



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Hochschule Neubrandenburg

Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

Studiengang Beratung (Master of Arts)

Sommersemester 2021

MASTERARBEIT

Empathie und Mitgefühl in der Psychosozialen Beratung und Psychotherapie – Ein systematisches Review

vorgelegt von: Lena Kriege

Erstgutachterin: Frau Prof.in Dr.in Barbara Bräutigam

Zweitgutachterin: Frau Vera Taube (M.A.)

URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis202104014

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	III
Abkürzungsverzeichnis	V
Abstract.....	1
1 Einleitung	2
2 Die Heterogenität der Begriffe „Empathie“ und „Mitgefühl“	5
2.1 Der Begriff der Empathie	5
2.2 Der Begriff des Mitgefühls	15
2.3 Zusammenfassende Betrachtung	25
3 Empathie und Mitgefühl in Forschung und Praxis der Psychosozialen Beratung und Psychotherapie	27
3.1 Die Operationalisierung von Empathie und Mitgefühl in Psychotherapie- und Beratungsforschung.....	27
3.2 Die Anwendung von Empathie und Mitgefühl	31
3.3 Zusammenfassende Betrachtung	37
4 Die methodische Herangehensweise – Ein breit angelegtes systematisches Review	38
4.1 Die Methode eines breit angelegten systematischen Reviews	38
4.2 Eine erste Proberecherche und die Konkretisierung der Fragestellung ...	38
4.3 Die systematische Literaturrecherche.....	41
4.3.1 Die Suchstrategie	41
4.3.2 Der Selektionsprozess.....	43
4.4 Die vergleichende Literaturanalyse.....	48
5 Deskriptive Ergebnisdarstellung: Die aktuellen Forschungsbewegungen und ihr Erkenntnisstand zu Empathie und Mitgefühl in der Psychosozialen Beratung und Psychotherapie	50
5.1 Differenzierung der Forschungsbewegungen in Gruppen	50

5.2	Ergebnisse I: Gruppenspezifische Betrachtung	52
5.2.1	Professionelle Empathie und ihr Einfluss auf das Client Outcome	52
5.2.2	Einflüsse auf die professionelle Empathie	59
5.2.3	(Selbst-)Mitgefühl als Ressource/Selbstkompetenz in Berater*innen und Therapeut*innen und ihr Einfluss auf ihr psychosoziales Wohlbefinden	69
5.2.4	Selbstmitgefühl als persönliche Ressource in psychosozial belasteten Populationen und ihr Einfluss auf das psychosoziale Wohlbefinden	73
5.3	Ergebnisse II: Gruppenübergreifende Betrachtung	81
6	Diskussion: Qualitative Bewertung der Ergebnisse und kritische Reflexion der vorliegenden Arbeit	87
6.1	Qualitative Ergebnisdiskussion und Schlussfolgerungen für Theorie, Ausbildung und Praxis der Psychozialen Beratung.....	87
6.2	Reflexion des Wertes der vorliegenden Arbeit als Forschungsbeitrag.....	96
7	Fazit	99
8	Ausblick.....	101
	Literaturverzeichnis	102
	ANHANG	VI
	Anhang A: Suchverlaufstabellen.....	VII
	Anhang B: Analysetabellen.....	XIII

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Die drei Affektregulationssysteme. Modifiziert nach Gilbert (2010) .	17
Abbildung 2: Flussdiagramm zum Selektionsprozess (eigene Darstellung)	46
Abbildung 3: Differenzierung der Studienaushwahl (n=33) in thematische Über- und Untergruppen (eigene Darstellung)	51
Abbildung 4: Zusammenfassende Ergebnisübersicht zu dem als signifikant erhobenen Zusammenhang zwischen professioneller Empathie und dem Client Outcome (eigene Darstellung)	58
Abbildung 5: Zusammenfassende Ergebnisübersicht zu den als signifikant erhobenen Einflüssen auf die professionelle Empathie (eigene Darstellung)	67
Abbildung 6: Zusammenfassende Ergebnisübersicht zu den Wirkungsweisen von (Selbst-)Mitgefühl in psychosozial Professionellen auf ihr Wohlbefinden (eigene Darstellung)	72
Abbildung 7: Zusammenfassende Ergebnisübersicht zu den als signifikant erhobenen Auswirkungen von Selbstmitgefühl in (potenziellen) Klient*innengruppen der Psychosozialen Beratung und Psychotherapie (eigene Darstellung)	80
Abbildung 8: Verteilung der Kontexte, in denen die Studien erhoben wurden (eigene Darstellung)	82
Abbildung 9: Verteilung der Studiendesigns I (eigene Darstellung).....	83
Abbildung 10: Verteilung der Experimentformen in den quantitativen Studien	83
Abbildung 11: Verteilung der angewandten Erhebungsinstrumente von Empathie und Mitgefühl in den Studien (eigene Darstellung).....	85

Tabelle 1: Operationalisierung von Empathie in der Beratungs- und Psychotherapieforschung (eigene Darstellung).....	28
Tabelle 2: Operationalisierung von Mitgefühl in der Beratungs- und Psychotherapieforschung (eigene Darstellung).....	30
Tabelle 3: Erste Auswahl der Suchbegriffe (eigene Darstellung)	40
Tabelle 4: Ausschlusskriterien im Selektionsprozess (eigene Darstellung)	44
Tabelle 5: Einschlusskriterien im Selektionsprozess (eigene Darstellung).....	44
Tabelle 6: Suchverlaufstabelle PubMed	VII
Tabelle 7: Suchverlaufstabelle Web of Science	X
Tabelle 8: Suchverlaufstabelle PubPsych	XII
Tabelle 9: Analysetabelle 1A.....	XIV
Tabelle 10: Analysetabelle 1B.....	XVIII
Tabelle 11: Analysetabelle 2A.....	XXIV
Tabelle 12: Analysetabelle 2B.....	XXVII

Abkürzungsverzeichnis

AV – Abhängige Variable

BLRI – Baret-Lennard Relationship Inventory

EG – Empathische Genauigkeit

IRI – Interpersonal Reactivity Index

MBCL – Mindfulness Based Compassionate Living

MBSR – Mindfulness Based Stress Reduction

MSC – Mindful Self-Compassion Training

KZG – Klientenzentrierte Gesprächsführung

ProQLS – Professional Quality of Life Scale

PSB – Psychosoziale Beratung

PT – Psychotherapie

SCS – Self-Compassion Scale

UV – Unabhängige Variable

WB – Wohlbefinden

Abstract

Forschungsziel: Das Ziel dieser Masterarbeit war es, den aktuellen Forschungsstand zu den empirischen Erkenntnissen über die Rollen, Bedeutungen und Wirkungsweisen von Empathie und Mitgefühl in der Psychosozialen Beratung und Psychotherapie zu analysieren. **Methodik:** Dazu wurde ein breit ausgerichtetes systematisches Review unternommen. Die systematische Literaturrecherche wurde in im Januar 2021 in drei wissenschaftlichen Datenbanken durchgeführt. Die Suchstrategie sowie der anschließende Selektionsprozess mithilfe bestimmter Ein- und Ausschlusskriterien führte zu einer finalen Auswahl von n=33 empirischen Studien, die einer vergleichenden Literaturanalyse unterzogen wurden. **Ergebnisse:** Empathie wird in der aktuellen Beratungs- und Psychotherapieforschung zum einen als eine *interpersonelle*, professionelle Beratungskompetenz konzipiert und erforscht. Dabei wird übereinstimmend ein positiver Zusammenhang zwischen professioneller Empathie und dem Client Outcome bestätigt. Zum anderen werden diverse Einflüsse auf die professionelle Empathie untersucht, wobei sich zeigt, dass bestimmte Personenmerkmale der Professionellen, bestimmte Methoden zur Empathieförderung und situative Aspekte den Empathiegrad der Professionellen beeinflussen können. Mitgefühl wird hingegen zumeist in Form von Selbstmitgefühl als persönliche Ressource und somit als *intrapersonelles* Phänomen erforscht. Dabei wird übereinstimmend ein positiver Zusammenhang zwischen Selbstmitgefühl und subjektivem Wohlbefinden in sowohl (potenziellen) Klient*innen der psychosozialen Beratung und Psychotherapie als auch in Berater*innen bzw. Psychotherapeut*innen belegt. Forschungsbestrebungen bzw. aussagekräftige Ergebnisse zum Potenzial von Mitgefühl als *interpersonelle* Variable in Form einer professionellen Beratungskompetenz sind in der aktuellen Beratungs- und Psychotherapieforschung dagegen noch nicht bis kaum vorzufinden. **Schlussfolgerungen:** Die Konzepte Empathie und Mitgefühl sollten im Rahmen der Ausbildung von angehenden Berater*innen umfangreicher diskutiert werden, um ihrer theoretischen Komplexität gerecht zu werden und Reflexionsprozesse der Empathie- und Mitgefühlsmöglichkeiten in den zukünftig Professionellen anzuregen. Außerdem sollte das praktische Trainieren von gesunder Empathie und (Selbst-)Mitgefühl fest in die psychosoziale Ausbildung integriert werden, um die gesunde Kompetenzentwicklung zu fördern und so zur Professionalisierung Psychosozialer Beratung beizutragen.

