

9

Empathie

- 1. Einleitung
- 2. Was ist einführendes Verstehen
- 3. Konzeptuelle Klärung
- 4. Empathie in der Psychotherapie

Empathie

Rainer Sachse

1. Einleitung

Die Bedeutung des Begriffs „Empathie“ ist in der Psychologie uneinheitlich; auf das gesamte Bedeutungsspektrum soll hier nicht eingegangen werden. Vielmehr soll hier der zentrale Begriffsaspekt behandelt werden, wobei Empathie gekennzeichnet wird als „einführendes Verstehen“.

2. Was ist einführendes Verstehen?

Vor einer genauen theoretischen Klärung soll zur begrifflichen Orientierung eine Definition gegeben werden: „Einführendes Verstehen bezeichnet den psychischen Vorgang, bei dem eine Person versucht, die Aussagen, Verhaltensweisen oder Empfindungen einer anderen Person zu erkennen, zu verstehen oder nachzuvollziehen, und zwar aus der Perspektive bzw. aus den Voraussetzungen dieser Person heraus“. Dies impliziert einerseits eine Beobachtung der Person bzw. ein (aufmerksames) Zuhören. Andererseits erfordert es ein „Hineinversetzen“ in diese Person, d.h. die Bildung von Hypothesen darüber, wie sich diese Person fühlt, was ihre Ziele und Motive sind usw. Aus dieser Definition wird schon erkennbar, daß „Empathie“ ein komplexer Vorgang ist.

Die Bedeutung von Empathie (in diesem Sinne) ist in verschiedenen Bereichen der Psychologie untersucht worden. Ein wesentlicher Forschungsbereich, in dem Empathie von großer Bedeutung ist, ist die Psychotherapie. Hier geht es um die Frage, wie Therapeuten ihre Klienten verstehen können und wie sich dieses Verstehen auf die Klienten auswirkt. Ein anderer wesentlicher Bereich bezieht sich auf Hilfeleistungen: Es wird erforscht, inwieweit eine Person in höherem Maße einer anderen

Person, die sich in einer unangenehmen Situation befindet, Hilfe leistet, wenn sie sich in die Lage dieser in „Not“ befindlichen Person hineinversetzt. Diese „Perspektivenübernahme“ soll es einem Beobachter auch ermöglichen, das Verhalten einer anderen Person zu antizipieren (Davis, 1983).

3. Konzeptuelle Klärung

Es gibt in der Literatur bezüglich des Empathie-Begriffs zwei wesentliche Probleme: Zum einen gibt es eine Reihe von Konfusionen über den Empathie-Begriff, z.B. darüber, was zu Empathie gehört und was nicht (z.B. wird manchmal Akzeptierung als ein Aspekt von Empathie gesehen) oder darüber, ob sich Empathie auf Prozesse beim Therapeuten oder solche beim Klienten bezieht oder ob Empathie ein neutrales Instrument des Verstehens ist (Kohut, 1978) oder bereits ein „heilendes Agens“ (Rogers, 1973). Hier sind *definitivische Abgrenzungen* sinnvoll, damit das Konzept klar umrissen werden kann. Zum anderen bleibt theoretisch oft unklar, was genau mit Empathie gemeint ist, d.h. das theoretische Konstrukt „Empathie“ wird nicht ausreichend elaboriert. Hier ist eine *theoretische Klärung* nötig. Eine solche theoretische Klärung kann auch dazu beitragen, scheinbare Unvereinbarkeiten in Empathie-Definitionen (wie z.B. bei Rogers und Kohut) theoretisch „aufzuheben“.

3.1 Definitivische Abgrenzung

Das Konzept der Empathie bezieht sich auf ganz bestimmte Prozesse, die begrifflich wie empirisch von anderen Prozessen unterschieden werden können. Empathie ist danach nicht mit Akzeptierung oder Kongruenz *identisch* und Akzeptierung und Kongruenz sind auch keine Teilaspekte der Empathie. Daß verschiedene Prozesse bestimmte Wirkungen gemeinsam erbringen oder daß sich Prozesse gegenseitig beeinflussen, impliziert nicht, daß diese Prozesse identisch sind; vielmehr impliziert gerade die Annahme, daß Prozesse gemeinsam beteiligt sind, daß es sich um unterscheidbare Prozesse handelt.

