch Ekelhaften“ – wie bspw. Ekel gegenüber Überdross, Lüge, Falschheit oder Korruption.

hang mit dem Auftreten von Ekel im *pflegerischen Alltag* eine zentrale Rolle (Jettenberger 2017). Als besonders ekelbesetzt wird der Geruch wahrgenommen, da man diesem nur schwer entkommen kann. Ein entscheidender Aspekt bei der olfaktorischen Wahrnehmung ist die Nähe zum ekelerregenden Objekt: „Die Nähe spielt beim Geruchssinn eine entscheidende Rolle, denn durch den Geruch werden Partikelchen des Ekelhaften direkt in das Subjekt hineingetragen und es wird sozusagen mit dem üblen Geruch kontaminiert“ (Wrage 2005, 9). Die Wahrnehmung, dass „der Geruch an einem haftet“, wird von Personen im Bereich der Pflege als ein belastender Faktor beschrieben. Dies korreliert mit der Annahme Kolnais (2021), der den „Ekeltyp des Klebens“ als etwas beschreibt, was „am unrechten Orte“ (31) anhaftet. Selbst wenn sich Pflegenden nach der Arbeit duschen und frische Kleidung anziehen, haben sie das Gefühl, dass sich der Geruch von beispielsweise Kot immer noch an ihrem Körper oder in ihrer Nase befindet. Ekelerregende Gerüche während Pflegesituationen sind zum Beispiel Urin, Blut, Erbrochenes, Kot, Durchfall, Schweiß sowie Eiter (Jettenberger 2017). Neben dem Geruchssinn als primärer Auslöser der Ekelempfindung spielt auch der Tastsinn eine entscheidende Rolle. Ekelhaft taktile Reize sind vor allem das Berühren von Schleimigen, Breiigen sowie Schwabbeligem (Wrage 2005). Im Bereich der Pflege weisen vor allem Erbrochenes, Kot oder Sputum diese Konsistenzen auf. Das Berühren derartiger Konsistenzen ruft meist negative Assoziationen hervor und wird als ekelerregend wahrgenommen (Jettenberger 2017). Der Sehsinn wird erst zum eigentlichen Ekelsinn, wenn er mit Wissen und/oder Erfahrung assoziiert ist. Solange Kinder keine Erfahrungen mit dem Ekelerregenden gemacht oder Wissen über Sauberkeitserziehung erworben haben, werden sie beispielsweise das „Kot essen“ oder „mit Kot spielen“ nicht als ekelerregend empfinden. Entscheidend ist somit die Verknüpfung von Assoziationen mit ekligem Erfahrungen. Ekelobjekte sowie Situationen, die über den visuellen Reiz wahrgenommen werden, sind beispielsweise der Anblick von Kot essen, einem Kot verschmierten Körper, von Sputum, Erbrochenem oder Materialien voller Stuhl. Der Hörsinn spielt ebenfalls eine entscheidende Rolle bei der Wahrnehmung von Ekelgefühlen. Durch das Hören ekligere Geräusche wird die Nähe zum Ekelhaften bewirkt und somit ein Ekelgefühl evoziert. Ekelerregende Geräusche, die Pflegekräfte während ihrer pflegerischen Tätigkeiten wahrnehmen, sind beispielsweise das Würgen, Erbrechen, das Nase hochziehen, Schleim über die Trachealkanüle absaugen oder Toilettengeräusche (ebd.).

Neben den Ekelsinnen, über die Ekel wahrgenommen wird, weist Pernlochner-Kügler (2004) darauf hin, dass verschiedene Eigenschaften der Ekelobjekte ausschlaggebend für die Stärke der Wahrnehmung und das Auftreten von Ekelgefühlen sind. Zu diesen Eigenschaften zählen der Grad der Fremdheit, die Riechweite, die Art, die Konsistenz, die Farbe, das Alter, der Grad der Verwesung, der Ort, der Anschein von Krankheit, Geräusche sowie die Wahrnehmbarkeit der Substanz

(ebd.). „Je mehr dieser typisch Ekel erregenden Eigenschaften eine Substanz also besitzt, desto ekel-erregender ist sie auch“ (ebd., 193). Abele (2017) verweist darüber hinaus darauf, dass Ekel auch eine „beziehungsregulative Komponente“ (20) hat und nicht nur die auslösenden Objekte oder die Situationen entscheidend sind, sondern auch das Verhältnis zur Person, auf welche ein Ekelgefühl sich richtet.

2.2 Scham

Scham gilt als Emotion, die Menschen in Situationen des Bloßgestelltseins, des Schuldigseins, des Versagthabens oder des Prestigeverlusts wahrnehmen (vgl. Ahnis 2005). Sie stellt zugleich „ein individuelles wie auch ein soziales Gefühl dar“ (Bucher 2022, 348). Nach Gröning (2001) wird Scham immer dann empfunden, wenn ein machtvolleres „Ich-Ideal“ in Diskrepanz gerät mit der Selbstwahrnehmung der Person. Sie tritt auf als Angst vor Bloßstellung und vor dem Erniedrigt werden, die in ein depressives Gefühl übergehen und als „tragische Erfahrung“ (Neckel 1991, 25) empfunden werden kann. Das Unerträgliche der Scham besteht in der Wahrnehmung der Verachtung durch andere, die sich gleichzeitig als Selbstverachtung zeigen kann (ebd.). Scham wird weiterhin als schmerzhaft empfunden, weil sie Isolation bedeutet und weil sich die Wut, die aus der Scham entsteht, zwangsläufig gegen das eigene Ich richtet (ebd.).

Immenschuh und Marks (2014) sehen Scham als eine Empfindung, die universell aber zugleich auch individuell ausgebildet ist entlang der biografischen Prägungen. Scham ist nach den Autoren eines der schmerzhaftesten Gefühle, das so heftig sein kann, dass die betroffene Person nicht mehr klar denken, geschweige sprechen kann (ebd.). Daher geht mit Scham eine „individuelle Vulnerabilität“ einher (Bucher 2022, 348). Scham hat aber auch positive Funktionen, indem sie anzeigt, wenn Grenzüberschreitungen stattfinden und kann damit auch als „[...] die ‚Wächterin‘ der menschlichen Würde“ (Wurmser 1997, zit. n. Immenschuh & Marks 2014, 12) angesehen werden. Die Scham behütet sozusagen die Intimität sowie Privatheit und wahrt die Integrität und Identität jedes Einzelnen. Letztlich offenbaren sich in der Scham „drei Verhältnisse: das Verhältnis zu dem Anderen, zu sich selbst und zu geltenden Normen“ (Schäfer & Thompson 2009, 12 in Buche 2022, 347). Weil Scham also nicht nur relevant ist für ein Verhältnis zu sich selbst, sondern auch zu Anderen und gegenüber gesellschaftlichen Norm(erwartung)en, ist so wichtig, dass Kinder und Jugendliche² – insbesondere Heranwachsende mit sogenannter geistiger und Komplexer Behinderung – in ihrer Entwicklung unterstützt werden, ein eigenes Schamgefühl zu entwickeln und zu kommunizieren (Schlichting 2024).