1 Einleitung

Die Bedeutsamkeit, gar die Notwendigkeit von Empathie für den Gesprächsführungsprozess in der Psychosozialen Beratung (PSB) und Psychotherapie (PT)¹ und für einen entsprechenden Beratungs- bzw. Therapieerfolg scheint auf den ersten Blick unumstritten und selbstverständlich. Weil sie nicht nur im psychosozial professionellen Setting zum Tragen kommt, sondern ein Bestandteil der allgemein menschlichen Beziehungsgestaltung und damit der Gesamtgesellschaft ist, scheint der Begriff Empathie oder auch „Einfühlung“ bzw. „sich einfühlen“ als allgemein verstanden und eindeutig definiert. Man hat das Gefühl, jede*r wüsste, was damit gemeint ist. Kommt ggf. doch einmal die Frage auf, was Empathie eigentlich genau ist, wird zumeist – so zumindest im Rahmen der Ausbildung von psychosozialen Berater*innen – auf Carl Rogers mit seinem Modell der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie und die darin enthaltenden drei Merkmale einer therapeutischen Haltung verwiesen: einführendes Verstehen (=Empathie), Kongruenz und bedingungslose Wertschätzung. Sehr schnell also kann man glauben den Begriff Empathie verstanden zu haben, ihn eindeutig erklären zu können und dabei mit allen anderen Interessierten übereinzustimmen.

Wie so oft, sieht die Wahrheit jedoch anders aus, wenn man einmal hinter die Fassade schaut. Ganz automatisch kann der Blick hinter diese Fassade für eine*n Berater*in oder eine Therapeut*in z.B. dann kommen, wenn die ersten realen Beratungssitzungen durchgeführt werden und eine Reflexion der eigenen Empathiefähigkeit angeregt wird. Allerdings wäre es möglicherweise sinnvoll dieses Genauer-Hinsehen auf das, was sich alles hinter dem Empathiebegriff verbirgt, den Studierenden bereits in ihrer Ausbildung, und zwar auch auf theoretischer Ebene zu ermöglichen. Denn tatsächlich steckt hinter der simplen Fassade von Empathie noch so viel mehr, wie diese Masterarbeit aufzeigen wird. Ohne die Berücksichtigung dieses Mehrs im Rahmen der Ausbildung von zukünftigen psychosozial

¹ In der Arbeit wird sich sowohl dem Handlungsfeld der PSB als auch der PT gewidmet, weil von Beginn an davon auszugehen war, dass sich der aktuelle Forschungsstand nicht ausreichend im Feld der Beratung befindet, sondern sich eher im Feld der PT-Forschung oder der counsel(l)ing-Forschung, welche oft beide Bereiche zusammenfasst, verortet. Im Sinne des Überschneidungsmodells nach Nestmann (2002, zit. n. Wälte & Lübeck, 2018, S. 26) wird in dieser Arbeit davon ausgegangen, dass PSB und PT sich theoretisch und praktisch voneinander unterscheiden lassen, jedoch viele kompetenz-, methoden- und wirkungsbezogene Überschneidungen vorzufinden sind. Deshalb werden die Forschungsergebnisse aus dem PT-Kontext hier als auf den PSB-Kontext übertragbar verstanden.

Professionellen² kann der Bedeutsamkeit von Empathie, als ein wesentlicher Bestandteil der Beziehungsgestaltung in der Beratung und Psychotherapie, nicht gerecht werden.

Ein zentraler Aspekt des Gesamtbildes von Empathie ist u.a. die aktuelle Diskussion um das Phänomen und Konzept „Mitgefühl“. Insbesondere die Empathie- und Mitgefühl-forschung im Bereich der sozialen Neurowissenschaften um Tania Singer, brachte und bringt neue Impulse in die bereits Jahrzehnte anhaltende psychologische, sozialwissenschaftliche, aber auch die bereits bestehende neurowissenschaftliche Empathieforschung. Die zentrale Hypothese dabei ist, dass Mitgefühl eine langfristig psychisch gesündere Ergänzung zu Empathie seitens Berater*innen und Psychotherapeut*innen gegenüber Klient*innen sein könnte, weil es dabei aufgrund positiver Emotionen nicht zu empathischem Stress und anderen psychischen Folgen, wie sekundärer Traumatisierung kommen soll. Dieser Impuls, der der hiesigen Autorin im Rahmen eines Livevortrags von Tania Singer während des Heiligenfeld Kongresses im Jahr 2019 begegnete, ist die Motivation für die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit den Phänomenen Empathie und Mitgefühl im Kontext von Psychosozialer Beratung und Psychotherapie im Rahmen dieser Masterarbeit. Das zentrale Anliegen der Arbeit ist es deshalb mithilfe eines systematischen Reviews die aktuellen empirischen Erkenntnisse über die Rollen, Bedeutungen und Wirkungsweisen von Empathie und Mitgefühl in der Psychosozialen Beratung und Psychotherapie ausfindig zu machen und zu analysieren.

Die Arbeit ist demnach wie folgt aufgebaut: im sich anschließenden *zweiten Kapitel* wird eine komplexe theoretische Fundierung über die vorherrschenden Begriffsdefinitionen und Konzepte von Empathie und Mitgefühl geboten. Zum einen sollen diese Darlegungen dem besseren Begriffsverständnis und einer Übersicht über die Definitionslandschaft dienen, zum anderen soll so auch deutlich werden, inwiefern Empathie und Mitgefühl im Vergleich zueinander behandelt werden, also synonym oder von Grund auf verschieden. Im *dritten Kapitel* wird ein Einblick in die empirische Erforschung und praktische Anwendung von Empathie und Mitgefühl in der Beratung(-forschung) und Psychotherapie(-forschung) gegeben. Dabei wird das

² In der vorliegenden Arbeit wird der Ausdruck „psychosozial Professionelle“ gelegentlich eingesetzt, um stilistisch ansprechender und zusammenfassend auf die Gruppe psychosozialer Berater*innen und Psychotherapeut*innen zu verweisen.

