



Andreas Uschok
(Hrsg.)

Körperbild und Körperbild- störungen

Handbuch für Pflege- und
Gesundheitsberufe

Körperbild und Körperbildstörungen

Körperbild und Körperbildstörungen

Andreas Uschok (Hrsg.)

Programmbereich Pflege

Beirat:

Angelika Abt-Zegelin, Dortmund

Jürgen Osterbrink, Salzburg

Doris Schaeffer, Bielefeld

Christine Sowinski, Köln

Franz Wagner, Berlin

Andreas Uschok

(Hrsg.)

Körperbild und Körperbildstörungen

Handbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe

unter Mitarbeit von

Alexander Risse
Andreas Fröhlich
Andrea Schmidt-Jungblut
Anna Katariina Koch
Charlotte Uzarewicz
Daniela Hayder
Erwin Lemche
Ilka Rühl
Hans-Joachim Hannich
Hartmut Remmers

Helga Schlichting
Ingrid Kollak
Jürgen Georg
Manfred Hülsken-Giesler
Martin W. Schnell
Robert Gugutzer
Sara Marquard
Saskia Schuppener
Tanja Legenbauer
Ulrike Buhlmann



Dr. Andreas Uschok (Herausgeber). Dr., Gesundheits- und Krankenpfleger, Pflegewissenschaftler
Wiesenweg, DE-5 79194 Heuweiler
E-Mail: auschok@gmx.de

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://www.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, **Übersetzungen**, **Mikroverfilmungen** sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe AG
Lektorat: Pflege
z. Hd.: Jürgen Georg
Länggass-Strasse 76
CH-3000 Bern 9
Tel: 0041 31 300 45 00
Fax: 0041 31 300 45 93
E-Mail: verlag@hogrefe.ch
Internet: www.hogrefe.ch

Lektorat: Jürgen Georg, Fabian Bamatter, Ronny Scherwing
Herstellung: René Tschirren
Umschlagabbildung: Jürgen Georg, Schüpfen
Umschlag: Claude Borer, Riehen
Satz: Claudia Wild, Konstanz
Illustrationen: Angelika Kramer, D-Stuttgart (5-1, 13-3, 16-3, 18-1, 18-2)
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Finidr s.r.o., Český Těšín
Printed in Czech Republic

1. Auflage 2016
© 2016 Hogrefe Verlag, Bern

(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-95520-9)
(E-Book-ISBN_EPUB 978-3-456-75520-5)
ISBN 978-3-456-85520-2

Nutzungsbedingungen

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audio-dateien.

Anmerkung

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhalt

Geleitwort	13
Körper und Körperbild – ein paar Gedanken im Vorfeld des Professionellen Andreas Fröhlich	
Vorwort	15
Einleitung	17
Danksagung	23
1 Zur Relevanz des Körpers im Kontext pflegerischen Handelns	25
Hartmut Remmers	
1.1 Einleitung	25
1.2 Körper	26
1.2.1 Definitionen	26
1.2.2 Einige Anmerkungen zur Wortgeschichte	26
1.2.3 Grundlagentheoretische Differenzierungen	27
1.3 Jenseits traditioneller Körperlehre: Ansätze einer Leib-Phänomenologie	28
1.4 Störungen der Lebendigkeit des Körpers	30
1.4.1 Klinische Aspekte	30
1.4.2 Pflegerisch-praktische Aspekte	34
1.5 Leiblichkeit und Erleben am Beispiel depressiver (psychogener) Störungen	38
1.6 Zusammenfassung	39
1.7 Literatur	40
2 Zur Relevanz der Phänomenologie der Leiblichkeit für die Pflege	45
Martin W. Schnell	
2.1 Einleitung	45
2.2 Phänomenologie der Leiblichkeit	45
2.3 Leib und Körper	46
2.4 Die Anderen	47
2.5 Zwischenleiblichkeit	47
2.6 Fremdheit	47
2.7 Ansatzpunkte für die Pflege	49
2.8 Endlichkeit und Selbstsorge	50
2.9 Die Selbstsorge und ihre Beziehung zur Pflege	51
2.10 Selbstsorge und Pflege	51
2.11 Das Phantomglied	51
2.12 Literatur	52

3	Körper und Leib als Ausgangspunkt eines mimetisch begründeten Pflegehandelns	55
	Manfred Hülsken-Giesler	
3.1	Einleitung	55
3.2	Der Kern des Pflegerischen: Die Situationsdefinition	56
3.3	Sprache, Körper und Leib in der Pflege	57
3.4	Mimesis: körper- und leibgebundenes Verstehen in der Pflege	59
3.5	Deformationen des mimetischen Vermögens	62
3.6	Was ist zu tun?	63
3.7	Literatur	65
4	Die Körper der Gesellschaft. Eine soziologische Entdeckungsreise	69
	Robert Gugutzer	
4.1	Einleitung	69
4.2	Gründe für den «body turn» in der Gesellschaft	70
4.3	Körper und Leib	73
4.4	Körper und Leib als gesellschaftliche Produkte	76
4.4.1	Formung von Körper und Leib: Wie wird gesellschaftlich auf Körper und Leib eingewirkt?	76
4.4.2	Körperdiskurs: Wie wird über Körper und Leib in der Gesellschaft kommuniziert?	77
4.4.3	Körpersymbolik: Was symbolisiert der Körper?	78
4.5	Körper und Leib als Produzenten von Gesellschaft	79
4.5.1	Körperpraxis: Wie handelt der Körper gewohnheitsmäßig?	80
4.5.2	Körpereigensinn: Wie agiert der Körper vorreflexiv?	81
4.5.3	Leiberfahrung: Wie wird Gesellschaft leiblich-affektiv konstruiert?	81
4.6	Fazit	82
4.7	Literatur	83
5	Wider die babylonische Sprachverwirrung: gegenwärtige Definition des Körperbildes	85
	Erwin Lemche	
5.1	Einleitung	85
5.2	Welche babylonischen Sprachverwirrungen gibt es überhaupt?	86
5.3	Gegenwärtige Sprachgebräuche	87
5.4	Phantomglied und weitere sogenannte Körperbild-Störungen	88
5.5	Neurologie und Psychoanalyse	92
5.6	Sozial-, Experimental- und Kognitionspsychologie	93
5.7	Das Komponenten-Modell des Körperbildes	94
5.8	Überprüfungen im Lichte neuerer Erkenntnisse	99
5.9	Zusammenfassung	101
5.10	Literaturangaben	102

6	Körperbild – Pflegeklassifikation, Pflegeprozess und Pflegediagnose . . .	107
	Jürgen Georg	
6.1	Einführung und Übersicht	107
6.2	Klassifikatorische Zuordnung	107
6.3	Pflegemodelle und Körperbild	108
	6.3.1 Körperbild und ABEDL	110
	6.3.2 Körperbild und funktionelle Gesundheitsverhaltensmuster	110
6.4	Körperbild im Pflegeprozess	111
	6.4.1 Körperbild und Pflegeassessment	113
	6.4.2 Körperbild, Pflegediagnose und -diagnostik	116
	6.4.2.1 Definition	116
	6.4.2.2 Kritik	116
	6.4.3 Pflegeentscheidungen	116
	6.4.4 Pflegeziele und -ergebnisse	121
	6.4.5 Pflegeinterventionen zur Verbesserung des Körperbildes	121
	6.4.5.1 NIC-Pflegeintervention Förderung des Körperbildes	124
	6.4.5.2 Pflegemaßnahmen zur Förderung und Verbesserung des Körperbildes	124
	6.4.5.2.1 Erkennen ursächlicher/beeinflussender Faktoren	124
	6.4.5.2.2 Copingfähigkeiten des Klienten ermitteln	127
	6.4.5.2.3 Bewältigung und Akzeptanz unterstützen	127
	6.4.5.2.4 Fördern des Wohlbefindens	129
6.5	Körperbildstörungen als Reaktion auf medizinische Erkrankungen	129
	6.5.1 Rahmenmodell	130
6.6	Literatur	134
7	Die Bedeutung der leiblichen Kommunikation im Kontext transkultureller Pflege	137
	Charlotte Uzarewicz	
7.1	Einleitung	137
7.2	Theoretische Grundlagen	138
	7.2.1 Leib und Körper	138
	7.2.2 Transkulturalität und Leiblichkeit	139
	7.2.3 Kanäle der leiblichen Kommunikation	141
	7.2.4 Einlebung als Beispiel leiblicher Kommunikation	143
7.3	Fallbeispiel: Leibliche Kommunikation im Migrationskontext	145
7.4	Die transkulturelle Sprache der Leiblichkeit	150
8	Der etwas andere Zugang zum diabetischen Fuß-Syndrom	153
	Angewendete Neue Phänomenologie bei diabetischem Fuß-Syndrom A. Risse	
8.1	Anthropologie, Neue Phänomenologie, DFS	153
	8.1.1 Der diabetologische Diskurs	153
	8.1.2 Anthropologischer Dualismus	154
	8.1.3 Leib, Leibesinseln, leibliche Ökonomie	154
8.2	Das diabetische Fuß-Syndrom: Problemstellung	156

8.3	Annäherung an die Patienten: Der Zugang der Neuen Phänomenologie	158
8.4	Die Untersuchungstechnik der Neuen Phänomenologie	158
8.5	Interpretationsniveaus der Polyneuropathie	161
8.6	Klassifikation der diabetischen Polyneuropathie nach phänomenologischen Gesichtspunkten	161
8.7	Praktische Konsequenzen	162
8.7.1	Verständnis für zuvor unverständliche Phänome	162
8.7.2	Verständnis für die fehlende Druckentlastung und das unkorrigierbare Patientenverhalten	163
8.7.3	Verständnis für die Schwere der Erkrankung auch bei fehlenden Symptomen	163
8.7.4	Vertiefte Anamnesetechnik durch phänomenologisches Fragen	163
8.7.5	Abschwächung therapeutischer Aggression und entwertender Beurteilung	163
8.8	Literatur	164
9	Intensivstation: ein intensiv verändertes Körperbild	167
	Hans-Joachim Hannich	
9.1	Einleitung	167
9.2	Der «erdachte» Körper – das Körperbild der Intensivmedizin	168
9.3	Der «empfundene» Körper – das Körperbild von Intensivpatienten	169
9.4	Der verborgene Leibkörper	172
9.5	«Wollen Sie nicht mit mir reden?» – Ein Behandlungsbeispiel	174
9.6	Zusammenfassung	175
9.7	Literatur	176
10	Brustkrebs – es geht an die Substanz	179
	Sara Marquard	
10.1	Einleitung	179
10.2	Ursachen körperlicher Veränderungen	180
10.3	Auswirkungen körperlicher Veränderungen	182
10.4	Hilfsmittel zur Wiedererlangung eines versehrten Körperbildes	184
10.4.1	Brustversorgung	184
10.4.2	Haarersatz	185
10.5	Pflegerische körperassoziierte Interventionsmaßnahmen	186
10.5.1	Körperbildarbeit zur Vorbereitung auf ein verändertes Aussehen	187
10.5.2	Körperbildarbeit zur Unterstützung des veränderten Aussehens	189
10.6	Fallbeispiel	193
10.7	Literatur	194
11	Wie wirkt sich Yoga-Üben auf das Körperbild aus?	197
	Gespräche mit Frauen nach Brustkrebsbehandlung	
	Ingrid Kollak	
11.1	Einführung und Gliederung	197
11.2	Brustkrebshäufigkeit und wie die betroffenen Frauen die Diagnose erleben	198
11.3	Die Auswirkungen der Therapie auf Körper und Körperbild der Frauen	199

