

Psychologie in Bildung und Erziehung:
Vom Wissen zum Handeln

Tobias Altmann

Empathie in sozialen und Pflegeberufen

Entwicklung und Evaluation
eines Trainingsprogramms

 Springer

Psychologie in Bildung und Erziehung: Vom Wissen zum Handeln

Weitere Bände in dieser Reihe
<http://www.springer.com/series/10707>

Die Akteure im Bildungssystem verfügen zusammen genommen über ein immenses Wissen. Das Wissen aus den unterschiedlichen Perspektiven wird aber nicht immer zusammengebracht: Praktiker/innen wenden ihr Wissen nicht immer lehrbuchmäßig an und Wissenschaftler/innen schaffen Erkenntnisse, die nicht immer praktisch umgesetzt werden können. Das erste Ziel dieser Schriftenreihe besteht darin, die Erkenntnisse aus der wissenschaftlichen Psychologie und Praxis zu mannigfaltigen und relevanten Aspekten des Bildungs- und Erziehungskontextes zusammenzutragen.

Allerdings reicht Wissen alleine nicht aus um dann auch in Handlung umgesetzt werden zu können. Die Diskrepanz zwischen Wissen und Handeln ist jedem bekannt, sowohl theoretisch als auch praktisch arbeitenden Menschen. Hier verfolgt die Schriftenreihe ein zweites Ziel: Das in einem Band zu einem Thema zusammengetragene Wissen aus Forschung und Praxis soll aus praxisorientierter Perspektive durch Praktiker/innen selber handlungsleitend reflektiert werden, so dass die Leser/innen die Erkenntnisse konkret umsetzen können.

Beide Ziele zusammengenommen regen an, das Forschungsfeld und Berufsfeld im Erziehungs- und Bildungskontext aus neuen Perspektiven zu betrachten und mit neuen Ideen zu gestalten.

Herausgegeben von

Prof. Dr. Gisela Steins, Universität Duisburg-Essen, Deutschland

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Stephan Dutke, Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Deutschland

Prof. emr. Dr. Maria Limbourg, Universität Duisburg-Essen, Deutschland

Prof. Dr. Marcus Roth, Universität Duisburg-Essen, Deutschland

Prof. Dr. Birgit Spinath, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Deutschland

Tobias Altmann

Empathie in sozialen und Pflegeberufen

Entwicklung und Evaluation eines
Trainingsprogramms

 Springer

Dr. phil. Tobias Altmann
Universität Duisburg-Essen, Essen
Deutschland

ISBN 978-3-658-06644-4
DOI 10.1007/978-3-658-06645-1

ISBN 978-3-658-06645-1 (eBook)

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Springer

© Springer Fachmedien Wiesbaden 2015

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Lektorat: Dr. Lisa Bender, Yvonne Homann

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer ist eine Marke von Springer DE. Springer DE ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media
www.springer.de

Inhaltsverzeichnis

1	Einführung und Überblick	1
2	Empathie und Gewaltfreie Kommunikation	5
2.1	Empathie	6
2.1.1	Definitionen und Modelle	6
2.1.2	Integrative Konzepte	13
2.1.3	Das Empathie-Prozessmodell	16
2.2	Der empathische Kurzschluss	26
2.3	Die Gewaltfreie Kommunikation	32
2.3.1	Marshall B. Rosenberg	32
2.3.2	Der Begriff Gewalt	33
2.3.3	Das Modell der Gewaltfreien Kommunikation	35
2.3.4	Exkurs: Das Empathieverständnis in der Gewaltfreien Kommunikation	52
2.4	Die Trainierbarkeit von Empathie	55
2.5	Trainings in Gewaltfreier Kommunikation	58
3	Gesamtkonzept und Vorannahmen zur Trainingsentwicklung	63
3.1	Synthese und Gesamtkonzept	63
3.2	Vorannahmen zur Trainingsprogrammentwicklung	68
4	Entwicklung des Trainingsprogramms	71
4.1	Prinzipien und Grobstruktur	71
4.2	Vorversionen und Programmentwicklung	74
4.2.1	Probeseminar in der universitären Lehre	74
4.2.2	Vorstudie mit Experten in der Alten- und Krankenpflege	74
4.3	Finale Version des Trainingsprogramms	89

5	Methodik der empirischen Studie	109
5.1	Design der Studie	109
5.2	Durchführung	111
5.3	Hypothesen und Operationalisierung	113
5.4	Messinstrumente	115
5.5	Stichprobenbeschreibung	120
6	Ergebnisse der Studie	123
6.1	Skalenanalyse	123
6.2	Evaluation des Trainingsprogramms	125
6.2.1	Formative Evaluation	126
6.2.2	Summative Evaluation	128
6.3	Weitere Analysen	151
6.3.1	Einfluss der TrainerInnen	151
6.3.2	Voraussetzungen für Erfolg des Trainings	152
7	Auswertung der Evaluation und Fazit	157
7.1	Zusammenfassende Darstellung der Befunde	157
7.2	Diskussion der Befunde	160
7.3	Limitationen der Studie	167
7.4	Fazit und Ausblick	170
	Literatur	173

Der Begriff Empathie steht in den letzten Jahren immer wieder im Fokus der Öffentlichkeit. Durch allgemein verständliche Publikationen aus den psychologischen Neurowissenschaften wie „Unser empathisches Gehirn“ von Keysers (2013a), der Soziologie wie „The Empathic Civilization“ von Rifkin (2009) und der medizinischen Pflege wie „Empathy in Patient Care“ von Hojat (2007) sowie aus Beiträgen der Presse wie „Die Macht des Mitgefühls“ von Dworschak (2013) wird deutlich, dass ein gesellschaftlicher Wunsch nach einem empathisch mitfühlenden Umgang miteinander besteht.