Ziel verfolgt die beiden Konzepte, zusätzlich zur vorherigen theoretisch-konzeptionellen Perspektive, aus einer anwendungsorientierten Perspektive zu betrachten. D.h. darzulegen, wie Empathie und Mitgefühl einerseits messbar gemacht und erhoben werden und andererseits, wie sie in der tatsächlichen Beratungs- und Therapiepraxis eingesetzt werden bzw. zum Tragen kommen. Auch darüber soll aufgezeigt werden, inwieweit sich Empathie und Mitgefühl voneinander unterscheiden lassen bzw. nicht unterscheiden lassen. Das *vierte Kapitel* widmet sich dann der Vorstellung der methodischen Herangehensweise, indem zunächst die Methode des systematischen Reviews vorgestellt und anschließend die einzelnen Schritte des Umsetzungsprozesses (die erste Proberecherche, die Konkretisierung der Fragestellung, die Auswahl der Datenbanken und der Selektions- und Analysekriterien sowie schließlich der Selektionsprozess der relevanten Studien) beschrieben werden. Daran schließt sich das *fünfte Kapitel* mit den Ergebnissen der systematischen Literaturrecherche und -analyse an. Diese unterteilt sich in drei Unterkapitel mit erstens der Vorstellung der unternommenen Studiengruppierung, zweitens den gruppenspezifischen Ergebnissen und mit drittens den gruppenübergreifenden Ergebnissen. In der darauf aufbauenden Diskussion, im *sechsten Kapitel*, werden diese Ergebnisse qualitativ diskutiert, Schlussfolgerungen für die Theorie, Ausbildung und Praxis insbesondere der Psychosozialen Beratung abgeleitet und abschließend der Wert dieser Masterarbeit als wissenschaftlicher Beitrag kritisch reflektiert. Das *siebte Kapitel* dient dem Ziehen eines Fazits, in dem die zentralen Ergebnisse noch einmal zusammengefasst werden. Die Arbeit endet schließlich im *achten Kapitel* mit einem Ausblick auf die zukünftigen Forschungsbedarf bzgl. Empathie und Mitgefühl im Kontext von Psychosozialer Beratung und Psychotherapie sowie auf die wünschenswerten Entwicklungen in der Ausbildung und Praxis von psychosozial Professionellen.

2 Die Heterogenität der Begriffe „Empathie“ und „Mitgefühl“

Es herrschen unterschiedliche Verständnisse nicht nur darüber, inwieweit die beiden Begriffe *Empathie* und *Mitgefühl* zueinander in Beziehung stehen, also ob synonym, sich ergänzend oder vollständig verschieden, sondern auch bereits über die jeweiligen Begriffsdefinitionen im Einzelnen (Jeffrey, 2016). Eindeutig ist jedoch, dass dem Begriff *Empathie* bereits seit etwa 50 Jahren eine bedeutsame Rolle im Kontext von Psychotherapie und später der Psychosozialen Beratung zugeschrieben wird (Elliott et al., 2018). Dem Konzept *Mitgefühl* als eigenständiges Phänomen wird im Kontext von Beratung und Psychotherapie hingegen erst seit etwa 20 Jahren forschende Aufmerksamkeit geschenkt. Die begriffliche Klärung dieser beiden Terme soll der Vollständig- und Verständlichkeit halber deshalb zunächst damit beginnen, die von verschiedenen wissenschaftlichen Perspektiven geprägte Entwicklung des Empathiebegriffs bis heute darzustellen, um anschließend das in der Psychotherapie und Beratung neuere Konzept des Mitgefühls zu erläutern.

2.1 Der Begriff der Empathie

Wie der Sozialpsychologe Daniel Batson (2009) treffend beschreibt, kann Empathie im weitesten Sinne als die Antwort auf folgende zwei Fragen verstanden werden:

1. „Wie kann jemand wissen, was ein anderer denkt und fühlt?“
2. Was führt dazu, dass jemand mit Sensibilität und Fürsorge auf das Leid eines anderen reagiert?“ (eigene Übersetzung, Batson, 2009, S. 3)

Es ist *Empathie*, die Menschen erfahren lässt, was ein Gegenüber denkt und fühlt, und sie befähigt darauf schließlich mit Sensibilität und Fürsorge zu reagieren. Eine derartig weit gefasste Auffassung von Empathie reicht allerdings nicht aus, um zu verstehen, welche tatsächlichen Prozesse sich hinter diesem Begriff verstecken. Darüber hinaus entstanden seit dem erstmaligen Aufkommen des Empathiebegriffs vor etwa 120 Jahren verschiedene Auffassungen, die zu einer breiten Begriffsheterogenität geführt haben – ein Aspekt, auf den in so gut wie jeder einschlägigen Literatur zu Beginn hingewiesen wird (Elliott et al., 2018; Gerdes et al., 2010; Jeffrey, 2016; Roth, Schönfeld & Altmann, 2016). Seine Heterogenität scheint also ein relevantes Merkmal des Empathiebegriffs selbst zu sein. Einerseits liegt diese begriffliche Diversität im Problem der Abgrenzung zu anderen, teilweise ihm zugehörigen aber nicht vollständig entsprechenden und teilweise gänzlich anderen

Beziehungsvariablen begründet, wie z.B. zu Mitgefühl, Mitleid, emotionaler Ansteckung oder Perspektivübernahme (Altmann, 2021; Batson, 2009; Elliott et al., 2018). Andererseits ist auch die bis heute unterschiedliche Betonung einzelner Facetten von Empathie ein Grund für die entstandenen vielfältigen Verständnisse (Davis, 1980, S. 3).

Die Entstehung des Empathiebegriffs

Die erstmalige Begriffsverwendung unternahm der Psychologe Theodor Lipps (1897), der den Prozess eines „inneren Mitmachen[s], eine[r] imaginierende[n] Nachahmung des Erlebens des anderen“ (zit. n. Finke, 1994, S. 42) als „Einfühlung“ betitelte. Lipps bezog sich hiermit ursprünglich auf Maler*innen oder Autor*innen, die sich in ein Objekt hineinzusetzen versuchen, um nachvollziehen zu können, was oder wie sich das entsprechend darzustellende Objekt fühlt (Batson, 2009, S. 6). Hierbei handelt es sich also um eine rein emotionale Reaktion, eine ungefilterte Übernahme des Erlebens eines Gegenübers in sich selbst, die heute eher als „emotionale Ansteckung“ betitelt werden würde (Jeffrey, 2016, S. 447). Der Psychologe Titchener (1909) übersetzte anschließend den Begriff „Einfühlung“ in Anlehnung an das griechische Wort „empathia“ (ἐμπάθεια, dt.: „Leidenschaft“ oder „intensives Gefühl“) (Altmann, 2021) in das englische Wort „empathy“, was wiederum zu einer Weiterentwicklung des deutschen Wortes zu „Empathie“ führte (Jeffrey, 2016; Roth, Altmann & Schönfeld, 2016, S. 1).

Diese emotional orientierte Betrachtungsweise (Davis, 1980; Gerdes et al., 2010; Jeffrey, 2016) wandelte sich durch verschiedene Einflüsse ab der Mitte des 20. Jahrhunderts zu einer eher kognitiven Betrachtungsweise von Empathie (Davis, 1980, S. 3). Im spezifischen Kontext der Psychotherapie wird die Ergänzung des rein emotionalen Empathieverständnisses um eine kognitive Komponente, bzw. die verstärkte Fokussierung auf letztere, insbesondere Carl Rogers, dem Begründer der humanistischen Psychologie und Klientenzentrierten³ Gesprächspsychotherapie (KZG) zugeschrieben (Davis, 1980; Elliott et al., 2018), sowie dem tiefenpsychologischen Psychoanalytiker Heinz Kohut (Gerdes et al., 2010, S. 2328). Insbesondere der Einfluss von Carl Rogers auf das sowohl allgemeine als auch spezifisch

³ Der Begriff der „Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie“ wird an dieser Stelle bewusst nicht gegendert, weil es sich um den fest etablierten Eigennamen einer der vier Psychotherapieströmungen nach Carl Rogers handelt, der in der aktuellen Literatur heute weiterhin im Original verwendet wird.

therapeutische Empathieverständnis und die entsprechenden Forschungsbewegungen ist bis heute so stark, dass auch von einem sogenannten „Carl Rogers Effekt“ (Gerdes et al., 2010, S. 2328) oder von der „Rogerian Empathy“ (Bozarth, 2009) gesprochen wird.

