

Eva-Maria Biermann-Ratjen, Vortrag aus Anlaß des 30. Geburtstages der SGGT in Zürich am 7.11.2009

Empathie heute

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Ich werde über **Empathie heute** sprechen.

Das ist ein weites Feld.

Deshalb werde ich es zunächst eingrenzen.

Heute, am Tag der Jubiläumsfeier der SGGT, soll es ja auch nicht um Empathie im Allgemeinen gehen, sondern um **Empathie** im Besonderen, **im Klientenzentrierten Konzept** nämlich.

Nach einer historischen Betrachtung der Empathie im Klientenzentrierten Konzept werde ich mich in einem zweiten Schritt dem **Klientenzentrierten Konzept der Empathie heute** zuwenden.

Das wird das Feld wieder weiter erscheinen lassen.

1. Also zunächst zur **Empathie im Klientenzentrierten Konzept**.

Rogers Abstraktion der notwendigen und hinreichenden Bedingungen für den psychotherapeutischen Prozess soll einer Revolution gleichgekommen sein. Darin sind sich bis heute viele einig. Aber es gibt wenig Einigkeit darüber, was das Revolutionäre damals war und bis heute ist.

Den Kern des Klientenzentrierten Konzepts bildet Rogers Abstraktion von sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen für den psychotherapeutischen Prozess. Ich setze voraus, dass sie ihnen allen bekannt sind, und zitiere sie daher jetzt nicht.

Ich zitiere sie auch deswegen nicht, weil ich davon überzeugt bin, dass Rogers in Wahrheit nicht sechs Bedingungen für den psychotherapeutischen Prozess aus allen damals bekannten Psychotherapieforschungsergebnissen herausgefiltert hat, sondern nur eine einzige. Es waren didaktische Überlegungen und die Hoffnung, sie mittels der empirischen Forschung seiner Zeit untermauern zu können, die Rogers veranlasst haben, die Bedingung für den

psychotherapeutischen Prozess aus der Sicht des Klienten und aus der des Therapeuten in sechs Sätzen zu formulieren.

Tatsächlich hätte der eine Satz genügt:

Ein psychotherapeutischer Prozess kommt dann in Gang, wenn der Klient zumindest im Ansatz wahrnimmt, dass ihn der Therapeut unbedingt positiv empathisch beachtet und das auch spürt.

Was war und ist revolutionär an diesem Konzept von Psychotherapie?

Ganz sicher liegt das Revolutionäre an diesem Konzept nicht in den Anweisungen an den Therapeuten, die man ihm theoretisch entnehmen könnte und praktisch auch - bis zur Verzerrung des Konzepts - entnommen hat. Die drei den Therapeuten betreffenden Sätze beinhalten ja angeblich, dass sich der Therapeut kongruent, unbedingt wertschätzend und empathisch zu verhalten hätte.

Das wäre auch nichts Neues gewesen. Schon Freud hatte dem Therapeuten geraten, sich davor zu hüten, im Kontakt mit dem Patienten zu spekulieren und zu grübeln bzw. das, was ihm der Patient mitteilt, einer synthetischen Denkarbeit zu unterziehen. Vielmehr sollte der Therapeut dem Patienten unbefangen und voraussetzungslos mit frei schwebender Aufmerksamkeit – unbedingt wertschätzend - entgegenreten, mit ihm mitschwingen – empathisch - und dabei seine eigenen Affekte und selbst sein menschliches Mitleid beiseite drängen, so dass die Beschäftigung mit den eigenen Gefühlen – Inkongruenz - nicht die Aufmerksamkeit vom Klienten abzieht. Nur so könne der Therapeut zur Erkenntnis des Unbewussten des Patienten kommen, dem Material für seine Deutungen, die dem Klienten Einsicht vermitteln und damit Veränderung ermöglichen.

Nein, das war nicht neu, dass sich der Therapeut frei von Vorurteilen und eigenen Gefühlen dem Klienten empathisch zuwenden sollte.

Neu und revolutionär an Rogers Klientenzentriertem Konzept von Psychotherapie war und ist bis heute vielmehr,

- dass es in ihm nicht um Verhaltensanweisungen an den Therapeuten geht, sondern um **die Haltung des Therapeuten**
- die eine wechselseitige Beziehung ermöglicht,
- und zwar genau die, welche die Bedingung für persönliche Entwicklung ist.

Rogers hat den Therapeuten nicht Ratschläge erteilt, wie sie am besten ihre Ziele im Therapieprozess erreichen. Im Verständnis von Rogers liegt die Veränderungsmacht im Psychotherapeutischen Prozess auch gar nicht beim Therapeuten, in seinem Wissen oder in seinen Fertigkeiten etwa. Sie liegt auch nicht in seiner Fähigkeit, eine Beziehung zum Klienten aufzubauen als Voraussetzung für die therapeutische Zusammenarbeit. Sondern sie liegt in der Entwicklungsfähigkeit des Klienten, in seiner Tendenz zur Selbstaktualisierung, die allerdings an bestimmte Bedingungen geknüpft ist.

Und diese Bedingungen sind eine wechselseitige Beziehung zwischen Klient und Therapeut: Sie besteht darin, dass der Klient zumindest im Ansatz wahrnimmt, dass ihn der Therapeut unbedingt positiv empathisch beachtet und das auch wirklich spüren kann.

Was hat nun Rogers selbst zu dieser Empathie gesagt?

