

Ein theoretischer Ansatz zur Empathie

Ute Binder und Johannes Binder

Zusammenfassung

Dieser Artikel basiert auf unserer Arbeit mit schwer psychisch beeinträchtigten Patient:innen und auf Forschungsergebnissen der Entwicklungspsychologie und -psychopathologie, er versucht unser Verständnis von Empathie als zentrales Konzept der Entwicklungspsychologie, der Entwicklungspathologie, der Ätiologie von Störungen und der Psychotherapie zu erweitern. Defizite und Verschlechterungsprozesse in der frühen Entwicklung von Empathie werden als entscheidend für die Entstehung von schweren Störungen betrachtet. Die therapeutische Empathie wird als ein prosozialer emotionaler Bezugsrahmen für die Wahrnehmung und das Verständnis des Erlebens des/der Klient:in/Patient:in definiert. Die therapeutische Empathie zielt auf ein komplexes Verstehen der relevanten Prozesse ab, die eine Veränderung ermöglichen.

Schwere Störungen/psychotische Prozesse werden als Prototyp für einen tieferen und spezifischeren Ansatz zum Verstehen von Klient:innen/Patient:innen veranschaulicht. Es wird davon ausgegangen, dass für Menschen mit unterschiedlichen Leidensformen ein ähnlicher Ansatz für die Entwicklung eines störungsspezifischen empathischen Verständnisses hilfreich sein könnte, da wir mit dem derzeitigen Stand der Theorie, Forschung und Psychotherapiepraxis kaum zufrieden sein können.

Schlüsselwörter: Personzentrierte Psychotherapie, Entwicklungspsychologie, schwere psychische Beeinträchtigungen, empathisches Verstehen

Summary

A Theoretical Approach to Empathy

This article, based on our work with severely disturbed patients and on research findings in developmental psychology/psychopathology, tries to enlarge our understanding of empathy as a core concept in developmental psychology, developmental pathology, aetiology of disorders and psychotherapy. Deficits and deteriorating processes in early empathy development are considered to be decisive for the onset of severe disorders. Therapeutic empathy is defined as a pro-social emotional frame of reference for the awareness and the understanding of the client's/patient's experience. Therapeutic empathy aims at a complex understanding of processes that are relevant for change to occur.

Severe disorders/psychotic processes are exemplified as a prototype for a deeper and more specific approach of understanding clients/patients. It is assumed that for people suffering in different ways a similar approach of working out a disorder-specific empathic understanding might be helpful, because we can hardly be satisfied with the state of the art in theory, research and psychotherapeutic practice.

Key words: Person-centered psychotherapy, developmental psychology, severely disturbed persons, empathic understanding

<https://doi.org/10.24989/person.v29i1.2>

Ute Binder war Personzentrierte Psychotherapeutin, die gemeinsam mit ihrem Mann Johannes Binder in einer Gemeinschaftspraxis tätig war. Beide setzten sich über Jahrzehnte mit der Psychotherapie schwer beeinträchtigter Betroffener auseinander und vertraten dabei die Auffassung, dass bei diesen Personen in der Regel langfristige und intensive Psychotherapien erforderlich seien. 1981 erschien das gemeinsame Buch „Klientenzentrierte Psychotherapie bei schweren psychischen Störungen“ in der Fachbuchhandlung für Psychologie, Frankfurt. Ute Binder verstarb im Jahr 2010.

Dieser Artikel ist eine Rückübersetzung des Buchbeitrags „Binder, U. & Binder, J. (2001). A theoretical approach to empathy. In Haugh, S. & Merry, T.: *Rogers' therapeutic conditions. Evolution, theory and practice, Vol. 2*, Empathy. PCSS Books. Die Übersetzung in die englische Sprache und auch die Rückübersetzung ins Deutsche erfolgte durch Frau Elisabeth Zinschitz, da das deutschsprachige Manuskript aus 2001 verloren ging.

I. Vorwort

Zunächst werden wir einige Definitionen der Bedeutung und der Funktion von Empathie in einer mehr oder weniger theoretischen Diskussion abhandeln. Um zu einem spezifischen Verständnis von Empathie in Übereinstimmung mit dem personenzentrierten Ansatz gelangen zu können, müssen wir Empathie und ihre Entwicklung in intersubjektiven Situationen im Alltag sowie auch im Sinne einer therapeutischen Methode betrachten. Als möglicher Prototyp werden wir in der Folge die Idee einer auf Empathie basierenden Theorie des Verstehens sowie die praktischen Implikationen einer klientenzentrierten Behandlung von Menschen mit schweren Störungen veranschaulichen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass wir dabei die bedingungslose Wertschätzung, die Kongruenz, den Glauben an die Aktualisierungstendenz und die anderen von Rogers (1959) formulierten notwendigen Bedingungen außer Acht lassen sollten.

II. Die Bedeutung und Funktion der Empathie und ihre grundlegenden Implikationen für die klientenzentrierte Psychotherapie

1. *Es reicht nicht aus, Verständnis vorzutäuschen*

Um zu einem störungsspezifischen Verständnis zu gelangen – und das ist eine Voraussetzung für eine konstruktive therapeutische Arbeit – müssen wir die gegenwärtige Erlebensweise eines Menschen und ihre Auswirkungen auf dessen psychische Situation sowie auf die Entwicklung der Störung und die Person verstehen. Dafür sind Konzepte, Erkenntnisse und Forschungsergebnisse der Entwicklungspsychologie sowie der Entwicklungspathologie, die sich auf zentrale Aspekte konstruktiver oder eingeschränkter Entwicklungsbedingungen und -prozesse auf der zwischenmenschlichen Ebene beziehen, von wesentlicher Bedeutung für die klinische therapeutische Arbeit. Zu verstehen – im Sinne eines semantischen Verstehens –, was der/die Patient:in kommuniziert, ist der erste Schritt in einem äußerst komplexen interaktionellen Prozess. Wenn wir jedoch nicht über diesen ersten Schritt hinausgehen, wird unser empathisches Verständnis begrenzt bleiben. Wir haben noch einen weiten Weg vor uns, bis wir unsere Patient:innen in vielen Bereichen ihres Leidens ausreichend verstehen. Der medizinische Bereich ist nicht der einzige in dem es zahlreiche ungelöste Probleme gibt; gleiches gilt für die klientenzentrierte Theorie und Praxis.

2. *Es gibt keine egozentrische Phase im Leben eines Menschen*

Wenn wir uns den Beginn des Lebens eines Säuglings ansehen, dann gibt es unter anderem eine wichtige Vorbedingung. Damit wir uns artspezifisch entwickeln können, bedürfen wir zumindest einer rudimentären Fähigkeit zur alterszentrischen Partizipation (Bräten, 1998) und Nachahmung (Meltzoff & Moore, 1998).

Alterzentrische oder alterszentrierte Partizipation ist ein Fachbegriff für die Angewohnheit Neugeborener, Gesichtsausdrücke und Bewegungen aus der Position des Gegenübers zu beobachten. Indem der Säugling dies tut, entwickelt er ein emotionales Gedächtnis vor der Entstehung eines Selbst oder einer Selbstwahrnehmung.

„Diese emotionale Fähigkeit zur alterszentrischen Teilnahme entsteht vermutlich aus einem architektonisch begrenzten und emotional geförderten intersubjektiven Begleiterraum, der eine angeborene körperliche, Selbst-/virtuelle und andere Asymmetrie beinhaltet.“ (Bräten, 1998, p. 118).¹

Wenn wir von dieser Annahme ausgehen können, dann können wir jegliche Mutmaßungen über eine kindliche Egozentrität beiseiteschieben und wir müssten ebenfalls die Theorien über eine frühkindliche Symbiose überarbeiten. Eine alterszentrische Partizipation und ein emotionales Gedächtnis könnten die Voraussetzung für die spätere Entwicklung von Empathie und von wechselseitigen sozialen Interaktionen sein, und dies unterscheidet sich von der kognitiven Fähigkeit durch Nachdenken den Anderen zu verstehen.²

Alterszentrische Partizipation und Nachahmung bilden die Voraussetzungen für weitere Entwicklungsschritte. Dennoch können diese durch Handlungen der Bezugsperson angeregt oder abgeschwächt werden. In der späteren Kindheit sind zwischenmenschliche Aktivitäten, wie sekundäre Intersubjektivität (Bräten, 1998)³ und geteilte Aufmerksamkeit, die zu der Fähigkeit des Symbolisierens führen, menschliche Dispositionen. Die gesunde Entwicklung dieser Dispositionen hängt von der Anzahl der durch die Bezugsperson angebotenen Reize ab.

1 Übersetzt für diesen Artikel durch die Übersetzerin desselben. Die Seitenzahl bezieht sich auf das englische Original wie in der Literaturliste am Ende dieses Artikels angegeben.

2 Laut Bräten (1998) ist bei autistischen Kindern die Fähigkeit zu einem emotionalen Gedächtnis und einer alterszentrischen Partizipation beeinträchtigt.

3 Primäre Intersubjektivität bezieht sich auf die zwischenmenschliche Aktivität zwischen Bezugsperson und Kleinkind (Subjekt-Subjekt); sekundäre Intersubjektivität bezieht sich auf das gemeinsame Spiel und das Teilen des gemeinsamen Interesses für ein Objekt (Subjekt-Objekt-Subjekt).

