

# Selbstmitgefühl statt Selbstwertgefühl

**Recovery-Prozesse werden durch eine mitfühlend-freundliche Haltung des Klienten mit sich selbst erleichtert. Wie kann diese Haltung professionell gefördert werden?**

Von Andreas Knuf

Es gibt wenige Konzepte, die vielen von uns so sehr in Fleisch und Blut übergegangen sind wie das Selbstwertkonzept. Die meisten professionell Tätigen sind in ihrer beruflichen Karriere quasi groß geworden damit wie wichtig es ist, das Selbstwertgefühl von Klienten zu fördern. Leider ist ganz offensichtlich, dass die meisten psychiatrischen Klienten ein sehr geringes Selbstwertgefühl haben. Sie fühlen sich minderwertig und ausgeschlossen, trauen sich nichts zu und haben wenig worauf sie stolz sind. Auch Betroffene selbst nehmen wahr, dass sie ein geringes Selbstwertgefühl haben und oft genug verurteilen sie sich sogar selber dafür. Ein wichtiges Ziel sozialpsychiatrischer Arbeit ist es daher, das Selbstwertgefühl der Klienten aufzubauen. Wer dies schon länger bei seinen Klienten versucht, weiß, dass das gar nicht einfach ist. Oft hat die Förderung des Selbstwertgefühls sogar etwas unnatürlich-aufgesetztes und so mache Fachperson merkte intuitiv, dass da etwas nicht stimmt, ohne das genau benennen zu können. Neulich erzählte mir eine Mitarbeiterin einer sozialpsychiatrischen Einrichtung, dass sie sich sehr darum bemühe, das Selbstwertgefühl ihrer Klienten zu stärken. Gemeinsam mit einem Klienten habe sie versucht, etwas zu finden, worauf ihr Klient stolz sein könne. Schließlich habe sie herausgefunden, dass er einen Führerschein habe und habe ihm vermittelt, dass er doch allen Grund habe darauf stolz zu sein. Er habe sie jedoch verärgert gefragt: „Sind sie denn stolz darauf, dass sie einen Führerschein haben?“

Erst seit kurzem wird die „Heilige Kuh“ Selbstwertgefühl langsam infrage gestellt. Studien zeigen die Schattenseite dieses Konzepts: So sind Menschen mit vermeintlich hohem Selbstwertgefühl weniger zur Empathie mit ihrem Umfeld in der Lage, sie neigen zu narzißtischen Übersteigerungen, können mit Kritik schlecht umgehen und sind weniger kooperativ. Vor allem aber ist Selbstwert ein „Schönwettergefühl“: Wenn alles gut läuft, wenn man in den Augen der anderen gut dasteht, wenn man erfolgreich ist, bleibt das Selbstwertgefühl stabil. Kaum jemand entwickelt jedoch ein stabiles Selbstwertgefühl, das von äußeren Einflüssen unabhängig ist. So zeigen Untersuchungen, dass für die meisten Menschen das Selbstwertgefühl hochgradig davon abhängt, was andere über sie denken. Sobald es zu Misserfolgen kommt und sich die anderen abwenden, bricht das Selbstwertgefühl in sich zusammen.

Das Selbstwertkonzept sollte in der Arbeit mit psychiatrischen Klienten sehr kritisch hinterfragt werden. Bei Vergleichsprozessen in Bezug auf Leistung, Beruf, Freundeskreis, Familie o.ä. schneiden viele unserer Klienten schlecht ab. Daher macht es keinen Sinn mit einem Konzept zu arbeiten, das gerade auf diesen Vergleichsprozessen aufbaut. (Der Begriff „SelbstWERT“ beinhaltet ja bereits diese Bewertung, die auf Vergleich basiert.) Es wäre viel wünschenswerter, wenn wir Klienten dabei unterstützen würden einen freundlichen Selbstbezug zu gewinnen, der relativ unabhängig von der Meinung anderer und den Widrigkeiten des Lebens stabil bleibt. Daher stößt ein eher neues Konzept auf mehr und mehr Interesse in der Fachwelt und wird derzeit intensiv erforscht, das sogenannte Selbstmitgefühl (Neff, 2012; Knuf, 2016a). Selbstmitgefühl meint die Fähigkeit und innere Bereitschaft, sich selbst auch in schwierigen Situationen mit einer freundlichen, wohlwollenden, annehmenden und liebevollen Haltung zu begegnen. Dazu ist es erforderlich, wahrzunehmen, wie es einem überhaupt geht („Ich bin gerade traurig.“) und sich dieser Empfindung nicht zu verschließen. Zu erkennen, dass es anderen auch so ergehen kann („Das ist normal, das darf so sein, anderen geht es auch so.“) und in solchen Situationen freundlich und annehmend mit sich umzugehen statt sich zu verurteilen („Das ist auch ganz schön schwierig, was ich da gerade erlebe. Was würde es mir etwas leichter machen?“). Diese Fähigkeiten werden im Selbstmitgefühlskonzept als Achtsamkeit, Gemeinsame menschliche Erfahrung und Selbstfreundlichkeit bezeichnet.