In Rogers erstem großen theoretischen Buch (1942/dt. 1972) kommt das Wort Empathie nicht vor. Es ist die Rede von „eine(r) Fähigkeit zur Sympathie (was im Englischen auch Mitgefühl bedeutet) ... eine(r) allgemeine(n) Haltung von Annahmefähigkeit und Interesse, ein(em) tiefe(n) Verstehen, so dass es unmöglich ist, ein moralisches Urteil zu fällen (Rogers, 1942, S. 254, zitiert nach Bozarth, 1997, S. 83 und übersetzt von B-R)“ und von einem gewissen Ausmaß von „sich mit (dem Klienten) als er selbst auf seinem Niveau der Anpassung identifizieren (a.a.O., S. 255).“ Es gehe in der Psychotherapie – damals arbeitete Rogers mit problematischen Kindern und ihren Eltern– darum,

„ein psychologisches Klima zu schaffen, in dem der Klient die Art von Wärme, Verstanden- und Nichtangegriffenwerden spüre, die ihm erlaubten aus seiner Verteidigungshaltung herauszukommen, so dass er sich selbst und seine Art zu leben anschauen und reorganisieren könne ...“ (Kirschenbaum, 1979, S. 160, zitiert nach Bozarth, 1997, S. 84).

Das ist eindeutig etwas ganz anderes als sich um Zugang zum Unbewussten des Patienten zu bemühen, mit dem Ziel, die richtigen Deutungen zu geben. Rogers hat betont – und zwar in erklärtem Gegensatz zu den Freudianern, dass es darum gehe, vor allem dem Klienten selbst den freien Blick auf sein Erleben, auch das am Rande seines Bewusstseins – aber nicht in sein

Unbewusstes, zu ermöglichen. Dazu bedürfe es einer angstfreien Atmosphäre. Wenn die Angst weiche, erweitere sich der Bereich des bewussten Erlebens bzw. könnten Erfahrungen vollständiger bewusst werden und weitere Erfahrungen da ins Bewusstsein treten, wo bisher nur Angst und andere Abwehr erlebt worden seien.

In der Praxis der Therapeuten um Rogers sollte dem Klienten mit der Methode der Reflexion von Gefühlen – später eher Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte des Klienten durch den Therapeuten genannt – mitgeteilt werden, dass,

„...was auch immer er fühlte und gefühlt hatte und wie auch immer er sich verhielt oder verhalten hatte, und gleichgültig wie belastend, erschreckend oder sozial inakzeptabel das war, er immer noch vom Therapeuten als ein wertvolles menschliches Wesen angenommen wurde“ (Kirschenbaum, 1979, S. 120, a.a.O.).

Erst als die Missverständnisse um diese Methode der Reflexion von Gefühlen zu groß wurden und es galt, deutlich zu machen, dass es bei der Verbalisierung der emotionalen Erlebnisinhalte des Klienten durch den Psychotherapeuten um den Ausdruck einer Haltung dem Klienten gegenüber ging und nicht um eine von dieser Haltung trennbare Interventionsmethode oder eine andere Kunst, begann Rogers vom Inneren Bezugsrahmen zu sprechen und den Begriff der Empathie zu benutzen.

Rogers berichtet: „Die ganze Methode wurde nach einigen Jahren als eine Technik verstanden. ‚Nondirektive Therapie‘, wurde behauptet, ‚ist eine Technik des Widerspiegels der Gefühle des Klienten.‘ Eine noch üblere Karikatur war, ‚In der nondirektiven Therapie wiederholt man die letzten Worte, die der Klient gesprochen hat.‘ Ich war so schockiert über diese vollständig verzerrte Darstellung unserer Methode, dass ich ein paar Jahre lang fast gar nichts über einführendes Zuhören sagte, und wenn doch, dann um **eine empathische Haltung** hervorzuheben, und ich äußerte mich kaum dazu, wie diese in die Beziehung zum Klienten eingebracht werden konnte“ (Rogers, 1976, S. 34).

Bitte beachten Sie jetzt und in Folgenden, dass Rogers in allen seinen Beschreibungen der Empathie immer auf deren untrennbare Verbindung mit der Bedingungs-freien positiven Beachtung des Klienten durch den kongruenten Therapeuten hingewiesen und versucht hat deutlich zu machen, dass es sich bei der Empathie des Therapeuten als Bedingung für den therapeutischen Prozess nicht um ein Verhalten und auch nicht um einen Zustand des Therapeuten handelt, sondern um eine Haltung dem Erleben des Klienten gegenüber, einen

inneren Prozess, der in der Person des Therapeuten abläuft und der darin besteht (Rogers (1980, Übers. von B-R des Zitats in Bozarth, 2002):

„... die private Wahrnehmungswelt des anderen zu betreten ... von Augenblick zu Augenblick empfindsam zu sein für die gefühlten Bedeutungen, die in dieser anderen Person fließen ... Diese Bedeutungen zu empfinden, dessen sich sie oder er kaum bewusst ist, aber nicht zu versuchen, völlig unbewusstes Fühlen aufzudecken“ (S. 142).

„...alle Wahrnehmungen aus einer Perspektive von außen beiseite zu legen“ (S. 29)

„den Schmerz und die Freude eines anderen so empfinden, wie sie oder er sie empfindet, und die Gründe dafür so wahrnehmen, wie sie oder er sie wahrnehmen“ (S. 210),

aber nie zu vergessen, dass es sich um die Erfahrungen des Klienten handelt, dass es so ist, als ob es die eigenen Gefühle des Therapeuten wären.

Empathisches Verstehen beinhaltet das bedingungslose Akzeptieren des Inneren

Bezugsrahmens des Anderen. Und der ist nach Rogers:

„der gesamte Bereich der Erfahrungen, die in einem gegebenen Moment dem Gewährwerden des Individuums zugänglich sind. Er umfasst den gesamten Umfang der Empfindungen, Wahrnehmungen, Bedeutungen und Erinnerungen, die dem Bewusstsein zur Verfügung stehen“ (Rogers, 1959/1987; Übers. D.H. n.d. Original, S. 210).