Die moderne Entwicklungspsychologie und Entwicklungspathologie (Cicchetti & Carlson, 1989) betrachten die primäre und sekundäre Intersubjektivität (Bräten, 1989), die emotionale Selbstregulation (Bridges & Grolnick, 1995) sowie die Empathie als ausschlaggebend für eine normal funktionierende sozio-emotionale Entwicklung.

Die zwischenmenschlichen Aktivitäten des Kleinkindes sind entscheidend für die Entwicklung des Selbst (Hattie, 1992), des Selbstbewusstseins und der Wahrnehmung anderer und, über prä-empathische Formen, für die Entwicklung der Empathie (Binder, 1994a; Bischof-Köhler, 1989; Feshbach, 1990; Hoffman, 1990). Die Entwicklung der Empathie ist eng mit dem Phänomen der sozialen Wahrnehmung verbunden, d. h. der Fähigkeit entweder in der Wirklichkeit oder mittels Vorstellungskraft soziale (ausdrucks- oder situationsbezogene) Signale zu vermitteln, zu empfangen und nachzuzahlen.

Diese Fähigkeit wird sichtbar in unterschiedlichen Ausprägungen auf der inter-individuellen sowie auf der intra-individuellen Ebene. Anders ausgedrückt, trotz einer allgemeinen Fähigkeit zu empathischem Verstehen und Reagieren, verhalten und fühlen wir uns bereichsabhängig ziemlich unterschiedlich. Unsere Tendenz empathisch zu sein hängt von einer Reihe Bedingungen ab: der Eindeutigkeit der ausgesandten Signale, die Nähe der Beziehung, unserer Gemütsverfassung, unserer Interpretation des Zustandes unseres Mitmenschen, der Situation und unserer daraus resultierenden Motivation.

Zum Beispiel neigt ein/eine glückliche(r), gesunde(r) und liebende(r) Mutter oder Vater in einem Zustand der Kongruenz und des Selbstvertrauens viel eher dazu, empathisches Verständnis für das emotionale Bedürfnis seines/ihres Kindes nach Zuneigung zu haben als beim Anblick eines schwer leidenden, hässlich aussehenden Fremden, wenn er/sie sich selbst elend fühlt und schon zu spät für ein persönlich wichtigen Termin ist. Wie Batson und Oleson anführen (1991): „Empathie ist eine zerbrechliche Blume, die leicht durch Selbstbezogenheit zerquetscht werden kann“. (S.82)⁴ Empathie als eine angeborene menschliche Veranlagung ist eine Vorbedingung für Bindung und intersubjektive Bezogenheit, die prosoziales Handeln und Fühlen einschließt. In Hoffmans (2000) grundlegendem Werk über moralische Entwicklung ist Empathie die Kernbedingung. Batson und Oleson (1991) kommen zu der Schlussfolgerung, dass Empathie zumindest die häufigste, wenn nicht einzige Quelle von Altruismus sei. Wir können folgendes Zitat von Batson und Oleson vorläufig als eine schöne Bestätigung von Rogers (1961) positiver Sicht auf Menschen als grundlegend, konstruktiv und vertrauenswürdig betrachten:

„Wenn die Empathie-Altruismus-Hypothese zutrifft, dann erzeugt dies ein breites Spektrum an Konsequenzen ... Wir müssen dann unsere Sichtweise der menschlichen Natur und der menschlichen Fähigkeit zur Anteilnahme radikal überdenken. Zu behaupten, dass wir zur altruistischen Motivation fähig sind, bedeutet, dass uns das Wohlergehen anderer wichtig ist, und zwar um ihretwillen und nicht einfach nur um unseres eigenen willen.“ (Batson & Oleson, 1991, S. 81).

Wir gehen davon aus, dass es im Kontext der Entwicklung empathischer Strukturen autonome Prozesse in der sozialen Interaktion gibt, die von grundlegender Bedeutung für die Entfaltung und Weitergabe unserer komplexen Wertesysteme sind. Oatley und Jenkins (1996) schreiben:

„So wie die Empathie eine emotionale Grundlage für das Moralempfinden des Kindes anderen Kindern gegenüber bildet, kann emotionale Empathie für andere Menschen und Kulturen eine Basis für eine interkulturelle Moral werden. Gäbe es keine universellen Emotionen, dann gäbe es auch keine Grundlage für ein gemeinsames Handeln auf der Welt oder kein menschliches Mitgefühl für die Unterdrückten, keine Empörung gegenüber Tyrannei, keine Leidenschaft für Gerechtigkeit, keine Sorge um den Schutz oder das Teilen der in der Welt vorhandenen begrenzten Ressourcen.“ (S. 310)

3. *Kognitive versus emotionale/affektive Aspekte des sozialen Verstehens*

In Bezug auf Empathie und soziales Verstehen wird derzeit diskutiert, ob diese Fähigkeiten in erster Linie auf dem emotionalen/affektiven System beruhen oder ob sie als kognitive Funktionen zu verstehen sind.

Unserer Ansicht nach stimmt die lediglich kognitivistische Sichtweise nicht mit den beobachtbaren Konsequenzen von Defiziten, Störungen, Abweichungen und Variationen des empathischen Verständnisses sowohl beim Sender als auch beim Empfänger überein. Allerdings kann unser Ausgangspunkt, Empathie als eine Funktion des emotionalen/affektiven Bezugssystems zu definieren, auch nicht alle Dimensionen des sozialen Verstehens und Verständnisses erklären. Diese Phänomene, obwohl sie auf denselben ausdrucks- oder situationsbezogenen Anhaltspunkten basieren, erfüllen klarerweise motivationale Bedürfnisse, die als mehr oder weniger egoistisch beschrieben werden können, während Empathie auf eine prosoziale Motivation ausgerichtet ist. Deshalb halten wir es nicht nur für klug, sondern sogar für äußerst notwendig, für den personenzentrierten Ansatz die empirisch nachgewiesene (Bryant, 1990) und ausführlich erklärte (Binder, 1996a; Binder, 1996; Bischof-Köhler, 1989) Unterscheidung zwischen Empathie und kognitiver sozialer Perspektivenübernahme zu übernehmen.

Um es kurz zu halten, geben wir hier ein einfaches Beispiel: Wenn du zu einem See kommst und nicht sicher bist, ob du nur spazieren gehen oder gar schwimmen gehen magst, wirst

⁴ Siehe Fußnote 1.

du zunächst die Menschen im See beobachten. Du siehst dann eventuell ein paar junge, starke Burschen, die sich amüsieren, und ein paar andere, die ängstlich oder verunsichert aussehen und denen höllisch kalt ist. Wenn du ein empathisches Bezugssystem benutzt, dann suchst du Blickkontakt und schaut vielleicht abschätzend auf die Fröhlichen und mitfühlend auf die Frierenden – unabhängig davon was du selbst für dich entscheidest wirst.⁵ Wenn du sie alle beobachtest, um zu einer Entscheidung zu kommen, was du tun wirst, dann benutzt du das System der kognitiven sozialen Perspektivenübernahme und vermeidest Blickkontakt. Wenn du dich für mutig hältst, springst du einfach ins Wasser. Wenn du meinst, du seist schüchtern, wirst du so tun, als wärest du überhaupt nicht an einer Schwimmrunde interessiert, und einfach weggehen.

Ohne Empathie, empathische Kommunikation und Beziehung, gäbe es weder psychologisches Überleben noch Wachstum. Ebenso wichtig ist die kognitive soziale Perspektivenübernahme als eine instrumentelle Fähigkeit. Sie kann als Überlebensstrategie betrachtet werden, die dazu dient, unser Territorium und uns selbst zu verteidigen und in einer sozialen Umgebung zurechtzukommen, die nicht ganz frei von Gefahr für unser Leben ist. Normalerweise sind Menschen imstande angemessene Entscheidungen zu treffen, sich flexibel zu bewegen und zwischen diesen emotionalen und kognitiven Dimensionen des sozialen Verstehens zu unterscheiden. Kognitive soziale Perspektivenübernahme kann innerhalb der Beziehung neutral oder sogar negativ sein, während Empathie mit Akzeptanz und Kongruenz zusammenhängt.

4. *Vorrangstellung der affektiven emotionalen Wahrnehmungs-, Bewertungs- und Bewältigungssysteme*

Nach unserem Verständnis liegt die Ursache für psychische Störungen, und insbesondere die schweren, auf der affektiv-emotionalen Ebene. Affektive emotionale Störungen beeinträchtigen das Verständnis des/der Patienten/in, seine/ihre Fähigkeit, sich verständlich zu machen und in zwischenmenschlichen Begegnungen verstanden zu werden. Wir sind sicherlich nicht die einzigen, die meinen, dass die affektiv-emotionalen Wahrnehmungs-, Bewertungs- und Bewältigungssysteme den rational-kognitiven Systeme vorausgehen. Wir haben hier unter vielen Möglichkeiten drei Zitate ausgewählt. Das erste stammt von Mogel in Zusammenhang mit seiner empirischen Forschung zur Veränderung von Erlebensmustern bei Kindern:

Innerhalb der gesamten Regulation psychischer Prozesse und bezüglich der Struktur ihrer intra-individuellen Organisation, kommt Emotionen m.E. eine Schlüsselrolle zu, weil sie praktisch immer psychische und verhaltensmäßige Manifestationen und damit ein aufschlussreiches Bindeglied zwischen dem Innen und dem Außen sind (Mogel, 1990, S.41).