11.4	Das Interesse an komplementären und alternativen Behandlungsmethoden . . .	200
11.5	Yoga-Üben und Körpererfahrungen	202
11.6	Yoga-Üben mit Frauen während der Brustkrebsbehandlung	203
11.7	Rückmeldungen zur Qualität des Yoga-Unterrichts und Hinweise für die Praxis	206
11.7.1	Übungsbeginn und körperlich-psychische Ausgangssituation	207
11.7.2	Ebenen des Unterrichts-Erlebens	207
11.7.3	Akzeptanz des Yoga und fortgesetztes Üben	209
11.8	Zusammenfassung	210
11.9	Literatur	211
12	Querschnitt – das Ende des Weges?	213
	Anna-Katariina Koch	
12.1	Einleitung	213
12.2	Funktionsverluste und ihre Folgen für das Körperbild	214
12.2.1	Rollstuhl	214
12.2.2	Verlust der Blasen- und Mastdarmkontrolle	216
12.2.3	Sexuelle Dysfunktionen	218
12.2.4	Sichtbare Körperveränderungen	220
12.3	Problembeschreibung	220
12.3.1	Sich nicht betrachten und berühren wollen	221
12.3.2	Nicht über Behinderung sprechen wollen	221
12.3.3	Die pflegerische Versorgung nicht übernehmen wollen	221
12.3.4	Soziale Isolation	222
12.4	Assessment	222
12.4.1	Einschätzung der eigenen Situation	222
12.4.2	Erwartungen an das Ergebnis der Rehabilitation	223
12.4.3	Wahrnehmung der Symbole von Behinderung	223
12.4.4	Wahrnehmung anderer behinderter Personen	225
12.4.5	Selbstvertrauen	225
12.4.6	Depression	225
12.5	Interventionen	225
12.5.1	Vertrauensverhältnis aufbauen	226
12.5.2	Ins Gespräch kommen	226
12.5.3	Trauer zulassen	227
12.5.4	Positive Coping-Strategien identifizieren	227
12.5.5	Fortschritte aufzeigen	229
12.6	Evaluation	229
12.6.1	Über das veränderte Körperbild sprechen können	229
12.6.2	Die körperlichen Veränderungen verstehen	229
12.6.3	Veränderungen annehmen und integrieren lernen	230
12.7	Literatur	230
13	Amputation – Phantomschmerz und Körperbild	233
	Jürgen Georg	
13.1	Beispiel	233
13.2	Phantomschmerzen, -wahrnehmungen und -bewegungen	233

13.3	Symptome und Einflussfaktoren	234
13.4	Ursachen	235
13.5	Pflegediagnosen als Reaktion auf Amputationen	235
13.6	Therapien	236
13.7	Literatur	236
14	Körperbildveränderungen bei Menschen mit veränderten Ausscheidungsfunktionen	239
	Jürgen Georg	
14.1	Beispiel	239
14.2	Körperbild – Definitionen	239
14.3	Körperbild und Selbstkonzept	240
14.3	Elemente des Körperbildes	240
14.4	Pflegediagnose Körperbildstörungen bei Ausscheidungsstörungen	242
14.4.1	Einflussfaktoren für Körperbildstörungen bei Ausscheidungsstörungen	242
14.4.2	Symptome von Körperbildstörungen bei Ausscheidungsstörungen	243
14.5	Pflegediagnosen als Reaktion auf medizinische Behandlungen und Erkrankungen	244
14.6	Pflegeergebnis Körperbild	246
14.7	Pflegeinterventionen zur Verbesserung des Körperbildes	247
14.8	Fallbeispiel und exemplarische Pflegeplanung	250
14.9	Literatur	252
15	Inkontinenz	253
	Daniela Hayder-Beichel	
15.1	Einleitung	253
15.2	Von der Kontinenz zur Inkontinenz	253
15.2.1	Die Entwicklung der Kontinenz	253
15.2.2	Die Bedeutung der Körperkontrolle	254
15.2.3	Inkontinent sein	254
15.3	Ergebnisse aus drei qualitativen Studien	255
15.3.1	Leben mit Harninkontinenz	255
15.3.2	Leben mit Stuhlinkontinenz	257
15.3.3	Leben mit einem Blasenverweilkatheter	258
15.4	Praktische Empfehlungen	259
15.4.1	Kommunikation professioneller Gesundheitshelfer	259
15.4.2	Handlungsstrategien entwickeln	261
15.5	Schlussbetrachtung	262
15.6	Literatur	262
16	Körperbildveränderungen bei Menschen mit strukturellen und funktionellen Hautveränderungen	263
	Jürgen Georg	
16.1	Beispiel	263
16.2	Körperbild – Definitionen	264
16.3	Körperbild und Selbstkonzept	264

16.4	Pflegeprozess: Haut und Körperbild	264
16.5	Pflegeassessment: Haut und Körperbild	264
16.6	Pflegediagnosen – Körperbildstörungen bei Hauterkrankungen	269
16.6.1	Einflussfaktoren für Körperbildstörungen bei strukturellen und funktionellen Hautveränderungen	269
16.6.2	Symptome von Körperbildstörungen bei strukturellen und funktionellen Hautveränderungen	270
16.6.3	Allgemeine Pflegediagnosen bei strukturellen und funktionellen Hautveränderungen	272
16.6.4	Pflegediagnosen als Reaktion auf Erkrankungen der Haut	273
16.7	Pflegeergebnis Körperbild	275
16.8	Körperbild verbessernde Pflegeinterventionen bei strukturellen und funktionellen Hautveränderungen	276
16.8.1	Hautpflege zur Körperbildverbesserung bei alten Menschen	277
16.8.2	Pruritusmanagement zur Körperbildverbesserung	278
16.8.3	Intertrigobehandlung zur Körperbildverbesserung	279
16.8.3.1	Pflegepriorität: Bestimmen der Auswirkungen der Intertrigo	280
16.8.3.2	Pflegepriorität: Erhalten oder Wiederherstellen des Hautzustandes:	280
16.8.3.3	Pflegepriorität: Fördern des Wohlbefindens	281
16.9	Literatur	281
17	Chronische Wunden – Traumata für die KörperSeele	283
	und das Beispiel Frida Kahlo	
	Andreas Uschok, Andrea Schmidt-Jungblut	
17.1	Einleitung	283
17.2	Erster Teil: Die Bedeutung und die Situation der Patienten mit chronischen Wunden	284
17.2.1	Chronische Wunden als gesellschaftlicher Faktor	284
17.2.2	Alltag und Lebensqualität von Patienten mit einer chronischen Wunde	285
17.2.3	Das Körperbild von Patienten mit chronischen Wunden	287
17.2.4	Zum Zusammenhang zwischen Wundheilung und psychosozialen Faktoren	289
17.2.5	Zwischenfazit	290
17.3	Zweiter Teil: Andere Wege in der Pflege	290
17.3.1	Analyse und Reflexion – eine kleine Lektion aus dem Wirtschaftscoaching	292
17.3.2	Aufbau einer therapeutischen Beziehung	293
17.3.3	Lebenskrise und Verarbeitungsmechanismen	294
17.3.4	Disidentifikation und das Selbst-gewahr-sein	295
17.3.5	Haltung und Achtsamkeit	297
17.3.6	Frida Kahlo (1907–1954)	299
17.4	Literatur	301

18	Das Körperbild und Körpererleben von Menschen mit Komplexer Beeinträchtigung – eine Annäherung von außen	305
	Helga Schlichting und Saskia Schuppener	
18.1	Einleitung	305
18.2	(Körper-)Erfahrungsmöglichkeiten	306
18.3	Biografische Erfahrungen mit dem eigenen Körper	308
18.4	Ein Leben in Langzeiteinrichtungen der Psychiatrie – besondere (traumatische) biografische (Körper-)Erfahrungen	309
18.5	Grundlegende Kompetenz im Umgang mit einer erschwerten Lebenssituation	310
18.6	Der Körper als Objekt von Medizin, Pflege, Therapie und Pädagogik	311
18.7	Der Körper als (einziger) Ort der Mitteilung und Medium von Kommunikation	312
18.8	Kompetenzorientierter und Wertschätzender Umgang mit dem Körper (in Pädagogik, Pflege und Therapie)	312
18.9	Zugangswege für Bildungs- und Entwicklungsangebote	314
18.10	Literatur	316
19	Schönheitsideale – Körperzufriedenheit – Körperbildstörungen am Beispiel von Essstörungen	319
	Ilka Rühl, Tanja Legenbauer	
19.1	Entwicklung und Verbreitung des Schlankheitsideals	319
19.2	Einstellung zum eigenen Körper in der Allgemeinbevölkerung	322
19.3	Einfluss des Schönheitsideals auf Körperbild und Essverhalten	323
19.4	Die Rolle des Körperbildes am Beispiel der Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen wie Anorexia und Bulimia Nervosa	326
19.5	Literatur	332
20	Wohlfühlen in der eigenen Haut – Eine kurze Anleitung	335
	Andrea S. Hartmann und Ulrike Buhlmann	
20.1	Einleitung	335
20.2	Strategien zur Verbesserung des Körperbildes	336
	20.2.1 Seine Gedanken, Interpretationen und Grundannahmen verändern . . .	337
	20.2.2 Exposition – Sich den gefürchteten Situationen stellen	340
	20.2.3 Exkurs Spiegelkonfrontation – Das große Ganze wahrnehmen	341
	20.2.4 Reaktionsverhinderung – Abbau der Rituale	343
20.3	Von Selbsthilfe zu ambulanter Therapie	344
20.4	Zusammenfassung	345
20.5	Literatur	345
	Herausgeber- und AutorInnenverzeichnis	347
	Abkürzungsverzeichnis	350
	Stichwortverzeichnis	351

Geleitwort

Körper und Körperbild – ein paar Gedanken im Vorfeld des Professionellen

Andreas Fröhlich

Bin ich oder habe ich? Sein oder Haben?

Wie verhält es sich denn mit meinem Körper? Bin ich der, der da im großen Spiegel am Morgen vor mir steht?

Aber wenn ich *ihn* ansehe, dann bin *ich* doch schon gar nicht mehr *er*.

Ist dieses Ich, das da schaut, nicht eine andere Instanz, eine, die sich den eigenen Körper im Spiegel oder auch ganz direkt zum Objekt der Betrachtung machen kann?

Hat also mein Ich einen Körper?

Habe ich einen Körper, damit ich mich von einem Ort zu einem anderen bewegen kann, damit ich mich der Körperorgane bedienen kann, die mich sehen, spüren, hören und riechen lassen?

Sitzt das Ich irgendwo da drinnen, im Dunkeln und Stillen, Berührungslosen und bekommt die Welt vom eigenen Körper durchgereicht?

Oder gibt es das Ich nur, weil eben dieser Körper existiert und die Möglichkeit hat, über sich selbst auch nachzudenken?

Die Fragen sind alt, man findet sie schon in der antiken Philosophie, gelöst sind sie bis heute nicht, vielleicht lassen sie sich auch nie lösen.

Aber diese Fragen bestimmen den Umgang mit uns selbst und mit dem eigenen Körper und vor allem den professionellen, pflegerischen Umgang mit dem Körper anderer Menschen.

Mit dem *Körper* anderer Menschen? Oder einfach mit *anderen Menschen*?

Sie merken, wenn man einmal begonnen hat, sich die Frage nach Sein oder Haben zu stellen, dann lässt sie einen so schnell nicht mehr los und wir sehen, in wie vielen Situati-

onen wir uns – meist unbewusst – für die eine oder die andere Sichtweise entscheiden.

Zum Glück haben Head und Holmes (1911) den Begriff und die Idee vom «Körperbild» begonnen zu entwickeln. Dieses Wort «Körperbild» und seine dahinterstehende Idee machen es uns leichter, das Dilemma von Haben und Sein zu umgehen. Wir können leichter darüber reden, was für ein *Bild* wir uns von unserem eigenen oder auch von anderen Körpern machen, was also in unserem Kopf (Gehirn) entsteht, wenn wir einen Menschen(körper) sehen, von ihm reden hören oder ihn uns vorstellen:

hinreißend schön, hässlich, unangenehm, begehrenswert, seltsam, befremdlich ...

Wir haben meist ziemlich genaue Vorstellungen vom «erstrebenswerten Körper», ebenso von einem, den wir so nicht schätzen würden. Wir haben Bilder von unserem eigenen Körper im Kopf, wie er ist, wie er einmal war und wie er doch lieber sein sollte.

Dieses Bild vom eigenen Körper, unser Körperselbstbild, entspricht oft nicht dem Körper, wie ihn andere sehen, wie er gemessen und verglichen werden kann. Das Körperselbstbild ist gewissermaßen eigenständig.

Besonders auffällig wird dies bei Menschen, die an Ess-Störungen leiden. Sie kommen sich fett und unförmig vor, obwohl Waage und Maßband etwas ganz anderes zeigen, obwohl Andere einen ganz anderen Eindruck haben. Ihr Körperselbstbild hat sich «selbstständig» gemacht.

Ein wenig betrifft uns das alle: unser Körperselbstbild stimmt oft nicht mit dem

Körperfremdbild – das Andere von uns haben – überein. Warum? Wohl, weil wir immer auch unser eigener Körper selbst *sind*, weil wir uns nie einfach nur als Objekt betrachten können.

