

Bernd Heimerl und Inge Frohburg

Empathie in der psychotherapeutischen Praxis – Eine empirische Untersuchung zur Frage ihrer Dimensionalität

Zusammenfassung: Empathie ist ein komplexes Konstrukt, bei dem auf theoretischer Ebene häufig zwischen kognitiven und emotionalen Anteilen unterschieden wird. Das Ausmaß der individuellen Realisierungsmöglichkeiten der genannten Empathiekomponenten kann mit Hilfe eines Empathie-Selbsteinschätzungsbogens von Davis (1983) (deutsche Übersetzung von Kleiber et al. 1992) erfasst werden. Die Auswertung der Fragebogendaten von 222 Psychotherapeuten ergab unabhängig von der gewählten Psychotherapiemethode ähnliche Ausprägungsgrade, eine hohe Interkorrelation der dimensionsbezogenen Skalen und Hinweise auf den Einfluss der Berufsdauer auf die Empathie. Aus den Selbsteinschätzungen der praktisch tätigen Psychotherapeuten lassen sich damit die konzeptualisierten Dimensionen von kognitiver und emotionaler Empathie nicht bestätigen.

Stichwörter: Gesprächspsychotherapie, Empathie

Résumé: *Empathie dans la pratique psychothérapeutique – une recherche empirique sur la question de leur dimensionnalité* - L'empathie est une construction complexe, dans laquelle la distinction est souvent faite, au niveau théorique, entre parties cognitives et émotionnelles. La mesure des possibilités de réalisation individuelle des composantes de l'empathie citée peut être appréhendée au moyen d'un questionnaire d'autoévaluation de l'empathie de Davis datant de 1983 (traduction allemande de Kleiber, entre autres, 1992). L'exploitation des données des questionnaires complétés par 222 psychothérapeutes a eu pour résultat, indépendamment de la méthode psychothérapeutique choisie, des degrés de développement similaires, une inter-corrélation élevée des échelles relatives à la dimension et des indications sur l'influence de la durée de l'activité professionnelle sur l'empathie. Ainsi les autoévaluations des psychothérapeutes en activité pratique ne permettent pas de confirmer les dimensions conceptualisées d'empathie cognitive et émotionnelle.

Mots-clés: psychothérapie centrée sur la personne, empathie

1. Forschungskontext und Fragestellung der Untersuchung

Empathie ist ein komplexes Konstrukt, das unterschiedliche inhaltliche Perspektiven und Aspektierungen möglich macht. Von vielen Autoren wird im Bemühen, dieses komplexe Konstrukt „Empathie“ zu differenzieren, zwischen kognitiven und emotionalen Anteilen der Empathie unterschieden (vgl. Davis 1980; 1983; 1993; Hoffman 1982; Eisenberg / Strayer 1987; Deutsch / Madle 1975). Dabei meint „Kognitive Empathie“ die Fähigkeit des Psychotherapeuten¹, mittels

seiner Kognitionen die Gefühle, Gedanken und Handlungsimpulse des Patienten zu erfassen. „Emotionale Empathie“ meint Einfühlung in das Erleben des Patienten durch Gefühlsübernahme, Gefühlsgleichklang, Gefühlsansteckung.

Uns interessiert im Rahmen einer weiter gefassten empirischen Studie zum Verhältnis von Empathie und Burn-out von Psychotherapeuten² unter anderem, ob diese von den „Theoretikern“ getroffene Unterscheidung von kognitiver und emotionaler Empathie so auch von „Praktikern“, also praktisch tätigen Psychotherapeuten, vorgenommen wird, die deshalb, weil wir selbst erhebliche Zweifel

1 Um eine bessere Lesbarkeit des Textes zu erreichen, verwenden wir durchgängig nur die maskuline Personform, verstehen diese aber geschlechtsneutral und sehen die feminine Personform stets eingeschlossen.