Da seit dem Entstehen des personenzentrierten Ansatzes viele Jahre vergangen sind, möchten wir hier eine kritische Anmerkung machen. Wir fragen uns, weshalb es nie gelungen ist, deutlich zu machen, dass der Ansatz die Verbindung zwischen dem ‚Innen‘ der Psychoanalyse und dem ‚Außen‘ der Verhaltenstherapie ist. Das nächste Zitat stammt aus einem Artikel über spontane affektive Kommunikation und Altruismus:

„Die Fähigkeit zu Altruismus und Kommunikation – hier im Sinne von Empathie gemeint –, hat eine affektive Grundlage und erfordert, wenn sie beeinträchtigt ist, einen affektiven Ansatz zur Wiederherstellung, der dem Rational-kognitiven sowohl in der Therapie bei Menschen als auch bei Tieren vorangeht.“ (Buck & Ginsburg, 1991, p. 160).

Ross Buck ist Psychologe und ein in der Kommunikationsforschung tätiger Wissenschaftler. Benson Ginsburg ist ebenfalls Psychologe sowie Biologe und Verhaltensforscher und außerdem Humangenetiker. Sie stellten die Hypothese auf, dass spontane affektive Kommunikation die notwendige Voraussetzung für die Entwicklung empathischer Emotionen und damit für affektive soziale Bindungen ist. Spontane affektive Kommunikation muss zuerst stattfinden und ist für die Fähigkeit kognitiven Lernens unabdingbar.

Das letzte Zitat kommt aus dem Bereich der neurologischen Forschung.

„Und auf jeder Ebene üben emotionale und motivationale Prozesse spezifische Kontrollen auf das kognitive Repräsentationssystem aus. Die biologische Perspektive zeigt, dass Emotionen nicht nur epiphänomenale, subjektive Produkte des psychischen Apparats sind. Sie sind tatsächlich die Motoren des Geistes.“ (Tucker et al., 1990, S. 164)

5. *Die frühkindliche Entwicklung und ihre Implikationen für die Psychotherapie*

Wenn wir uns die normale frühkindliche Entwicklung ansehen, finden wir gemeinsame Merkmale für die Mutter-Kind Interaktion in allen Kulturen – Merkmale, die deutlich mit dem übereinstimmen, was Proust (1994) ‚psychologischen Kontakt‘ nennt. Dabei handelt es sich um eine Art empathisches Verstehen, das darauf abzielt, emotionalen Kontakt herzustellen.

Die Empathie der primären Bezugsperson ist von großer Bedeutung in der Entwicklung des Selbst, des Selbstkonzepts, der Bindungsfähigkeit, des sozialen Verstehens, der Kontrolle über die Umgebung und der emotionalen Selbstregulation. Aus

⁵ Laut Bavelas et al. (1990), ist Empathie, sogar in ihrer primitiven Form der Bewegungsnachahmung (motor-mimicry) im Grunde kommunikativ.

Forschungsergebnissen der Entwicklungspathologie wissen wir, dass das Ausmaß erfolgreicher empathischer Prozesse sowohl von der empathischen Fähigkeit der Bezugsperson als auch der des Kindes abhängt. Es scheint, dass bei manchen Kindern deren Mütter ebensolche Schwierigkeiten haben, empathisch zu sein wie wir als Therapeut:innen bei manchen Patient:innen (Kasari & Sigman, 1996). In Bezug auf den therapeutischen Prozess führt eine Beeinträchtigung auf der affektiv-emotionalen Ebene der Intersubjektivität zu einer Situation, in der die Patient:innen manchmal Schwierigkeiten haben, sich der konstruktiven Beziehungskonditionen bewusst zu sein, und die Therapeut:innen es schwer finden, diese anzubieten. Darüber hinaus ist der/die Patient:in dermaßen auf die Beziehung konzentriert, dass es dem therapeutischen Prozess eher die Energie entzieht, als dass dieser eine solche erzeugt. Solange ich kein angemessenes emotionales Bezugssystem für soziale Wahrnehmungen habe, d. h. solange ich nicht weiß, ob jemand Freund oder Feind ist, solange bin ich nicht imstande, eine emotionale Einschätzung zu machen und bleibe unsicher, wie ich mich in der Beziehung zu verhalten habe. Solange ich unsicher darüber bin, was ich erlebe, weiß ich auch nicht, welche Möglichkeiten ich habe, um meine Beziehung und meine Kommunikationsweise zu regulieren und zu gestalten. Das bedeutet, dass es weder ein Zeichen einer Krankheit noch typisch für eine schwere Störung ist, wenn ein Mensch vorerst daran interessiert ist herauszufinden, ob er oder sie der Beziehung vertrauen kann oder nicht.

Aufgrund der zentralen Überzeugungen in der humanistischen therapeutischen Richtung über Entwicklung, Wachstum und psychologische Gesundheit und über die Fehlfunktion und Stagnierung, ist empathisches Verstehen Teil des affektiv-emotionalen Bezugssystems im Allgemeinen sowie in der therapeutischen Situation. Das bedeutet, dass das Primat der affektiv-emotionalen Wahrnehmungs-, Bewertungs- und Bewältigungssysteme als ein zusätzliches Axiom wichtige Konsequenzen und Auswirkungen für die Theorie, für die Forschung und für die praktischen therapeutischen Behandlungsmethoden hat. Empathie ist im personenzentrierten Ansatz weder lediglich ein Aspekt des Aufbaus einer positiven therapeutischen Beziehung – alle therapeutischen Methoden stellen den Anspruch, dass sie sie dafür anwenden – noch ist sie eine Schatulle empathischer Intuition oder Gegenübertragung, wo du Informationen zum Zwecke analytischer Interpretation zu einem angemessenen Zeitpunkt einlagern kannst. Da die Empathie untrennbar mit den anderen von Rogers formulierten notwendigen Bedingungen und dem Prinzip der Aktualisierungstendenz und der

formativen Tendenz des Organismus⁶ verbunden ist, kann es als die Methode selbst betrachtet werden.

Wir können den personenzentrierten Ansatz als psychologischen Kontakt definieren, der auf emotionale Bezogenheit abzielt und als solcher ist dieser in Prinzip im motivierend-prosozialem empathischen Verstehen und dessen Kommunikation begründet, entweder über verbale oder andere Mittel.

6. *Ein neues Verständnis therapeutischer Empathie*

Im Nachfolgenden werden wir Gedanken über die Empathie als ein komplexes Bezugssystem sowie über die therapeutischen Implikationen anbieten.

Aus dem, was oben beschrieben wurde ist klar geworden, dass wir eine präzisere, differenziertere und weniger restriktive Definition von Empathie als ein zentrales therapeutisches Mittel konstruieren müssen, die mit den therapeutischen, klinischen Erfahrungen und dem Status der Forschung übereinstimmen sollte. Dies erscheint auf einer theoretischen und praktischen Ebene wichtig zu sein, um zu einer besseren Beschreibung und Erklärung eines zentralen Phänomens in der Psychotherapie zu gelangen. Wir möchten hier eine solche Definition anbieten, die Rogers (1959) ursprünglichen Gedanken umfasst und ebenfalls mit der kontinuierlichen Entwicklung der therapeutischen Praxis und Forschung, die Forschungsergebnisse in der Entwicklungspsychologie und Entwicklungspathologie inkludierend, übereinstimmt. Das sollte es möglich machen, die hervorstechende Stellung der personenzentrierten Psychotherapie umfassender, spezifischer und mit einer klinischen Orientierung zu beschreiben.

Empathie in einem psychotherapeutischen Sinne

Wir definieren Empathie (d. h. empathische Prozesse, empathisches Verstehen und die Kommunikation dieser Empathie) als ein prosoziales affektiv-emotionales Bezugssystem für das Wahrnehmen und das Verstehen des Erlebens des/der Klient:in/Patient:in. Dies schließt seine/ihre phänomenale Welt (das Erleben), deren Inhalte und Bereiche, deren Bedeutungen, deren Funktionen, deren Struktur, deren Dynamiken, deren Entwicklung mit ein. Implizit umfasst die Definition ebenfalls die Konditionen, die für das therapeutische Prozedere und für Veränderung relevant sind (Binder & Binder, 1998).

Dies hat Konsequenzen für das therapeutische Konzept der Empathie, von denen wir einige hier auflisten möchten.

⁶ Buck und Ginsburg (1991) stellten die Hypothese eines spontanen kommunikativen Gens auf, das intra- und inter-individuell in allen lebenden Organismen aktiv ist.