Man sollte theoretisch zwischen *Prozessen* und *Produkten* unterscheiden: Empathisches Verstehen beschreibt den Prozeß des „sich Hineinversetzens“ in eine andere Person sowie die Bedingungen, die dies ermöglichen oder erschweren: Der Hörer versucht, die Perspektive des Sprechers zu übernehmen usw. (s.u.). Das Produkt dieses Prozesses ist ein bestimmtes „Verstanden-haben“; eine Rekonstruktion des vom Sprecher Gemeinten usw. Das

Ergebnis des Prozesses (das „Produkt“) ist aber mit dem Prozeß nicht identisch. Zur Vermeidung von Konfusion sollte man den Begriff des „empathischen Verstehens“ auf den Prozeß, aber nicht auf das Produkt anwenden.

Wie gut dieses Produkt, d.h. wie gut die Qualität der Rekonstruktion ist, das ist, wie gezeigt wurde, nicht nur vom empathischen Verstehen abhängig, sondern auch vom Ausmaß der Akzeptierung und von einer Reihe anderer Variablen: von der Verfügbarkeit von Information, von der Qualität der Information, der Abwesenheit von Störbedingungen usw.

Man sollte auch zwischen empathischem Verstehen und seiner Wirkung unterscheiden: Ob ein Verstehen durch den Therapeuten auf einen Klienten konstruktive Wirkungen hat, hängt wiederum von weiteren Bedingungen ab, wie der Aufnahmebereitschaft des Klienten (vgl. Orlinsky & Howard, 1986), dem Ausmaß der Selbstexploration (vgl. Eckert, 1974) usw.

3.2 Theoretische Klärung

Eine theoretisch-konzeptionelle Klärung dessen, was empathisches Verstehen bedeutet, ist mit Hilfe sprachpsychologischer Konzepte möglich. Hörmann (1976) macht deutlich, daß „Verstehen“ bedeutet, daß der Hörer jeweils das vom Sprecher Gemeinte rekonstruiert. Ein Sprecher meint aber immer mehr (und manchmal auch anderes), als er sagt (Hörmann, 1982). Verstehen ist daher als ein komplexer Rekonstruktionsvorgang anzusehen, bei dem der Hörer unter Verwendung eigenen Wissens versucht, das jeweils Gemeinte aus den verfügbaren Daten zu rekonstruieren (vgl. Sachse, 1992).

Beim „Verstehen des inneren Bezugssystems“ muß der Hörer noch mehr verstehen: Er muß Annahmen darüber entwickeln, was die Einstellungen, Motive usw. der Person sind. Der Hörer muß also versuchen, ein hypothetisches Modell des „inneren Bezugssystems“ zu bilden, aus dem das Verhalten oder Erleben der Person verständlich wird. Dieses Modell muß validiert werden, denn es geht darum, die Motive usw. möglichst zutreffend zu rekonstruieren und nicht darum, der Person irgendein plausibles Modell „überzustülpen“. Hörmann (1976) bezeichnet dies im Gegensatz zum Verstehen als „Sinnerfassen“. Dieses Modell (als Ergebnis des empathischen Verstehens) ist dann eine wesentliche Grundlage therapeutischen Handelns.

Insofern ist Empathie im Sinne von „empathischem Verstehen“ auch etwas anderes als im Sinne von „Perspektivenübernahme“ (vgl. Archer et al., 1981; Mehrabian & Epstein, 1972). Bei der For-

schung zur Perspektivenübernahme wird untersucht, inwieweit eine solche helfendes Verhalten begünstigt: Die Personen sollen sich vorstellen, wie es einer hilfsbedürftigen Person geht, sie sollen sich den unangenehmen Zustand dieser Person vergegenwärtigen. Diese Art der Perspektivenübernahme macht dem Beobachter in Hilfeleistungssituationen das Ausmaß des Leidens bzw. der Hilfsbedürftigkeit einer Person salient. Wenn dies beim Beobachter zu einer emotionalen Reaktion führt („empathic emotion“), wird die Bereitschaft zur Hilfeleistung erhöht.