2 Hierbei ist zu berücksichtigen, dass sich die Scham bei Kindern und Erwachsenen aufgrund differenter moralischer Voraussetzungen (z. B. Wissen über Normen) unterscheidet. Neckel (2009) spricht davon, dass bei Kindern die „innere Landkarte peinlicher Zonen [...] andere gefährliche Stellen aus[weist]“ als bei Erwachsenen (107).

Scham führt zu verschiedenen physiologischen Reaktionen, die bekannteste Form ist das Erröten, die sogenannte Schamröte. Weitere Reaktionen sind Veränderungen der Körperhaltung, der Mimik sowie der Gestik. Personen reagieren in Schamsituationen vor allem mit verschiedenen Abwehrreaktionen, wie Flucht, Projektion oder Angriff, da sie sich von der Scham schnellstmöglich distanzieren wollen (Haas 2013). Die meisten Autor:innen (vgl. Kalbe 2002, 26f.; Immenschuh & Marks 2014, 37ff.) weisen auf drei Auslöser von Schamgefühlen hin, welche immer mit einem Nichtentsprechen von Normalitätserwartungen einhergehen (Kalbe 2002):

- soziale und körperliche Abweichungen oder Persönlichkeitsmerkmale (Entstellungen, „Defekte“, körperliche Schwäche, Alter, Krankheit, Schuld, Zugehörigkeit zu einer ethnischen Gruppe u. a.)
- Versagen oder Misserfolge (Unfähigkeit, Kontrollverlust, Körperfunktionen oder sexuelle Erregung nicht beherrschen zu können, Erfolglosigkeit, sexuelles Versagen u. a.)
- Überschreitungen oder Grenzverletzungen (Normbrüche, Verletzung von Regeln, Aggression, voyeuristisches Verhalten, unangemessene Neugierde, Machtmissbrauch oder sexuelles Verhalten, das verborgen bleiben sollte)

Menschen können auch stellvertretend für andere Scham empfinden, z. B. für Mitarbeitende, die gegenüber einer zu pflegenden Person übergriffig und gewaltsam waren oder offensichtlich gelogen haben (vgl. „Fremdschämen“). Sogenannte Beschämung findet statt, wenn gegenüber einer Person, die bereits Scham empfindet, von anderen die schamauslösende Situation bewusst und für andere sichtbar, herausgestellt wird. Dies kann durch herablassende Worte oder auch angeekelte Blicke erfolgen. Beschämung kann damit auch als Machtmittel benutzt werden, um Menschen „gefüggig“ zu machen, z. B. bei Schüler:innen, deren Versagen an der Tafel durch Lehrer:innen in Form von abwertenden Bemerkungen noch verstärkt werden. Dadurch werden „Schwächen zur Besichtigung [freigegeben]“ (Neckel 2009; 110) und soziale Beschämung wird mit sozialer Abwertung verknüpft (ebd.). Gesamtgesellschaftlich gehört auch die Abwertung oder Diskriminierung ganzer Berufsstände und Nationalitäten, Menschen bestimmter Hautfarbe, mit verschiedenen politischen Ansichten oder wegen ihrer Religionszugehörigkeit dazu.

In Pflegesituationen treten beidseitig verschiedenste *akute Scham- und Beschämungssituationen* auf. So erleben zu Pflegenden möglicherweise Scham, wenn sie sich entkleiden müssen bzw. entkleidet werden, wenn Pflegehandlungen in intimen Körperregionen stattfinden oder wenn sie Körperrausscheidungen nicht beherrschen können, sie dadurch beschmutzt sind und gereinigt werden müssen. Weitere Schamsituationen sind nicht kontrollierbare sexuelle Erregungen bei Pflegehandlungen. Die gleichen Situationen sind genauso für Pflegenden schambesetzt. Schamgefühle bei Pfleger:innen können auch auftreten, wenn sie sich in Pflegesituationen eckeln und merken, dass die zu Pflegenden ihre Reaktion wahrnehmen

oder wenn sie Zeug:innen sexueller Erregung werden (Wrage 2005). Pflegende können auch durch (unangemessenes) sexuelles bzw. sexualisiertes Verhalten, das durch pflegebedürftige Menschen gezeigt wird – wie beispielsweise Masturbationen in deren Anwesenheit, sexuelle Anspielungen, Bemerkungen oder Witze bis hin zu massiven Grenzüberschreitungen, wie das Berühren von Brüsten, Genitalien oder des Gesäßes – Scham empfinden (Immenschuh & Marks 2014, Immenschuh 2020). Mitarbeiter:innen können auch Scham wahrnehmen, wenn ihnen Fehler bei Pflegetätigkeiten unterlaufen sind oder wenn sie ihre eigenen Werte und Ansprüche in der Pflege missachten (müssen), beispielsweise aus Zeitgründen, eine zu pflegende Person nicht oder nur mangelhaft reinigen (können).

3 Reaktionen auf Ekel und Scham(situationen)

Pflegende reagieren in ekelbesetzten Situationen zumeist mit Formen von Abwehr, wie bspw. der Verdrängung (Kalbe 2002). Dabei erlauben sich Pflegende das Gefühl des Sich-Ekelns oftmals bewusst *nicht*. Die Verdrängung derartiger aversiver Emotionen liegt häufig darin begründet, dass Pflegende aus ihrem Berufsethos heraus, den Anspruch an sich selbst haben, keine Ekelgefühle zuzulassen. Auf lange Sicht besteht hier jedoch die Gefahr, dass dauerhaft unterdrückte Ekel- sowie Schamgefühle zu emotionaler Erschöpfung bis hin zu Burnout führen können (Jettenberger 2017).

Eine weitere Abwehrreaktion stellt die der Distanzierung dar, die sich als „Verstecken“, „Fliehen“ oder „Angreifen“ zeigen kann (Marks 2021, 54). Bei der Fluchtreaktion brechen Personen den Kontakt ab, drehen sich weg oder verlassen „fluchtartig“ die scham- oder ekelbesetzte Pflegesituation. Um Scham abzuwehren und dieser zu entkommen, können Personen auch mit Angriffsreaktionen reagieren. In diesem Fall äußert sich dies durch aggressive Verhaltensweisen, wie beispielsweise Verachtung, Zynismus, Negativismus, Schamlosigkeit, Arroganz, Groll, Neid, Zorn, Wut oder Gewalt (Haas 2013)³. Bei einer ekelerregenden Situation entsteht oft der starke Wunsch nach Distanzierung. Pflegenden ist dies aufgrund ihrer beruflichen Rolle bzw. ihrer Professionalität nicht möglich. Dies kann Feindseligkeit gegenüber dem Ekelobjekt auslösen (Pernlochner-Kügler 2004), welche sich auf die zu Pflegenden übertragen kann: „Der Zorn und der Ekel können daher vom eigentlichen Ekelobjekt auf seine Produzenten, den Patienten verschoben werden und aggressives Verhalten gegen ihn auslösen“ (ebd., 250). Gewalt im Pflegealltag findet vor allem in Form von *verdeckter Aggression* statt. Wenn beispielsweise das Gesicht mit demselben Lappen gesäubert wird,

3 An dieser Stelle sei auf die Feindseligkeitstriade nach Izard (1999) hingewiesen, der in einer Untersuchung von Emotionsprofilen herausfand, dass Ekel eine entscheidende Emotion in der Feindseligkeitstriade bestehend aus Ekel, Zorn sowie Geringschätzung ist.

welcher zuvor für die Reinigung der Ausscheidungsorgane verwendet wurde oder Infusionen, Katheter oder Verbände unsanft gewechselt werden, kann dies auf aggressives Verhalten der Pflegekraft, welches durch die Feindseligkeitstriade aus Ekel, Zorn und Geringschätzung ausgelöst wird, zurückgeführt werden. Auch wenn Pflegebedürftige demütigend länger auf der Toilette sitzen müssen oder bei Ganzkörperwaschungen ihre Schamzonen nicht durch einen Sichtschutz bedeckt werden, sind dies Formen von Gewalt (ebd.)⁴.