In der psychologischen Forschung erweist sich Empathie ebenfalls ein häufig und intensiv untersuchtes Phänomen (z. B. Bernhardt und Singer 2012; Butters 2010; Carré et al. 2013; Konrath et al. 2011; Vignemont und Singer 2006), auch wenn selbst definitorische Fragen noch lange nicht geklärt zu sein scheinen (z. B. Altmann 2013a; Decety und Jackson 2004; Gerdes et al. 2010; Preston und de Waal 2002). Der positive Einfluss der Empathie beispielsweise auf Aggressivität und Delinquenz (z. B. Bazemore und Stinchcomb 2004; Jolliffe und Farrington 2004; Mulloy et al. 1999), Partnerschaftszufriedenheit (z. B. Halford et al. 2003; Long et al. 2008) und Führung von Mitarbeitern (z. B. Bell und Hall 1954; Kellett et al. 2002; Skinner und Spurgeon 2005) konnte nachgewiesen werden. Auch der Zusammenhang zum Phänomen Burnout in den helfenden Berufen wurde bereits in Studien thematisiert (z. B. Åström et al. 1991; Bragard et al. 2010; Lee 2010). Dieser wird besonders bei den Angestellten im Gesundheitswesen relevant, von denen in dieser Arbeit speziell die Pflegekräfte beispielhaft betrachtet werden.

Pflegekräfte werden aus diesem Grunde exemplarisch betrachtet, da ein hoher emotionaler Anforderungscharakter in diesem Berufsbild besteht, der durch

die häufige und intensive Nähe zu PatientInnen und der direkten Konfrontation mit deren Emotionalität entsteht. Durch die isolierte und damit abhängige Situation der PatientInnen im Krankenhaus erhält dies eine verstärkte Brisanz, da die Pflegekräfte oft die einzigen und grundsätzlich die primären Ansprechpartner für alle Belange sind – von der Unzufriedenheit mit der Matratze bis zur Angst vor dem Sterben. Wie in einer aktuellen Studie von Palenga (in Vorbereitung) gezeigt wurde, können in dieser Anforderungssituation ein dysfunktionales Empathieverständnis und eine unreflektierte Empathie zu Belastungsfolgen wie Arbeitsunzufriedenheit, Depressivität, Burnout und zu psychosomatischen Symptomen führen (vgl. ausführlich in Kap. 3.1).

Als Hintergrund dieser Zusammenhänge wird in der vorliegenden Arbeit das Konzept des empathischen Kurzschlusses vorgestellt. Der empathische Kurzschluss ist eine kommunikative Notreaktion in einer emotional überfordernden Situation und führt zum scheinbar wohlwollenden aber faktisch ungünstigen Abbruch der Interaktion (Altmann und Roth 2013; vgl. ausführlich in Kap. 2.2). Die subtile Unzufriedenheit, die dabei zurückbleibt, kann zu einer diffusen Unzufriedenheit mit dem eigenen empathischen Handeln kumulieren und destabilisiert damit langfristig die Sicherheit im zwischenmenschlichen Umgang, mit den oben genannten Belastungssymptomen als Folge (Altmann und Roth 2014). In der Ausbildung der sozialen Berufe, hier am Beispiel der Krankenpflege, fehlt dieser Aspekt allerdings zumeist völlig, sodass in den Ausbildungskurricula immer wieder ein Mangel an Konzepten konstatiert werden muss, die den Umgang mit Emotionen und Empathie fokussieren (Henderson 2001; Stamouli et al. 2010). In diesem Buch wird entsprechend die konzeptionelle Entwicklung und empirische Evaluation eines Trainings für Auszubildende in der Krankenpflege vorgestellt, in dem durch Reflexion des Empathieverständnisses und des eigenen empathischen Handelns der empathische Kurzschluss vermieden und in der Folge Burnout und damit verbundene Belastungssymptome verringert bzw. verhindert werden können. Als Methode zur Umsetzung wird das Kommunikationskonzept der Gewaltfreien Kommunikation (Rosenberg 1999, 2012) eingesetzt. Die Gewaltfreie Kommunikation ist ein Modell, das klar zwischen den eigenen und den emotionalen Anteilen anderer differenziert, dadurch Klarheit in der Verantwortung für die beteiligten Emotionen und Bedürfnisse schafft und eine leicht zugängliche und gleichzeitig tiefe Ebene der empathischen Interaktion bietet. Das Trainingskonzept wurde von Altmann und Roth (2014) unter dem Titel „Mit Empathie arbeiten – gewaltfrei kommunizieren“ als Handbucharbeit veröffentlicht. Die Übungen sind dort mit detaillierten Hinweisen für die Durchführung und eigenen Erfahrungswerten aus dem Einsatz in der Krankenpflegeausbildung beschrieben. Das vorliegende Buch bietet zu diesem Trainingsmanual die theoretischen Hintergründe und damit die vertiefenden Infor-

mationen zu den angewandten Konzepten, die Sichtung der relevanten Literatur, die Entwicklung des Trainingsprogramms und besonders die ausführlichen Informationen zur Wirksamkeit und Akzeptanz des Trainings. Für diese summative und formative Evaluation wurde eine umfangreiche Studie mit 448 TeilnehmerInnen über mehrere Monate in der Krankenpflegeausbildung durchgeführt. Allen Beteiligten sei an dieser Stelle nochmals herzlich gedankt für die Unterstützung und das Engagement. Da in der Evaluationsstudie die Krankenpflege fokussiert wird, wird in diesem Buch – anders als im Manual zum Training – auch nur primär diese Berufsgruppe beschrieben.

