

Helfen ohne Empathie?

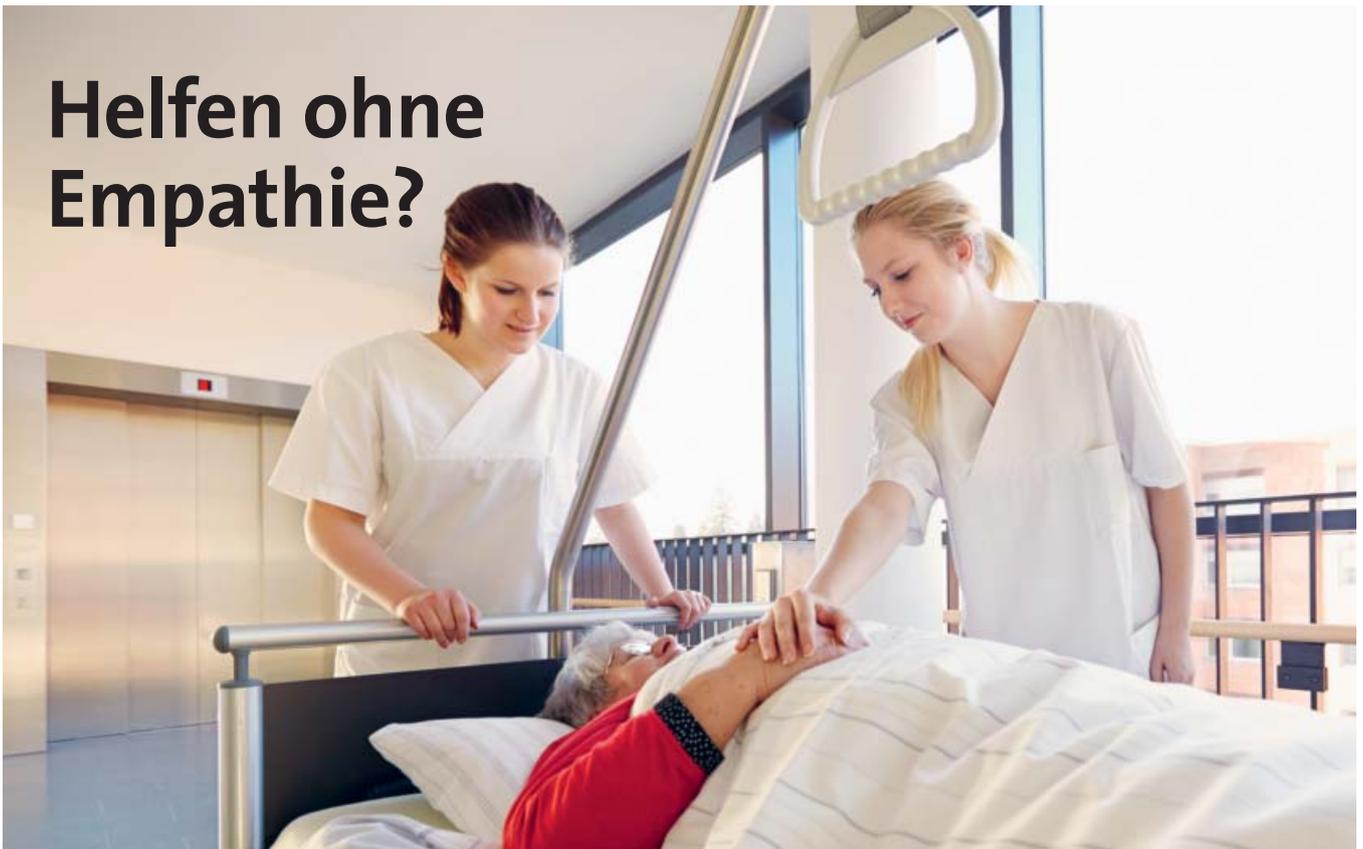


Foto: mauritius images/Pitopia/upixa

Die Tücken pseudo-empathischer Reaktionen

Ludwig Thiry

Pflegekräfte sind in ihrem Berufsalltag häufig Situationen intensiver Emotionalität ausgesetzt, die mit einem erhöhten Burnout-Risiko einhergehen. Der Artikel zeigt, wann Empathie in der beruflichen Pflege zum Verhängnis wird und was sich ändern muss, damit sie zu mehr Zufriedenheit bei allen Beteiligten führt.