Die Abwehrreaktion der Distanzierung wirkt sich nicht nur auf die *Pflegequalität*, sondern zwangsläufig auch auf die *Pflegebeziehung* aus. Dies umfasst zum einen die Interaktion mit den zu Pflegenden und zum anderen das pflegerische Handeln. Das pflegerische Handeln wird bei erlebten Ekelgefühlen und Scham negativ beeinflusst, indem beispielsweise Pflegehandlungen vor allem bei der Körper- sowie Intimpflege in einem *erhöhten Arbeitstempo* durchgeführt werden. Die Pflegenden wollen sich schnellstmöglich der ekel- sowie schambesetzten Situation entziehen (Kleinevers 2004). Eine weitere Auswirkung von erlebten Ekel- sowie Schamgefühlen bezieht sich auf die *Reduzierung der Kommunikation* zu den zu Pflegenden. Bei erlebten Schamgefühlen während der Körper- sowie Intimpflege reden Pflegende oft über belanglose Dinge oder führen Gespräche mit anderen Kollegen:innen, um dieser schambesetzten Situation schnellstmöglich zu entkommen (ebd.). Die in Ekelsituationen auftretenden Atmungsveränderungen des flachen Atmens oder Luftanhaltens können auch dazu führen, dass Pflegehandlungen grundsätzlich weniger verbalisiert begleitet werden. Dies wiederum kann von den zu Pflegenden negativ bewertet werden und bei ihnen Schamgefühle auslösen (Ringel 2000).

4 Ekel und Scham in der schulischen Pflege von Kindern und Jugendlichen mit dem sonderpädagogischen Schwerpunkt Geistige Entwicklung – empirische Annäherungen

Die Perspektive von Lehrpersonen und pädagogischen Mitarbeiter:innen bezüglich ihres Ekel- sowie Schamempfindens im Kontext schulischer Pflege von Schüler:innen mit sogenannter geistiger Behinderung war bislang noch kaum Gegenstand von Forschung. Die zu Pflegenden, das Arbeitsumfeld sowie die Arbeitsbedingungen und -voraussetzungen in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern sind denen in der Schule ähnlich. Schulische Pflege bezieht sich vor allem auf

⁴ Hier muss nochmal betont werden, dass Menschen mit sogenannter geistiger und Komplexer Behinderung in ihren Biografien vielfach abwertendes und demütigendes Verhalten – gerade in Einrichtungen der Psychiatrie oder anderen Großinstitutionen – sowie Formen struktureller, seelischer und/oder körperlicher sowie sexueller Gewalt erlebt haben können (vgl. Heusner, Bretschneider, Weithardt & Schuppener 2020; Schlichting 2024). Dies muss als Ursache für ein ängstliches, abwehrendes oder aggressives Verhalten in Pflegesituationen zentral mitgedacht werden (Bohn 2015).

die Pflege von Schüler:innen mit Förderbedarfen, insbesondere in den sonderpädagogischen Schwerpunkten Geistige Entwicklung und Körperlich-motorische Entwicklung. Für die Pflege sind hier meist mehrere Personen aus verschiedenen Professionen verantwortlich, die in einem interdisziplinären Team zusammenarbeiten. Pflege wird hier jedoch nicht immer von ausgebildeten Pflegefachkräften, sondern oft primär oder ausschließlich von Lehrer:innen sowie erzieherischen Fachkräften übernommen. Daher widmen sich die nachfolgenden Forschungsergebnisse auch im Speziellen dem Erleben von Ekel und Scham seitens pflegeerfahrender Pädagog:innen, die in die Pflege von Kindern und Jugendlichen an einer Schule zum Förderschwerpunkt Geistige Entwicklung eingebunden sind.

Zur Erfassung von Ekelempfindlichkeit und Ekelsensitivität im sonderpädagogischen Schulalltag wurden innerhalb einer Abschlussarbeit zum Staatsexamen an der Universität Leipzig acht Lehrpersonen und pädagogische Mitarbeiter:innen mit einem geschlossenen Fragebogen schriftlich befragt⁵. Zudem wurden die acht Personen mit offenen Interviewfragen zu ihrem Umgangsstrategien (Emotionsregulation) mit Ekel befragt. Innerhalb einer weiteren Abschlussarbeit von Franziska Petrenz, auf deren Ergebnisse sich dieser Artikel im Wesentlichen bezieht, wurden weitere sechs Lehrer:innen und pädagogische Mitarbeiter:innen in eine Interviewstudie eingeschlossen, welche sich den folgenden Forschungsfragen widmete:

- Welche ekel- und schamauslösenden Situationen nehmen Lehrpersonen sowie pädagogische Mitarbeiter:innen bei der Pflege von Schüler:innen mit dem Förderschwerpunkt Geistige Entwicklung wahr?
- Welche Reaktionen zeigen Lehrpersonen sowie pädagogische Mitarbeiter:innen in Ekel- sowie Schamsituationen bei der Pflege von Schüler:innen mit dem Förderschwerpunkt Geistige Entwicklung?
- Wie gehen Lehrpersonen sowie pädagogische Mitarbeiter:innen persönlich und im Kollegium mit ihren Scham- sowie Ekelgefühlen um?

Die Ergebnisse der beiden Studien sollen nachfolgend ausschnitthaft skizziert und diskutiert werden. Die Fragebogen wurden nach Häufigkeitsverteilungen ausgewertet und die Interviews mit den pflegenden Lehrpersonen und pädagogischen Mitarbeiter:innen wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring analysiert.