Für die akademische Fachwelt wurden diese Inhalte in einer Dissertationsschrift bereits dargestellt bei Altmann (2013b). Das vorliegende Buch basiert auf den Befunden dieser Dissertation und stellt die Inhalte in stark überarbeiteter und vereinfachter Form dar, um sie für ein breiteres Publikum zugänglich zu machen. Das Buch ist in Anlehnung an diese Dissertation ebenfalls in sieben Kapitel unterteilt. Im folgenden Kap. 2 werden die Theorie der Empathie, das Konzept des empathischen Kurzschlusses und das Modell der Gewaltfreien Kommunikation erörtert sowie die Trainierbarkeit von Empathie beschrieben. Im Kap. 3 werden das Konzept und die Hypothesen der empirischen Studie aus den theoretischen Konzepten abgeleitet. Die Entwicklung und finale Version des Trainingskonzepts, das Gegenstand der Studie ist, werden in Kap. 4 vorgestellt. Die methodischen Aspekte werden in Kap. 5 erläutert und die Ergebnisse der Evaluation in Kap. 6 präsentiert. Im abschließenden Kap. 7 werden die Befunde mit Bezug auf den theoretischen Rahmen diskutiert und ein Ausblick auf weitere Forschungsansätze gegeben.

Empathie wird in den sozialen Berufen nahezu als definitorischer Bestandteil der Tätigkeit betrachtet, denn ohne Empathie ist gute Krankenpflege nur schwer denkbar. Daher überrascht die Vielzahl der Trainings in diesem Bereich sicherlich wenig (vgl. Kap. 2.4). Diese Trainings zielen grundsätzlich auf eine Steigerung der Empathie bei den TeilnehmerInnen (Brunero et al. 2010; Butters 2010), jedoch bringt diese Idee „mehr ist besser“ verschiedene Schwierigkeiten mit sich. Zum Ersten wird implizit ausgedrückt, dass das bereits vorhandene Maß an Empathie nicht ausreicht, ohne dass eine Diagnostik dies indiziert hat. Zum zweiten wird die Haltung bei den TeilnehmerInnen verankert, dass ein stärkeres Mitfühlen immer besser sei als jede andere Alternative. Das emotionale Einlassen auf andere Menschen, besonders im sozialen Berufsfeld, ist aber auch mit hohen Risiken für die eigene emotionale Stabilität verbunden (Maslach und Jackson 1986; Kap. 2.2). Zum Dritten verändern Trainings nicht das Persönlichkeitsmerkmal Empathie, sondern im besten Fall die Sichtbarkeit bzw. die Expressivität des Merkmals, zumeist aber nur Verhaltensweisen, die als empathisch gelten, auch wenn dies nur selten klar definiert wird (Kap. 2.1.1.2). Daraus kann eine riskante Tendenz zu fassadenhaftem Verhalten entstehen, die den äußeren Eindruck des Mitfühlens vermittelt, aber in emotionaler Diskrepanz zum inneren Erleben steht (Bryson 2009). Diese Spannung muss auf Dauer zu erhöhtem Belastungserleben und kann zu Symptomen des Burnout und psychosomatischen Beschwerden führen (Maslach und Jackson 1986; Nosek 2012; Schwarzer und Jerusalem 1999).

Mit Blick auf diese Schwierigkeiten werden folgende Schwerpunkte aufgegriffen und ausführlich diskutiert, um zu einem tieferen Verständnis zu kommen. In Kap. 2.1 wird das Konzept Empathie aus Sicht der Psychologie in seinen Facet-

ten und unterschiedlichen Definitionen dargestellt. Um der definatorischen Vielfalt (Kap. 2.1.1) zu begegnen, wird mit dem Empathie-Prozessmodell eine Möglichkeit der integrativen und anwendungsorientierten Konzeptualisierung vorgeschlagen (Kap. 2.1.2). In Kap. 2.2 werden daraufhin Probleme und Belastungen durch eine unreflektierte Empathie am Prinzip des empathischen Kurzschlusses beschrieben. Zum reflektierten Einsatz von Empathie wird in Kap. 2.3 die Gewaltfreie Kommunikation als empathisches Kommunikations- und Interaktionsmodell vorgestellt. Bisherige Studien zu Trainings in den Bereichen Empathie und Gewaltfreier Kommunikation werden in den Kap. 2.4 und 2.5 diskutiert.

2.1 Empathie

Seit Beginn der Erforschung der Empathie, als Lipps (1897) das Konzept erstmals zugänglich formulierte, sind viele und sehr unterschiedliche Definitionen von Empathie vertreten worden. Um zu einer Arbeitsdefinition für die vorliegende Studie zu kommen, werden im Folgenden die einflussreichsten Definitionen (Kap. 2.1.1) und die moderne Entwicklung zu integrativen Modellen dargestellt¹. Die Auseinandersetzung wird zeigen, dass prozessorientierte Modelle von Empathie zu bevorzugen sind. Das Empathie-Prozessmodell (ausführlich im Kap. 2.1.2) wird dabei als eine mögliche Synthese und Zusammenfassung der unterschiedlichen Aspekte vorgeschlagen.