Wenn meine Patientin dankbar lächelt, hat sich doch alle Mühe gelohnt.“ Ein Satz, mit dem viele beruflich Pflegende die Frage beantworten, warum sie im Beruf sind und bleiben. Er ist Ausdruck von Zufriedenheit, Wohlbefinden, von Wärme und Verbundenheit, die auftreten, wenn sie einem Menschen helfen (Bornemann/Singer 2013). Vielleicht ist es dieser neurobiologisch belegte Zusammenhang zwischen den unmittelbar sichtbaren Ergebnissen pflegerischer Arbeit und dem inneren Belohnungssystem, der Menschen in den Pflegeberufen resilient macht. Gleichzeitig sind manche beruflich Pflegende trotz ihrer vielen guten Taten nicht im permanenten Rausch der eigenen Glückshormone, sondern im Burnout. Wie das kommt und wie Abhilfe zu schaffen ist, untersucht dieser Artikel.

Beginnen wir mit der kritischen Frage, ob das dankbare Lächeln eines Patienten im Krankenhaus oder einer Bewohnerin in der Langzeitpflege immer eine Reaktion darauf ist, dass Menschen die Hilfe erfahren haben, die sie wollten. Die Soziologie beschäftigt sich längst damit, was Kundinnen und Kunden von Dienstleistungen ihrerseits tun, damit Interaktionsarbeit gelingt und Interaktionsbeziehungen intakt bleiben (Wehrich et al. 2012). Manches Lächeln könnte da eher taktischer Natur sein, um die Pflegeperson zufriedenzustellen, ihr ein Erfolgserlebnis zu gönnen und sie bei Laune zu halten.

Verständnistypen

Dass dies ein schlüssiger Gedanke ist, wird deutlich, wenn wir zwei der insgesamt vier Verständnisweisen von Empathie betrachten, die Gerlinde Klimasch bei Auszubildenden und Studierenden der Pflege identifiziert hat. Diese Verständnisweisen entwickeln Auszubildende beim Beobachten berufserfahrener Pflegepersonen, reproduzieren sich also von einer Generation zur nächsten.

Klimasch gibt Verständnistyp 1 die Bezeichnung „Pflegerische Empathie als regelorientierte, ex-

pertokratische Fürsorge“. Sie beschreibt ihn als einseitige Subsumption der Pflegephänomene unter pflegerisches Regelwissen, wobei das Bemühen um eine Übernahme der Perspektiven des zu pflegenden Menschen fehlt.

Bei Typ 2 wird „Pflegerische Empathie als eine auf das einzelne Individuum Bezug nehmende expertokratische Fürsorge“ verstanden. Auch in diesem Empathieverständnis bleibt die expertokratische Haltung handlungsleitend, wird aber vom Bemühen um individuelle Lösungen ergänzt. Für die beiden anderen Verständnistypen sei aus Platzgründen auf die vollständige Dissertation von Klimasch verwiesen (Klimasch 2021).

Die beschriebenen Verständnisweisen zeigen, dass sich ein Hilfeimpuls ohne Perspektivübernahme entwickeln kann, ohne den Abgleich, was der andere Mensch wirklich fühlt oder braucht. Überspitzt gesagt: Helfen geht auch ohne Empathie. An zwei Beispielen soll das verdeutlicht werden. Ein junger Mann hilft einer Dame mit Rollator auf die andere Straßenseite. Auch, wenn sie da gar nicht hinwollte, lächelt sie nun dankbar, damit der Helfer sie endlich in Ruhe lässt. Der erblindete Nutzer *hpsmauli* postet in einem Sozialen Netzwerk von seinem Befremden darüber, dass andere Nutzer:innen ihn gegenüber Dritten verteidigen, ohne dass er um Hilfe bittet. So wird aus Hilfe ein Übergriff, der nur der helfenden Person Wohlbehagen bereitet.