4.1 Ekel- und schamauslösende Situationen im schulischen Pflegealltag

Alle insgesamt 14 befragten und interviewten Pädagog:innen geben an, dass sie *Ekelsituationen* bei der alltäglichen Pflege von Schüler:innen mit dem sonderpä-

5 Der Fragebogen ist konzeptionell angelehnt an Schienle et al. (2010) und Jettenberger (2017) sowie die „Disgust Scale“ von Haidt, McCauley and Rozin (1994) und die „Disgust Propensity and Sensitivity Scale - revised“ von Fergus and Valantiner (2008). Auf einer fünfstufigen Ratingskala haben die pädagogischen Fachkräfte Objekte, Sinneseindrücke und Situationen von „sehr ekelig“ bis „nicht ekelig“ bewertet.

dagogischen Schwerpunkt Geistige Entwicklung wahrnehmen. Die beschriebenen Ekelauslöser (Kot, Erbrochenes, Speichel, Popel, Blut) lassen sich den von Pernlochner-Kügler (2004) skizzierten Ekelobjekten zuordnen. Darüber hinaus wurde auch Körper- und Mundgeruch als äußerst belastend wahrgenommen. In den Fragebogenergebnissen dokumentieren die Pädagog:innen eine hohe Ekelempfindlichkeit bei *unvorhergesehenen Situationen* (z. B. spontanes Erbrechen von Schüler:innen im Unterricht). In (wiederkehrenden) Pflegesituationen wird hier auch die körperliche Nähe und die Dauer des pflegerischen Kontakts als relevant für Ekelsensitivität angegeben.

Die Interview-Ergebnisse bestätigen, dass an der Auslösung des Ekels vor allem *Gerüche* und *visuelle* sowie *taktile Eindrücke* eine entscheidende Rolle spielen. Insbesondere der Geruch von Kot, Speichel sowie Erbrochenem löst bei den pädagogischen Mitarbeiter:innen sowie Lehrpersonen Ekel aus. Oft tritt das Phänomen auf, dass der Geruch (vermeintlich) an einem selbst haften bleibt (Jettenberger 2017), was als besonders schlimm erlebt wird. Den „Ekeltyp des Klebens“ (Kolnai 2021) beschreibt auch eine Lehrkraft als besonders markant:

„Ich ekel mich weniger vor der Optik oder der Konsistenz, sondern VIEL mehr vor dem Geruch von zum Beispiel Erbrochenem oder angetrocknetem Speichel auf der Haut.“ (14, 12-14)

Neben der olfaktorischen Wahrnehmung kommt der taktilen Wahrnehmung jedoch auch eine besondere Bedeutung zu. Eine Lehrkraft empfindet es als ekelerregend, wenn Schüler:innen ihr mit ihren (vermeintlich) unsauberen Händen in das Gesicht fassen:

„Und das zweite, was ich auch eklig finde, ist, wenn die Kinder vorher auf Toilette an sich rumgespielt haben und man zieht sie dann hinterher an und die fassen mich dann vorzugsweise im Gesicht an.“ (16, 6-9)

Das Berühren von Substanzen, die nass, glitschig oder breiig sind (wie bspw. Kot), gilt als besonders ekelig (vgl. Wrage 2005). Dementsprechend wird von fast allen Interviewpersonen das Säubern kotbeschmierter Körperteile als ekelerregend empfunden. Weiterhin wird deutlich, dass die visuelle Wahrnehmung beim Anblick von schleim- oder kotbeschmierten Körperteilen sowie beim Kot essen eine entscheidende Rolle bei der Entstehung von Ekelgefühlen bei den Interviewpersonen spielt:

„Und eklig ist auch, wenn die Schüler den Kot in den Mund nehmen. Das ist äußerst unhygienisch und unangenehm für mich, wenn ich das sehe.“ (13, 18-19)

Diese Ergebnisse zu den Ekelsituationen bestätigen den von Jettenberger (2017) beschriebenen Zusammenhang zwischen den Ekelsinnen und der Wahrnehmung von Ekel. Es wird deutlich, dass die Wahrnehmung von Ekelgefühlen durch ver-

schiedene Determinanten beeinflusst wird. Zu den Einflussfaktoren zählen die pädagogischen Mitarbeiter:innen sowie Lehrpersonen die persönliche Tagesform, den Zeitdruck und (vermeintlich) provokatives Verhalten von Schüler:innen. In stressigen Situationen oder an Tagen, an denen es ihnen gesundheitlich oder emotional nicht besonders gut geht, sinkt ihre Toleranzgrenze gegenüber ekelerregenden Situationen oder Substanzen. Dadurch wird die Ekelempfindung verstärkt wahrgenommen. Ein Großteil der Interviewpersonen gibt an, dass Kotschmierer unabhängig von weiteren Einflüssen *immer* ein Auslöser für Ekelempfindung ist:

„Spielen mit Kot ist ein großes Thema und ekelt mich vor allem, wenn es vom Schüler provokant geschieht.“ (I3, 16-18)

Aus den Interviews lassen sich verschiedene Auslöser von Scham in Pflegesituationen identifizieren. Ein Auslöser wird in *eigenem Fehlverhalten* innerhalb von Pflegesituationen gesehen. So beschreiben die interviewten Personen explizite Schamgefühle in Situationen, wo sie beispielsweise Schüler:innen auf der Toilette vergessen haben oder die Orthesen zu spät gewechselt haben, sodass Druckstellen entstanden sind oder sie gegenüber Kindern verbal oder körperlich übergriffig geworden sind. Diese Schamauslöser lassen sich der Gruppe des „Versagens/Misserfolges“, die selbstinitiiert sind, zuordnen (Kalbe 2002). Derartige Schamgefühle treten immer dann auf, wenn Mitarbeiter:innen den eigenen Erwartungen an eine professionelle Pflege nicht gerecht werden (ebd.).

Schamauslöser sind oftmals auch Situationen, in denen *Intimität und Sexualität* wahrgenommen wird (Bohn 2015). So wird von zwei Mitarbeiterinnen Scham empfunden in Pflegesituationen, bei denen sie in Berührung mit den männlichen Geschlechtsteilen kommen. Dabei wird der Zusammenhang zwischen Schamgefühlen und der Konfrontation mit der Intimität der Schüler:innen deutlich. Über die körpernahen Pflegetätigkeiten kommen Pflegenden mit den intimsten Körperregionen der zu Pflegenden in Kontakt, was auf beiden Seiten zu Schamgefühlen führen kann (Kleinevers 2004; Schlichting 2024). Berührungen an den Geschlechtsteilen finden vor allem während der Intimpflege oder bei Toilettengängen statt.

„Und schwierig finde ich es tatsächlich bei so einem jungen Mann an den Geschlechtsteilen heranzuwischen. Also wenn ich mit ihm auf Toilette bin und ich ihn dann an seinem Geschlechtsteil sauber machen muss. Ich mache das. Aber naja (...) Das sind so Situationen, die für mich SEHR unangenehm sind.“ (I1, 30-34)

Ebenso kann sexuelles Verhalten der Schüler:innen bei Pflegenden Scham auslösen (Bohn 2015). Sexuelles Verhalten in Form von Masturbation (bei männlichen Schülern) wird von zwei Lehrerinnen sowie einer pädagogischen Mitarbeiterin als grenzüberschreitend wahrgenommen. Entscheidend bei der Entstehung von Schamgefühlen ist für eine Lehrerin, wenn sexuelles Verhalten vor anderen Personen in einem öffentlichen Rahmen gezeigt wird. Öffentliches Onanieren außer-

halb des Pflegebades vor den Augen weiterer Zuschauer:innen empfindet sie als schambehaftet:

„Wenn das aber in die Gesamtsituation getragen wird und das zum Beispiel vor den Augen der ganzen Klasse oder vielleicht auch noch vor fremden Leuten passiert, dass einer die Hosen runterlässt und sich dann am Penis herumspielt, dann sind das solche Situationen, wo ich Scham empfinde.“ (I6, 18-21)

An dieser Stelle muss darauf verwiesen werden, dass die Umsetzung *gendersensibler und -gerechter Pflege* in der Alltagswirklichkeit noch keine durchgehende Berücksichtigung findet und hier noch ein hoher Entwicklungsbedarf besteht (vgl. Pflege-Netzwerk Deutschland 2022).