Emotional affektive Systeme entwickeln und verändern sich während unseres gesamten Lebens, und zwar abhängig von unseren sozialen Erfahrungen und den impliziten und expliziten Lernprozessen. Sie werden immer komplexer, differenzierter, mehr bereichsspezifisch und mehr verfügbar. Die emotional affektiven Bezugssysteme assimilieren kognitives Material in ihrer Struktur, ohne selbst zu kognitiven Systemen zu werden. Deshalb muss die situationsspezifische Aktivierung des empathischen Bezugssystems im therapeutischen Prozess nicht über das kognitive System stattfinden. Die empathische Reaktion ist unmittelbar und direkt. Der Grund dafür liegt in der Tatsache, dass das empathische Bezugssystem so eingerichtet ist, dass es auf unterschiedliche Bedürfnisse reagieren kann. Es ist sehr komplex und hoch differenziert. In der Arbeit mit Patient:innen mit verschiedenen Störungen, muss der/die Therapeut:in nicht immer sein/ihr gesamtes Wissen anwenden, um verstehen oder handeln zu können. Das rezeptive System des oder der Therapeuten/in ist in einer solchen Weise strukturiert, dass er oder sie sofort intensiv und emotional auf empathische Weise und auf verschiedenen Ebenen versteht, was der/die Klient:in ihnen versucht zu vermitteln: Das ist vergleichbar mit der Tatsache, dass in den meisten verbalen Kommunikationen die grammatikalische Struktur nicht repräsentiert sein muss. Die Sprache der Störung kann therapeutisch verstanden werden, sobald die Struktur der Störung für das empathische Bezugssystem zugänglich geworden ist.

Emotional affektive Systeme gehören zu den Bereichen, die der emotionalen Selbstregulation zugänglich sind. In der therapeutischen Situation ist es die Aufgabe des oder der Therapeuten/in Selbstregulation zu benutzen, um sich selbst nicht diffusen empathischen Aufregungszuständen bloßzustellen und um mit Empathie in einer für die Patient:innen und ihren Problemen angemessenen Weise zu arbeiten. Emotional affektive Bezugssysteme schließen immer eine motivationale Regulierung und Handlungsimpulse mit ein.

Empathisches Verstehen und dessen Vermittlung in einer Art und Weise, die den oder die Patient:in emotional erreicht, ist – in Übereinstimmung mit unserem Glauben an den personenzentrierten Ansatz – ein prosoziales Bemühen, dem Patient:in dabei zu helfen, innerhalb eines gegebenen Lebenskontextes sich zu verändern und zu wachsen auf eine Weise, wie es der/die Patient:in im psychotherapeutischen Setting braucht und verlangt.

III. Empathie und die Behandlung schwerer Störungen und psychotischer Seinsweisen

1. Vorbemerkungen

Über Jahrhunderte hinweg und in der ganzen Welt sehen wir zahlreiche Versuche, schwere psychologische Störungen und psychotische Zustände zu erklären. Neben Bemühungen, Symptome ersten und zweiten Ranges zu katalogisieren und charakterisieren, gibt es religiöse und philosophische Interpretationen, genetische oder andere biologische Definitionen, entwicklungspsychologische Erklärungen sowie Versuche, sie phänomenologisch zu verstehen. In all diesen widersprüchlichen Diskussionen gibt es noch immer keinen deutlichen Sieger.

Aber wie verwirrend der Zustand eines Individuums sein mag, gibt es da noch immer einen Menschen mit einer Aktualisierungstendenz und dem Wunsch emotional mit anderen Menschen verbunden zu sein und von ihnen erreicht zu werden (Prouty, 1998).

Wir (Binder & Binder, 1994; Binder, 1994b) haben die Defizite und Störungen psychotischer Menschen ausführlich beschrieben, z. B. das Nähe-Distanz Problem, das Problem der Dominanz und der Machtlosigkeit sowie der Defizite in der hierarchischen Strukturierung. Wir haben immer versucht, einen phänomenologischen Ansatz zu finden, der unser empathisches Verstehen innerhalb einer von Akzeptanz geprägten Beziehung verstärkt, ein Verstehen, das dem/der Patient:in hilft, Stabilität und Wachstum zu erlangen.

Wir beginnen erst zu verstehen, woran es in der sozial-emotionalen Entwicklung jener von unseren Patient:innen, die als Erwachsene an schweren Störungen leiden, gefehlt hat. Dasselbe ist gültig für das Wie, das Warum und den Kontext, innerhalb dessen etwas gefehlt hat. Wir wissen wohl, dass diese Probleme in sozial-emotionalen Störungen begründet liegen, die – in der Folge – zu Problemen in den kognitiven Bereichen führen können (Hobson, 1998). Trotz der Tatsache, dass die positiven Ergebnisse der klientenzentrierten therapeutischen Arbeit alles andere als großartig oder gar ausreichend sind, glauben wir daran, dass dieser Ansatz im Vergleich zu anderen therapeutischen Richtungen, sofern uns bekannt ist, am ehesten vielversprechend ist, wenn wir weiterhin daran arbeiten, diese Menschen zu verstehen.⁷

⁷ Rogers (1959, p. 251) meinte: „Eine größere Menge an Erfahrung mit psychotisch eingestuften Menschen und die Überprüfung einer Vielzahl an theoretischen Hypothesen in der therapeutischen Arbeit mit dieser Gruppe und in der Forschung mit psychotischen Menschen als Probanden würden unser systemisches Denken auf einem Gebiet abrunden und bereichern, wo es derzeit unzureichend ist. Es würde die Art von extremer Realitätsüberprüfung liefern, die bei der Bestätigung,

Wir werden nun die folgenden drei zentralen Defizite bei schweren psychischen Störungen betrachten:

- eine relativ schwache emotionale Selbstregulation;
- ein Vorherrschen präempathischer Formen, was zu einer Anfälligkeit für eine oft überwältigende und diffus emotionale Ansteckung führt;
- eine gewisse Unfähigkeit, angemessene Entscheidungen zu treffen, sich flexibel zu bewegen und zwischen den emotionalen und kognitiven Dimensionen des sozialen Verständnisses zu unterscheiden.

Diese Defizite führen zu einer permanenten Ambivalenz zwischen einer Tendenz zum sozialen Rückzug bis hin zur völligen Unerreichbarkeit und einer überwältigenden Sehnsucht nach einem emotionalen, zwischenmenschlichen Kontakt, die angstfrei ist.

2. Defizite in der emotionalen Selbstregulation

Nun werden wir einige typische Beispiele der Entwicklung in der Mutter-Kind-Interaktion geben, die wesentlich sind, um die Entwicklung der emotionalen Selbstregulation zu verstehen. Die primäre Bezugsperson imitiert, verbindet, stimuliert und beruhigt das Kind. In der reinen Imitationsphase tritt das Gesicht der Mutter, das beobachtet und reflektiert etwas in den Hintergrund, die Phase der emotionalen Interaktion (Verbindung) wird durch intensiveren Augenkontakt eingeleitet, während das Gesicht näherkommt (Stimulation). Wenn die Mutter das Kind tröstet und beruhigt, kommt es zu einer Reduzierung des Augenkontakts zugunsten eines umfangreichen Hautkontakts. Während also das Sicherheits- und Bindungsgefühl des Kindes aufrecht erhalten bleibt, verstärkt sich sein Selbstbezug, d. h. die Aufmerksamkeit, die nicht auf die soziale Interaktion abzielt.

Zum besseren Verständnis haben wir hier einige Formen frühemotionaler Selbstregulation aufgelistet.

Frühe Formen von Selbstregulation

Verhalten des Kleinkindes	Funktion innerhalb der Selbstregulation
Wegdrehen des Kopfes	Kompetenz zur Aufmerksamkeitsregulation
Saug-, Schaukelbewegungen etc.	Intensivierung der Selbstreferenz
Rhythmen und magische Rituale	Strukturierung, das Erlangen von Kontrollgewinn, das Gewinnen von Vertrautheit
Kleinkindlicher Monolog	Wahrung der Intersubjektivität
Rollenspiel und Dialog	Polarisierung, Prägnanz, Kompetenz zur Wahrung der Ambivalenz ohne Integration

Die Funktionen erhalten den Prozess, den Charakter, die Struktur und die Kompetenz und ermöglichen dem Kleinkind, durch konkrete Handlungen die Kontrolle zu behalten. Initiieren, Steigern, Ausagieren und Unterbrechen werden durch die Motivation des Kindes selbst gesteuert.

Wir erachten alle Formen der Selbstregulation als sehr wichtig für das Erleben von Kompetenz in der Regulation des Selbst und der Umwelt des Kindes. Als solche sind sie entscheidend für die Bildung von Bezugssystemen hinsichtlich dessen, was sowohl auf der Ebene des Umgangs mit Objekten als auch auf der Ebene der Beziehungen zu erwarten ist.⁸ Frühe Versuche emotionaler Selbstregulation können wir beispielsweise im Verhalten des Kleinkindes in vielfältiger Weise beobachten: wenn das Kind bei zu intensiver Stimulation den Kopf periodisch wegdreht, wenn das Kind sich selbst z. B. durch das Saugen an Objekten oder durch Schaukelbewegungen beruhigt. Später können wir Aspekte emotionaler Selbstregulation in kindlichen Monologen, in Rollenspielen und in Strategien beobachten, die dazu dienen, das Kind abzulenken oder emotionale Belastungen zu verleugnen, die anders nicht bewältigt werden können. Mit zunehmender Reife werden schließlich dieselben Strategien emotionaler Selbstregulation differenzierter, flexibler und weitgehend unsichtbar und ohne konkretes Ausagieren eingesetzt.