Emotionale und kognitive Empathie

Um dieses kurzschlüssige Handeln zu erklären, sehen wir uns an, was in Interaktionen geschieht. Empathie hat eine emotionale und eine kognitive Komponente.

Literatur

- Bornemann, B./Singer, T. (2013): Das ReSource Modell des Mitgefühls. Eine kognitiv-affektive neurowissenschaftliche Perspektive. In: Singer, T./Bolz, M. (Hg.): Mitgefühl in Alltag und Forschung. München: Max-Planck-Gesellschaft. <https://kurzelinks.de/i5yh>
- Deckers, M. et al. (2021): Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit des empCARE-Konzepts. In: Thiry, L. et al.: empCARE – Arbeitsbuch zur empathiebasierten Entlastung in Pflege- und Sozialberufen. Berlin: Springer.
- Klimasch, G. (2021): Pflegerische Empathie (lernen) – Sichtweisen von Pflegelegenden. <https://kurzelinks.de/dbh9>
- Marcuse, L. (1988): Philosophie des Glücks von Hiob bis Freud. Zürich: Diogenes.
- Nerdinger, F.W. (2003): Emotionsarbeit und Burnout in der gesundheitsbezogenen

Bei der emotionalen Empathie fühlen wir die gleichen oder ähnliche Gefühle wie der Mensch, mit dem wir empathisch sind. Dabei sind wir uns bewusst, dass diese Gefühle zur anderen Person gehören und nicht zu uns. Gleichzeitig entstehen aber auch reaktive Gefühle. Das sind die eigenen Gefühle, die durch die Gefühle der anderen Person ausgelöst werden (Schönefeld 2022). So kann zum Beispiel Paul die Traurigkeit seines Freundes Lutz über die Trennung von der langjährigen Freundin teilen und gleichzeitig verlegen sein, weil ihm die starke Emotionalität von Lutz fremd ist und ihn hilflos macht.

Die kognitive Empathie ist das Verstehen der anderen Person. Wir können dem Gefühl der anderen Person einen Namen geben, entwickeln eine Vorstellung, was die Situation für sie bedeutet und errahnen, was sie sich wünscht. Paul kann also das Gefühl von Lutz als Traurigkeit benennen, begreift dessen Verletzung und vielleicht den Wunsch, Paul möge ihm über die Trennung hinweghelfen.

Um sicher zu sein, Lutz wirklich angemessen zu unterstützen, müsste Paul die Gefühle und Bedürfnisse mit dem Freund abgleichen, bevor er handelt. Vielleicht ist sein reaktives Gefühl der Verlegenheit aber so intensiv, dass er Lutz spontan kumpelhaft auf die Schulter klopft oder eine tröstende Floskel findet wie „Kopf hoch, wird schon wieder“, um sich danach zurückzuziehen. Dieses Verhalten kann zufällig den Bedürfnissen von Lutz entsprechen, aber genauso gut Befremden, Enttäuschung oder Frustration auslösen. Der Philosoph Ludwig Marcuse (1988) formulierte: „Trost und Rat ist oft die Abwehr des Nicht-Betroffenen gegen das Leid des Betroffenen.“

Dienstleistung. In: Büssing, A./Glaser, J. (Hg.): Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus. Göttingen: Hogrefe.

Schönefeld, V. (2022): Pseudo-Empathie – Theorieentwicklung und empirische Beiträge. <https://kurzelinks.de/vt5k>

Thiry, L. et al. (2021): empCARE – das Trainingsmanual. In: Thiry, L. et al. (Hrsg.): empCARE – Arbeitsbuch zur empathiebasierten Entlastung in Pflege- und Sozialberufen. Berlin: Springer.

Wehrich, M. et al. (2012): Interaktive Arbeit in der Altenpflege: zwischen Arbeitswelt und Lebenswelt. In: Dunkel, W./Wehrich, M. (Hg.): Interaktive Arbeit. Theorie, Praxis und Gestaltung von Dienstleistungsbeziehungen. Wiesbaden: Springer.