Der Körper ist unsere Existenzform in dieser Welt. Menschen ohne Körper gibt es nicht, zumindest sind sie nicht bekannt. Wir wissen nicht, wo wir das Ich ansiedeln können. Heute denken wir an unser Gehirn. Es gab Zeiten, da fand man, das Herz sei der Ort des Ich oder früher noch, es befände sich in der Gegend des Zwerchfells. Das hat dann auch viel mit der Feststellung des Todes zu tun: Wann erlöscht das Ich? Der *Hirntod* ist ein neuzeitliches Konstrukt, das auch mit unserer Vorstellung vom Körper zu tun hat.

In jedem Fall aber: Ohne einen Körper können wir uns heute kein Ich, keine Person vorstellen. Geister, körperlose Seelen, ein Pneuma – das liegt nicht (mehr) in unserer Vorstellungswelt.

Pflegende begegnen anderen Menschen körperlich: sie berühren, sie bewegen, sie lagern und positionieren, sie waschen, reiben ein, halten und führen. Dabei setzen sie im-

mer auch den eigenen Körper ein – und werden dadurch berührt und spüren dadurch ihre eigene Körperlichkeit.

Pflege kann nicht ohne Körper. Sie braucht die Körper der Pflegenden als «Werkzeug», und ohne den Körper der Patienten wäre Pflege absurd.

Was also liegt näher, als sich pflegfachlich intensiv mit der Idee vom *Körper* zu beschäftigen. Das ist bislang oft nur sehr einseitig geschehen. Der *Patientenkörper als Träger von Pflegebedürftigkeit* – das ist gängige Sichtweise. Auch wenn schon seit längerem vom ganzen Menschen, von einer die Person ins Zentrum stellenden Pflege, die Rede ist, so bleibt es doch meist bei einer im übertragenen Sinne sehr körperfernen und damit körperfremden Pflege.

Dieses Buch könnte Abhilfe schaffen, dem Körper seine ganz eigene Dynamik zurückgeben und dazu beitragen, ihn als Existenzform des Menschen in der Welt ernst zu nehmen.

Andreas Fröhlich

Vorwort

*«... erleben wir den Leib, der wir sind,
als den Körper, den wir haben.» **

Wer sich als Pflegende/r in Deutschland zum Thema Körperbild informieren möchte, kann sich glücklich schätzen, wenn er oder sie noch ein Exemplar des 1999 von Angelika Zegelin und Jürgen Georg herausgegebenen Bandes «Körperbild und Körperbildstörungen» der britischen Pflegeexpertin Mave Salter ergattert – in der deutschen Pflegeliteratur fehlt bis heute ein Buch zu diesem Thema. Aus zumindest zwei gewichtigen Gründen ist dies kaum nachvollziehbar:

1. Die Praxisrelevanz ist unübersehbar: Die Patientin, die sich aufgrund einer Brustkrebserkrankung einer Mastektomie unterziehen muss, der junge Mann, der durch eine Rückenmarksverletzung im Rollstuhl sitzt oder derjenige, der nach der Operation auf ein Stoma blicken muss oder die Patientin, die durch eine Essstörung abgemagert in der Psychiatrie aufgenommen werden muss – sie alle müssen sich leider auch mit den äußerlichen Veränderungen ihres Körpers auseinandersetzen. Die negative Veränderung des Körperbildes kann die Betroffenen bis in den Kern ihrer Persönlichkeit in Frage stellen.
Die Liste der Betroffenen ließe sich noch verlängern, wie Salter (1999) sehr detailliert darstellt. Die Diagnose eines negativ veränderten Körperbildes spielt damit im Alltag der Pflege eine immer größere Rolle – denn in unserer Gesellschaft wird dem (gesunden und attraktiven) Körper hohe Bedeutung beigemessen.
2. Damit berühren wir den zweiten wichtigen Grund: Die Pflege hat eine spezifische berufliche Nähe zum Körper, sie ist sozusagen eine «Körperprofession» und

der Körper eine Kernkategorie. Kaum eine andere Profession ist zeitlich und räumlich so intensiv, so dicht mit dem menschlichen Körper beschäftigt wie die Pflege. Wir halten die Hand des Patienten zum Trost und zur Ermutigung, wir waschen ihn, wir sind bei ihm, wenn er erbricht, wir führen ab und dringen mit Sonden und Kathetern in ihn ein.

In unserer Gesellschaft und damit auch bei Pflegenden dominiert das dualistische Denken, also die Vorstellung von der Existenz zweier voneinander verschiedener Substanzen: Körper (Materie) und Geist (Seele). Hierbei wird der Körper des Menschen als Maschine aufgefasst, die repariert, ersetzt und geformt werden kann. Mit dem Begriff «Leib» anstelle «Körper» aber lässt sich – insbesondere in der deutschen Sprache – ein anderer Blick auf dieses Verhältnis werfen, wie das eingangs angeführte Zitat zeigt.

In der Philosophie hat die Auseinandersetzung mit der Thematik Dualismus, Körper/Geist und Leibbegriff eine lange Tradition. Sie ist eine der philosophischen Grundfragen. Auf den Unterschied zum Begriff der Ganzheitlichkeit kann an dieser Stelle nicht ausführlicher eingegangen werden, siehe hierzu: Richter (1998) und Richter/Saake (1996). In pflegetheoretischen Zusammenhängen gibt es zur Körper-Leib-Debatte erste Beiträge, die sich jedoch bisher wenig mit pflegepraktischen Problemen koppeln konnten.

Aus diesem Zusammenhang entstand die grundlegende Idee und Motivation zu diesem Buch. Am Beispiel des Körperbildes als pflegerelevantem Praxisproblem sollen auch Betrachtungen zu dem dahinter liegenden Körper/Leibbegriff dargestellt wer-

den. Dieses Buch vereint also theoretische Beiträge zur Körper-Leib Debatte und zur Körperbildproblematik mit vielen Beispielen und konkreten Praxistipps, verbunden mit der Hoffnung, dass sie sich gegenseitig durchdringen mögen.

Einleitung

Durch eine kurze Vorstellung der Buchbeiträge soll der Überblick und Zugang erleichtert werden.

Kapitel 1. Hartmut Remmers setzt sich gleich im ersten Beitrag mit der Relevanz des Körpers für die Pflege auseinander. Er widmet sich grundlagentheoretischen Überlegungen, in denen deutlich wird, dass sich die Entwicklung der Pflegeprofession selbst blockiert, wenn der Körper als eine Art Maschine angesehen wird. Diesem Körperverständnis stellt er den Begriff des Leibes als subjektive Erlebnis- und Empfindungswelt an die Seite. Ein beeinträchtigtes Körperbild beschreibt er als Störung der Lebendigkeit des Körpers und betont die entscheidende Bedeutung, die Rückmeldungen der Umwelt für die Aufrechterhaltung des Körper-selbstbildes haben. Remmers macht die Körper- und Körperbildproblematik an verschiedenen pflegepraxisrelevanten Beispielen wie Schlaganfall, Tumorerkrankungen oder Organtransplantationen plastisch und kommt zu dem Schluss, dass die Konzeptentwicklung der Pflege eine Neu- bzw. Wiederaneignung des Körpers erfordert, bei der ein besonderes Augenmerk auf den Leib (hier vor allem psychogene Störungen der Leiblichkeit) gerichtet werden soll. Denn sonst, so führte er an früherer Stelle bereits aus (Remmers, 1997), drohe die Gefahr einer «*subtilen Fremdbemächtigung*» des Körpers des Patienten durch eine reparaturfreundliche Pflege.

Kapitel 2. Ausführlich geht Martin W. Schnell dem Begriff des Leibes aus der phänomenologischen Richtung der Philosophie und seiner Relevanz für die Pflege in seinem Beitrag nach. (Die Phänomenologie ist die Lehre von den Erscheinungen im Sinne einer reinen Wesenschau. «Ich bin, alles Nicht-Ich ist bloß Phänomen».)

Er kommt zu der Auffassung, dass die Leiblichkeit zu einem wesentlichen Teil die Identität des Menschen konstituiert.

An anderer Stelle beschreibt der «Leibphilosoph» Schmitz (1998) den Unterschied zwischen Körper (als der wahrgenommene) und Leib (als der wahrgenommene *und* wahrnehmende) mit dem Begriff des «Spürens». Körperliche Sinne können sich täuschen, das eigene leibliche Spüren aber nicht; Wahrnehmen besteht noch vor dem Denken. Die «dicke Luft» in einem Raum, eine angespannte Situation spüren wir, noch ehe unsere Sinne die Situation gerastert haben oder bewusstes Denken einsetzt (Uzarewicz, 2003).

Die Art des pflegerischen Zugangs zum Patienten ist für Schnell auch davon abhängig, ob die phänomenologische Perspektive in der Betrachtung eingenommen werden kann: Zum Beispiel die Haut des Menschen als einer Materialisierung von Persönlichkeit. – Er sieht die Pflege als Teil dieses philosophischen Diskurses. Schnell thematisiert den Begriff der «Selbstsorge» (*cura sui*), die jedem Menschen zu eigen ist, die aber auch als Grundlage professioneller Pflege gelten kann.

Kapitel 3. Um die Grundlagen professioneller Pflege geht es auch Manfred Hülsken-Giesler. Körper und Leib sind auch für ihn zentrale Begriffe der Pflege und der Pflegewissenschaft. Aber es greife zu kurz, so Hülsken-Giesler, den Körperleib lediglich zum – wenn auch sehr wichtigen – Gegenstand der Pflege zu erklären.

In seinem Beitrag geht er der Frage nach, wie sich der Kern der Pflege beschreiben lässt, das heißt, wie Körper und Leib «Activa» professionellen Pflegehandelns sein können.

Der Autor kritisiert die momentane Tendenz, allein durch streng rationale, evidenz-

basierte Argumentationen die Pflege definieren, weiterentwickeln zu wollen und damit auch die systemische Bedeutung von Körper und Leib zurückzudrängen.

Erst das individuelle Erleben der Betroffenen, krank und/oder in verschiedenen besonderen Situationen beeinträchtigt zu sein, kann Ausgangspunkt für pflegerische Ziele und Interventionsplanungen sein. Diese zwischen Patient und Pflegenden gemeinsam und immer wieder neu auszuhandelnde Definition in der individuellen Situation kann aus Sicht von Hülsken-Giesler als Kern des Pflegerischen bezeichnet werden. Bei dieser Definition vereinen sich evidentes Wissen und bestes Fallverstehen, welches ganz wesentlich auch ein körperlich-leibliches Verstehen ist, also von zum Beispiel Mimik, Gestik, Stimme, Muskeltonus, Körperhaltung oder Bewegungsgestaltung. Diese Fähigkeit von Pflegenden thematisiert er anhand des Begriffs der Mimesis: «Damit wird das menschliche Vermögen, Phänomene in der Welt, seien es Naturphänomene, menschliche Gegenüber oder dingliche Artefakte, körperlich-sinnlich wahrzunehmen, diese Wahrnehmungen wiederum über die eigene Körperlichkeit zum Ausdruck zu bringen und darüber Erfahrungen von der Welt und von den Anderen zu machen ...». Hülsken-Giesler sieht die Gefahr, dass mimetische Fähigkeiten verdrängt werden könnten und ruft auf, dies aktiv zu verhindern.

Kapitel 4. In unserer Gesellschaft ist insgesamt eine starke Hinwendung zum Körper und zu allem, was mit ihm zu tun hat, zu beobachten – auch in den Wissenschaften. Robert Gugutzer gibt in seinem Beitrag acht Gründe dafür an. So ist für ihn der Übergang von der Industrie- zur postmodernen Gesellschaft mit dem Rückgang körperlicher Arbeit hin zu mehr Kopfarbeit (oder auch dem Dienstleistungsbereich) und zu immer mehr Freizeit verbunden.

Sowohl im Dienstleistungs- wie auch im Freizeitbereich nimmt die körperliche Präsentation – in Form eines schlanken, jun-

gen, gesunden Körpers – zu. Wer besser aussieht, verdient mehr, bekommt bessere Noten oder wird vor Gericht milder bestraft. Gugutzer entwirft anhand der Soziologie mit vielen konkreten Beispielen ein differenziertes Bild der wechselseitigen Beeinflussung zwischen Gesellschaft und den Körpern.

Doch zurück zum Körperbild. Der Begriff des Körperbildes wurde zu Beginn des letzten Jahrhunderts geprägt, ist also noch recht jung. Die ersten Untersuchungen wurden mit neurologischer Fragestellung geführt. Der englische Neurologe Henry Head (1920) (der sinnige Nachname ist vielen Pflegenden durch die Headschen Zonen bekannt) beschäftigte sich mit der Frage, wie die Lage und Haltung des Körpers durch äußere und innere Reize wahrgenommen werden. Es entsteht eine schematische Vorstellung des eigenen Körpers, die Head als «Körperschema» oder *body scheme* bezeichnet.