2.1.1 Definitionen und Modelle

Empathie ist als Konzept in der Wissenschaft seit über hundert Jahren präsent (Lipps 1897) und durch die häufig nachgewiesene Beziehung zu prosozialem Verhalten (z. B. Burks und Kobus 2012; Eisenberg 2000; Garaigordobil 2009; Paciello et al. 2013; Strayer und Roberts 2004; Zahn-Waxler et al. 1992) stets positiv konnotiert. Allerdings bestehen seit Beginn der Forschung stark unterschiedliche Meinungen, was unter dem Konzept zu verstehen sei (Long 1990). Auf diese Schwierigkeiten hat Reik bereits 1948 hingewiesen: „the word empathy sometimes means one thing, sometimes means another, until now it does not mean anything“ (S. 357). Auch Batson et al. (1987) formulieren diesen Gedanken: „Psychologists are noted for using terms loosely, but in our use of empathy we have outdone ourselves“ (S. 19). Diese Verwirrung spiegelt sich bis heute in Studien wider, da einerseits Diskrepanzen weiter bestehen und unterschiedliche Definitionen je nach

¹ Die folgenden Darstellungen stützen sich auf Altmann und Roth (2013).

Forschungskontext verwendet werden, ohne dass begrifflich differenziert wird (Steins 2005). Andererseits greifen viele Studien einfach auf eine sehr allgemeine, unverbindliche Definition (z. B. zusammengefasst bei Richter 2009) zurück oder verzichten auf die konkrete Spezifikation des Konzeptes (Pedersen 2009). Empathie wird beispielsweise als Persönlichkeitsmerkmal (trait), Zustand (state), Fähigkeit, Fertigkeit, Charakteristikum einer Interaktion oder Verhaltensmuster beschrieben (Kunyk und Olson 2001).

Als Ankerpunkt für die weitere Auseinandersetzung sei beispielhaft die Definition von Bischof-Köhler (2009) ausgewählt, die da lautet: „Mit Empathie ist jener Prozess gemeint, bei dem ein Beobachter an dem Gefühl oder der Intention einer anderen Person teilhat und dadurch versteht, was diese andere Person fühlt oder beabsichtigt“ (S. 53). Dabei sei „Empathie primär ein emotionaler Vorgang, bei dem die Intention bzw. Emotion des anderen durch Einfühlung mit vollzogen wird“ (S. 52), während die kognitiven Aspekte eher mit der theory of mind zu beschreiben seien (Kunyk und Olson 2001).

2.1.1.1 Duales Persönlichkeitsmerkmal

Tatsächlich stand am Beginn der Geschichte der wissenschaftlichen Betrachtung der Empathie mit der Übersetzung von Lipps Konzept der „Einfühlung“ (1897) von Titchener (1909) in „empathy“ zunächst ein rein emotionales Konzept. Das Erleben einer anderen Person war demnach nur durch innere, kinästhetische Imitation erschließbar. Mit dieser ersten theoretischen Diskussion schuf er die Grundlage für die weitere wissenschaftliche Betrachtung und Untersuchung von Empathie (Eisenberg und Strayer 1987; Wispé 1986). Später aber ging Titchener (1915) dazu über, Empathie als eine kognitive Vorstellung zu sehen und eröffnete damit die Differenzierung in kognitive und affektive Aspekte der Empathie. Diese beiden Aspekte wurden also bereits sehr früh als zwei Dimensionen desselben Phänomens verstanden, wie sich beispielsweise in der Definition von Kohut (1984) widerspiegelt: Empathie ist „to think and feel oneself into the inner life of another person“ (S. 82).

Die kognitive Komponente der zwei Seiten der Empathie fasst das intellektuelle Verstehen und Nachvollziehen-Können der Situation einer anderen Person zusammen. Wenn beispielsweise ein Freund seinen Job verliert, ermöglicht die kognitive Empathie durch Perspektivübernahme (Steins und Wicklund 1993) und die theory of mind (Carruthers und Smith 1996) die Vermutung, dass er enttäuscht ist und Sorge hat, keine neue Anstellung zu finden. Die kognitive Sicht erlaubt also auch, Emotionen einer anderen Person zu erkennen, die jedoch nur rational-logisch erschlossen und nicht z. B. durch Einfühlung affektiv-emotional erlebt werden.

Mit der emotionalen oder affektiven Komponente von Empathie ist gemeint, dass die Emotionen eines anderen Menschen tatsächlich zumindest ähnlich mit-