Einfach gut verstehen

Systemische Therapie,
Hypnotherapie und Beratung
bei Carl-Auer



107 Seiten, Kt, 2023 · 19,95 €
ISBN: 978-3-8497-0498-8

Jochen Peichl gibt mit diesem Buch einen beeindruckenden Überblick zu Wirkfaktoren in Psychotherapien, die in ihrer Bedeutung kaum zu überschätzen, aber in ihren Zusammenhängen untereinander wenig reflektiert sind. Daraus ergeben sich wichtige Einsichten für die Konstruktion einer gemeinsamen therapeutischen Realität mit Klient:innen.



ca. 128 Seiten, Kt, 2023 · ca. 21,95 €
ISBN: 978-3-8497-0490-2

„Zuhören lernen und dadurch mit dem oder der Anderen sein. So erlebe ich das. Insgesamt ein wichtiges Buch, das eine Anregung ist, sich fragend und zuhörend einzulassen.“

Luise Reddemann, Fachärztin für Nervenheilkunde und psychotherapeutische Medizin und Psychoanalytikerin



Carl-Auer Verlag

Auf carl-auer.de bestellt – deutschlandweit portofrei geliefert!

Empathische Kurzschlüsse

Die Entscheidung darüber, ob wir in tieferem Kontakt mit der anderen Person bleiben oder nicht, fällt in der Regel unbewusst. Der Schutz vor eigener emotionaler

„Die Entscheidung darüber, ob wir in tieferem Kontakt mit der anderen Person bleiben oder nicht, fällt in der Regel unbewusst.“

Überforderung hat dabei handlungsbestimmenden Einfluss. Diese Entscheidung wird durch das „Appraisal“, eine innere Bewertungsinstanz, unterbewusst gesteuert. Sie schätzt die Intensität einer emotional geprägten Interaktion ein und die Kompetenz, diese zu bewältigen. Je nach Bewertung veranlasst uns das Appraisal, eine Interaktion möglichst sozialadäquat etwa mit einer Beschwichtigung, Aufmunterung oder einem Ratschlag zu beenden. Diese Reaktionen werden als empathischer Kurzschluss oder pseudo-empathische Reaktion (Schönefeld 2022) bezeichnet. Im Alltag schützen sie uns vor emotionaler Überforderung.

In Interaktionsberufen kann sich dieser Schutzmechanismus in sein Gegenteil verkehren. Situationen intensiver Emotionalität treten in diesen Berufen besonders häufig auf. Die Gefühle der anderen Person und auch die eigenen werden in der pseudo-empathischen Antwort invalidiert und bleiben ohne adäquate Antwort. Stattdessen stellen die beruflich Helfenden andere Gefühle dar als die, die sie in ihrem Inneren spüren. Die Arbeitssoziologie bezeichnet dieses Phänomen als emotionale Dissonanz und sieht darin einen starken Belastungsfaktor in Dienstleistungsberufen (Nerdinger 2003). In der Folge verringert sich die Bewertung der Kompetenz, emotional schwierige Situationen gut bewältigen zu können. Pseudo-empathische Reaktionen werden noch häufiger eingesetzt. Um aus diesem Teufelskreis auszusteigen sind zwei Faktoren wesentlich: die Arbeitsbedingungen und

Instrumente zur Reflexion von Interaktionsarbeit.

Zeit und Raum für Interaktionsarbeit!

Weder Personalbemessungsinstrumente noch die Architektur von Krankenhausstationen oder Langzeitpflegeeinrichtungen berücksichtigen die Tatsache, dass für eine professionalisierte Interaktionsarbeit Zeit und Raum erforderlich sind. Vorgesetzte, die ihren Mitarbeitenden unterstellen, sie stünden zu viel herum und vertäten zu viel Zeit mit Schwätzchen, sollten in Betracht ziehen, dass da vielleicht gerade Interaktionsarbeit reflektiert wird. Die informellen Reflexionsinseln, die sich beruflich Pflegenden mit einem Schwatz beim Kaffeetrinken verschaffen, könnten effektiver sein, wenn Vorgesetzte Strukturen schaffen würden, die eine systematische Reflexion ermöglichen.