2 Bei der hier dargestellten Untersuchung handelt es sich um einen Ausschnitt aus der Dissertation von Bernd Heimerl am Psychologischen Institut der Humboldt-Universität zu Berlin, die von Inge Frohburg betreut wird.

an der u. E. theoretisch nur unzureichend begründeten Annahme von disjunkten Empathiekomponenten und der Unterscheidung von kognitiven und emotionalen Empathieanteilen hatten.

Diese Zweifel resultierten zum einen aus dem Bezug auf die konzeptionellen Grundannahmen der Gesprächspsychotherapie: Carl Rogers konzeptualisiert Empathie als einführendes Verstehen: Verstehen als kognitiven und Einfühlung als emotionalen Anteil der Empathie, die miteinander untrennbar verbunden sind (vgl. Rogers 1980; Schulz/Silbereisen 1978). Zweifel ergeben sich des Weiteren aus grundlagenpsychologischen Kenntnissen zur Entwicklung von Kognitionen und Affekten: Bekannt ist, dass phylogenetisch und ontogenetisch die Kognitionen der Regulierung von Affekten dienen und deshalb nicht durchgängig unabhängig voneinander gedacht werden können (vgl. Stern 1985; Bischof-Köhler 1989; Emde 1995). Zweifel ergeben sich nicht zuletzt und in besonderem Maße auch aus alltäglichen psychotherapeutischen Praxis- und Ausbildungserfahrungen: Beim Bemühen um Empathie sehen wir uns immer wieder kognitiv und emotional gleichermaßen gefordert.

Wir betrachten kognitive und emotionale Empathieanteile daher nicht als getrennte bzw. zu trennende Aspekte, sondern nehmen sie eher als miteinander verbunden an. So konstituiert sich nach unserer Meinung zwar ein situations- und personenspezifisches, in seiner Realisierung hinsichtlich der kognitiven und emotionalen Anteile aber einheitliches Merkmal „Empathie“.

Vor dem Hintergrund unserer Überlegungen interessierte uns, wie praktisch tätige Psychotherapeuten das genannte Problem reflektieren. Wir wollten wissen, ob sie unterschiedliche Empathieaspekte wahrnehmen und wenn ja, in welchem Ausmaß sie sich selbst in der Lage sehen, die unterschiedlichen Empathieaspekte in ihrem beruflichen Alltag zu realisieren. Dabei interessierte uns im Sinne einer differenzierten Fragestellung auch, ob zwischen Psychotherapeuten unterschiedlicher theoretischer Orientierungen und zwischen denen mit unterschiedlich langer Berufserfahrung Unterschiede zu eruieren sind.

2. Untersuchungsmethodik und -stichprobe

Wir waren der Fragestellung entsprechend an den Selbstauskünften von möglichst vielen Psychotherapeuten unterschiedlicher psychotherapeutischer Orientierungen interessiert. Deshalb haben wir uns für eine schriftliche postalische Befragung entschieden und dazu einen Fragebogen zur Empathie-Selbsteinschätzung von Davis (1983) in der deutschsprachigen Übersetzung von Kleiber et al. (1992) verwendet.

Das Untersuchungsinstrument

Der amerikanische Sozial- und Persönlichkeitspsychologe Davis entwickelte 1980 ein mehrdimensionales Konzept der Empathie, in

dem er zwischen kognitiven und emotionalen Anteilen der Empathie unterscheidet. Sein 1983 publiziertes Organisationsmodell der Empathie beinhaltet Gemeinsamkeiten und Unterschiede verschiedener auf Empathie bezogener Konstrukte und versucht, diese zusammenhängend zu beschreiben. Davis geht von vier Dimensionen aus, die von ihm im Interpersonal Reactivity Index (IRI) operationalisiert werden. Dieses im Folgenden als „Fragebogen zur Empathie-Selbsteinschätzung“ bezeichnete Messinstrument erfasst die empathische Reaktionsbereitschaft, die sich eine Person selbst zuschreibt. Mit dem Fragebogen zur Empathie-Selbsteinschätzung werden also Personenmerkmale erfragt, die empathisches Erleben entsprechend den theoretischen Vorannahmen von Davis erfassen sollen.