Der „Carl Rogers Effekt“

Rogers' (1957) ursprünglichem Verständnis nach ist Empathie als therapeutische Fähigkeit „ein Zustand, in dem der interne Referenzrahmen des Gegenübers mit Genauigkeit und mit den entsprechenden emotionalen Empfindungen und ihren Hintergründen so wahrgenommen wird, als wäre man selbst diese Person, ohne jemals dabei die ‚als ob‘ Qualität zu verlieren“ (zit. n. Rogers, 1975, S. 3). Diese Betonung der „als ob“ Qualität, im Gegensatz zur Idee einer direkten Gefühlsansteckung oder gar Identifikation mit dem Gegenüber ist das von Autoren*innen wie Davis (1980), Elliott et al. (2018) und Gerdes et al. (2010) als neue kognitive Betrachtungsweise bewertete Element im Empathieverständnis.

Mit anderen Worten bezeichnet Rogers Empathie auch als „einfühlsames Verstehen“ und hebt sie, gemeinsam mit Kongruenz und bedingungsloser Wertschätzung, als notwendige Voraussetzung einer therapeutischen Haltung hervor, um eine erfolgreiche, d.h. heilende Beziehung zu den Klient*innen aufbauen zu können (Roth, Schönefeld & Altmann, 2016). Später korrigiert Rogers (1975), dass Empathie anstelle eines statischen *Zustands*, einem dynamischen *Prozess* entspricht, in dem der gesamte, von der*m Klient*in erlebte psycho-physiologische Fluss in sich selbst wahrgenommen wird (S. 4). Er beschreibt genauer, dass dieses zeitlich begrenzte „im Gegenüber leben“ (ebenda) wertfrei und sensibel stattfindet, ohne dabei unbewusste, dem*r Klient*in selbst noch nicht bekannte, Gefühle aufzudecken, weil dies zu bedrohlich wäre. Außerdem bedeutet dieser Prozess auch die offene Kommunikation der*s Therapeut*in seiner*ihrer Wahrnehmungen an die*den Klient*in, um sie abzugleichen und sich schließlich von den Antworten des Gegenübers leiten zu lassen (ebenda). Echte Empathie entsteht also erst aus bzw. mit Interaktion – ein für Rogers' Sichtweise charakteristisches Merkmal (Elliott et al., 2018; Roth, Altmann & Schönefeld, 2016). Rogers unterstreicht hierbei die notwendige o.g. Kongruenz aufseiten von Therapeut*innen, nämlich sicher in sich und sich seiner selbst bewusst zu sein, somit auch authentisch zu bleiben, um im empathischen Prozess, die „als ob“ Qualität beibehalten zu können und sich selbst nicht in einer

Überidentifikation mit dem*der Klient*in zu verlieren (ebenda). Im Vergleich zu anderen vorherigen oder später entstehenden Definitionen ist es insbesondere die „Rogerian Empathy“, die Empathie als eine speziell therapeutische Fähigkeit, basiert auf einer wertschätzenden Haltung und Kongruenz, geknüpft an Interaktion und die Wahrnehmung durch die Klient*innen (Bozarth, 2009) versteht, was sie bis heute zu einer der relevantesten Definitionen von Empathie in der Theorie und Praxis von Psychosozialer Beratung und Psychotherapie macht.

Die psychoanalytische Betrachtungsweise

Zur etwa selben Zeit war es auch in der tiefenpsychologischen Psychoanalyse üblich, Empathie auf einer verstärkt kognitiven Ebene zu konzeptualisieren (Elliott et al., 2018, S. 3). Hier prägte insbesondere der freudianische Analytiker Heinz Kohut den Begriff. Kohut (1959, zit n. Gerdes et al., 2010) beschreibt Empathie als „eine stellvertretende Selbstbeobachtung [oder] die Fähigkeit, sich selbst in das innere Leben des Gegenübers hinein zu fühlen oder hinein zu denken, [...] jedoch zu einem abgeschwächten Grad“ (S. 2327f.). Auch hier nimmt die kognitiv bewusste Distanz zum Gegenüber die tragende Rolle ein, die einer möglichen Überwältigung durch fremde Gefühle und einer Identifikation mit den Klient*innen zuvorkommt.

Jedoch wird Empathie hier, neben der Idee als grundlegendes Element einer therapeutischen Beziehung, insbesondere als eine Beobachtungsmethode zur Sammlung von Informationen und Erkenntnissen verstanden, welche zur anschließenden Deutung des*r Klient*in dienen sollen (Pawlowsky, 2000). Anders als in der non-direktiven Gesprächspsychotherapie also, die das empathische Verstehen als ein wert- und interpretationsfreies Nachempfinden im Sinne eines „Anschauens“, (Finke, 1994, S. 43) betrachtet, geht es hier im psychoanalytisch orientierten empathischen Verstehen eher um ein „Durchschauen“ des Sinnes hinter dem inneren Erleben der Klient*innen. Genauer, um ein Aufdecken von für die Klient*innen noch unbewussten Zusammenhängen (ebenda)⁴, geleitet von der Frage „Wie haben die Erfahrungen der Klient*innen dazu geführt, dass sie so sehen/fühlen/denken/handeln, wie sie es heute tun?“ (eigene Übersetzung, Elliott et al., 2018, S. 3). Empathie

⁴ Finke (1994) weist jedoch auch darauf hin, dass diese Unterscheidung lediglich auf theoretisch-konzeptioneller Ebene so deutlich möglich ist, da in der Praxis der KZG es doch letztendlich auch zu der Verstehensform im Sinne des „Durchschauens“ mithilfe von Empathie kommt, wenn nämlich das - zwar langsame, aber sichere - stetige Betrachten des inneren Erlebens schließlich doch zu einem Durchschauen des dahinterliegenden Sinnes wird (S.43).

nimmt in der Psychoanalyse also eine andere Rolle ein, nämlich eher als praktisches Mittel zum Zweck, als es in der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie der Fall ist, wo Empathie als heilendes Element der therapeutischen Beziehung gesehen wird.

Einflussnehmende operationale Begriffsverständnisse

Die Betrachtungsweise von Empathie bis ins Ende der 1970er Jahre wird in der Literatur somit als eher kognitiv ausgerichtet bewertet (Davis, 1980, S. 3; Elliott et al., 2018; Jeffrey, 2016). Dies spiegelt sich auch in den damals gängigen Erhebungsinstrumenten von Truax und Barret Lennart wider.

Im Barret-Lennard Relationship Inventory (1962), welcher in enger Anlehnung an Rogers' klientenzentriertes Modell entwickelt wurde, wird der Empathiegrad entweder subjektiv durch den*die Klient*in, dem*r Empathie seitens der Therapeut*in entgegengebracht werden soll, erhoben oder durch den*die Therapeut*in selbst. Empathie wird dabei als das „Erfahren des anderen Bewusstseins, das hinter der Kommunikation nach außen verborgen liegt“, definiert (eigene Übersetzung, Barret-Lennart, 1962, zit. n. Rogers, 1975, S. 4). Dieses Erfahren entsteht über das aktive Streben nach einem Wissen um das vollständige, momentane und sich stets verändernde Erleben der anderen Person, wobei die Worte und Signale des Gegenübers angenommen und in korrekte Bedeutungen übersetzt werden. Dabei bleibt stets die Differenzierung des Selbst vom Gegenüber bestehen (ebenda).

Die Accurate Empathy Scale von Truax (1967) ist hingegen ein objektives Instrument, mit dem ein*e Beobachter*in von außen den Empathiegrad einer*s Therapeut*in gegenüber dem*der Klient*in beobachtet und bewertet. Empathie wird hier als therapeutische *empathische Genauigkeit* operationalisiert und in acht Stufen unterschieden. Der höchste Empathiegrad wird wie folgt operationalisiert:

- als die korrekte Interpretation der präsenten Gefühle der*s Klient*in,
- als das Aufdecken von noch kaum oder gerade erst bewussten (aber nicht unbewussten) Gefühlsbereichen,
- als das treffsichere, jedoch vorsichtige Hinbewegen zu Gefühlen und Erfahrungen, die der*die Klient*in nur angedeutet hat, sodass sie dem*r Klient*in neu bewusst werden, jedoch nicht fremd erscheinen und

- als eine Sensibilität gegenüber möglichen Fehlern und der Anpassungsbereitschaft an die Korrektur seitens der*dem Klient*in, in Form eines sich herantastenden, explorativen Prozesses in Zusammenarbeit mit der*m Klient*in (eigene Übersetzung, Truax, 1967, zit. n. Rogers 1975, S. 4).