Der Gegensatz zum Inneren Bezugsrahmen ist nach Rogers der äußere Bezugsrahmen (external frame of reference), die Perspektive eines anderen (z.B. des Therapeuten), der das Erleben eines Individuums wahrnimmt, ohne dessen Perspektive zu übernehmen (Rogers, 1959/1987, S. 37 f.). Der äußere Bezugsrahmen ist die Perspektive des Therapeuten auf die innere Erlebenswelt des Klienten, während der Innere Bezugsrahmen die Perspektive des Klienten selbst auf sein Erleben ist. Wenn der Therapeut empathisch im Sinne des Klientenzentrierten Konzepts ist, stellt er seine eigene Perspektive, alle möglichen äußeren Perspektiven beiseite.

Der empathische Therapeut im Sinne des Klientenzentrierten Konzepts ist also immer non-direktiv in diesem – und in keinem anderen - Sinn: Er nimmt die Perspektive des Klienten auf dessen inneres Erleben ein.

Empathie beinhaltet dann konkret (Rogers, 1975/1980, S. 143)

„Empfindsamkeit für den sich von Moment zu Moment verändernden Strom von Empfindungen in dieser Person, für die Furcht und die Wut oder Zärtlichkeit oder Verwirrung oder was auch immer sie empfindet. Es bedeutet einen Moment lang das Leben des anderen zu leben, sich vorsichtig darin zu bewegen ohne zu urteilen. Es bedeutet, die Bedeutungen zu erahnen, deren sich der andere kaum bewusst ist, aber nicht zu versuchen, völlig unbewusste Gefühle zu entdecken, denn das wäre zu bedrohlich. Empathie schließt die Mitteilung dessen ein, was Du von der Welt der anderen Person erahnen kannst.“

1975 meinte Rogers auf der Grundlage aller damals vorliegenden Forschungsergebnisse zur Empathie – im beschriebenen Sinne - mit Sicherheit sagen zu können:

- a) Der ideale Therapeut ist in erster Linie empathisch. Das schätzen Therapeuten verschiedener Orientierungen so ein.
- b) Die Empathie des Therapeuten korreliert mit der Selbstexploration des Klienten und der Therapieprozessentwicklung.
- c) Hohe Empathiewerte beim Therapeuten am Beginn einer Therapie sagen einen guten Therapieausgang voraus.
- d) In erfolgreichen Therapien nimmt der Klient mehr Empathie beim Therapeuten wahr als in weniger erfolgreichen.
- e) Je erfahrener der Therapeut ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass er empathisch ist.
- f) Je größer die persönliche Integration des Therapeuten, desto empathischer zeigt er sich.
- g) Klienten schätzen die Empathie des Therapeuten sicherer ein als der Therapeut selbst.
- h) Brillanz und diagnostisches Wahrnehmungsvermögen sind mit Empathie nicht verwandt.
- i) Empathisch zu sein kann von empathischen Personen gelernt werden.

Insgesamt sah sich Rogers dadurch in seiner Annahme bestätigt: Wenn sich eine Person empathisch verstanden und angenommen fühlt, entwickelt sie eine Reihe von Wachstum fördernden therapeutischen Einstellungen sich selbst und anderen gegenüber.

Wenn wir aus dem Rahmen des Klientenzentrierten Konzepts heraustreten und umher schauen, **was anderenorts über Empathie gedacht wird**, stellen wir fest: In der Psychologie gibt es wenig Übereinstimmung über den Begriff oder den Prozess der Empathie (Wispe, 1986, S. 318; Übers. D.H., aus Höger, 2006). Sie wird u.a. gleichgesetzt mit Rollenübernahme, aber auch einfach mit Freundlichkeit, Mitleid, Mitgefühl, Einsicht, Hilfeverhalten sowie mit Übereinstimmung der Reaktion eines Beobachters mit der des Beobachteten (vgl. Gruen & Mendelssohn, 1986, nach Höger 2002). Auch in großen Teilen der Psychotherapieforschung finden wir solche alltagssprachlichen Definitionen.

Das hat zur Folge, dass das Verständnis von Empathie – und auch anderer Begriffe aus dem Klientenzentrierten Konzept, das vielen Forschungsinstrumenten zugrunde liegt aber vor allem in die Interpretation von Forschungsergebnissen eingeht, oft sehr verschieden ist von dem von Rogers bzw. vom Klientenzentrierten Konzept. Das haben vor allem Anna Auckenthaler und Jeanette Bischkopf (2004) herausgearbeitet. Es stimmt einfach nicht, dass die auf solchen Vorstellungen von Verständnis, Respekt, Akzeptanz und Echtheit basierenden Forschungsergebnisse bewiesen hätten, dass die Rogersvariablen, wie sie dann auch noch genannt werden, in jeder Therapie eine Rolle spielen – und zwar bei der Herstellung der guten Beziehung, die den Nährboden darstelle, auf dem die Saat der eigentlichen therapeutischen Interventionen aufgehe.

Glücklicherweise finden wir aber auch anderes in der Psychologie.

Frau Bischof-Köhler (1989, zitiert nach Höger, 2006) z.B. versteht auf der Basis einer gründlichen phänomenologischen und evolutionsbiologischen Analyse unter Empathie: „...unmittelbar der Gefühlslage eines Anderen teilhaftig zu werden und sie dadurch zu verstehen. Trotz dieser Teilhabe bleibt das Gefühl aber anschaulich dem Anderen zugehörig. Darin unterscheidet sich Empathie von Gefühlsansteckung (z.B. bei Panik, Begeisterung oder ansteckendem Lachen), bei der die Stimmung des Anderen vom Beobachter selbst Besitz ergreift und dabei ganz zu dessen eigenem Gefühl wird“ (Bischof-Köhler, 1989, S. 26).