Der Psychiater Paul Schilder (1935) prägte den Begriff des «*body image*», als des «Körperbildes». Er meinte damit das Verhältnis der einzelnen Teile des Körpers zueinander und ihre Lage im Raum. Schilder erweiterte die Diskussion über die Wahrnehmung des Körpers um psychologische und soziologische Faktoren.

Im Laufe der folgenden Jahrzehnte kamen je nach Blickwinkel noch eine Reihe anderer Begriffe hinzu: Zufriedenheit mit dem Körper, Körperselbst, Körperkonzept, Körperorientierung, Körperausdehnung, Körperkenntnis, Körpererfahrung, Körpererleben usw.

Um dieser «babylonischen Sprachverwirrung» (Röhrich et al., 2004) entgegenzuwirken, wurden mehrere Systematisierungsversuche unternommen. Eine Gruppe von Körperbild-Wissenschaftlern um Röhrich fand sich 2004 zu einem Konsensuspapier zusammen, um Teilaspekte des Körpererlebens terminologisch abzugrenzen. Die Gruppe einigte sich auf den Oberbegriff Körpererleben und diskutierte diesen explizit aus der Geschichte des Leib-Begriffs.



Aber auch in diesem Konsensuspapier wird zwischen Körperschema und Körperbild unterschieden.

Kapitel 5. Einer der am Konsensuspapier beteiligten Wissenschaftler ist Erich Lemche, der sich in diesem Band ausführlich der Definition von Begrifflichkeiten widmet. Er diskutiert dies in seiner Eigenschaft als Neurowissenschaftler, entwirft ein sogenanntes Komponentenmodell und ordnet die verschiedenen Begrifflichkeiten und Funktionen verschiedenen Hirnregionen zu. In einem Nebensatz berichtet er von Spekulationen anlässlich neuester Befunde, dass die Trennung von Körper und Geist/Seele durch den französischen Philosophen Rene Descartes möglicherweise die patho-

logische Folge seines Basalhirntumors gewesen sein könne.

Jenseits solcher Ironien der Geschichte verortet Lemche die Trennung der Begriffe Körperbild und Körperschema als eine der grundlegendsten Verwirrungen. Er legt anhand neurophysiologischer Befunde die doch komplexe Verschachtelung verschiedener Hirnareale dar, die eine enge Verzahnung von Bild und Schema aufzeigen. Er plädiert hier für ein Gesamtkonstrukt der Körperpräsentationen mit fünf Komponenten, die er auch Funktionsniveaus nennt: Körper-Selbst, Körper-Ich, Körperorientierung, Körper-Ideation, und Haltungsschema. Seine Überlegungen führen ihn zu dem Schluss, dass die neurophysiologische Ableitung der vielen Körperfacet-

ten die jahrzehntelange Begriffsverwirrung überwinden kann.

Kapitel 6, 13, 14, 16. Jürgen Georg stellt mit großem Detailreichtum die Einordnung des Körperbildes in ein Klassifikationssystem von Pflegediagnosen und in den Pflegeprozess dar, und dies auf der Grundlage verschiedener Pflegemodelle. Durch seine Einordnung wird deutlich, wie nahe verwandt die Körperbildproblematik mit anderen Diagnosen wie Selbstwertgefühl, Vereinsamungsgefahr oder Angst ist.

Die Möglichkeit, eine exakte, nachvollziehbare und auch abgestufte Basis- oder Fokusdiagnostik eines so weiten Begriffes leisten zu können, gelingt Georg durch die umfangreiche Auflistung zahlreicher Symptome, Einflussfaktoren und Algorithmen, die unter anderem auch Risikodiagnosen, Entwicklungspotenziale und Lernbedarf berücksichtigen. Hier wird deutlich, dass der Aufbau einer guten Beziehung zwischen Pflegendem und Patient die notwendige Basis darstellt, die eine Bearbeitung dieses Themas überhaupt erst möglich macht. Diese klare Systematik mit vielen beispielhaften Assessmentfragen, Interventionen und möglichen Pflegezielen veranschaulicht Georg auch in seinen anderen Beiträgen zur Situation bei Amputationen und Phantom Schmerz in Kapitel 13, Stomata in Kapitel 14 und Hauterkrankungen in Kapitel 16.

Kapitel 7. Gibt es eine leibliche Kommunikation, und wenn ja, wie sieht sie aus? Charlotte Uzarewicz gibt in ihrem Beitrag Antwort auf diese Frage. Sie beschreibt drei Möglichkeiten, wie man auf leiblicher Ebene anhand des Blickes, der Stimme und der Hände intensiv miteinander kommunizieren kann. Mit kreativen Aufgaben lädt sie Lesende ein, es selbst auszuprobieren.

Dabei weist sie auf Gemeinsamkeiten der Konzepte Leib und Transkulturalität hin, denn aus ihrer Sicht haben weder Leib noch Kultur eine fest umrissene Gestalt oder Substanz und seien besser als dynamische Struk-

turen verstehbar. Die Sprache der Leiblichkeit ist transkulturell, transnational und transhistorisch, wie sie am Beispiel des Begriffs «Einleibung» erläutert, die durch einen gemeinsamen Rhythmus entsteht. Damit bietet sie weitergehende Möglichkeiten des Verstehens und des Verständnisses der Menschen untereinander.

Kapitel 8. Ein Beispiel in die konkrete Praxis umgesetzter Phänomenologie zeigt Alexander Risse in seinem Beitrag über die Diagnose und Behandlung des Diabetischen Fuß-Syndroms (DFS). Er bezieht Stellung gegen die seiner Ansicht nach viel zu hohe Zahl von Amputationen. Ausführlich legt er das Konzept der Leibesinseln und der leiblichen Ökonomie dar und erläutert an Beispielen den Vorteil dieser Herangehensweise. Zum Beispiel würden in den Lehrbüchern kaum Beschwerden beschrieben und wenn, nur Stereotype wie Kribbeln, Ameisenlaufen und Probleme mit schweren Decken. Ein Grund dafür sieht er in der Anamnese-technik: Fragt man die Patienten nach Beschwerden im Fuß, dann laute die Antwort häufig: keine – da ja krankheitsbedingt keine Schmerzen empfunden werden. Fragt man phänomenologisch geleitet nach Beschreibungen, was der Patient in der Gegend seiner Füße spürt, sind die Angaben wesentlich differenzierter. Die Erfahrungen mit Patienten mit DFS zeigen, dass sehr häufig zu kleine Schuhe – und nicht die großen Entlastungsschuhe getragen werden. Risse beschreibt als möglichen Grund für die fehlende Adhärenz, dass die Patienten durch zu enge Schuhe versuchen, wieder Gefühl in die Füße zu bekommen und damit auch das Gefühl, wieder mit beiden Beinen im Leben zu stehen. Solche Erkenntnisse sind mit einer empirisch-analytisch ausgerichteten Methode nicht zu haben.

Kapitel 9. Als der Inbegriff der Apparatemedizin und -pflege gilt die Intensivstation. In dieser High-Tech-Welt schaut sich Hans-Joachim Hannich in seinem Beitrag um. Das

absolute Primat der Lebensrettung hat Auswirkungen auf alle Ebenen. Hannich umschreibt sie mit den Begriffen des erdachten Körpers, des empfundenen Körpers und des verborgenen Leibkörpers. Der empirisch-analytische Blick auf den Körper rettet aus seiner Sicht viele Menschenleben, für den Patient als Mensch ist «die Intensiv» häufig ein kaltes, traumatisierend prägendes Erlebnis. Hannich plädiert im Schlusswort für mehr leibgebundene Diagnostik und Behandlung, um dieser Einseitigkeit entgegenzuwirken.

Kapitel 10. Als klassisches Gebiet der Körperbildproblematik gilt der Brustkrebs. Es gibt keine genauen Zahlen, wie viele der in Deutschland jährlich an Brustkrebs neu erkrankten 67.000 Frauen auch an einem negativen Körperbild leiden. Man kann aber davon ausgehen, dass es viele sind, denn die weibliche Brust gilt vielen als ein Teil ihrer Identität. Sara Marquard schildert in ihrem Beitrag, wie sehr der Brustkrebs das Vertrauen in den eigenen Körper zerstört. Und sie macht mit vielen praktischen und detaillierten Tipps zu Brustprothesen, Haarerersatz, Spiegelarbeit und anderem deutlich, wie die Pflege auf verschiedenen Ebenen zur Verbesserung des Körperbildes bei den betroffenen Frauen beitragen kann.

Kapitel 11. «Was mir lange zu schaffen machte, war die Hormontherapie. Meine Figur änderte sich ratzfatz. Ich werde potthässig.» «Heute, nach dem Abklingen der akuten Phase, belastet mich am meisten mein Aussehen. Die Asymmetrie».

Dies sind zwei Aussagen, die deutlicher nicht sein können. Sie stammen von brustkrebserkrankten Teilnehmerinnen an einer Studie über die Wirkungen von Yoga. Ingrid Kollak stellt diese Studie vor und belegt auch anhand des internationalen Forschungsstandes, welche positiven psycho-physischen Auswirkungen diese körperorientierte, komplementäre und alternative Methode hat. Diese steht hier stellvertretend für eine

Reihe weiterer körperorientierter Methoden wie Kinästhetik, Basale Stimulation, Bobath und andere, die bislang noch nicht den Stellenwert erfahren haben, den sie als einen körperorientierten Zugang zu den Patienten haben müssten. Kollak beschreibt, welche Körpererfahrungen mit Yoga gemacht werden können, wie Yoga-Unterricht aussehen muss und welche Übungen als besonders hilfreich empfunden wurden.

Kapitel 12. Nicht jede Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper muss zu einer Körperbildstörung führen. Mit Gedanken dazu beginnt Anna-Katharina Koch ihren Beitrag zur Querschnittslähmung, einem Ereignis, das die Welt des Betroffenen zutiefst durcheinanderwerfen kann. Dies realisieren manche unmittelbar nach dem Ereignis und sie sehen sich bereits im Rollstuhl sitzen. Der Rollstuhl ist Symbol, auch für den Schrecken, den eine Querschnittslähmung mit sich bringen kann. Aber er kann auch Symbol sein für die Unabhängigkeit, die dieses Hilfsmittel der Mobilität und Teilhabe am «miteinander» bringen kann. Koch macht an konkreten Beispielen den gesamten Pflegeprozess nachvollziehbar. Hierbei wird auch deutlich, wie stark bestimmte Körperbilder, Schönheitsideale und Vorurteile eine normale Kontaktaufnahme behindern. «Sie denken, dass auch sein Hirn im Rollstuhl sitzt ...» berichtet die Ehefrau. Querschnittsgelähmte Menschen müssen «eben auf den zweiten Blick überzeugen», es ist nicht das Ende des Weges.

Kapitel 15. Der Zwang zur Selbstkontrolle und der sozial wirksame Körper sind Hintergrundüberlegungen, wenn es um Inkontinenz geht. Daniela Hayder-Beichel schildert, wie der Körper zum Verräter wird und öffentlich Dinge preisgibt, die der Betreffende gar nicht preisgeben will: «Nichts ist in diesem Moment mehr normal». Die Autorin geht insbesondere auf die Kommunikation professioneller Helfer ein und entwirft Handlungsstrategien.

Kapitel 17. Was ist schön? Diese Frage ist wohl so alt wie die Menschheit. Ilka Rühl und Tanja Legenbauer widmen sich ausführlich den verschiedenen Schönheitsidealen und ihrem Wandel. So wird ein symmetrisches Gesicht schon immer als attraktiv angesehen, die optimale Körperfülle hat sich jedoch sehr geändert, bis hin zu unserem heutigen Schlankheitsideal, welches massiv durch die Medien propagiert wird. Dies hat viele, durchaus auch gesundheitsgefährdende Konsequenzen zur Folge. Es ist nicht nur die rasant steigende Zahl an Schönheitsoperationen unter dem Motto: «Was nicht passt, wird passend gemacht» zu erwähnen, sondern es besteht auch ein direkter Zusammenhang zu den verschiedenen Arten der Essstörungen. Die Autorinnen verdeutlichen dies anhand eines dazu speziell entwickelten Modells. Auch dem Begriff des Körperbildes widmen sie sich noch einmal ausführlich. Sie erläutern das Körperbild als einen prozesshaften Vorgang, bestehend aus vier Komponenten: Wahrnehmungen, Kognitionen, Affekte und Verhalten. Mit einem ausführlichen Fallbeispiel runden Sie ihren Beitrag ab.