Beide Operationalisierungen fassen Empathie somit deutlich als einen rein kognitiven Prozess des korrekten Verstehens und Übersetzens der Gefühle und Gedanken des Gegenübers auf.

Mit der späteren Entwicklung und weiten Verbreitung des Interpersonal Reactivity Index⁵ (IRI) durch Davis (1980) jedoch, welcher die bis dahin existierenden Instrumente aufgrund ihrer mangelnden Beachtung individueller Unterschiede in der Empathiefähigkeit kritisierte (S. 4), hat sich das zuvor eindimensionale Verständnis zu einer bis heute anhaltenden dualen Auffassung von Empathie weiterentwickelt: als ein Zusammenwirken einer kognitiven („empathische Sorge“ und „persönlicher Distress“) und affektiven Komponente („Perspektivübernahme“ und „Fantasie“) (Roth, Altmann & Schönefeld, 2016, S. 2). Diese Sichtweise wird im späteren Verlauf dieses Kapitels als heute sehr übliches Begriffsverständnis genauer ausgeführt.

Sozial- und Entwicklungspsychologische Einflüsse

Zum Ende der 1990er Jahre galt dem Phänomen Empathie und seiner Erforschung insbesondere seitens der Sozial- und Entwicklungspsychologie starke Aufmerksamkeit (Elliott et al., 2018; Gerdes et al., 2010).

Innerhalb der Entwicklungspsychologie wurde und wird Empathie bis heute im Kontext der Moralentwicklung als moralisch angebrachte emotionale Reaktion auf ein belastetes Gegenüber, die eine elementare Bedingung für eine moralische Sozialisation darstellt, untersucht (Blair & Blair, 2009; Ruckmann & Rief, 2013).

Darüber hinaus hatte auch die entwicklungspsychologische Erforschung von Empathie im Zusammenhang mit Mentalisierung, auch als „Theory of Mind“ oder „Perspektivübernahme“ bekannt, einen bedeutsamen Einfluss auf das heutige Empathieverständnis. Mentalisierung befähigt Menschen dazu, eigene Vorstellungen über mentale Zustände eines Gegenübers, wie seine Überzeugungen, Gedanken,

⁵ Der IRI mit seinen Subskalen wird im folgenden Kapitel zur Operationalisierung von Empathie ausführlicher dargestellt.

Absichten oder Sichtweisen zu entwickeln und dadurch das Verhalten anderer Menschen verstehen und vorhersagen sowie von Verhaltensweisen auf entsprechende mentale Zustände rückschließen zu können (Bornemann & Singer, 2013, S. 194). Indem die Sichtweise einer anderen Person, die sich von der eigenen unterscheiden kann, bewusst eingenommen wird, ohne die eigene Sichtweise dabei zu verlieren, handelt es sich um eine Perspektivübernahme. Die Voraussetzung zur Perspektivübernahme ist die Fähigkeit zwischen sich selbst und anderen unterscheiden zu können, was auch als die Loslösung des kindlichen Egozentrismus beschrieben wird und i.d.R. erst zwischen dem vierten und sechsten Lebensjahr einsetzt (Wilkening, 2016). Ermöglicht wird diese Fähigkeit der Perspektivübernahme einerseits über das dem menschlichen Gehirn zugehörige System der Spiegelneurone, die vor allem eine intuitiv unbewusste Reaktion stimulieren (Blair & Blair, 2009; Ruckmann & Rief, 2013) sowie über das Stirnhirn, in dem die bewusste Einfühlung reguliert wird (Wakolbinger, 2018, S. 34). Dieser Prozess der Perspektivübernahme oder der Mentalisierung ist es, der heute oft als kognitive Empathie aufgefasst wird (Ruckmann & Rief, 2013).

Im sozialpsychologischen Bereich spielten die Forschungen von William Ickes zur *empathischen Genauigkeit* und von Daniel Batson zum Zusammenhang von Empathie und *altruistischem Verhalten* eine einflussreiche Rolle für die Weiterentwicklung des Empathiebegriffs.

William Ickes (1997) brachte das bereits von Truax und Rogers benannte Konzept der empathischen Genauigkeit (engl.: „empathic accuracy“) voran und prägte seine Bedeutsamkeit in sozialen Beziehungen, insbesondere auch im Kontext von Psychotherapie, stark. Definiert wird empathische Genauigkeit als das Ausmaß, zu dem eine Person in der Lage ist, den spezifischen Inhalt der Gedanken und Gefühle im Gegenüber korrekt zu erschließen (Ickes, 2009, S. 57). Dabei geht es keineswegs um die dahinter ablaufenden Prozesse im Inneren der Personen, sondern ausschließlich um die direkte Beobachtung und Messung der empathischen Genauigkeit in einer sozialen Interaktion und ihr Zusammenhang mit bestimmten Prozess- und Outcome-Variablen (ebenda). Zur Messung des Empathiegrades seitens Therapeut*innen gegenüber ihren Klient*innen wird deshalb auch das Konzept der empathischen Genauigkeit herangezogen.

Daniel Batson (1991, 2011, zit. n. Bierhoff, 2021) erforschte den Zusammenhang von Empathie und prosozialem Verhalten und stellte die Empathie-Altruismus-Hypothese auf. Prosoziales Verhalten ist ein (Hilfe-)Verhalten, das einer anderen Person oder Personengruppe zugutekommt (Bierhoff, 2019). Batson unterscheidet zwischen egoistisch- und altruistisch-motivierter Hilfe, die (einer in Not geratenen) Person geleistet wird und stellte folgende Hypothese auf: egoistisch-motiviert ist das Hilfeverhalten dann, wenn „persönliches Unbehagen“ (engl.: „personal distress“), also bspw. Stress, Bedrohung oder Angst, durch die beobachtete Stresssituation, in der sich das Gegenüber befindet, erlebt wird, was dazu führt, dass man zunächst vor allem sich selbst retten möchte. Ist die eigene Flucht aus der Situation jedoch an eine Hilfeleistung für die andere Person geknüpft, muss dem Gegenüber zuerst geholfen werden, um sich schließlich selbst aus der Situation retten zu können. Dann ist diese Hilfeleistung egoistisch motiviert. Wäre jedoch eine Flucht möglich, unabhängig davon, ob der anderen Person geholfen wird oder nicht, kann das Erleben von persönlichen Unbehagen und dem entsprechenden Bedürfnis sich selbst zu retten zum Unterlassen einer Hilfeleistung führen (Bierhoff, 2021). Hingegen basiert altruistisch-motivierte Hilfe auf dem Erleben einer sog. „empathischen Sorge“ (engl.: „empathic concern“), die dazu führt, dass prosoziales Verhalten geleistet wird, einzig und allein, um dem Gegenüber zu helfen, frei von dem Bedürfnis, selbst die Flucht aus der Situation ergreifen zu müssen.

Diese Hypothese gilt heute durch zahlreiche Forschungsergebnisse als belegt (Bierhoff, 2021). Das Erleben empathischer Sorge kann also altruistisches, prosoziales (Hilfe-)Verhalten, das dem Gegenüber zugutekommt, motivieren, während erlebtes persönliches Unbehagen, egoistisch motiviertes prosoziales Verhalten – oder bei niedrigschwelligen Fluchtmöglichkeiten sogar das Unterlassen von Hilfe – motivieren kann (Bierhoff, 2021). Das Erleben empathischer Sorge kann sich beispielsweise bei einer engen Beziehung mit dem Gegenüber, bei eigenen ähnlichen Erfahrungen der Situation, in der sich die Person befindet oder durch aktives Hineinversetzen in ihre*seine Situation verstärken. Dies erklärt, warum die Entstehung einer altruistischen Verhaltensmotivation die in der Kindheit entwickelte kognitive Fähigkeit zur Perspektivübernahme voraussetzt (Bierhoff, 2021).