In der vorliegenden Untersuchung haben wir in einer leicht revidierten Form des Fragebogens die drei im Folgenden beschriebenen Dimensionen verwandt. Nicht berücksichtigt wurde die ursprünglich mitverwendete Dimension „Fantasie“, weil damit die Wirkung spezifischer filmischer Merkmale auf einen Rezipienten überprüft werden sollte. Diese Dimension als Teil der kognitiven Empathie nimmt daher im Rahmen medienpsychologischer Forschung einen besonderen Stellenwert ein.

Die Psychotherapeuten sollten ihre Empathiefähigkeit zu jedem Item anhand einer 5-stufigen Likertskala von „nicht gut“ bis „sehr gut“ einschätzen.

Dimension 1 des Fragebogens erfasst die kognitive Komponente der Empathie und wird als „*Perspektivenübernahme*“ bezeichnet. Sie spiegelt die Fähigkeit einer Person wider, den Standpunkt oder die Perspektive einer anderen Person einzunehmen, sich in ihre Lage hineinversetzen zu können. Mit anderen Worten: Es geht darum, inwieweit jemand sich vorstellen kann, wie ein anderer denkt, wie er sich fühlt und wie er handeln wird. Dies impliziert die Befähigung eines Menschen, Erwartungen über die Handlungsbereitschaften des Interaktionspartners zu bilden und die Perspektive des anderen in Bezug auf dessen Biographie zu verstehen.

Item-Beispiele:

- Ich versuche, Patienten dadurch zu verstehen, dass ich mir vorstelle, wie sich die Dinge aus ihrer Sicht darstellen.
- Es gelingt mir gut, die Gedanken und Handlungen meiner Patienten vorherzusagen.

Dimension 2 des Fragebogens operationalisiert einen Teil der emotionalen Komponente der Empathie als „*Emotionale Anteilnahme*“. Sie ist das Mitgefühl, das sich durch auf den anderen orientierte Gefühle wie Zuneigung, Wohlwollen, aber auch Betroffenheit, Sorge und Bedauern ausdrückt. Des Weiteren ist es die Fähigkeit zur Teilhabe an den positiven und negativen Gefühlen des Patienten und auch – im Sinne eines prosozialen Verhaltens – die Neigung, ihn vor negativen, ihn schädigenden Erfahrungen zu schützen.

Item-Beispiele:

- Es fällt mir leicht, mich am Erleben und Verhalten meiner Patienten emotional zu beteiligen.
- Wenn ich merke, dass es meinem Patienten schlecht geht, habe ich das Bedürfnis, ihm beizustehen.

Dimension 3 des Fragebogens bezieht sich auf einen zweiten Aspekt der emotionalen Empathie in Form von „*Empathischem Distress*“. Darunter wird die Tendenz des Psychotherapeuten verstanden, auf Gefühle und Kognitionen des Patienten mit Ängstlichkeit, Anspannung, Ärger, Unruhe oder Hilflosigkeit zu reagieren und so seine „kognitive Flexibilität“ zu verlieren (Tscheulin 1992). Dadurch bedingt rückt die eigene Befindlichkeit des Psychotherapeuten ins Zentrum seiner Aufmerksamkeit. Die Aufmerksamkeit ist bei der Perspektivenübernahme und bei der emotionalen Anteilnahme eindeutig auf den anderen gerichtet, im empathischen Distress auf die eigene Person. Hoffman (1982) beschreibt diesen Zustand als „*empathische Übererregung*“.

In vielen psychotherapeutischen Richtungen wird empathischer Distress als ein Risiko in der Tätigkeit von Psychotherapeuten diskutiert: im psychodynamischen Paradigma als Gefahr der Identifikation mit Anteilen des Patienten, im humanistischen Paradigma als ein Verlust der als-ob-Qualität und im behavioralen Paradigma als ein Verlust der kognitiven Flexibilität.