4.2 Reaktionen von Lehrpersonen und pädagogischen Mitarbeiter:innen in Ekel- sowie Schamsituationen

Pädagogische Mitarbeiter:innen sowie Lehrpersonen nehmen in Ekelsituationen die *physiologischen Reaktionen* des Würgereizes sowie das Gefühl von Übelkeit wahr. Einige Personen erleben, dass es sie in Ekelsituationen am ganzen Körper schüttelt oder sie das Gefühl haben, dass sich ihr Körper zusammenzieht. Wie Jettenberger (2017) anmerkt, kann Ekel auch Herpes hervorrufen. Genau diese Reaktion erlebt eine Lehrerin beim Anblick eines mit Speichel bedeckten Kindes:

„Das ist für mich eklig und wenn ich das sehe, dann bekomme ich auch Herpes.“ (I2, 159-160)

Die Interviewpersonen schildern zudem *Abwehrreaktionen*, welche sich auf die Verdrängung sowie Distanzierung beziehen (vgl. Jettenberger 2017). Sie versuchen in den „Arbeitsmodus“ zu verfallen, um sich dadurch von Ekelgefühlen abzulenken oder zu distanzieren:

„Ich persönlich merke, dass ich in solchen ekligen Situationen einfach NUR funktioniere. Ich versuche diese Emotion nicht an mich ranzulassen, sondern schnell alles abzuarbeiten und an etwas anderes zu denken.“ (I2, 184-186)

Ganz ähnliche Reaktionen der Distanzierung und Abwehr benennen die Interviewpersonen in Schamsituationen. Das Schamgefühl wird bewusst unterdrückt und die pädagogischen Mitarbeiter:innen sowie Lehrpersonen gehen in der schambesetzten Situation dazu über, begonnene funktionale Handlungen fortzusetzen. Sie begründen dies mit ihrem beruflichen Auftrag, entsprechende Situationen professionell bewältigen zu wollen. Dies verweist darauf, dass Pflegenden sich aufgrund ihres Berufsethos verpflichtet fühlen, mit belastenden Situationen „professionell“ umzugehen (Pernlochner-Kügler 2004, 263):

„Wenn es erträglich ist und nicht so sehr meine Schamgrenze überschreitet, dann versuche ich mein Gefühl einfach auszuschalten und arbeite es ab. Das wird ja auch von mir verlangt.“ (I4, 104-106)

Zwei weibliche Personen geben an, dass sie bei der Pflege an den männlichen Geschlechtsteilen oder beim Anblick von sexualisierten Verhalten der Schüler sich diesen Situationen entziehen und Kollegen:innen bitten, für sie einspringen:

„Einen erigierten Penis zu säubern (...) Das ist dermaßen sexualisiert und so schambesetzt für mich. Ich habe dann auch gesagt, dass ich das bitte nicht machen möchte. Das haben dann andere Kollegen übernommen, die damit kein so großes Problem hatten.“ (I1, 77-80)

Aus den Ergebnissen geht weiterhin hervor, dass auftretende Ekel- und Schamgefühle sich sowohl auf die direkte Pflegetätigkeit, als auch auf den Umgang mit den Schüler:innen in bzw. nach der Ekel- sowie Schamsituationen auswirken. Die Pflegehandlungen werden schneller durchgeführt und weniger verbal begleitet:

„Aber gerade in so Situationen, die für mich unangenehm sind, dann leidet auch die Kommunikation darunter. Also das muss ich ehrlich zugeben, dann kommt es schon vor, dass man sich nicht nur mit der Pflege beeilt, sondern eben auch weniger mit den Schülern spricht, weil man schnell aus der Situation wieder raus möchte.“ (I1, 47-51)

Die Ursache dafür liegt scheinbar darin, dass sich die pädagogischen Mitarbeiter:innen sowie Lehrpersonen schnellstmöglich der ekelregenden sowie schambesetzten Situation entziehen wollen (Kleinevers 2004). Damit wird deutlich, dass das pflegerische Handeln und der Umgang sowie die (pflegerische) Beziehung mit den Schüler:innen durch auftretende Scham- sowie Ekelgefühle negativ beeinflusst wird (ebd.).

4.3 Handlungs-, Reflexions- und Bewältigungsstrategien von Lehrpersonen und pädagogischen Mitarbeiter:innen im Umgang mit Scham- und Ekelgefühlen

Die Ergebnisse zeigen, dass die pädagogischen Mitarbeiter:innen und Lehrpersonen bereits einige Strategien zur Bewältigung ihrer Ekel- sowie Schamgefühle anwenden. Hierbei zeigt sich ein breites Spektrum an Handlungen – von *reaktiven* bis hin zu *proaktiven Strategien*, wie beispielsweise: Verdrängen und Unterdrücken von Ekel- und Schamgefühlen, Ablenken (z. B. durch gezielt an etwas Anderes denken), Flucht und Distanz (z. B. Ablehnung/Verweigerung bestimmter pflegerischer Tätigkeiten), Reaktionskontrolle (Steuerung der Mimik und Nutzung von Atemtechniken), Reflexion und Neubewertung (z. B. durch Austausch im Privaten über Ekel- und Schamgefühle oder Reflexionen im Team), selbstauferlegte Verbote von Aggressionen sowie betont sachliche, nicht abwertende Sprache gegenüber den Schüler:innen (vgl. Ringel 2000; Lohr & Hauke 2023; Schlichting 2024).

Der Umgang mit den Emotionen Ekel und Scham reicht von konstruktiven über eher destruktive Formen und bezieht sich sowohl auf Bewältigungsmaßnahmen im Kollegium, als auch auf individuelle Bewältigungsmaßnahmen, die sowohl präventiv als auch intervenierend angewendet werden. Diese lassen sich den Maßnahmen des *Scham- sowie Ekelmanagements* auf individueller Ebene sowie auf der Ebene im Team zuordnen (Pernlochner-Kügler 2004).