Viele verwirrende Symptome psychotischer Patient:innen entsprechen genau dem Muster emotionaler Selbstregulation der frühen Kindheit: z. B. fortwährende Vermeidung von Augenkontakt, Schaukelbewegungen, innere Monologe und

Änderung oder Widerlegung eines theoretischen Systems äußerst hilfreich ist. Es scheint, als gäbe es für eine solche Entwicklung keinerlei Hindernisse außer praktischen.“ (Übersetzung von der Übersetzerin dieses Artikels)

8 Bei Kleinkindern im Alter von zwei Jahren kann man die Gewohnheit beobachten, zielgerichtet zu spielen, schlimm zu sein und mit Freude auf Schimpfe zu reagieren (Dunn, 1988). Die Freude ist die erfahrene Kompetenz zu wissen, was passieren wird, und die Tatsache, dass es sich bewahrheitet.

Dialoge, unverständliche, stereotype Sätze, die nicht in den Kontext passen. In einer Welt, in der die emotional-affektiven Erfahrungen verloren gegangen sind, passen kognitive Interpretationsversuche oft nicht in das allgemein aufrechterhaltene Realitätssystem. Wo unser Einfluss in Beziehungen und sozialen Situationen sowie bei der Bewältigung von Anforderungen des täglichen Lebens begrenzt ist, wird es verständlich, dass Veränderung als bedrohlich erlebt wird. Wiederholte Handlungen, stereotypes Verhalten und Rituale dienen dazu, sich hinsichtlich der Vertrauenswürdigkeit einfacher Ursache-Wirkungs-Regeln sicher und kompetent zu fühlen. Dinge immer wieder auf die gleiche Weise geschehen zu lassen, hilft dabei zu erleben, dass man über eine Kontrollfähigkeit verfügt.

Eine Patientin sagt beispielsweise, wenn sie angespannt wirkt, in regelmäßigen Abständen, ohne irgendeinen Zusammenhang und mit kindlicher Stimme: „Meine kleine Katze ist sooo süß.“ Macht sie dies in ihrer normalen Umgebung oder in der Klinik, dann reagieren ihre Familie oder das Personal gereizt oder sogar aggressiv darauf. Dies verursacht bei der Patientin Verwirrung und Angst und kann sogar zu unkontrollierten aggressiven Ausbrüchen führen. Es rief jedoch immer eine positive Reaktion hervor, wenn ich (U.B.) mich freundlich einschaltete und wir einige Zeit mit scheinbar oberflächlichen Dialogen über süße kleine Tiere und ähnliche beruhigende Themen verbrachten. Oft reagiere ich auf eine Weise, die mein empathisches Verständnis für ihren gegenwärtigen Zustand fast ‚aufzeigt‘. Dies gelingt mit Bemerkungen wie: „Wenn es dir gar nicht gut geht, hilft es dir manchmal, über schöne Dinge zu reden und nachzudenken, die du sehr gern hast.“ So zeige ich, ich verstehe und akzeptiere, wie sie damit umgeht, wenn sie sich schrecklich fühlt.

Andere Beispiele für eine mangelhafte emotionale Selbstregulation sind die oft zwanghaften Bemühungen der Patient:innen, ihre Stimmung durch künstlich positives Denken in eine andere Richtung zu lenken. Eine Patientin zum Beispiel, wenn sie sich einsam fühlt, denkt so eifrig an ihre ‚liebste Oma‘, dass es sie regelmäßig dazu bringt zu denken: „Scheißoma, ich wünschte, du würdest sterben.“ Hier können wir eine Strategie beobachten, die von Kindern unter sehr deprimierenden, unveränderlichen Umständen wie einem Krankenhausaufenthalt oder einem schweren Leiden angewendet werden. Sie berichten, dass sie positive Vorstellungen verwenden, um mit der Situation fertig zu werden (Harris, 1991).

Diese oft höchst konstruktive Methoden verfehlen ihren Zweck, wenn sie wie im Fall der oben erwähnten Patientin ritualisiert eingesetzt werden. Ihre obsessiven Bemühungen, beruhigende Sätze zu produzieren, die vor langer Zeit in ihrer Kindheit funktionierten, jetzt aber völlig aus dem Kontext ihres gegenwärtigen Zustandes gerissen sind, können ihre depressive

Stimmung nicht ins Gegenteil verkehren. Im Gegenteil, der unzureichende Versuch verändert den emotionalen Inhalt ihres Gedankens (liebste Oma) ins Gegenteil (verdammte Oma). Es war uns immer wichtig (Binder & Binder, 1994), die Tatsache zu betonen, dass selbst die seltsamsten psychotischen Gefühls- und Denkweisen nicht außerhalb der Grenzen unserer Verständnisfähigkeit liegen, und hier ist ein kurzes Beispiel, das vielen von uns vertraut ist. Wenn Sie im Krankenhaus sind und eine Mahlzeit bekommen, die Ihnen überhaupt nicht schmeckt, ist die beste Einstellung in dieser Situation: „Na ja, ich mag es zwar nicht, aber ich kann es essen“. Aber wenn Sie versuchen, sich selbst davon zu überzeugen, dass es köstlich ist, wird dies zu einer Abneigung führen, die an Ekel grenzt.

Im obenerwähnten Fall war es hilfreich, dem Patienten Verständnis für die beängstigenden psychotischen Gedanken zu vermitteln. Es gelang uns nicht, sie vollständig zu stoppen, aber da sie dann eine andere Bedeutung hatten, nahmen sie nicht nur ab, sondern verloren sogar ihre bedrohliche Wirkung. Wenn wir solche Verhaltensmuster als primitive Formen der emotionalen Selbstregulation verstehen, können wir sie ohne Verwirrung auf konstruktive Weise nutzen. Wir können auf einer empathischen Ebene verstehen, dass sich unsere Patient:innen in diesen Momenten in einem Geisteszustand befinden, in dem sie dringend einiger Bewältigungsstrategien bedürfen, die ihnen dabei helfen, zu einer emotionalen Selbstregulation fähig zu werden.

3. Die Prävalenz präempathischer Formen

Zunächst ein paar Worte zur normalen Entwicklung von Empathie. Die empathische Fähigkeit des Kindes entwickelt sich über präempathische Formen wie emotionale Ansteckung und emotionale Übernahme. Diese präempathischen Formen treten automatisch und unmittelbar auf. Sie erfordern keine bewusste Absicht, sondern lediglich eine Reaktion auf Emotionen. Zum besseren Verständnis folgen die Definitionen einiger wichtiger Begriffe:

- *Emotionale Ansteckung* wird dann erlebt, wenn ein von einer Person auf eine andere Person übertragenes Gefühl sich so anfühlt, als wäre es das eigene. Während dieses Gefühl erlebt wird, ist nicht unbedingt klar, dass eine Person die andere durch ihre Ausdrucksweise ‚angesteckt‘ hat.⁹

⁹ Eine weitere Vorform des sozialen Verstehens, die wir in diesem Artikel nicht behandeln werden, ist die ‚situative Perspektiveninduktion‘. Andere wichtige Emotionen, die mit der Empathie in Zusammenhang stehen, aber nicht Thema dieses Artikels sind, sind:

1. ‚persönliche Not‘ – eine Reaktion, die auftritt, wenn man sich der Gefühle einer anderen Person bewusst wird und diese Gefühle ein solches Unbehagen in einem selbst hervorrufen, dass es umso

- *Emotionale Übernahme* wird erlebt, wenn das durch Ansteckung übertragene Gefühl eindeutig als nicht das eigene erkannt wird, obwohl die Quelle nicht unbedingt klar ist. Die Person ist nicht unbedingt in der Lage, es zu kontrollieren und zu klassifizieren oder in einen empathischen Prozess umzuwandeln (Binder, 1994a).

Kommen wir nun zum störungsspezifischen Problem der Prävalenz präempathischer Formen.

Empathie erfordert die Fähigkeit, zwischen sich selbst und anderen zu unterscheiden (Bischof-Köhler, 1989). An diesem Entwicklungspunkt der Differenzierung tritt Empathie mit voller Intensität im Kontext der Erfahrungswelt des Kindes auf. Normalerweise nimmt die globale, intensive empathische Erregbarkeit im Laufe der Entwicklung zugunsten bereichsspezifischer, situationsspezifischer und beziehungspezifischer empathischer Prozesse ab. Wenn Empathie entwickelt wird, können die präempathischen Formen der Erregung und Ansteckung entweder durch empathische Prozesse oder durch Beiseiteschieben, Abstumpfen und Vermeiden in Differenzierung und Bewältigung umgewandelt werden.¹⁰ Die präempathischen Formen bleiben als mögliche Reaktionsweisen das ganze Leben lang erhalten. Im besten Fall werden sie als notwendiger Bestandteil des empathischen Prozesses integriert; im schlimmsten Fall bleiben sie erhalten, ohne integriert zu werden.