Item-Beispiele:

- Wenn ein Patient Angst oder Verzweiflung äußert, verunsichert mich das.
- Ich finde es anstrengend, mich nicht durch die Stimmung meiner Patienten beeinflussen zu lassen.

Untersuchungstichprobe

Der Fragebogen wurde an insgesamt 400 Psychotherapeuten in Deutschland versandt. Bei einer Rücklaufquote von erstaunlich hohen 56% liegen 222 Datensätze zur Auswertung vor. Von den 222 befragten Psychotherapeuten waren ca. 1/3 männlich und 2/3 weiblich. Fast 80% waren über 40 Jahre alt und nahezu die Hälfte seit über 10 Jahren psychotherapeutisch tätig. Als berufliche Basisqualifikation dominierte die Psychologie mit fast 70%. Genauere Angaben sind der Tabelle 1 zu entnehmen.

3. Ergebnisse

Ergebniswerte

Bei den von uns befragten Psychotherapeuten ließen sich mit dem „Fragebogen zur Empathie-Selbsteinschätzung“ von Davis (1983) Werte im oberen Merkmalsbereich für die Dimensionen „Perspekti-

Merkmalsbereich	Merkmalsausprägung	N = %
Geschlecht	männlich	83 = 37 %
	weiblich	139 = 63 %
Alter	bis 40 Jahre	47 = 21 %
	über 40 Jahre	175 = 79 %
Berufliche Basisqualifikation	Psychologie	149 = 67 %
	Medizin	38 = 17 %
	andere (Sozialarbeit und andere soziale Berufe)	21 = 10 %
	Mehrfachnennungen	14 = 6 %
Therapeutische Orientierung	Analytisch (Psychoanalyse/Tiefenpsychologisch fundierte PTh)	39 = 18 %
	Humanistisch (Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie)	48 = 22 %
	Kognitiv-behavioral (Verhaltensther./Kognitive Ther.)	25 = 11 %
	in Ausbildung	8 = 3 %
	andere und Mehrfachnennungen	102 = 46 %
Dauer der PTh-Tätigkeit	bis 10 Jahre	115 = 52 %
	über 10 Jahre	107 = 48 %

Tabelle 1: Stichproben-Beschreibung (N = 222)

venübernahme“ und „Emotionale Anteilnahme“ und vergleichsweise niedrige Werte im unteren Merkmalsbereich für die Dimension „*Empathischer Distress*“ ermitteln (vgl. Tabelle 2). Das bedeutet, dass sich die Psychotherapeuten in ihrer Selbsteinschätzung durchaus in der Lage sehen, Empathie zu realisieren, und dabei empathischen Stress erleben, aber das in relativ geringem Ausmaß. Die Streuungen der einzelnen Skalen liegen zwischen ,51 und ,65, so dass durchgängig von einer relativ homogenen Merkmalsausprägung ausgegangen werden kann.

Empathie-Dimension	M ± s	
	Heimerl 2001	Kleiber & Gusy 1999
Perspektivenübernahme	3,58 ± 0,54	3,54 ± 0,55
Emotionale Anteilnahme	3,35 ± 0,51	3,68 ± 0,57
Empathischer Distress	2,17 ± 0,65	2,56 ± 0,66

Tabelle 2: Fragebogen zur Empathie-Selbsteinschätzung von Davis (1983) – Untersuchungsergebnisse

Da für den Fragebogen zur Empathie-Selbsteinschätzung von Davis (1983) keine Normwerte vorliegen, haben wir die Möglichkeit genutzt, Werte unserer Untersuchung mit den Daten aus einer unveröffentlichten Studie von Kleiber und Gusy (1999) zu vergleichen. In dieser Untersuchung wurde der Zusammenhang zwischen Empathie, Coping und Burn-out geprüft und Empathiewerte in Abhängigkeit von unterschiedlichen Berufsgruppen (Krankenpflegepersonal, Sozialarbeiter, Ärzte und Psychologen unterschiedlicher Stichprobengröße) und Arbeitsbereichen (AIDS-Patienten/Nicht-AIDS-Patienten) errechnet. Beim Vergleich der Werte der Gesamtstichprobe ließen sich für die Empathie-Dimension der „Perspektivenübernahme“ keine