1 Strategien auf individueller Ebene

Eine hohe Bedeutung wird der *Anwendung von Schutzmaßnahmen* beigemessen. So nutzen die meisten Pädagog:innen beispielsweise Handschuhe bei den körpernahen Pflegehandlungen. Durch das Tragen von Schutzhandschuhen schützen sie sich vor dem direkten Körperkontakt mit den Ekelobjekten (Pernlochner-Kügler, 2004, S. 231):

„Ich betone da vor allem die Hygienemittel, die es da so gibt. Der körperliche Schutz, indem ich Handschuhe oder manchmal auch eine Schürze trage, ist mir SEHR wichtig.“ (I3, 143-144)

Um die Geruchswahrnehmung zu bewältigen, nutzt ein pädagogischer Mitarbeiter in stark ekelauslösenden Situationen eine Maske oder trägt sich ein gut riechendes Öl unter die Nase auf. Gegen die Wahrnehmung von ekelauslösenden Gerüchen hilft es einigen Mitarbeiter:innen zudem, wenn sie während der Pflege weniger durch die Nase, sondern durch den Mund atmen und sie zwischendurch sowie nach der Pflegetätigkeit durchlüften (vgl. Pernlochner-Kügler 2004; Schlichting 2024). Einige Interviewpersonen betonen die Wichtigkeit, sich nach der ekelerregenden Pflegetätigkeit (mehrfach) die Hände zu waschen. Durch das Säubern der Hände kann demzufolge bei den pflegenden Personen wieder ein Reinheitsgefühl erzeugt werden (vgl. Ringel 2000).

Die meisten Interviewpersonen wenden *selbstfürsorgliche Tätigkeiten* an, um in herausfordernden Ekel- sowie Schamsituationen darauf zurückgreifen zu können. Selbstfürsorge bedeutet nach Juchmann (2022), selbst auf sich und seinen eigenen Körper zu achten. Sie setzt hier bei der aktiven Auseinandersetzung mit den eigenen Emotionen an bzw. bei der offenen Kommunikation dieser mit Kollegen:innen, aber auch in der direkten Ekel- sowie Schamsituation mit den Schüler:innen:

„Ich versuche schon mich und meine Handlungen zu hinterfragen. Vor allem, wenn diese Situationen für mich eklig waren, dann ist es sinnvoll, dass ich mich hinterher damit nochmal konfrontiere. Es bringt nichts, wenn ich immer nur alles schönrede und mich meinen Emotionen nicht stelle.“ (I5, 125-129)

„Ich gehe dann mit solchen Situationen so um, dass ich dann dem Schüler sage, dass ich das ganz UNMÖGLICH finde. Ich bespreche dann ganz offen mit dem Schüler, wie es mir damit geht, wenn er seine blutigen Popel überall hinschmiert.“ (I1, 132-134)

Zwei Personen nutzen dabei auch humorvolle Äußerungen, um die ekelerregende Pflegesituation zu beschreiben. Eine weitere selbstfürsorgliche Tätigkeit, die Lehrpersonen und pädagogische Mitarbeiter:innen nach der Ekel- sowie Schamsituationen anwenden, ist, sich Ruhepausen einzuräumen, um wieder neue Kraft zu schöpfen. Ebenso werden Formen der *Neubewertung* als Bewältigungsmaßnahme genutzt, indem sich die Pädagog:innen positive und schöne Erfahrungen mit den Schüler:innen vergegenwärtigen (vgl. Schlichting 2024). Bei der täglichen Auseinandersetzung mit Ekel- und Schamsituationen hilft es ihnen, durch die Wertschätzung dieser gemeinsamen und positiven Momente besser, mit den Belastungen umzugehen und ihre Resilienz zu stärken:

„Wie gesagt, für mich ist es auch eine Strategie, wenn ich nicht nur aus diesen Erfahrungen schöpfe, sondern es eben auch so viele schöne Momente unabhängig von den ekligen Situationen mit den Schülern gibt.“ (I3, 156-158)

Als risikoträchtig lassen sich *Strategien der Verdrängung und Distanzierung* einordnen. Wie anhand der beispielhaft oben skizzierten Reaktionen (vgl. 4.2) deutlich wird, besteht hier das Risiko, dass Verdrängung und Distanzierung von Ekel und Scham als (selbstauferlegtes) „professionelles Verhalten“ bzw. Erwartung/Druck von Außen an „professionelle Pflege“ gewertet werden und damit als erfolgreiche Strategien gelten. Zu „funktionieren“, etwas „abzuarbeiten“, nicht „an sich ranzulassen“ oder „Gefühle auszuschalten“ ist jedoch kein Merkmal von Professionalität, sondern führt – im Gegenteil – zu potenziellen Gefährdungen professionellen, reflektierten Verhaltens und Handelns.

2 Strategien auf kollektiver Ebene

An die Stelle individueller Strategien von Verdrängung und Distanz sollte vielmehr ein *offener Austausch* über Emotionen treten, den auch einige der Pädagog:innen berichten und als besonders wertvoll empfinden. Hier werden vor allem „zwischen Tür und Angelgespräche“ nach belastenden Ekel- oder Schamsituationen oder Gespräche in Kleinteams als äußerst hilfreich markiert:

„Oft bespreche ich auch in kleinerer Runde mit einer Teamkollegin, über die Situation. Ich frage sie dann auch, ob ihr solche schambesetzten Situationen auch schon passiert sind, wenn wie sie dann mit solchen Situationen umgegangen ist.“ (I4, 152-154)

Aber nicht nur die offenen Gespräche, sondern auch die *direkte Team-Unterstützung* in der Ekel- oder Schamsituation wird als besonders wichtig dargelegt. Falls die Pfl egetätigkeit für einen Kollegen oder eine Kollegin zu ekelbesetzt oder schamhaft ist, dann springen andere Personen aus dem Team ein:

„Dann weiß ich, dass ich in bestimmten Situationen auf sie zurückgreifen kann. Zum Beispiel, dass sie dann einspringen, wenn wieder überall am Kind der Schleim hängt und das

weggemacht werden muss. Andererseits bin ich auch für meine Kollegen da, wenn ihnen Sachen unangenehm sind und sie mal eine Pause brauchen.“ (I2, 204-208)

Eine *Demaskierung von Scham und Ekel*⁶ innerhalb kollektiver Teamstrukturen erscheint zentral relevant in der Bearbeitung von Ekel- und Schamgefühlen sowie für die Entwicklung von Bewältigungsstrategien, damit keine *Integritätsverletzungen, Schuldgefühle* und/oder *Selbstvorwürfe* bei Pflegenden auf individueller Ebene entstehen, die letztlich für die/den Einzelne:n zu *Überlastung* führen können (ZQP 2017) und auch die kollektive Überforderung eines Teams zur Folge haben können. Dies zu vermeiden kann nur durch eine offene Thematisierung dieser aversiven Emotionen und eine damit verbundene Enttabuisierung erreicht werden, auf die im Folgenden nochmal zusammenfassend eingegangen wird.

„Emotions matter“⁷ – Ein Fazit zum enttabuisierten Umgang mit Ekel und Scham in Pflegesituationen

Für Ekel und Scham gilt: Sie sind „nicht verhandelbar, eine ‚Gefühlskontrolle‘ meist nutzlos“ (Neckel 2009, 106), woraus quasi die Zwangsläufigkeit einer Enttabuisierung und Bearbeitung dieser Gefühle erwächst, um etwaige negative Konsequenzen (z. B. Verletzung, Angst, Unsicherheit, Aggression, Zwänge, Ohnmachtserleben) zu vermeiden. Der Wunsch nach einer Thematisierung und einem offenen Umgang mit Scham und Ekel wird auch von allen befragten und interviewten Pädagog:innen formuliert. Sie befürworten übereinstimmend, dass die Auseinandersetzung mit dieser Thematik innerhalb der Institution Schule *kein Tabuthema* mehr sein darf, indem alle Personen *angst- sowie schamfrei* ihre Emotionen laut aussprechen können. Sie wünschen sich schulseitig eine Struktur für diesen *offenen Austausch* und verweisen auf die Möglichkeit der Realisierung von regelmäßigen kollegialen Fallberatungen während eines pädagogischen Tages oder Teamtages.