Empathie als „Perspektivenübernahme“ impliziert, daß ein Beobachter „sich vorstellen soll, wie es einer (beobachteten) Person wohl geht“. Coke et al. (1978) geben z.B. ihren Versuchspersonen in der Empathie-Bedingung die Instruktion „try to imagine how the person (...) feels about the situation and how it has affected the persons life“ (S.755). Bei diesem Vorgehen geht es darum, daß ein Beobachter sich auf bestimmte Situationsaspekte konzentriert und dazu (aufgrund eigenen Wissens oder eigener Erfahrungen) Vorstellungen entwickelt, wie es einer Person in einer solchen Situation geht (vgl. auch Batson et al., 1981; 1983; 1989). Dieses Vorgehen impliziert aber gerade das, was Hörmann (1976) mit „Sinnerfassen“ meint; empathisches Verstehen geht (von den Anforderungen her) deutlich darüber hinaus.

4. Empathie in der Psychotherapie

Empathisches Verstehen wird heute in weiten Bereichen der Psychotherapie als wesentlich betrachtet. Eingeführt hat den Begriff in die Psychotherapie Carl R. Rogers mit seiner Konzeption der „Klientenzentrierten Psychotherapie“. Rogers entwickelte aufgrund ausführlicher Analysen aufgezeichneter Gespräche die therapeutischen „conditions“ oder „Basisvariablen“ Empathie, unbedingte Wertschätzung und Kongruenz. Empathisches Verstehen bedeutet nach Rogers, daß die Therapeutin/der Therapeut letztlich „das innere Bezugssystem“ des Klienten verstehen kann. Rogers (1973, S.42) formuliert dies so: „Nach dieser Formulierung wäre es die Funktion des Beraters, soweit er dazu imstande ist, das innere Bezugssystem des Klienten zu übernehmen, die Welt so zu sehen, wie der Klient sie sieht, den Klienten zu sehen, wie er sich selbst sieht, dabei alle Vorstellungen vom äußeren Bezugssystem abzulegen und dem Klienten etwas von diesem einfühlerischen Verstehen mitzuteilen“. Dabei kann der Therapeut z.T. sogar mehr vom inneren

Bezugssystem des Klienten verstehen als die Klientin/der Klient selbst (vgl. Goodman, 1991).

Die Beschreibungen von Rogers sind metaphorisch-anschaulich (gemäß der phänomenologischen Tradition); eine theoretisch-konzeptuelle Klärung des Empathie-Begriffs findet jedoch nicht statt.

Die zwei anderen Bedingungen „Wertschätzung“ und „Kongruenz“ sind eng mit dem Begriff des empathischen Verstehens verbunden: Unbedingte Wertschätzung bedeutet, daß der Therapeut beim Bemühen um Verstehen seine eigenen Wertungen „zur Seite stellt“, um für die vom Klienten geäußerten Inhalte offen zu sein; Kongruenz bedeutet, daß der Therapeut eigene Störungen (z.B. Ärger, eigene Befürchtungen usw.) wahrnehmen und als *seine* Inhaltsaspekte identifizieren kann.

Die drei Bedingungen interagieren damit beim Verstehensprozeß des Therapeuten in bedeutsamer Weise (vgl. Biermann-Ratjen et al., 1991):

(1) Das Zurückstellen eigener Wertungen wirkt sich günstig auf den empathischen Verstehensprozeß aus: Stellt ein Therapeut eigene Wertungen zurück, so kann er unvoreingenommen verarbeiten, er kann dem Klienten zuhören und Inhalte rekonstruieren, wo er ansonsten schnell „abschalten“ oder gegenargumentieren würde, er kann Inhalte zulassen, die er ansonsten lieber vermeiden würde usw.