Für die Psychotherapie und Beratung kann aus der mittlerweile erfolgten Belegung dieser Hypothese (Bierhoff, 2021) geschlossen werden, dass Empathiefähigkeit,

bzw. genauer das Erleben einer empathischen Sorge, notwendig sein könnte für eine an der*dem Klient*in orientierte, ihr*ihm zugutekommenden Hilfe.

Das duale Begriffsverständnis von Empathie

Im Kontext von Psychotherapie und Beratung wird Empathie heute weiterhin als zentrales, interaktionistisches Element verstanden und das Empathiekonzept Rogers' dient immer noch als Orientierung bietendes Element in der Lehre und Praxis der Psychosozialen Beratung (Elliott et al., 2018, S. 2). In der Forschung wird jedoch zumeist das duale Begriffsverständnis von Empathie betont und zugrunde gelegt, welches sich, wie zuvor bereits verdeutlicht, mit der Entwicklung des Interpersonal Reactivity Index von Davis (1980) großflächig verbreitete. Demnach definiert die Empathieforschung den Begriff heute zumeist wie folgt auf einer affektiven und einer kognitiven Ebene:

Affektive Empathie umfasst ein Miterleben der Gefühle des Gegenübers in sich selbst, das automatisch und ohne bewusste Entscheidung angestoßen wird durch den Ausdruck der Emotionen seitens bspw. des*der Klient*in oder über die Bezugnahme zu einer selbst ähnlich erfahrenen Situation (Bayne & Hays, 2017; Roth, Altmann & Schönefeld, 2016). Empathie auf affektiver Ebene meint also, dass eine empathische Person auf ähnliche Weise selbst das fühlt, was das Gegenüber fühlt bzw. das, was angenommen wird, was das Gegenüber fühlt (Eisenberg & Eggum, 2009, S. 71). Als Einblick in die innere Welt des Gegenübers kann dies zwar hilfreich sein, jedoch wird es dann kritisch betrachtet, wenn es zu einer Überidentifikation kommt, weil die Selbst-Andere-Differenzierung („als ob“ Qualität) nicht gegeben ist, und schließlich eine Übernahme des emotionalen Belastungserlebens stattfindet. Dann wird von einer ungefilterten, sog. „emotionalen Ansteckung“⁶ gesprochen, die in der psychotherapeutischen und beraterischen Arbeit den helfenden Prozess hemmen und zu anhaltenden psychosozialen Belastungen in den Professionellen selbst führen kann (Roth, Altmann & Schönefeld, 2016, S. 2). Singer & Lamm (2009) weisen darauf hin, emotionale Ansteckung streng vom Konzept der Empathie zu

⁶ Es wird auch von „primitiver Empathie“ gesprochen, weil emotionale Ansteckung bereits Babys erleben, die ihr Selbst noch nicht von anderen unterscheiden können und sich deshalb vom Verhalten und den Emotionsausdrücken der Personen um sie herum anstecken lassen (Singer und Lamm, 2009, S. 82).

unterscheiden, weil sie weder notwendig noch nützlich und im Gegenteil eher hinderlich für echte Empathie ist (S. 84).

Empathie auf kognitiver Ebene umfasst einen bewussten und kontrolliert stattfindenden Prozess, indem die jeweilige innere Situation eines Gegenübers, bspw. der*s Klient*in, nachvollzogen werden kann, wobei keine Vermischung des fremden Erlebens mit dem Selbsterleben geschieht, sondern ein objektives Verstehen (Bayne & Hankey, 2020; Jeffrey, 2016; Rogers, 1975). Dies wird ermöglicht über die menschliche Fähigkeit zur Perspektivübernahme, wie sie zuvor bereits erläutert wurde und die auch Davis in seinem IRI als eigene Subskala mitaufnimmt (Davis, 1980). Dabei handelt es sich nicht um gefühlsbezogene Prozesse, sondern um reine kognitive Prozesse (Bornemann & Singer, 2013, S. 194). Dies kann das Verstehen eines Menschen gegenüber erleichtern, insbesondere dann, wenn der spezifische Gefühlszustand der*s anderen nicht gut nachempfunden werden kann, weil das Gegenüber bspw. in seiner Persönlichkeit, seinen Erfahrungen oder seinem Erleben sehr unterschiedlich im Vergleich zu sich selbst ist (ebenda).

Neurowissenschaftliche Einflüsse

Die Erforschung von Empathie erfährt heute zusätzlich großes Interesse seitens der (sozialen) Neurowissenschaft, die das Empathiekonzept auch für die Beratung und Psychotherapie relevant erweitert und für ein umfassendes Verständnis von Empathie berücksichtigt werden sollte (Elliott et al., 2018).

So wird in – nicht mehr nur rein neurowissenschaftlichen – Artikeln bei der Auseinandersetzung mit Empathie auf drei, bzw. vier neuronal zusammenwirkende Prozesse oder funktionale Komponenten von Empathie hingewiesen (Eisenberg & Eggum, 2009; Ruckmann & Rief, 2013): zunächst setzt ganz automatisch ein *emotionaler Aktivierungs- und Verknüpfungsprozess* (engl.: „affective sharing“) ein, wenn sich körperliche Anzeichen einer emotionalen Reaktion im Gegenüber zeigen. Dies führt zu einer Gehirnaktivierung des limbischen Systems in der beobachtenden Person, was zur Auslösung von Gefühlen sich selbst führen kann, die ähnlich sind zu den angenommenen oder geäußerten Gefühlen aufseiten des Gegenübers. Daraufhin kann ein bewusster Prozess der *Perspektivübernahme* beginnen, wobei das Bewusstsein um die Selbst-Andere-Differenzierung gegeben ist. Anschließend setzt bei anhaltender mentaler Flexibilität (d.h. die ständige Fähigkeit zum

Perspektivwechsel zwischen Selbstaufmerksamkeit und Perspektivübernahme, um die Selbst-Andere-Differenzierung beibehalten zu können) ein *emotions- oder selbstregulierender Prozess* ein, der ein ggf. entstehendes Belastungserleben, z.B. durch erlebtes persönliches Unbehagen aufgrund der emotionalen Ansteckung, herunterreguliert, um anschließend in der Lage zu sein, Hilfeverhalten zeigen zu können (Eisenberg & Eggum, 2009). Eisenberg & Eggum (2009) betonen hierbei die große Bedeutung von Selbstregulation für eine gesunde Empathiefähigkeit, um schließlich keine persönlichen Belastungen als Folge emotionaler Erregung, die zu Beginn mit Empathie einhergeht, aus dem Prozess mitzunehmen.

Singer & Klimecki (2014) greifen die Empathie-Altruismus-Hypothese von Batson auf und stellen ein neurowissenschaftlich fundiertes Empathiemodell vor, das insbesondere für helfende Berufe, wie die von Berater*innen und Psychotherapeut*innen, von Relevanz ist (S. 875). Dabei verstehen sie Empathie mit einem leidenden Gegenüber als einen Prozess, der entweder zu *empathischem Disstress* (laut Batson „persönliches Unbehagen“), also zu einer eigens erlebten Belastung führen kann, oder zu *empathischer Fürsorge*, die sie mit dem Begriff *Mitgefühl* gleichsetzen. Empathischer Disstress entspricht (wie es auch Batson beschreibt) einer selbst-bezogenen Emotion, die mit negativen Gefühlen einhergeht und langfristig zu einer Verschlechterung der (psychischen) Gesundheit bspw. durch Burnout führen kann. Mitgefühl hingegen (was Batson als „empathische Sorge“ betitelt), entspricht einer an anderen orientierten (Batson: „altruistischen“) Emotion, die mit positiven Gefühlen einhergeht, zu Gesundheitserhaltung oder -steigerung führen kann und prosoziales (helfendes, z.B. beratend unterstützendes) Verhalten motiviert. Mit diesem Modell weisen Singer & Klimecki darauf hin, dass Empathie insbesondere bei helfenden Berufen, wie Berater*innen, ihre Schattenseiten hat, sofern dem Leid der Klient*innen mit an sich selbst orientiertem Unbehagen oder Belastung begegnet wird, anstelle einer empathischen Fürsorge oder Mitgefühl (Singer & Klimecki, 2014, S. 875). Ein Zusammenhang, den bereits Davis (1980) vermutete (S. 16).