gefühl werden. Dadurch erscheint der emotionale Zustand des mitfühlenden Menschen mehr zur Situation des Gegenübers zu passen, als zu seiner eigenen Situation (Hoffman 2000). Die Trauer einer anderen Person kann so auch im Beobachter Trauer auslösen, auch wenn dieser für sich allein keinen Grund zur Trauer hätte. Hier kann vermutet werden, dass die beiden Prozesse der Gefühlsansteckung und der Selbst-Andere-Differenzierung aktiv sind. Durch die Gefühlsansteckung (der englische Fachbegriff ist „emotional contagion“; Hatfield et al. 1994) werden Emotionen von einer Person automatisch (ohne intentionale Steuerung) auf eine andere übertragen. Eine bewusste Perspektivübernahme oder kognitives Verständnis der Emotion der anderen Person ist nicht notwendig (Manera et al. 2013). Dabei passen sich Körperhaltung, Mimik, Stimmlage und Bewegungsgeschwindigkeit an die andere Person an, wodurch letztlich eine emotionale Spiegelung erfolgt (Rempala 2013). Das Prinzip der Spiegelneurone wird hier als vermittelnd angesehen (Iacoboni und Mazziotta 2007; Rizzolatti und Craighero 2004). Die Selbst-Andere-Differenzierung (der englische Fachbegriff ist „self-other-differentiation“; Lamm et al. 2007) wiederum erscheint notwendig, um nicht von den Emotionen verwirrt zu sein, die nicht zur eigenen Situation passen, sondern den Ursprung der (empathisch übertragenen) Emotion klar präsent zu haben (Corcoran 1989). Ist diese Ursprungszuordnung nicht aktiv oder nicht eindeutig, kann abwehrendes, egoistisches Verhalten entstehen (Batson et al. 1997) oder sich beispielsweise Aggression von einer Person auf eine andere übertragen und so zu gegenseitiger Eskalation führen (Preston und de Waal 2002). Um Empathie von reiner Gefühlsansteckung zu trennen, ist also die Selbst-Andere-Differenzierung wesentlich (Batson und Shaw 1991; Decety und Jackson 2004).

Mit der Idee der Einfühlung, wie in der Anker-Definition von Bischof-Köhler (2009) anfangs beschrieben, ist also der komplexe und nur schwer nachvollziehbare Prozess zu verstehen, in dem durch automatische, nicht bewusste emotionale Übertragung von Emotionen und die kognitive Perspektivübernahme das Erleben einer anderen Person verständlich und emotional spürbar wird, dabei gleichzeitig aber die Quelle der Emotion eindeutig in der anderen Person lokalisiert wird. Es ließe sich allerdings sowohl eine Empathie im engeren Sinne formulieren, die allein das emotionale Mitschwingen beschreibt und den Kernprozess des Konstrukts ausmacht, als auch eine Empathie im weiteren Sinne, die kognitive Perspektivübernahme zum Verständnis der Emotion der anderen Person und die Selbst-Andere-Differenzierung als notwendig erachtet, um Empathie von reiner Gefühlsansteckung zu differenzieren.

Die schlichte Zusammenfassung von Empathie als Dualität aus kognitiven und affektiven Elementen wurde durch die wachsende Orientierung der Persönlichkeitspsychologie auf ihre Messmethoden weiter verstärkt. Die prominenteren Namen in

der Empathieforschung sind entsprechend auch häufiger durch die Entwicklung von Empathie-Skalen bekannt geworden (Baron-Cohen und Wheelwright 2004a; Davis 1980, 1983; Hogan 1975; Levenson und Ruef 1992; Mehrabian und Epstein 1972), als durch theoretische, begriffliche Arbeit am Konzept (wie beispielsweise bei Batson et al. 1997). Der von Davis (1980) geschaffene Interpersonal Reactivity Index (IRI) wurde schnell zum meist genutzten Instrument zur Empathiemessung (Jolliffe und Farrington 2004). Durch seine guten Reliabilitätswerte und leichte Einsetzbarkeit wurde das Inventar so häufig eingesetzt, dass es die Definition des Konstruktes bestimmte. Damit geht einher, dass die Subskalen als inhaltliche Definition von Empathie angesehen werden. So müsste Empathie verstanden werden als kognitives und affektives Phänomen, das sich zusammensetzt aus Fantasy und Perspective Taking – den kognitiven IRI-Subskalen – sowie Empathic Concern und Personal Distress – den affektiven IRI-Subskalen. Auch durch die Verstärkung durch den Fokus auf die Messinstrumente wie diesem scheint generell ein Konsens zu bestehen, dass Empathie gesehen werden sollte als „the ability to understand and share in another’s emotional state or context“ (Cohen und Strayer 1996, S. 988; vgl. Richter und Kunzmann 2010).

Diese Übereinkunft erscheint überraschend angesichts der verschiedenen Forschungskontexte, in denen wir den Begriff Empathie verwenden, angesichts der verschiedenen Studiendesigns in Grundlagen- und Anwendungsforschung, angesichts der möglichen Differenzierung wie oben bereits angerissen. Doch auch aus neuropsychologischer Perspektive lässt sich die Dualität aus kognitiver und affektiver Empathie zeigen. Rameson und Liebermann (2009) beschrieben es als „dual-process model“, bestehend aus „both automatic affective experience and controlled cognitive processing, which are distinct but interrelated processes“ (S. 95). Die Autoren wiesen auf die Bedeutsamkeit hin, diese nicht bewussten, automatischen und bewussten, kontrollierten Prozesse von Empathie weiter zu untersuchen und zu untermauern. Diese Meinung ist in den letzten Jahren immer stärker vertreten worden (z. B. Jolliffe und Farrington 2004; Spreng et al. 2009). Allgemein wird ein automatischer, emotionaler Prozess von einem kontrollierten kognitiven Prozess unterschieden. Dieser zweite, kognitive Bereich umfasst das, was wir als empathische Fähigkeiten wie intentionale, gesteuerte Perspektivübernahme beschreiben können (Gerdes et al. 2010). Renommierten Studien zu Spiegelneuronen (z. B. Gallese et al. 1999; Iacoboni und Mazziotta 2007; Rizzolatti et al. 1996) konnten an Affen bereits zeigen, dass dieselben neuronalen Areale für die Repräsentation der eigenen Körperbewegungen wie für wahrgenommenen Bewegungen von anderen aktiviert werden. Dieses Prinzip konnte auch von Decety und Jackson (2006) für die Empathie gezeigt werden: Allem Anschein nach nutzen wir dieselben Area-

le für unsere eigene Emotionsverarbeitung wie für das empathische Verstehen anderer (Bernhardt und Singer 2012).