Bischof-Köhler hat experimentell nachgewiesen, dass Empathie in diesem Sinne bereits bei Kleinkindern um die Mitte des zweiten Lebensjahres vorhanden ist, also schon deutlich vor dem sprachgebunden-kognitiven Verstehen, aber nicht bevor das Kind ein Selbstbild entwickelt hat - das eigene Bild im Spiegel von dem eines anderen Kindes

unterscheiden kann. Als Grundlage für das empathische Verstehen sieht sie die Wahrnehmung des Ausdruckverhaltens des Anderen und der Situation an, in der er sich befindet.

Die Definition von Empathie von Frau Bischof-Köhler gleicht dem Verständnis von Empathie von Rogers – für den Empathie bedeutet, „den Inneren Bezugsrahmen eines anderen mit den emotionalen Komponenten und den dazu gehörenden Bedeutungen genau wahrzunehmen, als ob man die andere Person sei, jedoch ohne jemals die ‚als ob‘-Bedingung zu verlieren. Das bedeutet, den Schmerz oder die Freude eines anderen so zu fühlen, wie er sie fühlt, und deren Ursachen so wahrzunehmen, wie er sie wahrnimmt, aber ohne jemals dieses Wissen zu verlieren, dass es so ist, als ob wir verletzt oder erfreut usw. seien“ (Rogers, 1959/1987, Übers. D.H. n.d. Original, S. 210 f.).

Wenn die Qualität des ‚als ob‘ verloren geht, handelt es sich um einen Prozess der Identifikation.

Wir sind damit zur Entwicklungspsychologie gekommen, dem zweiten Gebiet der Psychologie neben der Psychotherapieforschung, in dem die Erforschung des Phänomens Empathie eine herausragende Rolle spielen sollte und das auch tut. Erstaunlicherweise und auch bedauerlicherweise ist die Erforschung der Empathie in diesen beiden Bereichen lange Zeit getrennte Wege gegangen. Die Ergebnisse sind aber ähnlich: Sie bedeuten zusammengefasst:

Der Kontakt mit Personen, die empathisch sind, ist eine ganz wesentliche Bedingung für psychische Entwicklung.

Im Forschungslabor der Universität von Kalifornien definiert eine Forschergruppe um Frau Feshbach Empathie als eine emotionale Reaktion auf den emotionalen Zustand eines anderen. Im empathischen Erleben werde die Emotion des anderen miterlebt, geteilt. Empathie enthalte sowohl affektive als auch kognitive Elemente, wie viel von den beiden, hänge von der Situation, dem Alter und der Persönlichkeit des Kindes ab.

Die Voraussetzungen für Empathie seien:

- a) Hinweise auf Affekte im anderen erkennen zu können
- b) die kognitive Fähigkeit, die Perspektive und die Rolle einer anderen Person einnehmen zu können
- c) die Fähigkeit, selbst affektiv zu antworten und Gefühle empfinden zu können
- d) zwischen dem eigenen Erleben und dem des anderen unterscheiden zu können.

Empathie zu messen, sei nicht leicht. Auch die gerne als objektiv bezeichneten physiologischen und neurophysiologischen Reaktionen im Zusammenhang mit Emotionen bekämen erst durch die subjektiven Mitteilungen der untersuchten Personen einen Sinn. Und man müsse bei allen körperlichen Parametern mit einer großen interindividuellen Variationsbreite rechnen.

Ich fasse die Forschungsergebnisse von Feshbach und Kollegen – auch die, die sie referieren – zusammen:

- Der Mensch reagiert von Geburt an auf die Gefühle von anderen Menschen. Wenn Neugeborene andere Babies schreien hören, fangen sie selbst auch an zu schreien (Bühler, 1930, Sagi und Hoffmann, 1976). Sechs Monate alte Babies reagieren auf den „distress“, das sind Äußerungen von Angst und Kummer oder Schmerz, von anderen mit eigenem distress. Und schon im ersten Lebensjahr reagieren Kinder auf Gesichter mit unterschiedlichem Affektausdruck unterschiedlich.

- Empathisches Erleben zeigt sich schon sehr früh in der Form von prosozialem Verhalten: Helfen, Sich-Kümmern, Mitleid, Trösten. Spätestens im Alter von zwei Jahren haben Kinder auch die kognitiven Fähigkeiten entwickelt, Empathie in der Form zu zeigen, dass sie versuchen, den anderen zu trösten oder auf andere Art von seinem Leiden zu befreien.

- Empathische Mütter sind zugleich ihren Kindern verbunden und liebevoll, und wenig feindselig, bestrafend und gehemmt im Ausdruck ihrer Gefühle. Sie sind unterstützend und akzeptierend und nicht unterdrückend. Im Gegensatz dazu geht es in Familien, in denen die Mutter wenig empathisch ist, feindselig, bestrafend, unterdrückend und

- einengend zu, es gibt wenig Autonomie, statt dessen Konflikte und Versagen und oft sogar Kindesmissbrauch. Und die Empathie der Kinder hängt von der Empathie der Eltern ab und deren mit mangelnder Empathie einhergehendem Verhalten.
- Die Kinder wenig empathischer Mütter sind aggressiver, hyperaktiver, depressiver und ängstlicher als andere Kinder, weniger kooperativ und beherrscht und eher durch negative als durch positive Affekte bestimmt. Die Kinder empathischer Mütter sind im Vergleich dazu weniger neurotisch, leistungsfähiger, glücklicher und sicher weniger aggressiv.
-
- Die Empathie im Alter von 31 Jahren kann am besten an Hand des Ausmaßes vorausgesagt werden, in dem die Mütter ihre Kinder im Alter von 5 Jahren liebevoll umsorgen und Toleranz für abhängiges Verhalten zeigen.