2.2 Der Begriff des Mitgefühls

Die Abgrenzung des Mitgefühlsbegriffs (engl.: „compassion“) vom Empathiebegriff ist nicht selbstverständlich. Im Alltag sehr oft, aber gelegentlich auch in Praxis und Forschung, werden sie synonym verwendet (Jeffrey, 2016, S. 446). Im theoretischen Kontext von Beratung und Psychotherapie ist es jedoch vor allem der Begriff

der Empathie, dem große Aufmerksamkeit in seiner Erforschung und Bedeutung für die Gesprächsführung galt und immer noch gilt. Dem Mitgefühlskonzept hingegen wird sich erst seit dem gestiegenen Interesse der Psychologie an östlichen Traditionen, wie der buddhistischen Meditation, zu Beginn dieses Jahrhunderts verstärkt gewidmet. Eine Entwicklung, die sich bspw. auch in der durch Jon Kabat-Zinn angestoßenen Achtsamkeitsbewegung in Psychotherapie und Gesundheitsförderung zeigt und eng mit der neueren Mitgebühlsbewegung verstrickt ist. Das parallel entstandene Forschungsinteresse der Neurowissenschaften an sozialen Interaktionen sowie durch die Forschungsbewegungen und Interventionsentwicklungen einzelner Wissenschaftler*innen, wie Paul Gilbert, Kristin Neff oder Segal, Williams & Teasdale brachte eine neue, eigenständige Relevanz des Mitgebühlskonzepts für die Psychotherapie und Beratung mit sich.

Eine Erklärung der Begriffsabstammung von Mitgefühl ist in der Literatur nur für das englische Wort „compassion“ vorzufinden. Dazu wird erläutert, dass „compassion“ von „compati“ zu deutsch „mitleiden“ stammt (Gilbert, 2010). Allerdings wird sich in seiner heutigen Begriffsdefinition deutlich von dem Begriff des Mitleids distanziert, wie später genauer dargestellt wird (Hangartner, 2013; Neff, 2021c).

Singer & Bolz (2013) bilden in ihrem Sammelband verschiedene Perspektiven ab, aus denen „Mitgefühl“ konzipiert wird. Diese Konzepte sollen im Folgenden zusammengefasst dargestellt werden, um auch hier die diversen Perspektiven auf die Definition von Mitgefühl und die Beziehung zum Empathiebegriff zu verdeutlichen. Je nach Perspektive kann Mitgefühl bspw. als ein evolutionäres, buddhistisches, psychologisches oder neurowissenschaftliches Phänomen betrachtet werden.

Evolutionäre Perspektive

Paul Gilbert (2013), der Begründer der Compassion Focused Therapie (CFT) und einer der bekanntesten Wissenschaftler*innen, der sich auf die Erforschung von Mitgefühl fokussierte, betrachtet Mitgefühl aus einer evolutionären Perspektive als eine Form der prosozialen Motivation oder „sozialen Mentalität“ (S. 135). Damit umfasst er eine Gruppe von Motiven, „die sich auf soziale Beziehungen konzentrieren und Orientierung für das Eingehen verschiedener Beziehungsarten (z.B. sexuell, kooperativ, konkurrierend, fürsorgend) geben“ (Gilbert, 2013, S. 135). D.h. das Erleben von Mitgefühl führt zu einem Verhalten, das auf das Wohlergehen von

anderen Personen ausgerichtet ist, indem sich bspw. für sie interessiert wird, ihre Gefühle und Bedürfnisse verstanden werden, ihnen bei Bedarf geholfen, in Not beigestanden oder mit ihnen geteilt wird (ebenda). Die zugrunde liegende Annahme ist, dass derartige prosoziale Beziehungsstile im Laufe der Evolution erst mit der Entstehung eines speziellen Affektregulationssystems in Säugetieren, die beieinanderblieben und sich dabei ruhig und sicher fühlten, entstanden sind (ebenda, S.142 ff.). Denn Verhalten ist stets abhängig von einer Motivation, die wiederum von bestimmten Emotionen geleitet wird (ebenda). Bei der evolutionären Entwicklung von Mitgefühl und prosozialem Verhalten spielte also die Entstehung eines *bindungsfokussiertes* Affektregulationssystems, zusätzlich zu den bestehenden Affektregulationssystemen der *Bedrohung* und des *Antriebs* eine besondere Rolle (siehe Abbildung 1).

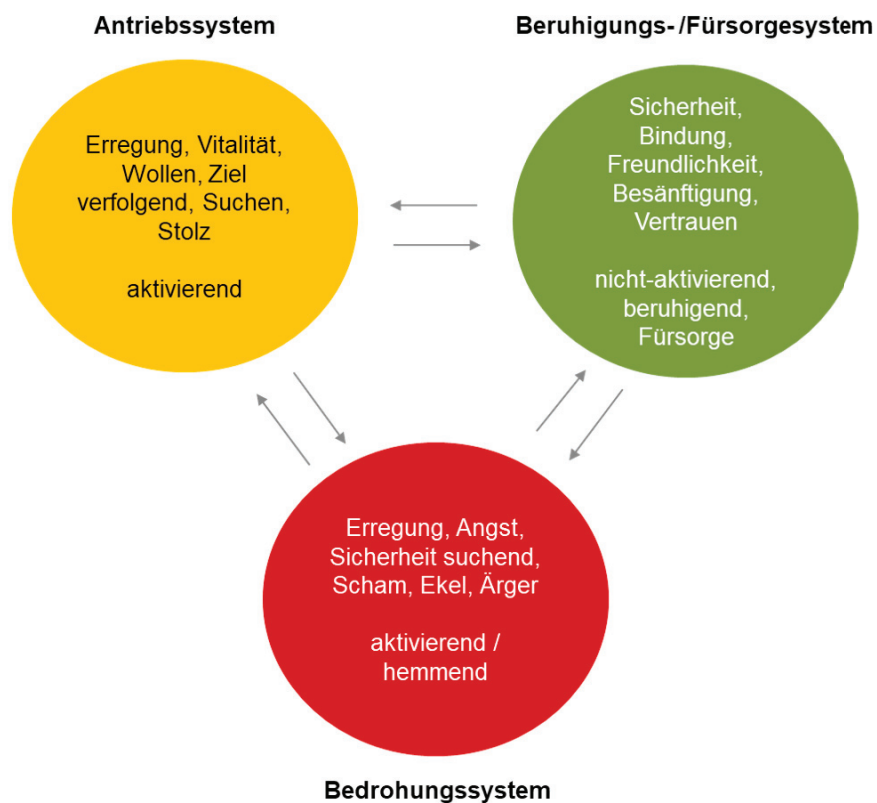


Abbildung 1: Die drei Affektregulationssysteme. Modifiziert nach Gilbert (2010)

Mit diesem sogenannten *Fürsorge- oder Beruhigungssystem* werden die Gefühle von Sicherheit, Beruhigung, Zufriedenheit, Vertrauen und Verbindung reguliert. Im Gegensatz zum Bedrohungs- und Antriebssystem wirkt dieses System nicht aktivierend, sondern besänftigend und ruft fürsorgliches Verhalten hervor (ebenda).

Gilbert (2010) benennt darüber hinaus sechs Merkmale von Mitgefühl: *Feingefühl* gegenüber den Gefühlen und Bedürfnissen von sich selbst und anderen; *Anteilnahme*, sodass man berührt ist von und in emotionalem Einklang ist mit Gefühlen in sich selbst und anderen; *Disstresstoleranz*, die dazu verhilft schwierige Erfahrungen und Gefühle (dies schließt sog. „positive“ Emotionen mit ein) eher zu tolerieren als zu verdrängen oder zu vermeiden; die Bereitschaft und Motivation *Fürsorge* für sich selbst und andere zu leisten, um Leid zu reduzieren und zu einem Aufblühen zu verhelfen; *Wertfreiheit*, die einer akzeptierenden und weder verurteilenden noch unterwürfigen Haltung gegenüber sich selbst und anderen entspricht und *Empathie* als die Einsicht und das kognitive Verständnis für die Art der Funktionsweise des jeweiligen Geistes und des emotionalen Erlebens des Gegenübers und sich selbst (S. 129ff.).