Da diese Ergebnisse zurzeit starke Überzeugungskraft besitzen, scheint kein Anlass zu bestehen, die Definition von Empathie zu hinterfragen. Allerdings muss es für die Interaktion zwischen Wissenschaft und Anwendung von Relevanz sein, ob Empathie als Fähigkeit verstanden wird, wie in der als generelles Fazit dargestellten Version von Cohen und Strayer (1996), oder als Prozess, wie in der Anker-Definition von Bischof-Köhler (2009). Die Gefahr dieses dualen Ansatzes ist offensichtlich, dass er durch die Orientierung auf reliable Messergebnisse zur Manifestierung der Vereinfachung beiträgt. Diese Idee, Lösungen für theoretische Probleme in der Operationalisierung von Variablen zu finden, kann als verbreitetes und vielleicht eines der Grundprobleme der psychologischen Forschung dieser Tage gesehen werden. Man ist an das Konzept der Intelligenz erinnert, das ironisch aber doch treffend sehr früh schon von Boring (1923) definiert wurde als das, was Intelligenztests messen. Auch wenn die empirischen Daten in der Empathieforschung sehr konsistent sind (Preston und de Waal 2002), ist das logisch kein Argument, die theoretische Arbeit zu vernachlässigen und Empathie schlicht als duales Konzept mit emotionaler und kognitiver Komponente zusammenzufassen (z. B. Konrath et al. 2011; Richter 2009; Wei et al. 2011), nur weil es gegenwärtig häufig so gemessen wird. Schließlich kann diese breite Umschreibung für fast jedes psychologische Konstrukt gelten (wie z. B. das Selbstkonzept bzw. der Selbstwert; Rosenberg 1965, 1979; Roth et al. 2008) und ist damit nicht mehr trennscharf.

2.1.1.2 Fähigkeit und Fertigkeit

Die Idee, Empathie als Fähigkeit zu konzeptualisieren, die kommunikative, unterstützende Funktionen trägt (z. B. Corcoran 1982), kann auf die Arbeiten von Carkhuff (1969) und Rogers (1957) zurückgeführt werden. In der hierfür stellvertretend ausgewählten Definition von Thwaites und Bennett-Levy (2007) ist Empathie die Fähigkeit, die Emotionen eines anderen Menschen wahrzunehmen und dessen Gedanken und Vorstellungen zu verstehen. Der Fokus liegt hier im Wesentlichen auf dem Potenzial, mehr oder weniger dazu in der Lage zu sein. Damit rückt Empathie näher an Leistungsindikatoren wie Intelligenz und weiter ab von charakterisierenden Merkmalen wie Introversion/Extraversion. Bereits Kleinkinder können in ihren Temperamentsmerkmalen (sensu Asendorpf und Neyer 2012) beschrieben werden, wobei die Schwankungen im Entwicklungsverlauf in beide Pole der Dimensionen anerkannt werden können. Ein extravertiertes Kind kann zu einem eher introvertierten Jugendlichen werden, was die Eltern vielleicht überrascht, aber ein völlig normaler Entwicklungsweg sein kann. Wird Empathie eher wie Intelligenz als noch zu entwickelnde Fähigkeit verstanden, sollte die Ausprägung eigent-

lich nur ansteigen (zumindest bis zur Stabilisierung im Erwachsenenalter). Eine Schwankung von einem höheren zu einem niedrigeren Wert wäre also bei Empathie wie Intelligenz durchaus Grund zur Sorge. In der oben beschriebenen Anker-Definition von Bischof-Köhler (2009) wird explizit kein Fähigkeitsaspekt angesprochen. Er kann jedoch durchaus als wesentlich betrachten werden, da das oben beschriebene Einfühlen durchaus als Fähigkeit verstanden werden kann, die über die empathische Genauigkeit (der englische Fachbegriff ist „empathic accuracy“; Ickes 1993) gemessen und damit in der Güte bewertet werden kann. Empathische Genauigkeit beschreibt dabei, wie treffsicher ein Beobachter die Gefühlslage einer beobachteten Person einzuschätzen vermag. Kriterium ist hierbei der Selbstbericht der beobachteten Person.

Der Aspekt der empathischen Fähigkeit steht im Einklang mit der klassischen Vorstellung von Kohut (1959), der Empathie als stellvertretende Introspektion beschrieb. Dies kann als konsequente Fortsetzung des Fähigkeitsaspekts in eine Fertigkeit verstanden werden, denn um diese Fertigkeit der stellvertretenden Introspektion leisten zu können, bedarf es der grundsätzlichen Fähigkeit, die in der Kindheit entwickelt wurde. Diese Fertigkeit (die sich durch ihre Erlernbarkeit von der Fähigkeit unterscheidet) kann nun kontrolliert im Kontakt mit anderen um- bzw. eingesetzt werden. Sie kann gelehrt und gelernt werden, wie Studien aus verschiedenen Anwendungsbereichen gezeigt haben (z. B. Foubert und Newberry 2006; Long et al. 2008; Mulloy et al. 1999; Sherman und Cramer 2005).