Unterschiede zu unseren Ergebnissen finden. Die Psychotherapeuten in unserer Untersuchung beschreiben sich jedoch als weniger emotional teilnehmend und erleben auch weniger empathischen Distress als die Vergleichsgruppe bei Kleiber / Gusy (1999) (vgl. Tabelle 2). Dieses Ergebnis legt die Hypothese nahe, dass sich die Professionalisierung der Empathie im psychotherapeutischen Kontext auf die emotionalen Anteile der Empathie im Sinne einer „distanzierten Anteilnahme“ (vgl. Maslach 1982; Burisch 1988) auswirkt. Das bedeutet, dass Psychotherapeuten anscheinend mehr Kontrolle über ihre emotionale Empathie haben als Angehörige anderer psychosozialer Berufe.

Interkorrelation der Empathie-Dimensionen?

Zur Beantwortung der Frage, ob auch die praktisch tätigen Psychotherapeuten in ihrer Selbsteinschätzung zwischen kognitiven und emotionalen Empathie-Anteilen unterscheiden, haben wir die Interkorrelationen der einzelnen Skalen des „Fragebogens zur Empathie-Selbsteinschätzung“ von Davis (1983) überprüft. Die Ergebnisse sind in Tabelle 3 zusammengefasst. Es ergeben sich statistisch gesicherte Interkorrelationen zwischen den mit dem Fragebogen erfassten Empathieanteilen „Perspektivenübernahme“ und „Emotionale Anteilnahme“ sowie zwischen „Perspektivenübernahme“ und „Empathischer Distress“, während die Korrelation von „Emotionaler Anteilnahme“ und „Empathischer Distress“ gegen Null geht und nicht signifikant ist.

Dies bedeutet zunächst, dass die „Perspektivenübernahme“ als kognitive Komponente der Empathie in der Selbsteinschätzung der befragten Psychotherapeuten offenbar mit „Emotionaler Anteilnahme“ einhergeht. Das spricht für das „Einfühlende Verstehen“ in der Konzeptualisierung von Carl Rogers: Verstehen als kognitive Komponente der Empathie und Einfühlung als emotionale Komponente, was praxisbezogen nicht zu trennen ist. Die theoretisch postulierte Unabhängigkeit der einzelnen Empathieanteile kann damit mit Bezug auf die Selbsteinschätzung der Psychotherapeuten nicht bestätigt werden.

Das Ergebnis weist außerdem darauf hin, dass „Perspektivenübernahme“ dem „Empathischen Distress“ entgegenzuwirken scheint. Je mehr ein Psychotherapeut den Patienten kognitiv zu erfassen versucht, desto weniger empathischen Distress erlebt er.

FB-Skala	Perspektivenübernahme	Emotionale Anteilnahme	Empathischer Distress
Perspektivenübernahme	■	,44 p < 0,01	-,17 p < 0,01
Emotionale Anteilnahme		■	,07 n.s.
Empathischer Distress			■

Tabelle 3: Fragebogen zur Empathie-Selbsteinschätzung von Davis 1983 – Interkorrelation der Skalen

Überrascht sind wir von dem Befund, dass „Empathischer Distress“ nicht auch in direkter korrelativer Beziehung zur „Emotionalen Anteilnahme“ steht. Das widerspricht gängigen Vorstellungen und praktischen klinischen Erfahrungen und bedarf weiterer Klärungsarbeit.

Methodenabhängige Empathie?

Im Rahmen der differenziellen Überlegungen sind wir der Frage nachgegangen, ob sich Psychotherapeuten unterschiedlichen Orientierungen ein unterschiedliches Ausmaß an Empathiefähigkeit zuschreiben.