Ein typisches Beispiel für die Übernahme von Emotionen ist die folgende Geschichte einer Patientin:

„Gestern war ich gut gelaunt, als ich zu einem gemütlichen Beisammensein ging, und da saß ich wieder neben dieser dummen Anita. Plötzlich war meine gute Laune weg, und ich fühlte mich sehr ängstlich und sehr schlecht, obwohl es für mich keinen Grund gab. Ich weiß genau, dass es nichts mit mir zu tun hatte und dass Anita mir das antut. Ich habe ihr nie etwas getan und ich weiß wirklich nicht, warum sie mich nicht mag und mir schlechte Gefühle sendet.“

Um die emotionale Ansteckung zu illustrieren, geben wir Ihnen ein Beispiel einer Szene, die sich auf einer psychiatrischen Station in China abspielte, wo ich (U.B.) einige Zeit zu Gast war.

wichtiger wird, Bewältigungsstrategien für das eigene Wohl zu entwickeln (siehe Batson & Oleson, 1991).

2. ‚Empathische Wut‘ – eine Aggression, die sich gegen die ein unangenehmes Gefühl hervorrufende Person richtet, wobei die wütende Person gleichzeitig Mitgefühl für diesen Menschen hat. In vielen Fällen können Schuldgefühle als eine empathische Wut auf sich selbst verstanden werden, d. h. als Derivate des Bezugssystems, der Empathie ist (siehe Hoffman, 1990).

¹⁰ Der deutsche Psychiater Janzarik (1959) hat die Theorie, dass psychotischen Menschen die Fähigkeit fehlt, gezielt zwischen Vordergrund- und Hintergrundwahrnehmung und Konzentration zu wechseln, ausführlich ausgearbeitet. Die von ihm verwendeten Fachbegriffe sind „Aktualisierungsdefizite“ und „Desaktualisierung“.

Eine neue Patientin gerät in einen erregten Zustand, voller Wut und Angst, weil die Tür geschlossen ist. Sie schreit, schimpft, schlägt mit den Fäusten gegen die Tür und tritt nach außen mit ihren Füßen. Zwei Krankenpfleger:innen und eine weitere Patientin kümmern sich um sie. Die anderen Patient:innen und Pfleger:innen bleiben zunächst im Aufenthaltsraum zurück, manche neugierig, manche ängstlich und angespannt, manche – zumindest scheint es so – uninteressiert. Das dramatische Geschehen an der Tür ist jedoch für alle sichtbar und hörbar. Ein Patient springt auf und beginnt, über die Kriege in der Welt, über Mord und Gewalt unter Menschen usw. zu dozieren. Eine Pflegerin weist ihn streng zurecht und sagt ihm, er solle den Mund halten und mit diesem Unsinn aufhören, denn niemand wolle das hören. Der Patient nimmt eine militärische Haltung ein und schreit: „China ist stark, ich habe keine Angst.“ Der Pfleger packt ihn grob am Arm und führt ihn mit Gewalt in sein Zimmer. So viel zu der Szene.

Weder der Patient selbst noch sonst jemand verstand, dass es sich um einen Fall emotionaler Ansteckung handelte. Daher wurde seine Symbolisierung der emotionalen Atmosphäre als schizophrener Unsinn missverstanden, ebenso wie seine darauffolgenden Bemühungen um emotionale Selbstregulation und Bewältigung seiner Angst. Aus dem Kontext der Situation ist für uns völlig klar, dass die ziemlich übertriebene, harte Reaktion des Betreuers ebenfalls Aspekte emotionaler Ansteckung zeigte, aber der Patient hatte das bestimmt nicht verstanden. Was der Patient erlebte, war eine plötzliche gegen ihn gerichtete Aggression, die ihn schließlich völlig verwirrte.

4. *Die Unfähigkeit flexibel zwischen emotionalen und kognitiven Dimensionen des sozialen Verständnisses zu wechseln*

Mehr oder weniger parallel zur Entwicklung der Empathie, wenn auch deutlich davon abgegrenzt und unter anderen Entwicklungsbedingungen (Bryant, 1990), erfolgt die Entwicklung der Fähigkeit zur kognitiven sozialen Perspektivenübernahme, ebenfalls über Vorformen. Wir haben diese beiden zentralen Dimensionen des sozialen Verstehens bereits erwähnt und werden nun näher auf sie eingehen und dann den Unterschied zwischen ihnen verdeutlichen.

In der modernen Fachliteratur wird Empathie als wesentlich für artspezifische und arterhaltende Fähigkeiten im Dienste des sozialen Zusammenhalts (Bischof-Köhler, 1989) angesehen. Empathie entsteht nicht zufällig. Sie entsteht vielmehr im Kontext eines sozialen Bezugssystems, der anhand der Dimensionen bekannt-unbekannt, Freund-Feind, Klarheit-Verwirrung strukturiert ist. In ihrer ursprünglichen Natur ist Empathie kommunikativ. Empathische Prozesse führen sowohl

beim Sender als auch beim Empfänger zu einem gesteigerten Wohlbefinden und Selbstwertgefühl, zu einer optimistischeren Weltsicht und zu einem stärkeren persönlichen Kontakt und Vertrauen. Empathie ist ein emotionaler Prozess, der wahrhaft erlebt werden muss. Sie erfordert ein hohes Maß an Intensität. Sie kann auch emotional überfordernd werden und zu aver-siven Reaktionen führen, wenn die Erregung zu stark ist und keine angemessene Differenzierung erzielt werden kann, d. h. wenn die Ansteckung überwiegt. Diese Phänomene werden als persönliche Notreaktionen bezeichnet und müssen klar von der reifen Empathie unterschieden werden.

Kognitive soziale Perspektivenübernahme ist eine mehr oder weniger rationale Fähigkeit, sich in die Lage einer anderen Person zu versetzen. Es handelt sich um eine instrumentelle Fähigkeit, die auf objektive Klassifizierung und Bewertung ausgerichtet ist. Sie befähigt den Menschen zur sozialen Kontrolle und zur Kontrolle seiner Umgebung, verringert seine Ängste und erleichtert die Vorausplanung eines bestimmten Verhaltens. Die Tendenz, ein solches mehr oder weniger rationales, interpretierendes, vorausschauendes Verständnis der Motive einer anderen Person zu entwickeln, nimmt in zwischenmenschlichen Begegnungen zu, in denen Wettbewerbsambitionen und Durchsetzungsvermögen vorwiegen. Darüber hinaus tritt sie sehr stark unter Bedingungen auf, die von Angst, Unsicherheit, Minderwertigkeit, Verwirrung, Hilflosigkeit, Abhängigkeit und Schwäche geprägt sind, d. h. in Fällen von allgemein geringem Vertrauen in sich selbst und in andere. Wie die Empathie impliziert kognitive soziale Perspektivenübernahme eine Reaktionsfähigkeit in Bezug auf Signale und Grenzen wie die Unterscheidung zwischen Ich und Anderen, basiert jedoch auf einer anderen Motivation und findet auf einer kognitiven Ebene statt. In der Realität werden die beiden Dimensionen der Empathie und der kognitiven sozialen Perspektivenübernahme normalerweise nicht getrennt dargestellt, da wir normalerweise sehr schnell und flexibel von einer Dimension in die andere wechseln. Sie können sich ergänzen oder ersetzen. Es scheint genau dieses angemessene Schwanken zwischen emotionaleren und kognitiveren Verständnisweisen zu sein, das kongruentes mentales Funktionieren, flexible Selbstregulation und Kontrolle der Umgebung in zwischenmenschlichen Beziehungen ausmachen.

Ein häufiges Problem, das typisch für psychotische Menschen ist, liegt darin, dass diese Patient:innen oft nicht in der Lage sind, eine angemessene problem- oder situationsspezifische Wahl bezüglich der Aktivierung dieser beiden Dimensionen des sozialen Verständnisses zu treffen (Binder, 1998). Wie oben erwähnt, ist es überhaupt nicht überraschend, dass wir zuerst die Natur der Beziehung verstehen und uns darauf konzentrieren müssen, die Beziehung zu hinterfragen, bis wir zu einer angemessenen Lösung kommen. Das Einzige, das für

psychotische Prozesse typisch ist, ist die Tatsache, dass für psychotische Patient:innen diese Entscheidung so schwierig und so fragil ist, dass er oder sie die Beziehung immer wieder in Frage stellt. Dies geschieht oft auf einer existenziellen Ebene und betrifft global – wie in der Kindheit – die ganze Person, entweder auf destruktive oder auf hilfreiche Weise.

Ihre Fähigkeit, bereichs-, situations- und beziehungs-spezifisch von der Dimension des empathischen Verstehens zur Dimension der kognitiven sozialen Perspektivenübernahme zu wechseln, ist beeinträchtigt. Die Ambivalenz zwischen ihrem Nähe-Bedürfnis und ihrem Misstrauen führt in dieser Beziehung bei beiden Partnern zu einer verwirrenden intersubjektiven Situation.