Aktuelle Studien (Neff, 2012) zeigen, dass Selbstmitgefühl gegenüber dem Selbstwertgefühl einige Vorteile hat. So ist es in widrigen Situationen stabiler, hält also den Herausforderungen des Lebens mehr stand. Es geht mit geringerer Depression und Angsterleben einher und es gibt Hinweise darauf, dass es generell mit geringeren psychischen Beeinträchtigungen verbunden ist. Zudem erleichtert es Menschen ihre Ziele zu erreichen. Während Menschen mit hohem Selbstwertgefühl im Falle des Scheiterns schnell aufgeben, sind Menschen mit hohem Selbstmitgefühl auch im Fall des Scheiterns eher in der Lage, ihre Ziele weiter zu verfolgen. Da viele unsere Klienten sehr oft mit Situationen des Scheiterns konfrontiert sind, ist dies ein sehr wichtiger Punkt.

Sehr viele (fast alle?) sozialpsychiatrischen Klienten haben keine selbstmitfühlende Haltung sich selbst gegenüber, sondern eine Haltung, die von Selbstkritik, Selbststigmatisierung und einem Empfinden von Scham und Minderwertigkeit geprägt ist. Dies geht teilweise so weit, dass Klienten sich für ihre Erkrankung selbst die Schuld geben. Die zwangsläufige Folge davon sind Rückzug, Isolation, Motivationsverlust, geringere Lebensfreude und in der Folge depressives Empfinden.

Auf der neurowissenschaftlichen Ebene ist bei vielen unserer Klienten das mit ängstlichem oder aggressivem Verhalten einhergehende Alarmsystem überaktiviert und das mit positiver Bindung einhergehende (Selbst)Beruhigungssystem unteraktiviert (Gilbert 2010). Während die meisten klassischen Behandlungsansätze an der Reduktion des Alarmsystems ansetzen, versuchen die

Mitgefühlsmethoden das Bindungs- und Beruhigungssystem zu stärken. Da diese beiden Systeme nicht gleichzeitig aktiv sein können, kommt es natürlicherweise zu einer Beruhigung des Alarmsystems. Wir sollten mit unseren Klienten also nicht nur an Themen wie Angst oder Ärger arbeiten, sondern dazu beitragen, dass Klienten sich sicher, angenommen und geborgen fühlen können. Das kann einerseits durch das Verhalten des Umfeldes erreicht werden, aber eben auch durch den Umgang des Betroffenen mit sich selbst, also auch durch Selbstmitgefühl.

Wenn es sozialpsychiatrischen Klienten gelingen würde, eine selbstmitfühlende Grundhaltung sich selbst gegenüber einzunehmen, würden zahlreiche sogenannte Chronifizierungsprozesse gar nicht erst in Gang kommen. Wir ahnen aber schon, dass es sich dabei um eine sehr große Herausforderung handelt. Selbstmitgefühl entwickelt sich nur durch einen längerfristigen Entwicklungsprozess. Selbstmitgefühl wird nicht durch eine Entscheidung oder eine Erkenntnis gewonnen, sondern durch recht anspruchsvolle Prozesse wie beispielsweise der Kultivierung einer liebevollen inneren Instanz oder der Förderung der Wahrnehmungsfähigkeit eigener Empfindungen. Vielleicht wirkt das Selbstwertkonzept auch deshalb so attraktiv auf uns, weil es suggerierte auf einer recht kognitiven Ebene eher durch Einsicht verändert werden zu können („Schauen Sie doch mal, was sie alles können und wie gut sie das machen.“).