Bisher wurde Empathie als Persönlichkeitsmerkmal, also als eine nicht bewusste, mindestens mittelfristig stabile Verhaltensdisposition angesehen, in der sich Menschen unterscheiden, aber bei der jeder Wert auf der Dimension zunächst als normal im Sinne von nicht pathologisch gilt (Asendorpf und Neyer 2012). Sicherlich wäre ein Training von Empathie in diesem Sinne wenig sinnvoll. Trainings der Fertigkeit Empathie können daher nicht auf das Merkmal als solches, wohl aber auf dessen Entfaltung und damit dessen Sichtbarkeit für andere (Expressivität) gerichtet sein. So kann durch Trainings die Ausschöpfung des empathischen Potenzials angestrebt werden. Deren kurzfristige Veränderbarkeit kann die Effekte der Trainings trotz genereller Stabilität des Merkmals verständlich machen bzw. einordnen. Wieder im Vergleich zur Intelligenz kann durch ein Intelligenztraining nicht erwartet werden, dass die Informationsverarbeitungsleistung per se ansteigt, wohl aber die Ausreizung der vorhandenen Kapazitäten erreicht wird, also die Expressivität des latenten Merkmals verändert wird. Empathie kann also nach wie vor als affektives und kognitives Phänomen und Persönlichkeitsmerkmal angesehen werden. Die Betonung des Aspekts Fähigkeit ergänzt diese Sicht qualitativ, während der Aspekt Fertigkeit nicht die Empathie als solche beschreibt, sondern nur die Expressivität des Merkmals. Als Fertigkeit, auf der Ausprägung des Persön-

lichkeitsmerkmals aufbauend, kann das individuelle Level der Expressivität der Empathie auch im Erwachsenenalter noch weiter verändert und durch Trainings beeinflusst werden, wie zahlreiche Studien aus der Anwendungsforschung zeigen konnten (z. B. Foubert und Newberry 2006; Gerdes und Segal 2011; Long et al. 2008; Mulloy et al. 1999; Sherman und Cramer 2005).

2.1.1.3 Interaktionsmuster

Die Perspektive auf Empathie als Fertigkeit rückt einen wichtigen Aspekt des Gesamtkonstrukts stärker in den Fokus: die faktische Interaktion zwischen Menschen, in der sich Empathie entfaltet. Empathie als kognitives und affektives Phänomen, als Fähigkeit und trainierbare Fertigkeit wird schließlich in der Interaktion erst manifest. Empathie ist damit auch aus dyadischer Sicht beschreibbar als Ereignis, das erst durch das Zusammentreffen zweier Personen überhaupt existiert. Empathische Genauigkeit (Ickes 1993) enthält bereits diese Idee: Empathie ist, wenn eine Person die Emotionen einer anderen Person zumindest versteht bzw. mitfühlt. Diese interaktive Sicht kann wiederum auf Reik (1948) und Rogers (1975) zurückgeführt werden. Rogers (1975) beschrieb Empathie als eine notwendige Bedingung für den therapeutischen Erfolg und beschrieb sie als Charakteristikum der Interaktion, die sich zwischen Therapeut und Klient entwickelt. Der Therapeut muss den Klienten im gemeinsamen Prozess wahrnehmen, verstehen und dieses Verständnis wiederum dem Klienten kommunizieren (vgl. auch Rogers 1967a). Diese Rückmeldung als essentielles Element der empathischen Interaktion ist verständlicherweise häufiger in der Literatur der Anwendungsforschung zu finden. Empathie kann so z. B. nach Kunyk und Olson (2001) beschrieben werden als dreischrittiger Kommunikationsprozess, in dem 1) der Akteur den emotionalen Zustand der Zielperson wahrnimmt und mit diesem mitschwingt, 2) der Akteur dieses der Zielperson gegenüber ausdrückt und 3) die Zielperson diese ausgedrückte Empathie wahrnimmt und als stimmig erlebt.

Diese Idee ist ähnlich zum Ansatz von Barrett-Lennard (1981), der einen Empathie-Kreis beschreibt, in dem beide Beteiligte gegenseitig und im Wechsel jeweils Sender und Empfänger von Empathie und deren Kommunikation sind. Das ist natürlich auffallend nah am Sender-Empfänger-Modell (Shannon 1948) orientiert und weicht daher nicht wesentlich von der allgemeinen Beschreibung von Kommunikation als solcher ab. Der Vorteil dieser Sichtweise ist jedoch die Betonung der sozialen Bedeutsamkeit. Ohne Beachtung des interaktionalen Anteils von Empathie ist sie nicht mehr anwendbar, nicht mehr nutzbar, wenn sie nicht dem Rezipienten gegenüber ausgedrückt wird. Daher ist der interaktive Aspekt besonders in der Empathie als essentiell zu verstehen. Das findet sich auch im Empathieverständnis von Winefield und Chur-Hansen (2000), die Empathie be-

schreiben als „verbal response which reflects both the emotional content of the other’s speech and the cause of the feeling, as expressed by that other“ (S. 90). Sie verstehen Empathie also als eine Kompetenz und damit Fertigkeit, die in der konkreten Handlungsabfolge erlernt werden kann bzw. muss und verknüpfen sinnvoll Interaktionsmuster mit Fertigkeit. Fraglich ist hierbei natürlich, inwieweit diese Sichtweise als definitorisch zu sehen ist oder vielmehr die Auswirkungen oder Anzeichen von Empathie auf der Verhaltensebene aufzeigen. Schlüssig wäre sicherlich zu sagen, dass der interaktive Aspekt wesentlich insofern ist, als dass Empathie nicht ohne ihn realisierbar ist (anders als z. B. bei der Intelligenz). Er kann aber nicht zur engeren Definition zählen, da er wiederum nur die Expressivität statt das Wesensmerkmal an sich fokussiert. Es ist daher wohl eher der Versuch, eine positiv bewertete Qualität einer Interaktion zu beschreiben. Der oben beschriebenen Anker-Definition von Bischof-Köhler (2009) fehlt auch dieser interaktive Aspekt, so er nicht nur vage durch das Wort „Prozess“ angedeutet wird. Es wird deutlich, dass Empathie sehr eng beschrieben wurde und durchaus um weitere Aspekte sinnvoll erweitert werden kann, wenn nicht sollte.