Das verzweifelte Bedürfnis des oder der Patienten/in nach empathischer Verbundenheit einerseits sowie andererseits das ebenso dringende Interesse an einem Rückzug zum Zwecke des Selbstschutzes und an einer kognitiven sozialen Perspektivenübernahme führen zu irritierenden widersprüchlichen Gesichtsausdrücken, die oft nicht mit der verbalen Kommunikation übereinstimmen, und umgekehrt. Im Alltag gerät das Gegenüber durcheinander und reagiert inkongruent, verschlossen oder verwirrend. Diese Reaktion führt beim Patienten wahrscheinlich zu kognitiven Interpretationen, die in die Irre gehen. Der/die Therapeut:in, vorausgesetzt er oder sie ist in der Lage, auf seiner/ihrer empathischen Spur zu bleiben, lädt den oder die Patienten/in ein, sich emotional zu öffnen und macht so den oder die Patienten/in sich seiner sozialen Bedürfnisse und deren Dringlichkeit bewusst. Obwohl der/die Patient:in das empathische Verständnis und die Akzeptanz des oder der Therapeuten/in bis zu einem gewissen Grad erleben kann, ist er oder sie meist nicht dazu fähig, die Tendenz zur kognitiven sozialen Perspektivenübernahme in angemessener Weise beiseitezuschieben. Eine Folge dessen ist die Interpretation aller Signale des anderen als wären sie alle bewusst abgegebene, relevante Beziehungsbotschaften.

5. *Zusammenfassung der Folgen dieser zentralen Defizite für Menschen mit schweren Störungen*

Das reduzierte Repertoire an Selbstregulationsstrategien führt häufig zu einem unangemessenen Verhalten, das durch eine reduzierte Flexibilität gekennzeichnet ist und für die Betroffenen schwer verständlich oder sogar irritierend ist. Die Tatsache, dass die Person bis zu einem gewissen Grad überwältigenden und unangenehmen Emotionen ausgeliefert ist, verstärkt ihre Neigung zu primitiven Bewältigungsstrategien, die für einen Erwachsenen nicht angemessen sind. Dieser Gemütszustand bleibt bestehen, solange die Bedingungen eine persönliche Entwicklung und ein persönliches Wachstum nicht zulassen. Da

diese archaischen Versuche einer Selbstregulation für das soziale Umfeld dieser Person verwirrend sind, führen sie folglich zu einer Reduktion konstruktiver Interaktionsbedingungen wie der dringend benötigten Akzeptanz und Empathie. Eine hohe Fähigkeit, auf Signale zu reagieren, und eine reduzierte Fähigkeit, diese zu kontrollieren oder zu differenzieren, führen zu einer Prävalenz präempathischer Formen.

Empathie ist ein aktiver mentaler Prozess. Das bedeutet, dass eine gewisse emotionale Dimension des Erlebens im zwischenmenschlichen Bereich bewusst aktiviert wird. Emotionale Ansteckung und emotionale Übernahme erfolgen jedoch unfreiwillig und passiv ohne entsprechende Zielorientierung oder Motivation. Dies kann positiv oder negativ sein, je nach der Qualität des durch Ansteckung oder Übernahme erlebten Gefühls. Im psychotischen Seinszustand ist der erlebte Mangel an einer angemessenen aktiven und kompetenten Fähigkeit, Einfluss auszuüben – auf die eigene emotionale Stabilität, auf die Reaktionen und Gefühle anderer Menschen und auf situative Umstände –, grundsätzlich negativ (Binder & Binder, 1994).

Empathie ruft aufgrund der Unterscheidung zwischen Ich und Anderen grundsätzlich bereichsspezifische Emotionen hervor; emotionale Ansteckung ruft globale Seinszustände hervor. Solche passiven globalen Seinszustände werden als von anderen kontrolliert erlebt. Wenn zwischenmenschliche Emotionen so unangenehm werden, dann ist die offensichtliche Folge, dass der/die psychotische Patient:in, obwohl er oder sie sich mit der gleichen Intensität wie andere Menschen nach emotionalem Kontakt sehnt, vor diesem flieht, ihn unterdrückt oder sich vorstellt, er sei nicht vorhanden. Gefühle und Gedanken werden völlig auf den Kopf gestellt. In Zuständen von Angst, Misstrauen und Verwirrung nimmt die empathische Fähigkeit zugunsten der kognitiven sozialen Perspektivenübernahme ab. Wenn die kognitive soziale Perspektivenübernahme sich durchsetzt und in einer Beziehung angewendet wird, in der beide Partner eigentlich nach emotionalem Kontakt streben, reduziert sie das Bewusstsein für und die Verwirklichung von empathischen Verstehensprozessen. Dies führt zu kognitiven Konstruktionen, denen die notwendige emotionale Bewertung fehlt und die daher keinen Bezug mehr zur Realität haben.

6. Die Implikationen für die Therapie mit Patient:innen mit schweren Störungen

Die therapeutische Empathie ist nicht nur ein Hilfsmittel für die Beziehung, sondern sie ist der Kern der Arbeit selbst, die ähnlich wie die frühkindliche Entwicklung funktioniert. Sie hat ebenso die Funktion, eine Selbststruktur, Selbsterfahrung, ein soziales Bezugssystem, emotionale Selbstregulation und die Gestaltung zentraler, motivationaler, emotionaler, affektiver und kognitiver

Strukturen innerhalb einer sicheren Beziehung zu fördern und zu entwickeln. Ein Verständnis der Entwicklungsstimuli in der Beziehung zwischen der primären Bezugsperson und dem Kind kann uns dabei helfen, die Patient:innen bei der Entwicklung ihrer Identität zu unterstützen und zu lernen, Nachrichten auf angemessene Weise zu senden und zu empfangen, und zwar mit dem Ziel eines empathischen und kognitiven sozialen Verstehens innerhalb ihres gegenwärtigen Bezugssystems.

Wenn wir die Interaktionen zwischen der primären Bezugsperson und dem Kind im Hinblick darauf betrachten, was in Bezug auf Entwicklungsreize geschieht, sehen wir, was eine frühe empathische Reflexion als eine Form der Interaktion anregt:

- Die Entwicklung eines Gefühls geteilter Menschlichkeit und damit einer sozialen Bindung durch emotionale Abstimmung und Anpassung an eine artspezifische Ausdrucksweise.
- Die Entwicklung eines Selbst und einer Identität, indem die empathische Interaktion das Kind ermutigt, sich seiner Gefühle bewusst zu werden. Die Tatsache, dass das Gefühl nicht vollkommen identisch mit dem Kind geteilt wird, macht eine Differenzierung zwischen innen und außen möglich und daher folgt die empathische Interaktion einem aktiven und reaktiven Muster.
- Das Gefühl, in seinem Umfeld wirksam zu sein, da die Empathie die Selbstregulation und den Einfluss auf andere fördert sowie die Fähigkeit vermittelt, etwas zu bewirken.

Wenn wir die therapeutische Situation betrachten, werden wir feststellen, dass es bei der Kommunikation eines empathisch empfundenen Gefühls nützlich ist, die folgenden Punkte zu berücksichtigen und zu erläutern:

- „Ich verstehe dieses Gefühl, weil wir beide Menschen sind.“ Auf diese Weise wird das Gefühl der Zugehörigkeit und Verbundenheit allgemein verstärkt, und gleichzeitig muss der/die Patient:in keine Angst haben, dass er/sie besonders durchsichtig und offensichtlich ist (empathische Situation der Gemeinsamkeit).
- „Ich verstehe dieses Gefühl, weil ich Sie als einen Menschen kenne, der ...“ Hier verstärken wir die Identität des/der Patienten/in, indem wir eine Wahrnehmung von ihm/ihr vermitteln als einer differenzierten Person, die durch ein gewisses Maß an Stabilität bezüglich ihrer persönlichen Eigenschaften gekennzeichnet ist. Da dies ein beschreibendes Element enthält, haben wir Material für die Konstruktion des Selbstkonzepts bereitgestellt (empathische Situation der Differenzierung).
- „Ich verstehe dieses Gefühl, weil Sie es mir mitgeteilt haben, indem Sie ...“ Hier helfen wir dem/der Patienten/in, seine/ihre Einflussfähigkeit zu erleben; auch die Zusammenhänge

zwischen dem Senden und Empfangen von Nachrichten werden deutlich und damit als mehr oder weniger freiwillig und kontrollierbar erlebt (empathische Situation der Interaktion).