Therapeutische Orientierung	N	Perspektivenübernahme	Emotionale Anteilnahme	Empathischer Distress
Analytisch (Psychoanalyse, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie)	39	3,67 ± 0,60	3,39 ± 0,59	2,12 ± 0,70
Humanistisch (Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie)	47	3,48 ± 0,56	3,28 ± 0,53	2,29 ± 0,69
Kognitiv-Behavioral (Verhaltenstherapie, Kognitive Therapie)	25	3,49 ± 0,47	3,24 ± 0,38	2,09 ± 0,53

Tabelle 4: Fragebogen zur Empathie-Selbsteinschätzung von Davis (1983) – Psychotherapiemethodenbezogene Ergebnisse

Wie den Daten in Tabelle 4 zu entnehmen ist, lassen die Vertreter der verschiedenen psychotherapeutischen Orientierungen keine signifikanten Unterschiede in den Empathieeinschätzungen erkennen. Die drei Empathiedimensionen spielen in der Selbsteinschätzung der befragten Psychotherapeuten offenbar unabhängig vom individuell vertretenen Psychotherapieverfahren jeweils eine gleichwertige Rolle. Zugleich spricht das Ergebnis aber auch für die oft geäußerte Ansicht, dass Empathie aus der Sicht ihrer Protagonisten ein wesentliches Beziehungselement aller psychotherapeutischen Orientierungen ist.

Erfahrungsabhängige Empathie?

Uns interessierte im Weiteren, ob zwischen der Empathie-Selbsteinschätzung und der Dauer der Berufserfahrung der Psychotherapeuten ein Zusammenhang besteht. Die entsprechenden Daten sind in Tabelle 5 zusammengestellt. Danach ist ein solcher Zusammenhang durchgängig festzustellen und statistisch signifikant:

Mit der Dauer der psychotherapeutischen Tätigkeit und damit wahrscheinlich auch mit dem Ausmaß der psychotherapeutischen Erfahrung steigen sowohl das Ausmaß der kognitiven Empathiekomponente „Perspektivenübernahme“ als auch das der emotionalen

Empathiekomponente „Emotionale Anteilnahme“, während der „Empathische Disstress“ dazu gegenläufig abnimmt. Das bedeutet, dass es den Psychotherapeuten mit zunehmender Berufserfahrung besser gelingt, sich kognitiv und emotional in ihre Patienten einzufühlen und dabei weniger Belastung zu erleben.

Länge der Berufserfahrung	N	Perspektivenübernahme	Emotionale Anteilnahme	Empathischer Disstress
bis 10 Jahre	115	3,52 ± 0,53	3,27 ± 0,53	2,29 ± 0,67
über 10 Jahre	107	3,48 ± 0,56	3,35 ± 0,51	2,29 ± 0,69

Tabelle 5: Fragebogen zur Empathie-Selbsteinschätzung von Davis (1983) – Erfahrungsbezogene Ergebnisse

Eine differenzielle Betrachtung der Empathie-Fähigkeit in Abhängigkeit von der Berufserfahrung scheint danach durchaus sinnvoll zu sein. Vielleicht kann man das in Zusammenhang bringen mit den Befunden von Enzmann (1996), nach denen der Einfluss von Situationsmerkmalen im Laufe der beruflichen Entwicklung abnimmt und der von Personenmerkmalen (zu denen die Empathie gezählt wird) zunimmt.

4. Diskussion

Insgesamt haben uns die Befunde unserer Untersuchung mehrfach überrascht. Über die im Einzelnen bereits getroffenen Feststellungen bzw. Überlegungen hinausgehend ergeben sich abschließend und zusammenfassend noch folgende Anmerkungen:

Von besonderer Bedeutung scheint uns mit Bezug auf das primäre Forschungsinteresse in erster Linie das Ergebnis, nach dem sich in den Selbsteinschätzungen der Psychotherapeuten das Konstrukt Empathie relativ einheitlich darstellt. Das widerspricht der weitverbreiteten theoretischen Modellierung, die zwischen kognitiven und emotionalen Anteilen der Empathie unterscheidet. Psychotherapeuten sehen sich aus ihrem subjektiven Erleben heraus offenbar in ihrem Bemühen um Empathie immer sowohl kognitiv wie auch emotional reagierend bzw. agierend.