Neben den Strukturen brauchen Menschen in Interaktionsberufen Instrumente für eine wirkungsvolle Reflexion. Ein solches Instrument ist das empathiebasierte Entlastungskonzept empCARE. Das ist ein zweitägiges Intensivtraining mit anschließenden Maßnahmen zur teaminternen Verstärkung. Kern des Konzepts ist reflektierte Empathie und damit die Unterbrechung der oben beschriebenen automatisch ablaufenden, dysfunktionalen pseudo-empathischen Prozesse. In einem Wechsel aus theoretischer Fundierung und interaktiven sowie selbstreflexiven Übungen erfahren und erleben die Teilnehmenden, wie empathische und pseudo-empathische Interaktionen ablaufen, wie sie die Beziehung zwischen Menschen beeinflussen und welche Wirkungen das auf die eigene Gesundheit hat (Thiry et al. 2021).

Die Teilnehmenden an empCARE-Seminaren sind oft überrascht, dass es vor allem um sie selbst und ihr Erleben geht. Manche nehmen sich und die eigenen Gefühle und Bedürfnisse zum ersten Mal nach Jahren wieder wahr und wichtig. Das kann für manche auch zu einer Herausforderung werden. Deshalb erzeugen die Seminarleitungen gezielt und systematisch ein vertrauensvolles, offenes Lernklima. Es erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass sich die Teilnehmenden auf reflexive Lernprozesse einlassen. Dann können große Lern-Momente gelingen. Wenn zum Beispiel eine Teilnehmerin erkennt, dass sie selbst den Zugang dazu verloren hat, was sie wirklich will, und ihren Kindern im Alltag gerade aberzieht, dass man über-

haupt etwas wollen darf. Oder wenn ein Stationsleiter erkennt, dass er den Mitarbeitenden seiner Station seine Ziele und Anforderungen nicht so klar kommuniziert hat, wie er glaubte.

empCARE als empathiebasiertes Entlastungskonzept hat zwei Zielrichtungen:

1. Die Erweiterung der Kompetenz, Gefühle und Bedürfnisse mit einer anderen Person abzugleichen und daraus Handlungen abzuleiten, die nicht vom ersten Hilfeimpuls der Helfenden gesteuert sind, sondern vom Hilfebedarf der Menschen, die Unterstützung brauchen.
2. Die Erweiterung der Kompetenz, eigene Gefühle und Bedürfnisse in die pflegerische Arbeit zu integrieren, sie wahrzunehmen und sie angemessen und wirksam auszudrücken.

Die Kombination aus beidem führt nachweislich zu einer Reduzierung von Burnout und Depressivität (Deckers et al. 2021).

Das innere Belohnungssystem für alle Berufsgruppen nutzbar machen!

Zum Schluss: Können wir uns einen Arzt vorstellen, der sagt, er mache seinen Beruf, weil das dankbare Lächeln seiner Patientinnen und Patienten ihm so viel gibt? Wohl schwer. Vielleicht hängt das damit zusammen, dass Angehörige der ärztlichen Berufsgruppe Möglichkeiten haben, ihr inneres Belohnungssystem selbstständig zu aktivieren. In unserem arztzentrierten Gesundheitssystem können sie in viel stärkerem Maße Selbstwirksamkeit erfahren als Angehörige anderer Gesundheitsberufe, denen dies infolge mangelnder Autonomie verwehrt bleibt. Die Gesundheit aller Menschen in allen Gesundheitsberufen und ihr Verbleib im Beruf sind also neben anderen ein bedeutendes Argument für eine Neuverteilung der Aufgaben im Gesundheitswesen. ■

Was geht Ihnen gerade nicht aus dem Sinn?

„Eine Patientin mit PTBS und nichtbehandelbaren Schmerzen im Flashback, der wir am besten durch Anwesenheit und das Vorlesen von Psalmen helfen konnten.“



Ludwig Thiry
ist Krankenpfleger, M.A.
Erwachsenenbildung
und empCARE-Trainer.
info@empcare.de