Kapitel 18. Andreas Uschok und Andrea Schmidt-Jungblut widmen ihre Aufmerksamkeit den chronischen Wunden. Die verursachende chronische Erkrankung wie Diabetes oder eine Gefäßerkrankung verlässt den Patienten sein Leben lang nicht mehr. Die Forschung zu Körperbildveränderungen ist nicht sehr ausgeprägt, aber eine recht breite Lebensqualitätsforschung bietet sehr viele Hinweise auf die Wichtigkeit, die Körperbildveränderungen für die Patienten haben.

Der Beitrag konzentriert sich auf die Fragen, welche Wechselwirkungen zwischen psychischen Faktoren und Wundheilung bestehen und welche Ansätze geeignet sind, diesen Regelkreis zu verändern. Geht es nicht darum, dass die Pflegenden ihre Haltung überprüfen müssen und weniger, ob der

Patient mehr Compliance bzw. Adhärenz zeigen muss? Die mexikanische Malerin Frida Kahlo steht in dem Beitrag synonym für eine «Verwundung» und ihrer bildgewaltigen Auseinandersetzung mit diesem Schicksal ist der Abschluss des Beitrages gewidmet.

Kapitel 19. Sie wurden als «Idioten» bezeichnet, als «extreme Minusvariante menschlichen Seins», denen jegliche Bildungsfähigkeit und eine völlige Hilflosigkeit unterstellt wurde. Die Rede ist von Menschen mit einer komplexen Beeinträchtigung, die auch als schwer mehrfach behindert oder schwerstbehindert bezeichnet werden. Sie wurden bis in die Neunzigerjahre des letzten Jahrhunderts in psychiatrischen Anstalten in massiven Macht- und Unterdrückungsstrukturen «verwahrt». Helga Schlichting und Saskia Schuppener wagen den Versuch, Vermutungen über das Körperbild dieser Patienten anzustellen – aus der Außenperspektive. Für diesen Personenkreis spielt der Körper eine besonders wichtige Rolle. Es liegt eine schwere körperliche Behinderung vor, die Kommunikation durch Sprache ist oft nicht gegeben, die Patienten müssen ernährt, angezogen, gelagert, gepflegt werden. Für diese sehr körpernahen Tätigkeiten wurde bereits eine Reihe von Konzepten entwickelt, die in diesem Beitrag vorgestellt werden.

Kapitel 20. Im letzten Beitrag dieses Buches geben Andrea Hartmann und Ulrike Buhlmann all denen, die unter einem negativen Körperbild leiden, ein Werkzeuge an die Hand, mit dessen Hilfe es gelingen kann, sich wieder wohl zu fühlen in der eigenen Haut: Ein strukturiertes Gedankentagebuch und eine halbe Stunde Zeit am Tag für ein paar Wochen genügen. Dieses auf Selbsthilfe ausgerichtete Programm ist nachgewiesenermaßen effektiv und von daher attraktiv. Aber es gibt selbstverständlich keine Garantie und es kostet: Arbeit und Durchhaltevermögen. Daher besteht der Rat der Autorin-

nen an diejenigen, die das Gefühl haben, ihre Probleme nicht allein bewältigen zu können, sich professioneller Hilfe zu öffnen.

Danksagung

Zuallererst gilt ein großer Dank den Autorinnen und Autoren dieses Bandes für ihre Beiträge und ihr großartiges Engagement! Herrn Fabian Bammatter danke ich sehr für die Text- und Bildredaktion und bei Herrn Jürgen Georg bedanke ich mich als dem verantwortlichen Lektor des Hogrefe-Verlages, der durch seine profunden Kenntnisse den Band wesentlich mitbestimmt. Meiner Frau, Dr. Martina Michaelis danke ich ganz besonders für ihre konstruktive Begleitung und der praktischen Unterstützung während der gesamten Projektzeit.

*Andreas Uschok
Heuweiler,
Juni 2016*

Als Dank
ein Körper-Gedicht
von Robert Gernhardt.

Siebenmal mein Körper

Mein Körper ist ein schutzlos Ding,
wie gut, dass er mich hat.
Ich hülle ihn in Tuch und Garn
und mach ihn täglich satt.
Mein Körper hat es gut bei mir,
ich geb' ihm Brot und Wein.
Er kriegt von beidem nie genug,
und nachher muss er spein.
Mein Körper hält sich nicht an mich,
er tut, was ich nicht darf.
Ich wärme mich an Bild, Wort, Klang,
ihn machen Körper scharf.
Mein Körper macht nur, was er will,
macht Schmutz, Schweiß, Haar und Horn.
Ich wasche und beschneide ihn
von hinten und von vorn.
Mein Körper ist voll Unvernunft,
ist gierig, faul und geil.
Tagtäglich geht er mehr kaputt,
ich mach ihn wieder heil.
Mein Körper kennt nicht Maß noch Dank,
er tut mir manchmal weh.
Ich bring ihn trotzdem über'n Berg
und fahr ihn an die See.
Mein Körper ist so unsozial.
Ich rede, er bleibt stumm.
Ich leb ein Leben lang für ihn.
Er bringt mich langsam um.

«Siebenmal mein Körper»
Robert Gernhardt aus: ders., *Gesammelte Gedichte 1954–2006*. © S. Fischer Verlag GmbH, Frankfurt am Main 2008

1 Zur Relevanz des Körpers im Kontext pflegerischen Handelns

Hartmut Remmers

«Das, was gemeinhin dem Geiste zugewiesen wird, scheint mir das Wesen des Organischen auszumachen: und in den höchsten Funktionen des Geistes finde ich nur eine sublimen Art der organischen Funktionen» (Assimilation, Auswahl, Sekretion usw.).

(Friedrich Nietzsche (1980): Nachgelassene Fragmente. Kritische Studienausgabe, hrsg. v. G. Colli und M. Montinari, Bd. X, München und New York: S. 106.)

Schlüsselbegriffe

Ausdrucksregister des Körpers, body, Gestalt, Identität, Körper (beseelter, unbeseelter), Körperbild, Körpergrenzen, Körperschema, Körperselbst, Leib, Leiblichkeit, lived body, Maschinenkörper, Organtransplantation, Phänomenologie/Anthropologie des Leibes, rehabilitative Pflege, Schlaganfall, Selbst, Selbstbild, Tumorerkrankungen, Unfallverletzungen.

1.1 Einleitung

Mit dem professionellen Selbstverständnis von Pflege als Interaktions- oder Beziehungsarbeit konnte ein wichtiger Schritt aus der Definitionsmacht der Medizin heraus vollzogen werden. Der Breite pflegerischer Handlungsdimensionen und ihnen korrespondierender Wissenschaftsbezüge wird dieses Selbstverständnis aber nicht gerecht, denn jenseits sprachlich koordinierter Interaktionen bewegt sich pflegerisches Handeln in einer Dimension biophysikalisch explizierbarer körperlicher Funktionszusammenhänge (menschlicher Organismus), denen eine gewisse Eigengesetzlichkeit zugeschrieben werden muss. Es gibt eine Vielzahl therapeutischer Programme, vor allem aus dem Spektrum der somatischen Medizin und weiterer somatisch orientierter Behandlungsmethoden (z. B. Physiotherapie, Affolter-Methode

usw.), welche auf diese Dimension des menschlichen Körpers ausgerichtet sind. Aus Gründen von Erfahrungen, die Menschen mit körperlichen Läsionen an sich selbst machen, empfiehlt sich allerdings, über Vorstellungen des menschlichen Körpers hinauszugehen, wie sie durch den Objektivismus der «exakten» Erfahrungswissenschaften vorgegeben sind. Die Erkenntnisrichtung verändert sich vielmehr, wenn der Körper als eine Empfindungseinheit, als ein Feld der Bedeutung und sinnhafter Darstellung erfasst werden soll. Wir werden den damit zusammenhängenden, vor allem in einer Phänomenologie des Leibes akzentuierten Fragen hier jedoch nicht ausgiebig nachgehen können. Vielmehr werden wir uns vor dem Hintergrund einer grundlagentheoretischen Differenzierung des Körper-Verständnisses auf die kognitiv-emotionalen Repräsentationen leiblichen Erlebens unterschiedlich verursachter organischer Veränderungen des menschlichen Körpers (Trauma, invasive, radiologische, pharmazeutische Therapien) beschränken, um – gewissermaßen im Vorgriff – zahlreiche Facetten der Thematik «Körper und Körperbild» auf Basis etlicher klinischer Studien aufzuzeigen.

1.2 Körper

Folgender Abschnitt thematisiert den Begriff des «Körpers». Dieser wird definiert, seine Wortherkunft wird erörtert und er wird grundlagentheoretisch differenziert.

1.2.1 Definitionen

Der Begriff des «Körpers» weist eine Mehrdeutigkeit auf, die zunächst zu klären ist. Unter physikalischen Gesichtspunkten sind damit Objekte gemeint, die eine räumliche Kontur und eine Stofflichkeit (z. B. Eisen) aufweisen, welche abstrakt als Masse mit einem spezifischen Gewicht zu kennzeichnen ist. Unter geometrischen Gesichtspunkten lässt sich die räumliche Kontur präziser als dreidimensionale Figur mit charakteristischen, keineswegs symmetrischen Grenzflächen (z. B. gerade, gebogene bzw. gewölbte) beschreiben. Auch haben Körper bestimmte optische und haptische Charakteristika.

Darüber hinaus wird der Begriff des «Körpers» in einem biologisch umfassenden Sinn verwendet und meint – in Ableitung vom lateinischen *corpus* – eine lebendige Gestalt mit einer bestimmten morphologischen Struktur und in Bezug auf seine Lebendigkeit eine bestimmte Funktionalität. Diesem Verständnis eines lebendigen Körpers entspricht im Englischen der Begriff *body*. Wenn unter den organismisch vielgestaltigen Lebewesen speziell der menschliche Körper gemeint ist, so gibt es dafür in der deutschen Sprache einen zunächst synonymen Begriff, nämlich den des Leibes, mit dem aber zugleich bedeutsame Unterscheidungen angezeigt werden. Wir kommen darauf später ausführlicher zu sprechen (siehe Kapitel 1.3).

In der Biologie versteht man unter Anatomie die Lehre vom Aufbau lebendiger Körper und unter Physiologie die Lehre der mit bestimmten Körperfunktionen und ihren organischen Korrelaten verbundenen Stoffwechselprozesse.

1.2.2 Einige Anmerkungen zur Wortgeschichte

Die Bedeutungsgeschichte des Körpers lässt sich bis auf Klassifikationen der altgriechischen Philosophie zurückverfolgen.¹ Hier finden wir eine erste grundlegende Einteilung allen Seins in körperliches und nicht-körperliches Sein vor, letzteres seit Platon verstanden als Welt der Ideen. Die Körper werden ihrerseits in beseelte und unbeseelte Körper unterschieden, wobei der beseelte Körper mit unserem Verständnis des «Leibes» stark interferiert. Ein noch heute gültiges physikalisches Verständnis des Körpers wird bereits von Aristoteles vorbereitet, insofern die Charakteristika Materie und Form oder Gestalt maßgebend sind. Unter Gestalt ist jene Einheit zu verstehen, in welcher sich Verschiedenes zu einem in sich gegliederten Ganzen verbindet. In welchem konkreten Verhältnis schließlich Körper auf der einen und Geist auf der anderen Seite stehen, erweist sich als ein die gesamte Philosophie inklusive zahlreicher Wissenschaftsdisziplinen bis heute (man denke an die modernen Neuro- und Kognitionswissenschaften) bestimmendes Problem.

Jenseits philosophischer Fragestellungen wurde speziell dem menschlichen Körper wissenschaftliche Aufmerksamkeit vor allem in der antiken Medizin zuteil. Allerdings richtete sich das Interesse der griechischen Heilkunde weniger auf den menschlichen Körper als solchen, sondern vielmehr gemäß dem *Corpus Hippocraticum* auf den Kranken und seine Krankheit. Der Lehre des Aristoteles zufolge gehört die klassische Medizin nicht zu den Wissenschaften, sondern zu den Artes, dient aber nicht der Herstellung von Artefakten, sondern im Sinne der Diätetik der Reorganisation eines (technisch unverfügbaren) guten Lebens (*restitutio ad integrum*). Erst mit Entstehen der neuzeitlich-naturwissenschaftlichen Medizin im

¹ Vgl. dazu auch die Ausführungen von Remmers (2007).