Für besonders bemerkenswert und gleichzeitig diskussionswürdig halten wir im Weiteren das Ergebnis, nachdem sich die

Psychotherapeuten unterschiedlicher methodischer Orientierungen in ihren Selbsteinschätzungen zur Empathie nur relativ wenig unterscheiden. Berücksichtigt man den Stellenwert, den psychoanalytisch/tiefenpsychologische, humanistische und kognitiv-behaviorale Richtungen dem Therapiefaktor „Empathie“ in ihren Konzeptionen zuweisen, hätte man das sicher in dieser Form nicht erwartet. Hier drängt sich dann allerdings auch die Frage nach dem Begriffsverständnis für Empathie auf. Möglicherweise wird der Begriff „Empathie“ von den Untersuchungsteilnehmern a priori und auch mit Bezug auf einige Items des „Fragebogens zur Empathie-Selbsteinschätzung“ von Davis (1983) in einem sehr allgemeinen, fast umgangssprachlichen Sinne gebraucht. Dann gehört Empathie zu den „psychotherapeutischen Grundtugenden“, und in den Aussagen bzw. den aus ihnen errechneten Vergleichswerten würde sich möglicherweise eine gewisse soziale Erwünschtheit widerspiegeln. Diese Überlegung stützt sich auf Fragebogen-Items wie „Wenn ich merke, dass es meinem Patienten schlecht geht, habe ich das Bedürfnis, ihm beizustehen.“ oder „Ich finde, Probleme von Patienten haben mehrere Seiten, und ich versuche, auf alle zu achten“. Dazu „nein“ zu sagen, wäre für einen Psychotherapeuten fast ehrenrührig.

Ob und ggf. inwieweit für das methodenübergreifend einheitliche Ergebnis eventuell das Messinstrument verantwortlich gemacht werden kann oder muss, sollten daher weitere empirische Untersuchungen zeigen. Es sei jedoch besonders darauf verwiesen, dass Selbstdarstellungseffekte nicht zwangsläufig fehlerbelastet sind, sondern als wichtige Informationsquellen genutzt werden können.

Wir wären in diesem Zusammenhang auch daran interessiert, genauer zu prüfen, ob sich die bei den Empathie-Selbsteinschätzungen eruierte dimensionale bzw. methodenübergreifende Einheitlichkeit auch bei tatsächlich realisierter und über Fremdbeurteilungen eingeschätzter Empathie findet. Es gibt aus Alltagserfahrungen, der Supervisionspraxis und auch aus verschiedenen empirischen Studien zu dieser Thematik immer wieder Hinweise darauf, dass zwischen Selbst- und Fremdbeurteilungen der Empathiefähigkeit oft erhebliche Unterschiede bestehen (vgl. Frohburg 1988, 29–33). Auch in dieser Hinsicht besteht nach unserer Auffassung noch erheblicher theoretischer, aber vor allem auch praxisrelevanter Klärungsbedarf.

Literatur:

- Bischof-Köhler, D. (1989), Spiegelbild und Empathie. Die Anfänge der sozialen Kognition, Bern (Hans Huber)
- Burisch, M. (1988), Das Burnout-Syndrom: Theorie der inneren Erschöpfung, Berlin (Springer)
- Davis, M. H. (1980), A multidimensional approach to individual differences in empathy, in: Catalog of Selected Documents in Psychology 10, 4, 85, MS 2124
- Davis, M. H. (1983), Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach, in: Journal of Personality and Social Psychology 44, 113–126
- Davis, M. H. (1993), Empathy. A social psychological approach, Madison, WI bzw. Dubuque, Iowa (Brown & Benchmark)
- Deutsch, F./Madle, R. A. (1975), Empathy: Historic and current conceptualisations, measurements and cognitive theoretic approach, in: Human Development 18, 267–287
- Eisenberg, N./Strayer, J. (1987), Empathy and its development, Cambridge (Cambridge University Press)
- Emde, R. N. (1995), Die Aktivierung grundlegender Formen der Entwicklung: Empathische Verfügbarkeit und therapeutisches Handeln, in: Petzold, H. (Hg.), Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung. Bd. 2, Paderborn (Junfermann) 219–251
- Enzmann, D. (1996), Gestresst, erschöpft oder ausgebrannt? Einflüsse von Arbeitssituation, Empathie und Coping auf den Burnoutprozess, München (Profil)
- Frohburg, I. (1988), Psychotherapie-Ausbildung. Beitrag zur wissenschaftlichen Begründung von Zielstellungen, Inhalten und Methoden, in: Zeitschrift für Psychologie, Suppl. 10
- Heimerl, B. (2001), Untersuchungsmaterial zur Dissertation Empathie und Burnout in der psychotherapeutischen Praxis, Humboldt-Universität zu Berlin
- Hoffman, M. L. (1982), The measurement of empathy, in: Izard, C. E. (Ed.), Measuring emotions in infants and children, Cambridge (Cambridge University Press) 103–131
- Kleiber, D./Gusy, B./Enzmann, D./Beerlage, I. (1992), Arbeitssituation und Belastungen von Beschäftigten im AIDS-Bereich, Zwischenbericht 1992 (AIDS-Forschung: Arbeitsberichte Nr. 18), Sozialpädagogisches Institut Berlin
- Kleiber, D./Gusy, B. (1999), Empathie, unveröffentlichtes Manuskript
- Maslach, C. (1982), Burnout – The cost of caring, Englewood Cliffs, N. J. (Prentice-Hall)
- Rogers, C. R. (1980), Empathie: Eine unterschätzte Seinsweise, in: Rogers, C. R./Rosenberg, R. L., Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit, Stuttgart (Klett-Cotta)
- Schulz, W./Silbereisen, R. K. (1978), Zum dreifachen Verständnis von Empathie in der Gesprächspsychotherapie, in: Zeitschrift für Klinische Psychologie 7, 49–64
- Stern, D.N. (1985), Die Lebenserfahrung des Säuglings, Stuttgart (Klett-Cotta)
- Tscheulin, D. (1992), Wirkfaktoren psychotherapeutischer Intervention, Göttingen (Hogrefe)

Autoren:

Dipl.-Psych. Bernd Heimerl, 1965, Ausbildung zum Krankenpfleger, Studium der Psychologie an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg und der Humboldt-Universität zu Berlin, Gestalttherapeut, derzeitige Ausbildung zum analytischen Psychotherapeuten, seit 1999 als Psychologin in einer psychiatrischen Klinik tätig, seit 2002 Leiter der zur Klinik zugehörigen psychiatrischen Tagesklinik

Prof. Dr. Inge Frohburg, 1937, Fachpsychologin der Medizin und approbierte Psychotherapeutin, Lehrstuhl für Psychotherapie am Institut für Psychologie der Humboldt-Universität zu Berlin, Gesprächspsychotherapeutin, Ausbilderin und Mitglied des Wissenschaftlichen Beirates der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie; Arbeitsschwerpunkte: Universitäre Lehre und postgraduale Aus- und Weiterbildung in Psychotherapie (speziell: Gesprächspsychotherapie), Forschungsarbeiten und Publikationen im Bereich der Psychotherapie (insbesondere Indikations-, Prozess- und Effektivitätsuntersuchungen zur Gesprächspsychotherapie) und zur Ausbildung von Psychotherapeuten

Korrespondenzadresse:

*Prof. Dr. Inge Frohburg
Humboldt-Universität zu Berlin
Institut für Psychologie
D-10178 Berlin, Oranienburger Straße 18
E-Mail: inge.frohburg@rz.hu-berlin.de*