„An dieser Stelle wünsche ich mir auch, dass in der Schule ein offener Rahmen geschaffen wird, ehrlich und ohne Wertung über seine Gefühle reden zu können. Ich möchte nicht das Gefühl haben, dass es falsch ist oder sogar unprofessionell wirkt, wenn ich meine Gefühle mit anderen teile. Es ist ganz wichtig, die Angst zu nehmen, indem man offen kommuniziert, dass man nichts falsch machen kann, wenn man über seine Emotionen redet.“ (I5, 149-155)

Diese geäußerten Wünsche nach einem enttabuisierten Umgang innerhalb von Schule erscheinen besonders wichtig, da hierdurch eine *Anerkennung von Ekel und Scham als soziale Gefühle* und wichtige zuzulassende Emotionen erfolgt, die sagbar und be-

6 Dies bezieht sich hier auf einen Zugang zu den „Masken der Scham“ nach Wurmser (2017), die sich beispielsweise als „Verachtung, Stolz, Spott, Neid, Trotz oder Zorn“, aber auch als „emotionale Erstarrung oder Langeweile“ tarnen können (Bucher 2022, 350).

7 Frenzel et al. (2009, 129)

arbeitbar sein müssen. Dies verkörpert die Basis für einen konstruktiven Umgang mit Scham und Ekel (vgl. Baatz-Kolbe 2019) und ermöglicht unseres Erachtens:

- eine *offene Thematisierung eigener (Ekel-)Grenzen und (Scham-)Gefühle* verbunden mit einem konstruktiven Austausch über den Umgang damit;
- eine *kritische Reflexion von subjektiven Wahrnehmungen Pflegenden*, wie beispielsweise der (u. U. problematischen) Zuschreibung von provokantem Verhalten seitens der Schüler:innen;
- einen *selbstkritischen Blick auf eigene Ekel-Reaktionen*, um die Entstehung von Aggressionen zu vermeiden;
- eine *offene Auseinandersetzung mit Risiken der Beschämung und des Beschämt-Werdens* sowie mit Gefühlen von Ohnmacht, Isolation, Verletzungen oder anderen destruktiven Empfindungen und Reaktionen;
- eine *Vermeidung von destruktiven Umgangsformen/Bewältigungsstrategien* eines „Aushalten-müssens“, „Wegschieben-müssens“ oder „Kontrollieren-können“ in der Fehlannahme vermeintlich professioneller (Verhaltens)Erwartungen
- insgesamt: die Entwicklung einer *Kultur der Emotionsarbeit* an Schulen.

Seitens der Lehrpersonen und der pädagogischen Mitarbeiter:innen besteht der Wunsch, den Umgang mit Ekel- sowie Schamgefühlen nicht nur in der Institution, sondern bereits während der Ausbildung zu thematisieren. Nur ein pädagogischer Mitarbeiter schildert im Interview, dass der Umgang mit Ekel und Scham Gegenstand seiner Ausbildung war:

„Also ABSOLUT sinnvoll finde ich es, wenn man in der Ausbildung über solche Emotionen redet. Ich finde, dass gehört auf jeden Fall in die Ausbildungsschwerpunkte. Und es sollte auch einfach als ein normales Thema in der Pflege vermittelt werden.“ (I4, 225-228)

Hieraus lässt sich die klare Forderung nach einer *Sensibilisierung und Reflexion der Themen Ekel und Scham in allen Phasen der (sonderpädagogischen) Lehrer:innenbildung* sowie in *erzieherischen und (heilerziehungs)pflegerischen Ausbildungsberufen* ableiten. Damit verbunden verweisen auch die geschilderten Scham- und Ekelempfindungen im Zusammenhang mit sexualisierten Situationen (vgl. Schlichting 2024) auf die Notwendigkeit der Ermöglichung einer *kultur- sowie gendersensiblen und -gerechten Pflege* (vgl. Pflege-Netzwerk Deutschland 2022)⁸.

Auf der *Professionsebene* stellt eine Enttabuisierung von Ekel und Scham als Emotionen in der Pflege auch einen zentralen Schritt zur Vermeidung von Aggressionen und Gewalt in Pflegesituationen dar, denn: „Gewaltfreie Pflege setzt ein bewusstes Fühlen, ein differenziertes Denken und verantwortungsvolles Entscheiden Ihres Handelns voraus“ (Staudhammer 2023, 158). Dies gilt genauso für

8 Hierzusind u. a. folgende Praxishandbücher und Materialen empfehlenswert: <https://queer-im-alter.de/materialien/praxishandbuch> – <https://pflegekraft-mehralseinberuf.de/pflege-queer-kultursensibel/> – <https://www.gip-intensivpflege.de/news/detail/lstbiq-sensible-pflege-und-intensivpflege/>

Pflegesituationen und viele andere Situationen in pädagogischen Kontexten, die mit Ekel oder Scham einher gehen können. Nur so kann sich „Schule als emotional-sicherer Raum“ für die konstruktive Bearbeitung aversiver Emotionen weiterentwickeln und einen Beitrag dazu leisten, emotionalen Be- und Überlastungen von Pädagog:innen unterstützend entgegenzuwirken. Auf einer *Disziplinen*ebene kann eine enttabuisierte Auseinandersetzung mit Scham und Ekel auch dazu beitragen, „Reflexionen über pädagogisch vermittelte Normen“ (Bucher 2022, 355) anzuregen und dem Anspruch einer emotionssensiblen – und damit auch diskriminierungssensiblen – Lehrer:innenbildung gerecht werden.