16. und 17. Jahrhundert vollzieht sich ein Bruch in den Vorstellungen des kranken Menschen als Objekt ärztlichen Handelns. Von jetzt an beherrschen auf Basis anatomischer Experimente von Vesalius Bilder das medizinische Denken, in denen der menschliche Körper mitsamt seinen Organfunktionen als ein mechanischer Apparat bereits mit Möglichkeiten der «Prothetisierung» begriffen wird. Bestärkt und verfeinert zugleich werden mechanische Bilder durch Tendenzen einer Industrialisierung sowie Technisierung der Medizin im 19. Jahrhundert, in deren Zentrum aus der Großlaborforschung abgeleitete Auffassungen des menschlichen Körpers stehen. Ein Beispiel wäre die «Cellularpathologie» Rudolf Virchows (1858). Ihr liegt ein atomistisch-summatives Konzept von Lebens- und Krankheitsvorgängen zugrunde, demzufolge Krankheiten als morphologische Einheiten mit einem besonderen körperlichen «Sitz» postuliert werden. Weitere Entwicklungen apparativer Diagnoseinstrumente wie z. B. das EKG, MRT usw. haben es mit sich gebracht, dass sich der menschliche Körper nunmehr dem Arzt als ein «Zeichenproduktionssystem» oder ein «Datenträger» präsentiert. Es lässt sich sogar von einer zunehmenden Virtualisierung des Körpers vor allem in der Intensivmedizin sprechen. Dafür spricht die Tatsache, dass Spielräume, innerhalb derer menschliche Vitalfunktionen beeinflusst und gesteuert werden, durch im Vorhinein durch statistische Variation erzeugte klinische Parameter festgelegt werden. Analog wird seit geraumer Zeit auch in der Transplantationsmedizin verfahren und zwar auf Grundlage einer Neudefinition von Todesfeststellungskriterien.

1.2.3 Grundlagentheoretische Differenzierungen

Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass unsere Anschauungen vom Körper mehrperspektivisch sind und der Begriff des «Körpers» eine gewisse Mehrdeutigkeit aufweist. Diese Ambiguität des Körpers (hier verstan-

den als Leib) spielt deshalb auch in der grundlagentheoretischen Diskussion der Pflege eine zentrale Rolle, weil mit dieser Diskussion u. a. Fragen beantwortet werden, worin gewissermaßen das Proprium der Pflege (im Vergleich mit anderen Gesundheitsberufen) besteht und was Pflege von ihrem spezifischen Gegenstand und daraus ableitbaren Aufgaben her beruflich zu leisten vermag (Remmers, 2000; 2011; Uzarewicz/Uzarewicz, 2005). Hinsichtlich dieser Fragen zeichneten sich bekanntlich erhebliche Verstärkungsprobleme ab. Es darf deshalb als eines der großen Verdienste der US-amerikanischen Pflege-theoretikerin und klinischen Forscherin Patricia Benner und anderer (Benner, 1994) angesehen werden, dass sie die Diskussion um originär pflegerische Belange in einem weit gesteckten Feld gesundheitsberuflicher Aufgabenzuschneide und fachlicher Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten aus einer quasi leib-phänomenologischen Perspektive her zu erweitern und damit zugleich zu konkretisieren versuchte.

Wir gehen insoweit davon aus, dass durch eine grundlagentheoretische Differenzierung des Körper-Begriffs als mehrschichtiger Objektbegriff und – worauf wir hier nicht in der gebotenen Ausführlichkeit zu sprechen kommen – als Subjektbegriff, sich ein wesentlich besseres Verständnis pflegerischen Handelns, seiner Anlässe, Interventionsmöglichkeiten und -formen erzielen lässt. Mit den gebotenen Einschränkungen halten wir fest:

- Bis heute ist die in der Neuzeit entstandene naturwissenschaftlich-medizinische Körperlehre maßgebend für bio-mechanische Vorstellungskomplexe eines Körpers, der in seinen organischen Funktionen beherrschbar, beliebig manipulierbar, zum Teil durch Prothesen ersetzbar ist (Topos eines «Maschinenkörpers»).
- Andere Vorstellungen verbinden sich mit dem (menschlichen) Körper als Leib. Ausgehend von der biologischen Tatsache, der zufolge sich die spezifische Lebendigkeit des Organismus im Aus-

tausch mit seiner Umwelt erweist, werden mit dem Leib-Konzept spezifische Funktionen der Selbst- und Fremdwahrnehmung, der Symbolbildung und des qua Sprache, Gestik, Mimik vermittelten sinnhaften Ausdrucks subjektiver Erlebnis- und Empfindungswelten akzentuiert.

Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass alle bislang vorgenommenen Differenzierungen des Körperbegriffes abhängig sind von der jeweiligen Erkenntnisperspektive. Diese ist wiederum ausschlaggebend für *Differenzierungen des Krankheitsbegriffes*, welcher bspw. in der Psychosomatik ein weitaus komplexeres ätiologisches und therapeutisches Verständnis impliziert. Aus einer naturwissenschaftlich-medizinischen Perspektive stellt sich der Körper als ein objektivierbares Ensemble ineinandergreifender Funktionen dar. Der aus dieser Perspektive gewonnene abstrakt-pathophysiologische Krankheitsbegriff birgt gewissermaßen systemimmanente Gefahren einer Ent-Individualisierung mit Tendenzen der Depersonalisation. Demgegenüber wird sich durch einen hermeneutisch-sinnverstehenden Zugang der Körper im Sinne des Leibes als eine primär subjektiv (bspw. durch das Repertoire bekundeter Empfindungen eines Patienten) erschließbare Realität explizieren lassen. Der explanatorische Horizont ist hier vorrangig auf Wahrnehmung und Ausdruck einer Krankheit in Gefühlen des Krankseins als «eigenleibliches» (individuelles) Betroffensein (Schmitz, 1992) gerichtet.

Die sich hieraus ergebenden klinischen Fragestellungen sind insbesondere die eines pflegerischen Umgangs mit jenen Menschen, die Folgen traumatisierender körperlicher Verletzungen oder schwer eingreifender diagnostischer oder chirurgischer Interventionen zu bewältigen haben. Bedeutsam wird der Körper als «innere Realität» im Falle krankheits- und/oder therapiebedingter Veränderungen, die ihrerseits Störungen des Körperbildes oder Körper-

schemas bzw. des Körper-Selbst zur Folge haben können. Gewiss ist die Unterscheidung zwischen «äußerer» und «innerer Realität» des Körpers nicht unproblematisch wegen eines dahinter sich verbergenden erkenntnistheoretischen Dualismus. Diese Unterscheidung erlaubt es aber, bspw. im Hinblick auf das Erleiden von Schmerzen damit zusammenhängende Phänomene einer extremen Entfremdung des personalen Ich von seinem es peinigenden Körper als ganz Anderem genauer zu erfassen. Häufig etwa erscheint es einem Individuum so, als ob der schmerzende Körper es gleichsam in Isolationshaft nähme. Buchstäblich kann der Schmerz «das Leben zur Hölle machen.» (Le Breton 2003: S. 14). Genau dabei handelt es sich aber auch um eine Bewertung des in einer affektiv-gefühlsmäßigen Dimension erlebten Schmerzes, dessen rein neurologische Interpretation seit Breuers und Freuds «Studien über Hysterie» (1895) in Frage zu stellen ist, wie Le Breton (2003: S. 8) betont.

1.3 Jenseits traditioneller Körperlehre: Ansätze einer Leib-Phänomenologie

Für sich betrachtet erschließen sich die biologischen Funktionen eines Körpers organischer Lebewesen nur durch Abstraktion unter künstlichen Laborbedingungen. Diese analytische Perspektive wird aber dem Begriff und der substantiellen Einheit des Lebens nicht gerecht. Denn Leben ist durch einen kontinuierlichen Austausch zwischen dem Organismus und seiner Umwelt charakterisiert. Grundlage dieses Stoffwechselprozesses ist zunächst eine Sensitivität gegenüber äußeren Reizen, vermittels derer Anpassungsprozesse an die spezifische Umwelt von Organismen als Funktion des Überlebens möglich sind. Paradox mutet es sodann an, dass die Reproduktion organischen Lebens an die Fähigkeit der Selbstüberschreitung gebunden ist. Hinzu kommt, dass Stoffwechselprozesse zumindest zwischen

höheren Lebewesen und ihrer Umwelt dadurch gekennzeichnet sind, dass die Umwelt ihrerseits vermittels des organismischen Austauschs verwandelt und geformt wird. Auch die tätige Umformung von Umwelt ist zielgerichtet in dem Sinne, dass sie der Aufrechterhaltung des Lebens dient. Zumindest den höheren organischen Lebewesen kann Eigenaktivität im Sinne eines tentativen oder Probierverhaltens zugesprochen werden, welches auf die Befriedigung zentraler Bedürfnisse ausgerichtet ist. Sehr verkürzt sind damit elementare Voraussetzungen einer Anthropologie des Leibes gegeben; eines Leibes verstanden als Einheit körperlich-organismischer sowie – in einer intrapsychischen Schicht der «Selbstaktualisierung» (Goldstein, 1939) angelegter – geistig-seelischer, insofern zielgerichteter Prozesse. Dabei handelt es sich im Übrigen um Prozesse, die auch bei fortgeschrittener Demenz deutlich erkennbar sind, wie Beiträge in Kruse (2010) zu entnehmen ist.

Machen wir uns zum Verständnis dieses leib-philosophischen Konzepts den philosophiegeschichtlichen Hintergrund klar. Bekanntlich wurden mit Husserls Arbeiten erste Pfade einer Philosophie des Leibes gebahnt. Dies erstaunt besonders deswegen, weil Husserls phänomenologische Untersuchungen grosso modo auf die Sinn stiftenden Leistungen des Bewusstseins ausgerichtet waren. Allerdings hatte Husserl am Beispiel der Doppelstruktur des Tastsinnes (Husserl, 1952: S. 146) erkennen müssen, dass der Leib an den konstituierenden Akten des Bewusstseins stets beteiligt ist. Solipsistisch kann die bei Husserl entwickelte Phänomenologie des Leibes allerdings deswegen genannt werden, weil er die «konstitutive Bedeutung leiblicher Erfahrung» nicht nur bewusstseinsphilosophisch abwehrt (Meyer-Drawe, 1989: S. 301), sondern auch die sinnstiftende Bedeutung leiblicher Akte, sozusagen die Konstitutionsleistungen leiblichen Handelns außer Betracht lässt. Dieser Aspekt ist aber für eine auf das Berufsfeld Pflege bezogene Philosophie des menschlichen Leibes beson-

ders wichtig, weil in deren Zentrum, wie Kather (2013) jüngst zeigte, unweigerlich Fragen eines leiblichen Kommunizierens stehen. Dabei wird eine Philosophie des «erlebten Leibes», wie Paul Ricœur (2005) sie konzipierte, einen zwischen Person und Sache vermittelnden Begriff des «Lebens» nicht vernachlässigen dürfen angesichts der Tatsache, dass Identität und Darstellungsfähigkeit einer Person stets von körperlich-physiologischen Lebensprozessen abhängig sind.

Damit ist zunächst die Basis einer Anthropologie des Leibes im Sinne der Einheit körperlich-organismischer und geistig-seelischer, zielgerichteter Prozesse gelegt. Was uns hier nun aber besonders interessiert, sind die handlungstheoretischen Implikationen einer solchermaßen konzipierten Anthropologie des Leibes. Sie beruhen – folgt man Traditionspfaden einer philosophischen Anthropologie – auf einem Ineinandergreifen von Wahrnehmung und Bewegung in der Weise, dass dem inneren Erleben vermittels körperlicher Regungen und Bewegungen Ausdruck verliehen wird. Der Leib fungiert damit als Medium der in bestimmten Darstellungsformen symbolisch zum Ausdruck gebrachten Gefühle, Informationen, Wünsche. «Als Leib bildet der Körper das Scharnier, an dem die Anforderungen der Umwelt und des eigenen Körpers in absichts- und bedeutungsvollen Handlungen transformiert werden. Ohne den physiologisch funktionsfähigen Körper wäre das seelisch-geistige und soziale Leben unmöglich; doch nur weil er als Leib zum Ausdruck von Innerlichkeit wird, sind zielgeleitete Aktionen ebenso wie die Kommunikation mit Anderen möglich.» (Kather, 2013: S. 27).