(2) Umgekehrt erleichtert das empathische Verstehen, das Verstehen der Person aus ihren eigenen Voraussetzungen heraus, auch das Akzeptieren: Die Tendenz, eine Person wegen ihrer Handlungen abzuwerten, sinkt, wenn man diese Handlungen z.B. aus der Biographie dieser Person nachvollziehen kann.

(3) Die Kongruenz des Therapeuten erleichtert ebenfalls ein genaues Verstehen: kann eine Therapeutin/ein Therapeut bestimmte Wünsche, Problemaspekte und Sichtweisen als *seine* erkennen, erleichtert dies die Unterscheidung zwischen eigenen Inhaltsaspekten und denen des Klienten. Die Möglichkeit, wirklich das zu rekonstruieren, was die Klientin/der Klient meint, verbessert sich.

Vermittelt der Therapeut dem Klienten Akzeptierung und Empathie, dann wirken diese Aspekte auch beim Klienten zusammen: Hat der Klient den Eindruck, daß er „angenommen“ wird, daß er nicht bewertet oder für bestimmte Inhalte abgewertet wird, erleichtert das dem Klienten die Selbstöffnung: Er kann Vertrauen zum Therapeuten aufbauen und diesem verstärkt auch unangenehme oder peinliche Inhalte mitteilen. Und er kann sich selbst auch, mit Unterstützung des Therapeuten, verstärkt unangenehmen und peinlichen Inhalten zuwenden und diese assimilieren (Stiles, 1992). (Dies erleich-

tert dem Therapeuten auch wiederum, den Klienten und insbesondere dessen Voraussetzungen zu verstehen). Das Verstandenwerden, das der Therapeut kommuniziert, ermöglicht – in Verbindung mit zunehmender Selbstöffnung – dem Klienten, eigene Problemaspekte, Ziele, Motive usw. zu klären und zu verändern (vgl. Sachse, 1992).

Wexler (1974) unterscheidet hier drei Funktionen, die empathische Äußerungen auf den Klienten haben:

- die aufmerksamkeitssteuernde Funktion: der Therapeut/die Therapeutin lenkt die Aufmerksamkeit auf bestimmte, zentrale Inhaltsaspekte;
- die Strukturierungsfunktion: der Therapeut nimmt mit seiner Aussage eine Strukturierung der Information vor;
- die Aktivierung von Gedächtnisbeständen: der Therapeut/die Therapeutin aktiviert durch seine Aussage bestimmte problemrelevante Informationen im Gedächtnis, die dem Klienten dadurch zugänglich werden.

Es wurde bereits früh versucht, das Ausmaß des empathischen Verstehens, das ein Therapeut/eine Therapeutin realisiert, zu erfassen. Truax (1961) entwickelte eine Skala für „accurate empathy“, mit deren Hilfe bestimmte Aspekte der „empathic response“ quantitativ erfaßt werden sollten.

Diese Skala wurde von Tausch et al. (1967) übersetzt. Tausch entwickelte aus dieser Skala das Konzept der „Verbalisierung emotionaler Erlebnis-inhalte“ (VEE): Die Therapeutin/Der Therapeut greift hier die wesentlichen, vom Klienten geäußerten emotionalen Erlebnis-inhalte auf und kommuniziert sie dem Klienten. Vergleicht man das Konzept der VEE mit dem Empathie-Konzept von Rogers (z.B. das „Gespräch mit Gloria“), dann wird deutlich, daß Empathie im Sinne von Rogers mehr umfaßt als die „Verbalisierung emotionaler Erlebnis-inhalte“: Rogers geht in seinen Äußerungen z.T. weit über das von der Klientin *Gesagte* hinaus, er fügt deutliche *Interpretationen* dessen, was die Klientin meint (aber nicht explizit sagt), ein (vgl. Baus, 1992).