Den Ergebnissen aus dem Labor in Kalifornien vergleichbare Befunde kennen wir aus der Bindungsforschung. Als der beste Prädiktor für die Entwicklung einer sicheren Bindung gilt, dass die Bindungsperson sensibel und prompt auf die innere Befindlichkeit des Kindes reagiert. Das kann sie nur, wenn sie empathisch sein kann.

In erwiesenem Gegensatz zu den positiven Auswirkungen vor allem der mütterlichen Empathie auf die Entwicklung der Kinder stehen die Auswirkungen von heftigen, besonders von impulsiven und misshandelnden affektiven Reaktionen der Mütter auf die Entwicklung der Empathiefähigkeit ihrer Kinder, besonders wenn in diesen Reaktionen die Unterscheidung zwischen dem Erleben des Kindes und dem der Mutter verwischt wird. Solche mütterlichen Affektäußerungen bewirken wahrscheinlich Affektansteckung und eröffnen damit einen *circulus vitiosus*. Ich werde darauf zurückkommen, wenn ich kurz auf die Ergebnisse der neurobiologischen Forschung eingehen werde.

Auch die Depression einer Mutter wirkt sich auf ihre Einfühlung in ihr Kind negativ aus und hat Folgen für seine spätere Fähigkeit, sich anderen Kindern gegenüber empathisch zu zeigen.

Wir können also auch aufgrund dieser Ergebnislage sagen: Wenn sich ein Kind in seinen Beziehungen empathisch verstanden und angenommen fühlt, entwickelt es eine Reihe von Wachstum fördernden therapeutischen Einstellungen sich selbst und anderen

gegenüber, und das ist vor allem die Fähigkeit zur Empathie, die sich auch in prosozialem Verhalten zeigt.

Die neueren Forschungsergebnisse zur Empathie entnehme ich dem Buch von Mick Cooper: *Essential Research Findings in Councelling und Psychotherapy*, (2008) das noch nicht ins Deutsche übersetzt worden ist.

Empathie wird in der Psychotherapieforschung heute zu den interpersonal skills des Therapeuten gezählt. Man spricht auch von den für die Therapie wichtigen Beziehungsfaktoren. Sie werden definiert als: „Die Gefühle und Einstellungen, die Therapeut und Klient einander entgegenbringen, und die Art und Weise, wie sie zum Ausdruck gebracht werden“ (Gelso und Carter, 1985, S. 159 nach Cooper, S. 99).

Die Beziehungsfaktoren bestimmen die Qualität der therapeutischen Beziehung, und dieser wird heute weltweit ein entscheidender Einfluss auf das Therapieergebnis zugeschrieben. Er gilt als doppelt so groß wie der Einfluss der therapeutischen Techniken.

Und Empathie wird heute in der Forschung - so wie ursprünglich von Rogers – als etwas angesehen wird, das in allen Psychotherapien aller Schulen von Bedeutung ist.

Man könnte denken, das bestätigt Rogers Hypothesen. Aber Vorsicht!

Da ist zunächst zu beachten, dass sich in den neueren Forschungsergebnissen vor allem die Klientenmerkmale als die herausstellen, die Einfluss auf das Therapieergebnis nehmen – Empathie im Klientenzentrierten Konzept ist aber eine Haltung des Therapeuten.

Vor allem die Einschätzung der Qualität und Stärke der therapeutischen Beziehung durch den Klienten trägt zu einem positiven Ausgang der Therapie bei.

Es ist ferner zu beachten: Die therapeutische Beziehung in der internationalen Psychotherapieforschung ist nicht die therapeutische Beziehung des Klientenzentrierten Konzepts. Die therapeutische Beziehung in der internationalen Psychotherapieforschung, besser bekannt als die therapeutische Allianz, ist die Arbeitsbeziehung zwischen Therapeut und Klient in Abgrenzung von der Übertragungsbeziehung im psychoanalytischen Sinn.

Nach Bordin (1979) hat die therapeutische Allianz drei Hauptkomponenten:

1. Die Übereinstimmung von Therapeut und Klient bezüglich der Therapieziele: was das Ergebnis der gemeinsamen Arbeit sein soll.
2. Die Übereinstimmung von Therapeut und Klient bezüglich der therapeutischen Aufgaben von Therapeut und Klient: bezüglich des Rahmens der Therapie, was den therapeutischen Prozess ausmacht, und was den Inhalt ihrer gemeinsamen Arbeit ausmacht.
3. Eine positiv getönte affektive Beziehung zwischen Therapeut und Klient: eine persönliche Bindung, die beinhaltet, dem je anderen etwas zuzutrauen, einander anzunehmen und zu vertrauen.

Diese drei Komponenten korrelieren hoch miteinander.

Sie korrelieren allerdings auch mit der Empathie des Therapeuten.

In Untersuchungen, in denen es direkt um die Bedeutung der Empathie des Therapeuten geht, hat sich gezeigt, dass die vom Klienten eingeschätzte Empathie des Therapeuten nicht nur mit der Einschätzung der Qualität der therapeutischen Allianz durch den Klienten korreliert, sondern dass sie auch hoch mit der Einschätzung der Kongruenz des Therapeuten und seiner unbedingt positiven Beachtung des Klienten korreliert. Die Klienten unterscheiden aber deutlich zwischen den Wahrnehmungen dieser einzelnen Aspekte der therapeutischen Beziehung.