Nun ergeben sich aus der Tatsache, dass die Lebendigkeit eines Körpers sich in einem steten Austausch mit seiner Umwelt realisiert, weitreichende Konsequenzen im Hinblick auch auf Phänomene eines durch eben jenen Stoffwechselprozess erzeugten *künstlichen* Umkreises des Lebens. Unter geschaffener Lebensumwelt verstehen wir

jene kulturellen Kontexte, die ihrerseits als geschaffene historischen Veränderungen unterliegen. Aber auch die individuellen Lebenskontexte unterliegen, insofern sie intentionales, eingreifendes Handeln mit einschließen, einem lebensgeschichtlichen Wandel. Die Identität eines Menschen ist daher als biografische Einheit eines leiblich vermittelten Prozesses der Selbstwerdung im Schutz sozialer Institutionen zu begreifen (Fischer-Rosenthal, 1999).

Die lebensgeschichtliche Einheit des Menschen wiederum lässt sich in Spuren des Leibes, der Plastizität von Darstellung und symbolischem Verstehen rekonstruieren. An diese Leiblichkeit und das darin fundierte Ausdrucksverstehen ist menschliches Handeln gebunden (Kather, 2013: S. 28f.). Der Aufbau menschlicher Beziehungen beruht auf jenen leiblichen Voraussetzungen elementarer Beobachtungs- und Nachahmungsfähigkeiten. Soziale Interaktionen wiederum setzen Abstandnahme von sich selbst und darauf beruhendes Einfühlungsvermögen voraus. Darauf zielte Plessners «Exzentrizität» als formale Struktur eines Organismus, mit welcher das rein organische Verhältnis durchbrochen wird (Mühl, 1997: S. 147). Höhere kognitive Leistungen wie die der Sprache sind «ideale» Voraussetzungen wechselseitigen Verstehens, welchem Prinzipien der Gegenseitigkeit entsprechen. Letztlich aber bleibt der «vokal-auditive Kanal» einem entwicklungsgeschichtlich tief verankerten, ihm keineswegs unterlegenen «gestisch-visuellen Kanal» des Verstehens verhaftet (Bayertz, 2012: S. 285). Diese Tatsache ist hochbedeutsam auch für die professionelle Pflege (Hülksen-Giesler, 2008).

Schon die Alltagskommunikation kommt ohne expressive Gestaltungselemente wechselseitiger Verständigung nur selten aus. Mit wechselnder Tonlage und Färbung der Stimme können verbale Äußerungen unterstrichen werden. Auch gestische und mimische Signale gehören zum Ausdrucksregister einerseits der Nachdrücklichkeit, andererseits der dramaturgischen Steigerung vor

allem vor dem Hintergrund gewollten oder nicht gewollten verbalen Verstummens. Der Willkür am stärksten entzogen scheint der Augenausdruck zu sein, in dem sich das emotionale Erleben unmittelbar spiegelt. Im Lächeln drücken sich gewissermaßen Reservate distanzierter Verhaltensdispositionen und –stile aus – durch beherrschten, gedämpften Einsatz des Körpers –, während im Weinen sich die Physis in Form unwillkürlicher Ausdrucksgebärden ungeschützt öffnet. In den Augen Plessners handelt es sich hierbei um eine Ausdrucksform «des Überwältigt- und Geschütteltseins», welche eine nicht mehr vermittelbare «Grenze allen Verhaltens» anzeigt: «Im Verlust der Herrschaft über ihn [den Körper; Anm. Autor], in der Desorganisation bezeugt der Mensch noch Souveränität in einer unmöglichen Lage. Er zerbricht als geordnete Einheit von Geist, Seele, Leib, aber dieses Zerbrechen ist die letzte Karte, die er ausspielt. Indem er unter sein Niveau beherrscher oder wenigstens geformter Körperlichkeit sinkt, demonstriert er gerade seine Menschlichkeit: Da noch fertig werden zu können, wo sich nichts mehr anfangen lässt.» (Plessner, 1941: S. 354, 364).

1.4 Störungen der Lebendigkeit des Körpers

Im Folgenden wird zuerst auf die klinischen Aspekte von Störungen der Körperlebendigkeit eingegangen. Daraufhin werden dann auch pflegerisch-praktische Aspekte thematisiert.

1.4.1 Klinische Aspekte

Aus den eher grundlagentheoretisch ausgerichteten Rekonstruktionen einer Körperlehre ergeben sich verschiedene *klinische Fragestellungen*: bspw. welche Veränderungen sich im körperlich-leiblichen Erleben von Menschen mit einer schwerwiegenden organischen Erkrankung, mit traumatisierenden körperlichen Verletzungen, mit

nicht selten stark eingreifenden diagnostischen, schließlich mit die äußere Gestalt der Person erheblich verändernden therapeutischen (chirurgischen, strahlentherapeutischen, pharmazeutischen) Eingriffen einstellen. Dazu gehört ebenso die Frage, wie die durch ein ursprüngliches Krankheits- oder Unfallereignis sowie durch medizinische Interventionen hervorgerufenen Veränderungen in einer für die Person möglichen und sinnhaften Weise verarbeitet und bewältigt werden können. Dabei muss man sich klarmachen, dass krankheits- und therapiebedingten Veränderungen des Körpers als objektivierbare Realität (etwa des Beschauens, Betastens, Abhorchens) intrapsychische Korrelate etwa des «eigenleiblichen» Spürens, der «Betroffenheit [...], dass dieser Leib mein Leib ist, dass im gewissen Sinne ich selbst es bin, was ich da erfahre» (Böhme, 2003: S. 68), aber auch des Gewahrwerdens subtiler Verhaltensreaktionen der sozialen Umwelt entsprechen. Diese quasi einem inneren Sinn entstammenden Wahrnehmungen sind gewissermaßen den durch unsere fünf (Objekt-)Sinne vermittelten Wahrnehmungen «vorgelagert». Sie ermöglichen überhaupt erst – unter Einbeziehung der Sphäre sozialer Interaktionen und ihrer kognitiv-emotionalen Repräsentationen – ein hinreichendes Verständnis der mit Traumatisierungen einhergehenden Störungen. In sehr vielen Fällen werden dies Störungen bspw. des *Körperbildes* oder des *Körper-Selbst* sein. Konzeptionell sollte dabei das Körperbild vom Körperschema (engl.: *body schema*) abgegrenzt werden.

Zwischenbemerkung zum Aufbau des Körper(selbst)bildes. Dass der menschliche Körper nicht nur eine für sich seiende biologische Entität ist, zeigen alle seine Veränderungen, die er gesteuert oder in Form eines Erleidens durchläuft. Die Lebendigkeit des Körpers drückt sich eben auch in Formen seiner äußeren Präsentation aus. In der mentalen Repräsentation des Körpers werden zeitlich beschränkte Wahrnehmungsas-

pekte des Körpers festgehalten. Zu den Charakteristika des Körperbildes gehört jedoch auch jene reflexive, auf den eigenen Körper ausgerichtete Intentionalität, womit der Aufbau des Selbst einer Person verbunden ist. Folgt man den weiteren Einsichten des symbolischen Interaktionismus (Cooley, 1964; Mead, 1978), so ist jener über Darstellungsformen des Körpers verlaufende Konstitutionsprozess eines Körper(selbst)bildes in ganz entscheidendem Maße abhängig davon, welche responsiven Erfahrungen die Person in ihrer Lebensumwelt macht. Unter psychologischen Gesichtspunkten der Aktualgenese des Selbst sind reaktive Prozesse, die der selbstwertdienlichen Deutung von Handlungsergebnissen dienen (Verdrängen, Verleugnen), ebenso bedeutsam wie proaktive Prozesse. Diese sind dadurch charakterisiert, dass «wir durch systematische Strategien der Selbstrepräsentation oder der Selbstergänzung (z. B. Bayer/Gollwitzer, 2000) soziale Rückmeldung über uns selbst provozieren.» (Greve, 2007: S. 314). Die Responsivität ihrer Umwelt ist für Menschen, die schwerwiegende körperliche Veränderungen erlitten haben, von entscheidender Bedeutung für die Aufrechterhaltung ihres Selbst. Dabei sollte aber nicht verkannt werden, dass Selbstbilder von Personen eine «hohe situationale Flexibilität und Änderbarkeit» aufweisen; dass adaptive Dynamiken des Selbst gemäß eines entwicklungspsychologischen Konzepts zu verlaufen scheinen, welches besagt: «Stabilität durch Wandel» (Greve, 2007: S. 315, 328).

Im Gegensatz zum Körperbild werden dem *Körperschema* weitaus größere integrative, holistische Funktionen zugeschrieben. Von größerer Bedeutung sind propriozeptive Informationen, welche auf der Grundlage kinetischer, muskulärer oder auch kutaner Sinneseindrücke gewonnen werden. Dabei erfolgt der Aufbau der im Gehirn repräsentierten Vorstellungsbilder vom eigenen Körper (Wahrnehmungsmuster) gemäß einer bestimmten ontogenetischen Struktur, die durch elementare Erfahrung

der Körpergrenzen und die allmähliche Ortsbestimmung im Raum charakterisiert ist. Darüber hinaus sind es fundamentale, bereits im embryonalen Stadium der Ontogenese entwickelte Sinne wie der Tastsinn, der Gleichgewichtssinn, der kinästhetische Sinn und später der optische Sinn, die eine tragende Rolle bei der Entwicklung des je individuellen Körperschemas besitzen (vgl. De Preester, 2007).

Die Folgen einer schweren, traumatisierenden Beschädigung und/oder Veränderung des Körpers stellen sich auf drei Ebenen (biologisch, psychisch, sozial) dar:

1. Auf biologisch-phänomenaler Ebene zeigt sich traumatisierende Beschädigung als Defiguration, das heißt als starke Veränderung äußerer Erscheinungsformen des Körpers, der zumeist physiologische Korrelate veränderter Selbstwahrnehmung entsprechen (Propriozeption); körperliche Folgen bspw. chirurgischer Eingriffe können aber auch in Vernarbungen und Hautreaktionen bestehen, die zu Störungen von Körperempfindungen führen.²
2. Auf psychischer Ebene lassen sich Folgen körperlicher Veränderungen als Dekomposition bzw. als Dissoziierung jenes Selbst einer Person feststellen, welches sich lebensgeschichtlich über äußere und innere Selbstwahrnehmungen aufbaut.
3. Auf sozialer Ebene können traumatisierende Beschädigungen und/oder Veränderungen des Körpers zu einem gewissenmaßen von außen erzwungenen, je nach Thematisierungen in Interaktionen zu vollziehenden Wechsel der sozialen Identität führen.

Die auf allen drei, zumeist ineinander verschlungenen Ebenen analytisch zugänglichen Probleme haben konstitutive Bedeutung für das Körperbild und das Selbstbild

der betroffenen Personen und ihr leibliches Empfinden. Wir werden deshalb diese verschiedenen Aspekte (Ebenen) im Folgenden weiter differenzieren.

Wahrnehmungen des veränderten Körpers. Jeder menschliche Körper hat seine eigene, in Gestalt des Körperbildes auch mental geronnene Geschichte. Ihrer erinnern wir uns allerdings zumeist erst in jenen Situationen, in denen für selbstverständlich erachtete Funktionen körperlichen Lebens und Erlebens eingebüßt wurden. Erst mit seinen Veränderungen fangen wir an, unseren Körper zu thematisieren; beginnt er, uns seine eigene Geschichte zu erzählen in der Sprache der Symptome einer Krankheit (Frank, 1997, S. 18). Auch sind es Diskrepanzen zwischen dem erinnerten und dem veränderten Körperbild, die das Krankheitserleben prägen.

Welche Relevanz allerdings das bspw. durch einen radikalen chirurgischen Eingriff objektiv veränderte Körperbild für die Person in concreto hat, ist abhängig von je individuellen Bewertungskriterien. In welcher Weise bspw. an Brustkrebs erkrankte Frauen ihr äußeres Erscheinungsbild akzentuieren und welche Bedeutung sie ihrer körperlichen Attraktivität beimessen, hat einen erheblichen Selbstselektionseffekt hinsichtlich therapeutischer Optionen. Entspricht etwa das kosmetische Resultat einer operativen Brustrekonstruktion nicht den Wünschen der Patientin, so wird dies sehr wahrscheinlich zu zusätzlichem Stress bei ohnehin vorhandener seelischer Krankheitsbelastung führen.

Jedoch variiert das Körperbild eines Patienten nicht allein in Abhängigkeit von äußerlich betastbaren und beschaubaren Veränderungen der physischen Gestalt, sondern auch von der körperlichen Symptomatik nach Intervention, das heißt von jenen unmittelbar empfundenen physischen Sinnesindrücken (z. B. Hypersensitivität, Taubheitsgefühl, Muskelspannung, Versteifung), denen häufig kein unmittelbares, pathophy-

² Vgl. im Folgenden auch die Ausführungen von Remmers (2001).

siologisch objektivierbares Korrelat entspricht. Dies hat insbesondere Schmitz (1992) im Auge bei der Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Wahrnehmung. Der Belastungscharakter dieser Symptome rührt daher nur zum Teil aus der Invasivität eines Eingriffs bzw. Erleidens. Er hat in sehr vielen Fällen eher mit der Erinnerungsfunktion einer Symptomatik an ein schwerwiegendes Leiden zu tun.

