**Empathische Immunität**

**Der Körperbezug in der professionellen Pflege**

Das berufliche Selbstverständnis von Pflegepersonen hat sich in den letzten 20 Jahren gewandelt. Von einer aufopfernd-dienenden Haltung, mit dem Auftrag, den/die PatientIn „warm, satt und sauber“ zu halten, geht es mehr und mehr um eine wechselseitig validierende Beziehungsgestaltung auf Augenhöhe. Damit rückt ein „Akteur“ ins Blickfeld, der bis jetzt ausschließlich Objekt der Pflegemaßnahmen war (für die psychiatrische Pflege gilt diese Behauptung nicht!): Der menschliche Körper.

Spätestens seit der Entdeckung der Spiegelneuronen Mitte der 90-er Jahre (Rizzolatti et al., 1996) weiß man, dass leibliche Kommunikation immer schon vor-bewusst und vor-sprachlich stattfindet. Die Handlungen unseres Gegenübers bilden sich in unserem Gehirn ab, wir fühlen, was der Andere fühlt und es gibt starke Indizien dafür, dass wir auch das körperliche Wohl- oder Unwohlsein anderer „am eigenen Leib“ spüren.

Aus der Sicht der Pflegepersonen eröffnet sich damit ein enorm weites Feld der non-verbalen Beziehungsgestaltung. Ist es möglich, einem/r verzweifelten PatientIn emotionalen Halt, einem/r desorientierten Demenzerkrankten Orientierung allein durch meine eigenleibliche Ausrichtung zu geben? Erfahrene Pflegepersonen beantworten diese Frage mit Ja, doch gibt es dafür eine wichtige Voraussetzung: Eine wache Selbstwahrnehmung und eine Regulation der eigenen empathischen Wahrnehmungen, die ich *Empathische Immunität* nenne.

Eine wesentliche Voraussetzung für die Leistungsfähigkeit unseres Immunsystems ist die Fähigkeit, zwischen *eigen* und *fremd* zu unterscheiden. Geht diese Fähigkeit verloren (z.B. bei Autoimmunerkrankungen), wenden sich die Abwehrkräfte gegen den eigenen Körper. Ähnlich verhält es sich mit unserer Empathiefähigkeit, deren ursprünglicher Sinn es war (und ist), das Verhalten anderer einschätzen und voraussagen zu können. Wollen Pflegende ihre Leistungsfähigkeit UND ihre Gesundheit im teilweise hochemotionalen Pflegekontext erhalten, ist eine klare Unterscheidung von eigenen und fremden Befindlichkeiten notwendig.

Um das zu gewährleisten, reagieren Pflegende oft mit einem Verhalten, das sich mittelfristig als Bumerang erweist: Sie grenzen sich ab und lassen die Äußerungen der zu Pflegenden nicht mehr an sich heran, eine Strategie, die der Empathieforscher Tobias Altmann den *Empathischen Kurzschluss* nennt (Altmann, 2015). Der Preis, den sie langfristig dafür bezahlen, ist hoch. Bei der Antwort auf die Frage, warum das so ist, hilft uns die Forschung zum Thema Resonanz: Eine schwingende, lebendige Resonanzbeziehung entsteht dann, wenn zwei Resonanzpartner voneinander berührbar und erreichbar sind UND gleichzeitig eigenständig sind und „mit eigener Stimme sprechen“ (Rosa, 2016).

Kommen diese Resonanzbeziehungen abhanden, werden wir uns selber und wird uns unsere Umgebung nach und nach fremd. Zum Thema Entfremdung und ihre potentiellen gesundheitsschädigenden Folgen schreibt der Soziologe Hartmut Rosa: *Depression / Burnout heißt der Zustand, in dem alle Resonanzachsen stumm und taub geworden sind. Man >hat< beispielsweise Familie, Arbeit, Verein, Religion etc., aber sie >sagen< einem nichts: Es findet keine Berührung mehr statt, das Subjekt wird nicht mehr affiziert und erfährt keine Selbstwirksamkeit. Welt und Subjekt erscheinen daher gleichermaßen als bleich, tot und leer* (Rosa, 2016).

Was ist also zu tun? Es erscheint als unerlässlich, dass bereits in der Grundausbildung von Pflegepersonen, spätestens aber als Nachschulung, leiborientierte Empathietrainings durchgeführt werden. Diese sollten über die interpersonellen Dynamiken aber auch und vor allem über den Aspekt der Selbstfürsorge informieren. Es geht also nicht um MEHR Empathie in der Pflegebeziehung sondern *um den reflektierten Umgang mit der vorhandenen Empathie* (Altmann, 2015).