Bohart und al. haben 2002 auf der Grundlage von siebenundvierzig Studien – in denen auch andere als klientenzentrierte Therapien durchgeführt worden sind - eine Korrelation von 0.32 zwischen der Empathie des Therapeuten und dem Therapieergebnis berechnet. Auf der Grundlage dieser mittleren bis großen Effektstärke kann man sagen, dass der Beitrag des Ausmaßes an Empathie auf der Seite des Therapeuten zum Therapieergebnis größer ist als der Einfluss spezifischer Techniken und als der der therapeutischen Allianz als solcher. Das ergibt sich vor allem aus Untersuchungen, in denen die Klienten selbst gefragt worden sind, was an der Therapie für sie besonders hilfreich gewesen sei bzw. was ihnen in der Therapie gefehlt habe.

Moderne Personzentrierte Psychotherapeuten wehren sich gegen die unkritische Behauptung, die Ergebnisse der modernen internationalen Therapieforchung könnten als eine Bestätigung

des Klientenzentrierten Konzepts angesehen werden, und zwar mit der Betonung der revolutionären Seiten an diesem Konzept:

Anders als in anderen Therapietheorien sei

- Die Empathie des Therapeuten in der klientenzentrierten therapeutischen Beziehung ein Teil der Therapie selbst – nicht eine Voraussetzung für die Therapie, so wie die Beziehung die Therapie selbst sei und nicht nur eine günstige Basis für die eigentliche Therapie.
- Empathie sei eine Haltung des Therapeuten dem Klienten gegenüber, eine Art und Weise den Klienten zu erleben – und nicht ein spezielles Verhalten des Therapeuten.
- Empathie sei ein interpersoneller Prozess auf der Grundlage des Vertrauens in die Aktualisierungstendenz.
- Empathie sei untrennbar damit verbunden, dass der Therapeut kongruent ist und fühlen kann, dass er das Erleben des Klienten bedingungslos positiv beachtet.

Die neuesten Ergebnisse der Erforschung der Empathie sind sowohl für die Entwicklungspsychologie relevant als auch für die Psychotherapieforschung. Sie kommen aus den Neurowissenschaften. Das wird Michael Lux gleich darstellen und ich werde versuchen, ihm so wenig wie möglich vorzugreifen.

Die Neurowissenschaften erfreuen uns mit ganz neuartigen Validierungen des Klientenzentrierten Konzept, vor allem seit der Entdeckung der Spiegelneuronen (Gallese1996).

Ich werde ihnen zunächst ein Beispiel für das Funktionieren der Spiegelneuronen geben.

In der wunderschönen allabendlichen Sendung im 1. Deutschen Fernsehen kurz von den Nachrichten „Wissen vor Acht“ wurde am 16. September 2009 gezeigt, was jeder weiß, dass Gähnen ansteckend ist, und es wurde erklärt, was nicht jeder weiß, dass das etwas mit den Spiegelneuronen zu tun hat.

Spiegelneuronen werden jene Nervenzellen oder Netzwerke in unserem Gehirn genannt, die nicht nur angesprochen reagieren, wenn wir selbst uns bewegen, sondern auch wenn wir Zeuge von Bewegungen in unserem Umfeld werden.

Wenn ein Mensch in unser Wahrnehmungsfeld tritt, dann aktiviert er in uns eine neurobiologische Resonanz, auch wenn er es nicht beabsichtigt und ob wir es wollen oder nicht. Es werden dann in uns dieselben Nervennetzwerke aktiv, die auch aktiv würden, wenn wir selbst täten, was wir gerade beim anderen wahrnehmen. Es reagieren die Netzwerke in uns, die bei der Handlungsinitiierung aktiv werden, und die Netzwerke, die anzeigen, dass wir spüren, wie sich die Handlung körperlich anfühlt oder anfühlen würde, vor allem was sie für unsere körperliche Unversehrtheit bedeuten würde. Und diese Netzwerke stehen in enger Verbindung mit den Emotionszentren, in denen sich ebenfalls Spiegelneuronen befinden: Sie reagieren so, als würden wir selbst empfinden und fühlen, was der andere empfindet und fühlt.

Wir bekommen also intuitiv und spontan mit, was den anderen bewegt, und zwar in der Form, dass wir seine Handlungsabsichten, Empfindungen und Gefühle in uns selbst simulieren, was wir vielfach an einer spontanen Imitation merken können, z.B. daran dass wir mit gähnen.

Dass es die Spiegelneuronen bzw. diese spontane Imitation gebe, sei extrem förderlich z.B. für die Koordination von Aktivitäten, die gemeinsam ausgeführt werden müssen, so der angenehm zurückhaltende Kommentar zu den Spiegelneuronen in dieser Sendung. So neigten Mütter, die ihr Baby füttern und möchten, dass es den Mund aufmacht, dazu, intuitiv und meistens ohne dass es ihnen bewusst wird, ihrerseits dazu den Mund zu öffnen, wenn sie mit dem Löffel in die Nähe seines Gesichtes kommen. Und das Baby imitiere dann – gut für die Zusammenarbeit - die Mutter.

Es gibt aber auch sehr viel weiter reichende Schlussfolgerungen aus der Existenz der Spiegelneuronen. Im Hamburger Abendblatt ist im letzten Sommer dieses Bild veröffentlicht worden unter der Überschrift: „Kapuzineräffchen mögen alle, die sie nachäffen.“ Im dazugehörenden Text wird berichtet, dass die Imitation nicht nur beim Menschen, sondern offenbar auch beim Menschenaffen die Entstehung und Verfestigung sozialer Bindungen fördere. „Die Affen verbringen nicht nur mehr Zeit mit einem Imitator, sondern wählen ihn auch eher als Partner für eine kleine Aufgabe“ (vgl. Annika Paukner et al in Science, Vol 325, Nr. 5942). Daraus sei der Schluss zu ziehen: Subtile, zumeist unbewusste Imitation von Mimik und Gestik - ein offenbar sehr ursprünglicher und evolutionsbiologisch bedeutsamer Mechanismus - schmeichelt dem Ego und steigert zwischen Menschen Sympathie und Verbundenheit.