Meine persönliche These ist, dass ein Genesungsprozess kaum möglich ist, wenn Betroffene nicht in der Lage sind, eine annehmende Haltung sich selbst und den erlittenen Verlusten und Einschränkungen gegenüber zu gewinnen. Dies ist meistens das Ergebnis eines mehrere Jahre oder gar Jahrzehnte währenden Prozesses der inneren Auseinandersetzung, der durch professionell Tätige unterstützt werden sollte. Dazu gibt es verschiedene Techniken und Hilfsmittel wie beispielsweise strukturierte Selbstmitgefühlsübungen, eine Reflektion und Veränderung der Selbstkritik und der Selbststigmatisierung oder das tiefere Spüren des Verbunden-Seins mit anderen durch die gemeinsame menschliche Erfahrung. Wichtig ist auch, dass sich die professionell Tätigen als Modell für einen mitfühlenden Selbstumgang zur Verfügung stellen und ihr eigenes Mitgefühl und Selbstmitgefühl kultivieren (Knuf & Hammer, 2013). Offensichtlich spielt die oben erwähnte „Geteilte Menschliche Erfahrung“ eine wichtige Rolle beim Selbstmitgefühl. Diese ist bei vielen unserer Klienten sehr schwach ausgeprägt. Sie erleben sich aufgrund von Stigmatisierungsprozessen als anders als die anderen und als von gesellschaftlichen Bezügen ausgeschlossen. Wenn Klienten sich nicht länger als absonderlich erleben, sondern ihr Verhalten und Erleben als übersteigerte Formen existentiell-menschlichen Erlebens, reduzieren sich Empfindungen von Isolation, Scham und Ausgeschlossen-sein. Peers können eine besondere Rolle übernehmen beim Entwickeln dieses Empfindens von Verbindung, weshalb auch für die Peer-Ausbildungen Selbstmitgefühl ein wichtiges Fortbildungsthema sein sollte. Fachpersonen ebenso, vorausgesetzt sie erleben sich selber auch verbunden mit ihren Klienten und reflektieren nicht nur die Unterschiede zum Klienten, sondern ganz

besonders auch die Ähnlichkeiten (Knuf, 2016b). Fachpersonen sind herausgefordert, sich nicht hinter professioneller Distanz zu verstecken, sondern auch professionelle Nähe zuzulassen, um so überhaupt ein Erleben von Mitgefühl beim Klienten zu ermöglichen.

In den letzten Jahren sind vor allem in den englischsprachigen Ländern Programme entwickelt worden, die eine selbstmitfühlende Haltung bei Menschen mit bipolaren Störungen oder schizophrenen Krisen fördern sollen. Diese Programme (Brähler et al., 2013; Deckersbach et al. 2016; Wright et al 2014) sind derzeit im deutschsprachigen Psychiatriebereich noch kaum verfügbar, was sich in den nächsten Jahren sicherlich ändern wird. Klassische Achtsamkeitsansätze werden bisher eher zurückhaltend in der Arbeit mit psychotischen Klienten angewendet. Mitgefühlsansätze hingegen berücksichtigen schon seit längerem Psychosepatienten (Brähler et al. 2013), vor allem weil Scham und Selbstkritik bei dieser Klientengruppe stark ausgeprägt sind und die typischen Folgen wie Rückzug und soziale Isolierung nach sich ziehen, die Genesungsprozesse erschweren, depressives Erleben fördern und möglicherweise sogar erneute psychotische Krisen begünstigen.

Ich bin froh und zuversichtlich, dass Mitgefühl und Selbstmitgefühl in der zukünftigen sozialpsychiatrischen Arbeit eine größere Rolle spielen werden.

## **Literatur:**

Brähler, C., Harper, J. & Gilbert, P. (2013). Compassion Focused Group Therapy for Recovery after Psychosis. In: Steel, G., CBT for Schizophrenia: Evidence-Based Interventions and Future Directions s. 235-266.

Deckersbach, T. et al. (2016). Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie bei Bipolaren Störungen. Stuttgart.

Gumley, A., Brähler, C., Laithwaite, H., MacBeth, a. & Gilbert, P. (2010). A Compassion Focused Model of Recovery after Psychosis. International Journal of Cognitive Therapie, 3(2), 186-201.

Knuf, A. & Hammer, M. (2013). Die Entdeckung der Achtsamkeit in der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen. Psychiatrie-Verlag, Köln.

Knuf, A. (2016a). Sei nicht so hart zu dir selbst. Selbstmitgefühl in guten wie in miesen Zeiten. Kösel, München.

Knuf, A. (2016b). Empowerment und Recovery. Psychiatrie-Verlag, Köln.

Neff, K. (2012). Selbstmitgefühl. Kailash, München.

Wright, N. et al. (2014). Treating Psychosis. New Harbinger, Oakland

## **Autor:**

Andreas Knuf, Diplom-Psychologe und Psychologischer Psychotherapeut, nach langjähriger Tätigkeit in psychiatrischen Institutionen nun als niedergelassener Psychotherapeut in Konstanz tätig.

Zahlreiche Veröffentlichungen zu Empowerment/Recovery, Borderline und Achtsamkeit. Sein neues Buch „Sei nicht so hart zu dir selbst. Selbstmitgefühl und guten und in miesen Zeiten“ ist jüngst im Kösel-Verlag erschienen. Weitere Informationen zum Selbstmitgefühl und zu Fortbildungen zu diesem Thema finden Sie auf [www.andreas-knuf.de](http://www.andreas-knuf.de). Dort steht zusätzlich ein Artikel über die Annahme der Erkrankung zum Gratis-Download bereit.