In der therapeutischen Begegnung ist es wichtig, sich stets bewusst zu sein, dass psychotische Patient:innen trotz all ihrer Störungen und Defizite zugleich über Verhaltensweisen verfügen, in denen sie als ‚Erwachsene‘ und in einer ‚differenzierten‘ Weise funktionieren. In stabilen Phasen wissen sie genau, wie sie fühlen und verstehen. Sie wissen auch (und das ist ein sehr schambesetztes und gut gehütetes Geheimnis), dass sie in manchen Bereichen und Phasen ihres Erlebens die ‚erwachsene‘ Art des Fühlens und Verstehens verlassen – so wie wir alle das in bestimmten Ausnahmefällen tun. Das bedeutet, dass wir, wenn wir zusammen mit dem/der Patienten/in empathisch nach dem genauen Stadium in ihrer Entwicklung suchen, das er/sie gerade wieder durchmacht, und wir dann auf eine Weise reagieren, die seinem/ihrer unmittelbaren Bedürfniszustand und seiner/ihrer Fähigkeit zum Verstehen entspricht, diese Aufgaben mit einem Maß an Respekt ausführen müssen, das erwachsenen Menschen angemessen ist. Es gilt, eine emotionale Beziehung aufzubauen, in der sich beide Partner:innen, Patient:in und Therapeut:in, so sicher, angstfrei und souverän fühlen können, dass in der unmittelbaren Interaktion die Beziehung entweder im Vordergrund steht und als solche anerkannt wird oder gleichsam wieder desaktualisiert werden kann.¹¹

In der Arbeit mit schwer gestörten psychotischen Patienten ist es unentbehrlich, dass wir unsere Interaktionen sowie die Quelle unseres empathischen Verständnisses und Wissens dem oder der Patienten/in gegenüber transparent machen. Damit uns dies gelingt, müssen wir uns unseres eigenen Erlebens genau und auf kongruente Weise bewusst sein und über dieses Erleben hinsichtlich seiner Implikationen für die therapeutische Beziehung und den therapeutischen Prozess von einem Augenblick zum nächsten reflektieren können. Dies umfasst die Grundlage unseres Verständnisses der jeweiligen Störung und schließlich auch unserer konkreten, während der Zeit der therapeutischen Beziehung gemachten Erfahrungen mit diesem oder dieser Patienten/in. Bleiben wir bei einer personenzentrierten Art des Verstehens, ergeben sich unsere therapeutischen Interventionen aus unserem störungsspezifischen

empathischen Verständnis und aus unserer Fähigkeit, dies in der Beziehung zu vermitteln.

Wir glauben, dass wir in extremen Ausnahmefällen manchmal ähnliche Erfahrungen machen wie unsere psychotischen Patienten. Da uns dies aber nur in Ausnahmefällen passiert, bleiben wir für andere und uns selbst verständlich. Wir haben daher die Fähigkeit, auf einer innerpsychischen Ebene angemessene emotionale Mechanismen der Selbstregulation zu aktivieren und außerdem durch emotionalen Kontakt auch durch das empathische Verständnis eines anderen Menschen Unterstützung zu erhalten. Insofern sind diese Situationen lediglich ‚psychotische Momente‘, die wir hinter uns lassen können, ohne Psychosen zu entwickeln. Wir glauben, dass uns eine angemessene Selbstreflexion hilft, unsere psychotischen Patienten empathisch zu verstehen, da dies uns ermöglicht, weiterhin an ihren Erfahrungen teilzuhaben und unseren gemeinsamen Nenner, den wir für empathisches Verständnis brauchen, wie klein dieser auch sein mag, aufrechtzuerhalten. Und wir sind zutiefst davon überzeugt, dass wir aus den therapeutischen Erfahrungen mit psychotischen Patienten lernen können, und folglich dazu imstande sind, unser Verständnis für Menschen mit anderen Störungen zu verstärken und ihnen besser zu helfen. Als Menschen teilen wir im Grunde alle die gleichen Emotionen, und, obwohl die Persönlichkeitsstruktur oder -störung meines Gegenübers in spezifischer und hochkomplexer Weise sehr unterschiedlich zu meiner ist, kann sie doch im Prinzip dem Verstehen zugänglich sein. Wir betrachten dieses Wissen als den Kern reifer Beziehungen und therapeutischer Empathie.

Literatur

- Batson, D. & Oleson, K. (1991). Current Status of the Empathy-altruism Hypothesis. In Clark, M. S. (Ed.) *Prosocial Behavior* London: Sage Publications.
- Bavelas, J. B., Black, A., Lemery, C. R. & Mullet, J. (1990). Motor Mimicry as Primitive Empathy. In Eisenberg, N. und Strayer, J. (Eds.) *Empathy and its Development*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Binder, U. (1994a). Klientenzentrierte Psychotherapie mit Patienten aus dem schizophrenen Formenkreis. Ein systemimmanentes störungsspezifisches Verstehens- und Handlungskonzept. In Hutterer-Krisch, R. (Ed.) *Psychotherapie mit psychotischen Menschen*. Springer.
- Binder, U. (1994b). *Empathieentwicklung und Pathogenese in der klientenzentrierten Psychotherapie*. Dietmar Klotz.
- Binder, U. (1996a). Empathie und kognitive Perspektivenübernahme. In Frielingsdorf-Appelt, C., Pabst, H. & Speierer, G. W. (Hrsg.) *Gesprächspsychotherapie. Theorie, Krankenbehandlung, Forschung*. GwG-Verlag.
- Binder, U. (1996b). Die Bedeutung des motivationalen Aspektes von Empathie und kognitiver sozialer Perspektivenübernahme in der personenzentrierten Psychotherapie. In Hutterer, R., Pawlowsky, G., Schmid, P. and Stipsits, R. (Eds.) *Client-centered and Experiential Psychotherapy*. Peter Lang.

11 Es ist wichtig, diesen Patient:innen dabei zu helfen, zwischen Ausdruckssignalen in einer Subjekt-Subjekt-Beziehung (primäre Inter-subjektivität) und Signalen, die sich auf ein Objekt in einer Situation gemeinsamer Aufmerksamkeit beziehen (sekundäre Inter-subjektivität), zu unterscheiden.

- Binder, U. (1998). Empathy and Empathy Development with Psychotic Clients. In Thorne, B. and Lambers, E. (Eds.) *Person-Centred Therapy: A European Perspective*. Sage Publications.
- Binder, U. & Binder, J. (1994). *Studien zu einer störungsspezifischen klientenzentrierten Psychotherapie: Schizophrene Ordnung. Psychosomatisches Erleben. Depressives Leiden*. Dietmar Klotz.
- Binder, U. & Binder, J. (1998). Überlegungen zu und Definitionen von Empathie. Nicht publiziertes Manuskript.
- Bischof-Köhler, D. (1989). *Spiegelbild und Empathie*. Hans Huber.
- Bråten, S. (1998). Infant Learning by Altercentric Participation: The Reverse of Egocentric Observation in Autism. In Bråten, S. (Ed.) *Intersubjective Communication and Emotion in Early Ontogeny*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bridges, L. & Grolnick, W. (1995). The Development of Emotional Self-regulation in Infancy and Early Childhood. In Eisenberg, N. (Ed.) *Social Development*. London: Sage Publications.
- Bryant, B. K. (1990). Mental Health, Temperament, Family and Friends: Perspectives on Children's Empathy and Perspective-taking. In Eisenberg, N. und Strayer, J. (Eds.) *Empathy and its Development*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Buck, R. & Ginsburg, B. (1991). Spontaneous Communication and Altruism: The Communicative Gene Hypothesis. In Clark, M.S. (ed.) *Prosocial Behavior*. Sage Publications.
- Cicchetti, D. & Carlson, V. (Eds.) (1989). *Child Maltreatment. Theory and Research on the Causes and Consequences of Child Abuse and Neglect*. Cambridge University Press.
- Dunn, J. (1988). *The Beginnings of Social Understanding*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Feshbach, N. (1990). Parental Empathy and Child Adjustment/Maladjustment. In Eisenberg, N. und Strayer, J. (Eds.) *Empathy and its Development*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Harris, P. (1991). *Children and Emotion*. Basil Blackwell Ltd.
- Hattie, J. (1992). *Self-concept*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Hobson, R. P. (1998). *The Intersubjective Foundations of Thought*. In Bråten, S. (Ed.) *Intersubjective Communication and Emotion in Early Ontogeny*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hoffman, M. L. (1990). The Contribution of Empathy to Justice and Moral Judgement. In Eisenberg, N. & Strayer, J. (Eds.) *Empathy and its Development*. Cambridge University Press.
- Hoffman, M. L. (2000). *Empathy and Moral Development*. Cambridge University Press.
- Janzarik, W. (1959). *Dynamische Grundkonstellationen in endogenen Psychosen*. Springer.
- Kasari, C. & Sigman, M. (1996). Expression and Understanding of Emotion in Atypical Development. Autism and Down-Syndrome. In Lewis, M. und Sullivan, M.W. (eds.) *Emotional Development in Atypical Children*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Meltzoff, A. N. & Moore, M. K. (1998). Infant Intersubjectivity: Broadening the Dialogue to Include Imitation, Identity and Intention. In Bråten, S. (ed.) *Intersubjective Communication in Early Ontogeny*. Cambridge University Press.
- Mogel, H. (1990). *Bezugssystem und Erfahrungsorganisation*. Göttingen: Hogrefe.
- Oatley, K. & Jenkins, J. (1996). *Understanding Emotions*. Blackwell Publishers.
- Prouty, G. (1994). *Theoretical Evolutions in Person-Centered/Experiential Therapy* Praeger Publishers.
- Prouty, G. (1998). *Persönliche Mitteilung*.
- Rogers, C. R. (1959). A Theory of Therapy, Personality and Interpersonal Relationships, as Developed in the Client-Centered Framework. In Koch, S. (Ed.). *Psychology: A Study of a Science. Vol. 3. Formulations of the Person and the Social Context*. McGraw-Hill.
- Rogers, C. R. (1961). *On Becoming a Person*. Houghton Mifflin Company.
- Tucker, D. M., Vanatta, K. & Rothlind, J. (1990). Arousal and Activation Systems and Primitive Adaptive Controls on Cognitive Priming. In Stein, N., Leventhal, B. & Trabasso, T. (Eds.) *Psychological and Biological Approaches to Emotion*. Lawrence Erlbaum Associates.