Und das soll nicht alles sein. Der Empfang von verstehender Resonanz entspreche offenbar einem elementaren biologischen Bedürfnis. Soziale Zuwendung in dieser Form habe die Ausschüttung so genannter Glückshormone zur Folge. Unser Gehirn sei offenbar auf gute soziale Beziehungen geeicht.

Ich möchte diese Aussagen einfach so stehen lassen, aber fragen: Und was bedeutet die Entdeckung der Spiegelneuronen für das Verständnis von Empathie?

Es bedeutet eine neue Definition.

Wenn ein Artgenosse z.B. eine bestimmte Mimik und Gestik - das sind Handlungen – an uns wahrnimmt, löst das in ihm Imitationen aus, Handlungen, zu denen Körpersensationen und Emotionen gehören. Wenn wir wiederum diese Imitation des anderen wahrnehmen, reagieren wir – wie auf die Wahrnehmung jeder anderen Bewegung an ihm - unsererseits mit einer Imitation. Wir haben damit zwei innere Bilder von unserem Erleben in uns: das Bild unseres eigenen Erlebens und das Bild unserer Imitation der Imitation durch einen anderen. Um diese Bilder identifizieren, auseinander halten und miteinander vergleichen zu können, müssen wir nicht nur unser eigenes Erleben reflektieren können. Sondern wir müssen auch empathisch sein können: Uns bewusst machen können, dass und wie wir etwas – in diesem Fall uns selbst - mit den Augen eines anderen sehen.

Empathie in diesem Sinne bedeutet: die eigenen Reaktionen auf das Erleben eines anderen reflektieren zu können und sich zugleich die eigenen Imitationen seines Erlebens bewusst machen zu können, und zu unterscheiden, was wir aus der eigenen Perspektive wahrnehmen und was aus der eines anderen.

Die voll ausgebildete Fähigkeit zur Empathie in diesem Sinne ist uns offenbar nicht in die Wiege gelegt.

Wir wissen, dass Kinder erst dann empathisch reagieren können, wenn sie ein Selbstbild entwickelt haben. Und wir nehmen an, dass sich dieses – und mit ihm die Fähigkeit, sich in andere einzufühlen, in Erfahrungen entwickelt, in denen das Kind erlebt, dass es seinerseits empathisch verstanden wird. Und dann muß noch das verstanden werden vom sich selbst verstehen unterschieden werden.

Aus der Säuglingsbeobachtung ist bekannt, dass Mütter – meistens ohne einen Gedanken daran zu verschwenden – ihre Kinder imitieren und dabei so genannte Marker einsetzen, Besonderheiten im Imitationsverhalten, die den Kindern helfen, ihr inneres Bild vom eigenen

Erleben von ihrem inneren Bild der Imitation durch die Mutter zu unterscheiden. Das Kind haut z.B. begeistert mit dem Bauklotz auf den Tisch, und die Mutter nimmt nicht den Bauklotz und haut auch, sondern sie sagt begeistert: Bumm, Bumm.

Es gibt eine Zeit, in der die Kinder fast nichts anderes im Sinn zu haben scheinen, als die Aufmerksamkeit der Mutter z.B. auf etwas zu lenken und zugleich zu fragen, wie sich das für die Mutter anfühlt. „Guck mal Mami!“ ist sicher einer der Sätze, die von kleinen Kindern am häufigsten zu hören sind. Es wäre gut, wenn er ebenso häufig auch verstanden würde. Er beinhaltet: „Guck mal, damit ich sehen kann, was Du fühlst, wenn Du das siehst, und guck mich an, damit Du siehst und fühlst, wie ich mich dabei fühle – damit ich in meinem Inneren mein Erleben identifizieren und von meiner Imitation Deiner Imitation meines Erlebens unterscheiden kann.“

Wenn die Mutter das hören und verstehen kann, dann würde ich nicht sagen, sie schmeichelt dem Ego ihres Kindes, sondern sie stellt ihm die Bedingungen zur Verfügung, die es braucht, damit sich dieses Ego entwickeln kann: Sie stellt einen Kontakt mit dem Kind her, in dem es empathische Verbundenheit erlebt – die Bedingung für Selbstaktualisierung.

Diese Ergebnisse führen zurück zum Beginn meiner Ausführungen:

Rogers hat die Bedingungen für den psychotherapeutischen Prozess als einen wechselseitigen Prozess empathischen Verstehens konzipiert: „... dass sich der Therapeut darauf verlässt, dass der Klient empathisch versteht, dass er vom Therapeuten empathisch verstanden wird...“ (Vincent, 2005, S. 40).

Er hat sich einer manchmal ins Esoterische gehenden Sprache bedient, wenn er zum Ausdruck bringen wollte, dass diese empathische Begegnung zwischen zwei Menschen alles andere ist als eine nur oberflächliche Berührung und Erschütterungen und Veränderungen für beide bedeuten kann. Er hat z.B. gesagt: „Wenn ich meinem inneren intuitiven Selbst am nächsten bin“, oder „wenn mein inneres Wesen das innere Wesen eines anderen berührt“, „dann transzendiert unsere Beziehung sich selbst und wird Teil eines größeren Ganzen“ (Cox, 2009).