Literatur

- Abele, M. C. (2017). Fragebogen zur Erfassung interpersoneller Ekelempfindlichkeit. Unveröffentlichte Dissertation. Dresden.
- Ahnis, A. (2005). Inkontinenz, Scham und Ekel– Sprechen wir darüber?! In: Kuhlmei, A., Rosemeier, H.-P. & Rauchfuß, M. (Hrsg.): *Tabus in Medizin und Pflege*. Frankfurt am Main: Lang, 115–137.
- Baatz-Kolbe, C. (2019). Scham – die vernachlässigte Emotion in der stationären Altenpflege. URL: https://kobra.uni-kassel.de/bitstream/handle/123456789/11596/Dissertation-ChristelBaatz_Kolbe.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Biesecke, K. (2019). Momente voller Ekel und Scham– Besondere Verhaltensweisen von Menschen mit Behinderungen, die unter die Haut gehen. In: *Zeitschrift für Heilpädagogik* 6/2019 70.Jg., 297-302
- Bohn, C. (2015). Macht und Scham in der Pflege – Beschämende Situationen erkennen und sensibel damit umgehen. München: Reinhardt.
- Bucher, J. (2022). Scham. In: Dederich, M. & Zirfas, J. (2022): *Glossar der Vulnerabilität*. Wiesbaden: Springer VS, 345–356.
- Fergus, Th.A. & Valentiner, D.P. (2008). The Disgust Propensity and Sensitivity Scale-Revised. A examination of a reduced-item version. *Journal of Anxiety Disorders* 23, 703–710.
- Frenzel, A. C., Goetz, T., Stephens, E. J., & Jacob, B. (2009). Antecedents and effects of teachers' emotional experiences: An integrated perspective and empirical test. In: P. Schutz & M. Zembylas (Hrsg.): *Advances in teacher emotion research. The impact on teachers' lives*. New York: Springer, p. 129–151.
- Gröning, K. (2001). *Entweihung und Scham. Grenzsituationen in der Pflege alter Menschen*. Frankfurt am Main: Mabuse, 3. Auflage.
- Haas, D. (2013). *Das Phänomen Scham: Impulse für einen lebensförderlichen Umgang mit Scham im Kontext von Schule und Unterricht*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Haidt, J., McCauley, C., & Rozin, P. (1994). Individual differences in sensitivity to disgust: A scale sampling seven domains of disgust elicitors. *Personality and Individual Differences*, 16(5), 701-713. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90212-7](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90212-7)
- Hangl, A. (2015). Ekel in der Krankenpflege: Orte, Praktiken und Funktionen. <https://diglib.uibk.ac.at/download/pdf/1696967.pdf>
- Heusner, J., Bretschneider, R., Weithardt, M. & Schuppener, S. (2020). Über die (Un)Vereinbarkeit von Autonomieverlust und Freiheitsentzug mit (professionellen) Sorgebeziehungen und Wohlergehensbestrebungen – Zur Relevanz freiheitseinschränkender Maßnahmen in Einrichtungen der sogenannten Behindertenhilfe. *Behindertenpädagogik* 59 (3), 241-259.
- Immenschuh, U. (2020). *Unerhörte Scham in der Pflege über die Notwendigkeit einer unbeliebten Emotion*. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Immenschuh, U. & Marks, St. (2014). *Scham und Würde in der Pflege. Ein Ratgeber*. Frankfurt am Main: Mabuse.

- Izard, C. (1999). Die Emotionen des Menschen. Eine Einführung in die Grundlagen der Emotionspsychologie. 4. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz.
- Jettenberger, M. (2017). Ekel. Professioneller Umgang mit Ekelgefühlen in Gesundheitsfachberufen. Wiesbaden: Springer.
- Juchmann, U. (2022). Selbstfürsorge in helfenden Berufen: Wie Achtsamkeit im Arbeitsalltag gelingt. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kalbe, W. (2002). Scham – Komponenten, Determinanten, Dimensionen. Dissertation an der Universität Hamburg. <http://www.sub.uni-hamburg.de/disse/693/dissertation.pdf>
- Kleinevers, S. (2004). Sexualität und Pflege. Bewusstmachung einer verdeckten Realität. Hannover: Schlütersche.
- Kolnai, A. (2021). Ekel Hochmut Hass. Zur Phänomenologie feindlicher Gefühle. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 3. Auflage.
- Krey, H. (2004). Gefühlsregulierung in der Pflegeausbildung – Eine Untersuchung zum Ekelempfinden von Auszubildenden in der Pflege im 3. Ausbildungsjahr. <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/654/1417>
- Lohr, Ch. & Hauke, G. (2023). Ekel. Emotionsarbeit in der Psychotherapie. Weinheim, Basel: Beltz.
- Marks, S. (2021). Scham – die tabuisierte Emotion. Ostfildern: Patmos, 8. Auflage.
- Neckel, S. (1991). Status und Scham. Zur symbolischen Reproduktion sozialer Ungleichheit. Frankfurt am Main: Campus.
- Neckel, S. (2009). Soziologie der Scham. In: Schäfer, A. & Thompson, Ch. (Hrsg.): Scham. Paderborn: Schöningh, 103-118.
- Pernlochner-Kügler, C. (2004). Körperscham und Ekel– wesentlich menschliche Gefühle. Münster: LIT-Verlag.
- Pflege-Netzwerk Deutschland (2022). Gute Pflege für jedes Geschlecht. <https://pflegenetzwerk-deutschland.de/gute-pflege-fuer-jedes-geschlecht>
- Ringel, D. (2000). Ekel in der Pflege. Eine „gewaltige“ Emotion. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Schäfer, A. & Thompson, Ch. (2009). Scham – eine Einführung. In: Schäfer, A. & Thompson, Ch. (Hrsg.): Scham. Paderborn: Schöningh, 7-36.
- Schienze, A., Dietmaier, G., Ille, R. & Leutgeb, V. (2010). Eine Skala zur Erfassung der Ekelsensitivität. Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie 39 (2), 80-86.
- Schlichting, H. (2024): Körperlichkeit, Scham und Ekel in der Pflege. In: Zuleger, A.; Maier-Michalitsch, N. (Hrsg.). Sexualität bei Menschen mit Komplexer Behinderung. Düsseldorf: selbstbestimmtes leben (im Druck).
- Staudhammer, M. (2023). Prävention von Machtmissbrauch und Gewalt in der Pflege. Wiesbaden: Springer, 2. Auflage.
- Wrage, A. (2005): Thema: Ekel – Ein Tabuthema und seine Auswirkungen auf die Pflegebeziehungen. Abschlussarbeit zur Weiterbildung zur staatlich anerkannten Fachpflegerin in der Gerontopsychiatrie. Online verfügbar: <https://www.yumpu.com/de/document/view/25674953/thema-ekel-a-ein-tabuthema-und-seine-das-raue-haus>
- Wurmser, L. (1997). Die Maske der Scham. Die Psychoanalyse von Schameffekten und Schamkonflikten. Berlin: Springer, 3. Auflage.
- ZQP-Report (2017). Gewaltprävention in der Pflege. https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Report_Gewalt_Praevention_Pflege_Alte_Menschen.pdf

Autorinnen

Schlichting, Helga, Dr.ⁱⁿ

Universität Leipzig

Erziehungswissenschaftliche Fakultät – Institut für Förderpädagogik

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Pädagogik, Pflege und Therapie bei Menschen mit Komplexer Behinderung; Schmerzen und Schmerzerkennung; Palliative Care und hospizliche Begleitung bei Menschen mit geistiger und Komplexer Behinderung

E-Mail: helga.schlichting@uni-leipzig.de

Schuppener, Saskia, Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ

Universität Leipzig

Erziehungswissenschaftliche Fakultät – Institut für Förderpädagogik

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Inklusionssensible Hochschulentwicklung; Partizipative Forschung und Lehre; Inklusiver Sozialraumorientierung und Schulentwicklung; Diagnostik im Kontext schulischer Inklusion; Leichte Sprache und kommunikative Barrierefreiheit; Herausforderndes Verhalten, strukturelle Gewalt, Autonomieeinschränkungen und freiheitsentziehende Maßnahmen im Kontext sogenannter

Geistiger Behinderung

E-Mail: schupp@uni-leipzig.de