- Altruismus
- Beratung
- Gesprächspsychotherapie
- Gefühl

Weiterführende Literatur

- Biermann-Ratjen, E.M., Eckert, J. & Schwartz, H.-J. (1991). Gesprächspsychotherapie: Verändern durch Verstehen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Rogers, C.R. (1973). Die Klient-bezogene Gesprächspsychotherapie. München: Kindler.
- Sachse, R. (1989). Zur alltagspsychologischen Fundierung von klientenzentrierter Therapie: Die Theorien zur „Konzeptgesteuerten Informationsverarbeitung“ und ihre Bedeutung für den Verstehensprozeß. In R. Sachse & J. Howe (Hrsg.), *Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie* (S.76-101). Heidelberg: Asanger.

- Stiles, W.B. (1992). Assimilation in der Klientenzentrierten Psychotherapie. In R. Sachse, G. Lietzer & W.B. Stiles (Hrsg.), *Neue Handlungskonzepte der Klientenzentrierten Psychotherapie* (S.39-48). Heidelberg: Asanger.
- Tausch, R., Zehelein, H., Fittkau, B. & Minsel, W.-R. (1967). Variablen und Zusammenhänge in psychotherapeutischen Gesprächen. Bericht vom 25. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie. Göttingen: Hogrefe.
- Truax, C.B. (1961). A scale for the measurement of accurate empathy. *University of Wisconsin. Psychiatric Institute Bulletin*, 1 (12). Wisconsin.
- Wexler, D.A. (1974). A cognitive theory of experiencing, self-actualization and therapeutic process. In D.A. Wexler & L.N. Rice (Eds.), *Innovations in client-centered therapy* (pp.49-116). New York: Wiley.

Literatur

- Archer, R.L., Diaz-Loving, R., Gollwitzer, P.M., Davis, M.H. & Foushee, H.C. (1981). The role of dispositional empathy and social evaluation in the empathic mediation of helping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 786-796.
- Batson, C.D., Batson, J.G., Griffitt, C.A., Barrientos, S., Brandt, J.R., Sprengelmeyer, P. & Bayly, M.J. (1989). Negative-state relief and the empathy-altruism hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 922-933.
- Batson, C.D., Duncan, B.D., Ackerman, P., Buckley, T. & Birch, K. (1981). Is empathic emotion a source of altruistic motivation? *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 290-302.
- Batson, C.D., O'Quin, K., Fultz, J. & Vanderplas, M. (1983). Influence of self-reported distress and empathy on egoistic versus altruistic motivation to help. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 706-718.
- Baus, M. (1992). Die Rolle der Interpretation in der Klientenzentrierten Psychotherapie. In R. Sachse, G. Lietzer & W.B. Stiles (Hrsg.), *Neue Handlungskonzepte der Klientenzentrierten Psychotherapie* (S.23-38). Heidelberg: Asanger.
- Coke, J.S., Batson, C.D. & McDavis, K. (1978). Empathic mediation of helping: A two-stage model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 752-766.
- Davis, M.H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 113-126.
- Eckert, J. (1974). Prozesse in der Gesprächspsychotherapie. Die Bedeutung subjektiver Erfahrung von Klient und Therapeut im Hinblick auf den Therapieverlauf und Therapieerfolg. Dissertation, Hamburg.
- Goodman, G. (1991). Feeling our way into empathy: Carl Rogers, Heinz Kohut, and Jesus. *Journal of Religion and Health*, 30, 191-205.
- Herrmann, T. (1982). Sprechen und Situation. Berlin: Springer.
- Hörmann, H. (1976). Meinen und Verstehen. Frankfurt: Suhrkamp.
- Hogan, R. (1969). Development of an empathy scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 307-316.
- Kohut, H. (1978). Introspection, empathy, and psychoanalysis: An examination of the relationship between mode of observation and theory. In P. Ornstein (Ed.), *The search for the self: selected writings of Heinz Kohut: 1950-1978* (Vol.1) (pp.205-232). New York: International Universities Press.
- Mehrabian, A. & Epstein, N. (1972). A measure of emotional empathy. *Journal of Personality*, 40, 525-543.
- Orlinsky, D.E. & Howard, K.I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed.) (pp.311-384). New York: Wiley.
- Sachse, R. (1992). Zielorientierte Gesprächspsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.