Heute sprechen personenzentrierte Psychotherapeuten über Beziehungstiefe, die in einer empathischen Begegnung erreicht werde. Was sie bedeutet, illustriert z.B. Cox (2009) in der letzten Ausgabe des Internationalen Journals der personenzentrierten und experientialen Psychotherapien mit einer Fallvignette:

„Vor allem das Erleben des Schmerzes über den Tod ihrer Tochter blieb für sie wie ein Todeskrampf. An einem Tag verzerrte die Intensität dieses Schmerzes ihre Worte bis zur

Unverständlichkeit. In mir entstand in diesem Moment das Gefühl zu versagen, das ich schon oft in Gesprächen mit ihr erlebt hatte. Wie könnte ich ihr irgendetwas sagen, das auch nur im Entferntesten an ihre Erfahrungen heranreichen würde? Ich empfand großes Mitleid und war überwältigt von meiner Erfahrung ihres Todesschmerzes. Ich fühlte ihn in mir. Und in diesem Moment des tiefen aufmerksamen Zuhörens begann in mir die Empfindung einer tiefen Verbundenheit mit meinen eigenen Erfahrungen und mit ihren. In dem Maße, in dem ich meine eigenen Gefühle zunehmend erkennen und annehmen konnte, war mir immer weniger danach, irgendetwas zu sagen. Sobald ich einen Weg gefunden hatte, mit uns beiden zu sein, konnte ich ihr klarer mitteilen, dass ich sie in ihrer Welt empathisch verstehe.“

Der Autor kommt zu dem Schluss: Ohne meine auch körperlich gefühlte empathische Wahrnehmung („felt embodied empathy“) des Schmerzes meiner Klientin und wenn ich nicht bei diesem Schmerz hätte bleiben können, hätte ich nur eine oberflächliche Verbindung zu ihr aufnehmen können.

Am Ende der Sitzung habe die Klientin ihre tiefe Dankbarkeit dafür zum Ausdruck gebracht, dass sie sich durch und durch gehört gefühlt habe und dass diese Erfahrung sie – so ihre eigenen Worte – ins Leben zurück gebracht hätte.

Steve Cox schlägt im Zusammenhang mit solchen Erfahrungen vor, von Beziehungstiefe zu sprechen.

Ich komme zum Schluss:

Ich habe versucht, ihnen zu verdeutlichen, dass Empathie eine wirkliche Begegnung der inneren Erfahrungswelten von Menschen bedeutet, die man heute neurobiologisch nachweisen kann, und dass wir vom ersten Tag unseres Lebens an immer wieder empathischer Begleitung durch andere Menschen bedürfen, um aus der Erfahrung dieser Begegnung mit einem anderen die Begegnung mit uns selbst herauslösen zu können.

Literatur

- Auckenthaler, A. und Bischkopf, J. (2004). Empathie und Akzeptanz in der Verhaltenstherapie: eine Annäherung an die Gesprächspsychotherapie? *Psychotherapie im Dialog*, 4/2004
- Bischof-Köhler, D. (1989). *Spiegelbild und Empathie. Die Anfänge der sozialen Kognition*. Bern: Huber.

- Bohart, A.C., Elliot, R., Greenberg, L.S. and Watson, J.C. (2002). Empathy, in J.C. Norcross (ed.), *Psychotherapy Relationships that Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. New York: Oxford University Press, pp. 89-108
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 16 (3): 252-60
- Bozarth, J. D. (1997). Empathy from the Framework of Client-Centered Theory and the Rogerian Hypothesis. In Bohart, A.C. and Greenberg, L.S. (eds.): *Empathy reconsidered. New Directions in Psychotherapy*. Am. Psychol. Ass. (1997/2002).
- Cooper, M. (2008) *Essential Research Findings in Counseling and Psychotherapy*, Los Angeles, London etc.: Sage
- Cox, S. Relational Depth: Its relevance to a contemporary understanding of person-centered therapy. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, Vol 8, 3, 2009
- Feshbach, N. D. (1997). Empathy, The Formative Years – Implications for Clinical Practice. In Bohart, A.C. and Greenberg, L.S. (eds.): *Empathy reconsidered. New Directions in Psychotherapy*. Am. Psychol. Ass. (1997/2002).
- Gallese, V. (2006). Intentional attunement: A neurophysiological perspective on social cognition and its disruption in autism. *Brain Research* 1079, 15-24
- Gelso, C.J. and Carter, J.A. (1985). The relationship in Counseling and Psychotherapy: components, consequences and antecedents. *The Counseling Psychologist*, 13 (2): 155-243
- Gruen, R.J. & Mendelsohn, G. (1986). Emotional responses to affective displays in others: The distinction between empathy and sympathy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 609-614.
- Höger, D. (2006). Klientenzentrierte Therapietheorie. In Eckert, J., Biermann-Ratjen, E.-M., Höger, D. (Hrsg.): *Gesprächspsychotherapie, Lehrbuch für die Praxis*, Heidelberg: Springer, S. 117-138)
- Kirschenbaum, H. (1979). *On becoming Carl Rogers*. New York: Delta/Dell
- Rogers, C.R. (1959/1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: GwG. (Original erschienen 1959: *A theory or therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework*)
- Rogers, C.R. (1972). *Die nicht-direktive Beratung*. München: Kindler. (Original erschienen 1942: *Counseling and Psychotherapy*)
- Rogers, C.R. (1975). An unappreciated way of being. *The Counseling Psychologist*, 5, S. 209-220
- Rogers, C.R. (1976). Eine neue Definition von Einfühlung. In P. Jankowski, D. Tscheulin, H.J. Fietkau & F. Mann (Hrsg.), *Klientenzentrierte Psychotherapie heute* (S. 29-32). Göttingen: Hogrefe.
- Rogers, C.R. (1980). *A way of being*. Boston, Houghton Mifflin
- Wispe, L. (1986). The distinction between sympathy and empathy: To call forth an concept, a word is needed. *Journal of Personality and Social Psychology*. 50, 314-321.
- Vincent, S. (2005). *Being empathic. A companion for counsellors and therapists*. Oxford, UK: Radcliffe Publishing.