2.1.1.4 Zwischenfazit

Die Anker-Definition von Bischof-Köhler (2009) kann nun rückblickend als zu enge Sichtweise von Empathie verstanden werden. Der wesentliche Kern des Verstehens und Nachempfindens wird zwar getroffen, es ist aber anzumerken, dass die Betonung auf die emotionale Komponente nur auf eine sehr enge Konzeption von Empathie zutreffen kann. Durch die intensive Anwendungsforschung sind wesentliche weitere Aspekte erwähnenswert, die das Bild der Empathie vervollständigen: So ist Empathie ein kognitives und affektives Phänomen, das eine stabile Persönlichkeitseigenschaft im Sinne einer Verhaltenstendenz und generellen Fähigkeit beschreibt, die in eine erlern- und trainierbare Fertigkeit umsetzbar ist und erst in der konkreten Interaktion mit anderen Personen realisiert und damit existent wird.

Diese Aspekte scheinen einander durchaus sinnvoll zu einem Gesamtbild zu ergänzen, jedoch sind sie eher nebeneinander gesetzt, statt im Wesen miteinander verbunden. Es stellt sich also die Frage nach einem Modell der Empathie, das diese einzelnen Aspekte integriert.

2.1.2 Integrative Konzepte

Trotz der Arbeiten, die im vergangenen Jahrhundert intensiv betrieben wurden, schrieben Preston und de Waal (2002), dass es an klaren Konzepten des fundamentalen Mechanismus von Empathie fehle. Dieses Fehlen an integrativen Modellen,

die die wesentlichen Prozesse klar herausarbeiten, ist typisch für die Entwicklung theoretischer Konstrukte (Grawe 2000, 2002). Um ein Konstrukt zu fassen, werden anfangs verschiedene Modelle entwickelt, die sich häufig über ihre Unterschiede zueinander definieren. Je mehr empirische Daten gefunden werden, desto stärker müssen die ursprünglichen Modelle ausdifferenziert werden, um die Daten sinnvoll zu interpretieren. Grawe (2000) postuliert, dass nach dieser Phase der Differenzierung eine Phase des Eklektizismus folgt, in der die Theorien reflektiert und die bewährten Elemente in einem integrierten Modell miteinander in Einklang gebracht werden. Diesem Gedanken folgend ist der wachsende Korpus an integrativen Modellen in der Empathie-Forschung nachvollziehbar (Altmann und Roth 2013).

Ein gehaltvolles Modell aus der neuropsychologischen Forschung schlagen Decety und Moriguchi (2007) vor. Empathie ist demnach definiert über die Interaktion vier physikalisch beobachtbarer neuronaler Netzwerke. Das erste Netzwerk affective sharing verarbeitet wahrgenommene emotionale Reize direkt und basiert auf dem benannten Prinzip der Spiegelneurone (Di Pellegrino et al. 1992). Dieses Netzwerk erklärt also die emotionale Ansteckung (emotional contagion), beispielsweise die eigene Amüsiertheit, wenn jemand anderes lacht. Das zweite Netzwerk self-awareness dient der Differenzierung zwischen selbstbezogenen (selbst generierten) und fremdbezogenen (gespiegelten, „angesteckten“) Emotionen, schützt also vor dem emotionalen Selbstverlust durch die drohende emotionale Ansteckung durch andere. Diese Instanz wird kritisch diskutiert, da einerseits diese Unterteilung schwierig bis unmöglich erscheint (z. B. Neumann et al. 2009), aber andererseits die wichtige Funktion der Selbstregulierung erfüllt (z. B. Decety und Jackson 2006). Das dritte Netzwerk mental flexibility and perspective taking ermöglicht es, sich in andere hineinzusetzen, eine Situation aus ihrer Perspektive zu sehen und ihre vermutlichen Emotionen in dieser Situation abzuleiten. Das vierte Netzwerk emotion regulation ist mit ähnlicher Funktion wie das zweite Netzwerk ausgestattet, da es durch die Emotionsregulation den Einfluss des emotionalen Spiegels bzw. der emotionalen Ansteckung reduziert. Die Person ist damit in der Lage, mitfühlend zu handeln, ohne von den Emotionen des anderen überwältigt zu werden.

Der Gewinn dieses Modells ist natürlich zunächst einmal die weitere sinnvolle Differenzierung des Konzepts Empathie über die altbekannte Dualität aus kognitiver und affektiver Empathie hinaus. Schwierigkeiten und Störungen im empathischen Prozess können klarer den einzelnen Instanzen zugeschrieben und damit besser verstanden werden. Aus Sicht der Integrationsleistung vereint das Modell Aspekte der Kompetenz (differenzieren, regulieren, sich hineinversetzen in den anderen) mit den klassischen kognitiven und affektiven Aspekten. Der Fokus liegt