Auswirkungen des veränderten Körpers auf das Selbst. Zahlreiche Patienten erleben schwer eingreifende (chirurgische) Therapien nicht allein als eine körperliche Veränderung. Der veränderte Körper erscheint ihnen häufig als etwas von ihrem «tiefsten» Selbst Verschiedenes, wird als etwas ihnen nicht Zugehöriges empfunden. Es stellen sich Gefühle des Gespalten-Seins und der Entfremdung ein. Das bislang unproblematische, «reziproke» Verhältnis zwischen biografischem Selbst und seinem physisch-organischen Substrat ist verloren gegangen (Frank, 1997: S. 40).

Etliche Patienten können sich zwar mit zunehmendem zeitlichem Abstand zum auslösenden Krisenereignis mit ihren körperlichen Entfremdungserscheinungen arrangieren, dieses Arrangement betroffener Personen beruht aber häufig darauf, dass sie ihrem eigenen Körper gegenüber ein stark distanzierendes, instrumentalisierendes Verhältnis einnehmen. Dahinter könnte sich ein ganz manifester Wunsch nach Kontrollierbarkeit und Prognostizierbarkeit eines sich letzter Verfügbarkeit und Planbarkeit entziehenden Geschehens verbergen. Des Weiteren gibt es Tendenzen, gleichsam mit dem eigenen Körper zu verhandeln; den Körper durch Veränderung von Alltagsgewohnheiten und Einstellungen als einen Verbündeten im gemeinsamen Kampf bspw. gegen eine Krebserkrankung zu betrachten.

Wechsel der sozialen Identität. Veränderungen des körperlichen Erscheinungsbildes teilen sich nicht nur auf der Ebene physiolo-

gischer Sinneskorrelate als Veränderungen passiver und aktiver Selbstwahrnehmung mit. Die kognitive Repräsentation solcher Veränderungen wiederum lässt sich an der Bewertung ihrer jeweiligen Bedeutsamkeit für die Person ablesen. Bedacht werden sollte darüber hinaus, dass sich Formen, insbesondere Prinzipien körperlicher (Selbst-)Wahrnehmung, sozial vorgängigen Zuschreibungen verdanken. Aus genau diesem Grund wird das Erscheinungsbild einer Person in Abhängigkeit von variierenden Thematisierungsebenen und Werte-Implikationen sozialer Interaktionen betrachtet werden müssen. Auf dieser Struktur- und Bewertungsebene sind daher auch weitere determinierende Bedingungen zu suchen, die das Selbstbild und Selbstwertgefühl einer körperlich beeinträchtigten Person beeinflussen.

Unter dieser Prämisse kann davon ausgegangen werden, dass in der öffentlichen Sphäre sozialen Handelns (gekennzeichnet durch wechselseitige Situationsdeutungen und Bewertungen) entscheidende Voraussetzungen für gegenseitige Hilfe geschaffen werden – für möglicherweise neue Verhaltens- und Gestaltungsstile oder auch Rückzüge. Aufmerksamkeiten gegenüber den Wahrnehmungen und Verhaltensreaktionen signifikant Anderer werden gesteigert. Es hat sich gezeigt, dass körperliche Veränderungen am besten verarbeitet werden können, wenn das äußere Erscheinungsbild als normal betrachtet, eine Differenz bspw. durch Prothesen verschleiert werden kann (im Falle von Brustkrebspatientinnen vgl. Bredin, 1999). Coping-Stile betroffener Personen erweisen sich insofern als plastisch, da sie mit unterschiedlichen Interaktionsaspekten und jeweils wechselseitigen Deutungen einer konkreten Situation variieren. Sind engste Familien- und Freundeskreise durch emotionale Nähe und Offenheit der Kommunikation charakterisiert, so bieten sie beste Voraussetzungen für eine differenzierte, entlastende Präsentation der Erkrankung. Dagegen birgt die öffentliche Sphäre

ungleich größere Risiken, dass eine negative Spirale wechselseitigen Vermeidungsverhaltens in Gang gesetzt wird. Nicht verkannt werden sollte die Tatsache, dass auch Familienmitglieder oder Angehörige einer körperlich stark beeinträchtigten Person etwa infolge einer Krebserkrankung stark belastet sein können (Stenberg et al., 2010). Ihre Belastungen manifestieren sich nicht nur in Form von Angst, Depression, Unsicherheit, Hilf- und Hoffnungslosigkeit, sie äussern sich auch in Folgeproblemen wie Rollendiffusion und Isolation (Pinkert et al., 2013).

1.4.2 Pflegerisch-praktische Aspekte

Einsichten einer phänomenologisch inspirierten Philosophie des Leibes haben bislang eher partiell-explanatorische als konzeptionell-begründende Bedeutung für die Pflegepraxis. Hinsichtlich praktischer Konsequenzen tiefgreifender körperlicher Läsionen für pflegerisches Handeln werden wir uns im Folgenden auch auf klinisch objektivierbare Änderungserscheinungen beschränken³:

- In den meisten Fällen führen schwerwiegende organische Krankheiten oder Verletzungen sowie stark eingreifende chirurgische Interventionen zu Bewegungs- und Wahrnehmungseinschränkungen, welche Veränderungen des Körperbildes bzw. Körperschemas nach sich ziehen.
- In sehr unterschiedlichem Ausmaße können Krankheiten oder altersbedingte Einschränkungen körperlicher Funktionen die Orientierungsfähigkeit betroffener Menschen beeinflussen. Neuorientierungen werden dadurch erschwert, dass der Körper nicht mehr wie gewohnt beherrscht werden kann. In Extremfällen erlebt sich ein Patient als «Gefangener

seines Körpers», so beim Locked-in-Syndrom (Pantke, 1999) oder bei Tetraplegie.

- Vor dem Hintergrund originär pflegerischer Aufgaben sind Körperkontakte unvermeidbar. Sie sind häufig schambesetzt, assoziiert mit Abwehr- und Fluchtreflexen. Gleichzeitig wohnt Körperkontakten ein ebenso therapeutisch zu erschließendes Potenzial inne, sowohl als Sphäre bestimmter Entspannungstechniken als auch als eine Dimension physio-psychischer Anregungen (z. B. das Konzept der Basalen Stimulation; dazu aus leibphilosophischer Sicht: Uzarewicz/Uzarewicz, 2005, S. 169 ff.).
- Eine bislang noch zu wenig analysierte Sphäre stellt die der Bemächtigung des Körpers zum einen in seiner medizinwissenschaftlichen Objektivierung, zum anderen in seiner (gesundheits)politischen Instrumentalisierung dar. Körperliche Distanzbedürfnisse eines Patienten sind nicht allein Ausdruck zivilisatorisch eingelebter Scham (Elias, 1976). Intimität könnte vielmehr auch als eine Bastion gegenüber Zudringlichkeiten einer Öffentlichkeit interpretiert werden, welche mit staatlichen Machtansprüchen amalgamiert ist. Foucaults «genealogische» Untersuchungen decken allerdings ein noch subtileres Gewebe politischer Disziplinartechniken auf, deren Unauffälligkeit und Geschlossenheit daran zu erkennen sind, dass sie nicht mehr direkt auf eine «Unterwerfung» der Körper, sondern gewissermaßen a tergo, in Form einer «Bio-Macht», auf eine Steigerung des Lebens ausgerichtet sind: «[...] das Wachsen der Körper und der Bevölkerungen, ihre Stärkung wie auch ihre Nutzbarkeit und Gelehrigkeit.» Die modernen «Machtmethoden» zielen darauf, «die Kräfte, die Fähigkeiten, das Leben im ganzen zu steigern, ohne deren Unterwerfung zu erschweren.» (Foucault 1986, S. 168). Diese Aspekte können wir im Rahmen unseres Beitrags nicht weiter vertiefen.

³ Vgl. dazu auch die Ausführungen von Remmers (2007).

Unfallverletzungen. Die klinische Bedeutung krankheits- oder therapiebedingter Veränderungen des Körpers wird ersichtlich an einer Vielzahl von Störungen bspw. des Körperbildes oder des Körperschemas und des Körper-Selbst.⁴ Befassen wir uns zunächst mit jenen Personen, welche schwere *Unfallverletzungen* erlitten haben: bspw. durch Verbrennung, Verlust oder Amputation von Organen oder Gliedmaßen. Diese Personen verlieren nicht nur ihr altes Körper-Selbst, sie müssen auch in einem mehrere Stadien durchlaufenden Prozess der Bewältigung eine Restrukturierung ihres Körperbildes oder Körperschemas vornehmen. Angesichts verschiedener funktioneller Verluste (Mobilität, Alltagsroutinen) werden die pflegerischen Aufgaben vor allem darin bestehen, eine seelisch schützende, funktional kompensatorische Umwelt zu schaffen. Verunfallte mit schweren Verbrennungen stellen, neben ihrer medizinisch umfassenden Versorgung, eine pflegerisch große Herausforderung hinsichtlich der psychischen Komorbidität dar (Jasper et al., 2013). Eines der konzeptionellen Ziele wird angesichts gravierender Beschädigungen einer nach außen schützenden Hülle der Haut darin bestehen, durch umsorgende Praktiken eine symbolische «zweite» Haut zu schaffen (Anzieu, 1992). Essenziell ist in dieser Hinsicht der Aufbau vertrauensvoller Beziehungen. Erst sie erlauben es, Möglichkeiten der Aktivierung persönlichkeitspezifischer Bewältigungsressourcen einschätzen zu können. Neben Ermutigungen sollte nie über gegebenenfalls zu erwartende Probleme hinweggetäuscht werden, sollte Unterstützung bei der realistischen Einschätzung von Möglichkeiten und Grenzen offeriert werden (Chondronikola et al., 2013). Ältere, bis heute wegweisende Studien (Morse, 1997; Morse/O'Brien, 1995) zu körperbezogenen, leibgebundenen Interaktionen mit dieser vulnerablen Personengruppe haben gezeigt, dass sich die Auseinandersetzung mit Defi-

gurationen und ihrer kognitiv-emotionalen Repräsentation als ein Trauerprozess mit Begleiterscheinungen des sozialen Rückzugs und auch depressiven Episoden vollzieht. Weil Verlustverarbeitungen individuell verschieden und in Abhängigkeit von Kontingenzerfahrungen verlaufen, ist eine zeitliche Prognostizierbarkeit von Bewältigung nicht möglich.

Schlaganfall. Anders sehen körperlich-organische Schädigungen bei Patienten mit *Schlaganfall* aus. Anders stellen sich daher auch die Auswirkungen auf die Ausdrucksfähigkeit subjektiver Leidenszustände (bei partiellen oder globalen Aphasien) und auf die ästhesiologische Einheit von Wahrnehmung und Bewegung aufgrund häufiger Hemiplegien dar. Einschränkungen in diesen Bereichen gehen in den meisten Fällen mit psychischen Veränderungen der Persönlichkeit, (Affektnivellierung, depressive Stimmungslagen bis hin zu Katastrophenreaktionen) einher. Bestätigt werden damit jene ursächlichen Zusammenhänge, dass funktionelle Einschränkungen i. d. R. zu erhöhter psychischer Verwundbarkeit mit zusätzlichen Risiken sozialer Isolation führen.

Bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems liegt die Verflochtenheit sich wechselseitig beeinflussender biologischer, psychischer und sozialer Faktoren ohnehin auf der Hand. Es empfehlen sich daher auch systemische Rehabilitationsansätze des körperlichen Trainings im Zusammenspiel mit kognitiv-emotionalen Krankheitsverarbeitungsstrategien. Eine auf *biologischer* Ebene ansetzende *rehabilitative Pflege* (Becker et al., 2010) wird u. a. in neurophysiologischer Bahnung selektiver Bewegung und damit zurückzugewinnender Haltungskontrolle bestehen. Eine auf *psychologischer* Ebene ansetzende Rehabilitation umschließt sensorische Wahrnehmungsangebote etwa in Form von Konzentrationsübungen einschließlich rehabilitativer Ansätze der Ergotherapie. Eine auf *sozialer* Interaktionsebene ansetzende rehabilitative Pflege wird das Poten-

4 Vgl. im Folgenden auch Remmers (2007).