Buddhistische Perspektive

Mitgefühl und seine Kultivierung über Meditation ist ein zentrales Element im Buddhismus. In vielen Artikeln (Gilbert, 2010; Strauss et al., 2016), die zu Beginn ihrer Auseinandersetzung mit dem Phänomen einen Definitionsversuch unternehmen, wird zunächst der Dalai Lama zitiert, welcher Mitgefühl als „eine Sensibilität gegenüber dem eigenen und dem Leid von anderen [beschreibt], die mit dem Engagement einhergeht, dieses Leid zu lindern“ (eigene Übersetzung, zit. n. Gilbert, 2010, S. 3).

Mitgefühl ist in der buddhistischen Lehre eins von vier *Pali bramavihara* (Wetzel, 2015, S. 76), *Brahmaviharas* oder den *Vier Unermesslichen* (Hangartner, 2013), welche die wichtigsten zu erlernenden Geistesqualitäten oder heilsamen Haltungen darstellen und endlos weiterentwickelbar sind (Hangartner, 2013, S. 163). Sie stehen in wechselseitiger Abhängigkeit zueinander, bedingen und stärken sich also gegenseitig (ebenda). Die drei weiteren fundamentalen Geistesqualitäten sind *liebende Güte*, (als der tief verinnerlichte Gedanke „Mögen alle Wesen Glück und die Ursachen für Glück haben“), *Freude* (als der verinnerlichte Wunsch „Mögen alle Wesen Freude haben und gedeihen und möge sich ihr Wohlbefinden kontinuierlich verbessern“) und *Gleichmut* (als das Verstehen des Fakts, dass jeder Mensch wünscht glücklich zu sein „Mögen alle Wesen überall Wohlergehen und gedeihen erleben“) (Hangartner, 2013, S. 164).

In Sanskrit als *karuna* bezeichnet, wird Mitgefühl als der tief verinnerlichte Gedanke oder Wunsch „Mögen alle Wesen frei von Leid und den Ursachen von Leid sein“ definiert (Hangartner, 2013, S. 164). Mitgefühl steht also in einem engen Zusammenhang mit dem Erleben von Leid und seinen Ursachen. Sehr deutlich jedoch wird es hier von dem Begriff des Mitleids abgegrenzt, der gar als sogenannter „naher Feind“ entgegengesetzt wird: denn wenn auch oft im alltäglichen Sprachgebrauch synonym verwendet, ist Mitleid ganz im Gegenteil zu Mitgefühl ein Bedauern des eigenen Leids bzw. Unglücks oder das der anderen, das mit Gefühlen von Überlegenheit und schließlich einer arroganten Haltung gegenüber anderen einhergehen kann (Hangartner, 2013, S. 165). Gleichzeitig kann es die eigene Handlungsfähigkeit oder -bereitschaft hemmen, das Leid zu lindern und es gegebenenfalls verstärken. Mitleid entspricht somit einer hilflosen Wahrnehmung von Leid, ohne die Motivation und Aktivität zu einer Linderung des Leids beizutragen (ebenda).

Hangartner (2013) unterstreicht die zwei wesentlichen Aspekte in diesem buddhistischen Verständnis von Mitgefühl: zum einen beinhaltet dieses Verständnis von Mitgefühl einen Motivationsaspekt, wie ihn auch Gilbert (2013, S. 135) in seinem evolutionären Konzept von Mitgefühl betont. Mitgefühl entspricht, der hiesigen Ansicht nach, einer Motivation etwas zu verändern, nämlich das erfahrene Leid zu mildern (Hangartner, 2013, S. 164). Der zweite Aspekt umfasst die Ursachen von Leid. Es geht also bei Mitgefühl nicht nur um das akute Mildern des Leids einer Person oder lediglich den Wunsch danach, sondern auch um die tiefgründige, aktive Veränderung der Ursachen von Leid (ebenda).

Insgesamt wird Mitgefühl hier aber nicht als ein situatives Phänomen verstanden, sondern als eine ganze Seinsweise, die eng mit einer insgesamt ethischen Lebensführung einhergeht (Hangartner, 2013, S. 164). In anderen Worten ist Mitgefühl aus der buddhistischen Sichtweise Ziel und (Übungs-)Weg zugleich (Wetzel, 2015, S. 77). Darüber hinaus ergänzt Wetzel (2015) den engeren Sinn von Mitgefühl als Wunsch, Leid und seine Ursachen zu erkennen und zu mildern, um die drei weiteren Aspekte *Freundlichkeit* (wie o.g. als „Wunsch, Glück und seine Ursachen zu erkennen und zu vermehren“) *Einfühlung* und *Unterscheidung* (S. 77f.). Sie betont dabei, dass Mitgefühl und Freundlichkeit östlich buddhistischen Konzepten entsprechen, wohingegen die Aspekte Einfühlung und Unterscheidung der westlichen Psychologie entstammen. Dabei definiert sie *Einfühlung* als ein

Resonanzphänomen im Sinne der im vorangegangenen Kapitel benannten affektiven Empathie, nämlich als die Fähigkeit, das Leid eines Gegenübers in sich selbst zu spüren. Wetzel betrachtet dies als eine wichtige Bedingung für echtes Mitgefühl. Ohne Empathie könnte nur eine Hilfe von oben herab entstehen, die auf Distanz und Überheblichkeit beruht und nicht ernsthaft nachvollzieht, was im Gegenüber wirklich vorgeht (ebenda). Ähnlich wie Gilbert (2010) versteht also auch Wetzel (2015) Empathie als ein Merkmal von Mitgefühl. Den Begriff der *Unterscheidung* erläutert sie als die Fähigkeit, sich der Getrenntheit des eigenen Selbst vom Gegenüber bewusst zu bleiben, sodass keine (Über-) Identifikation mit ihm zustande kommt, in der das fremde Leid nicht mehr vom eigenen Erleben unterschieden werden kann (Wetzel, 2015, S. 78).

Psychologisch neurowissenschaftliche Perspektive

Bornemann & Singer (2013) unterscheiden in ihrer psychologisch-neurowissenschaftlichen Perspektive ebenfalls zwischen den bis hierhin bereits angedeuteten zwei Auffassungen von *Mitgefühl im engeren Sinn* als Emotion und Motivation und *Mitgefühl im weiteren Sinn* als Seinsweise und Lebenseinstellung (S. 185). Genauer beschreiben sie, dass *Mitgefühl als Emotion* ein Gefühl der Anteilnahme am eigenen oder dem Leid eines anderen ist und *als Motivation* der Wille, dieses Leid zu lindern. Beides entspricht eher einem kurzzeitigen Zustand. Im Verständnis von *Mitgefühl als Seinsweise* hingegen wird die Idee, dass es einer Emotion entspräche, bewusst abgelehnt und stattdessen angenommen, dass es eher einer anhaltenden Eigenschaft eines Menschen entspricht, die kultiviert, also bewusst entwickelt bzw. gefördert werden muss. Gegensätzlich dazu müssen Emotionen nicht erst entwickelt werden und treten stattdessen ganz einfach spontan auf, so, wie sie auch wieder spontan gehen (ebenda, S. 185f.). Auf diesem weit gefassten Verständnis von Mitgefühl fußt auch das sog. „ReSource Modell“⁷ von Mitgefühl, das Singer & Bornemann in ihrem Artikel vorstellen und das in einer Längsschnittstudie zum Mitgefühlstraining, also zur Kultivierung von Mitgefühl als Seinsweise, als Grundlage diente (Bornemann & Singer, 2013, S. 186). In diesem Modell wird nicht nur vor

⁷ Singer & Bornemann (2013) erklären die Namensgebung des Projektes wie folgt: „Die Projektbezeichnung impliziert, dass die Kultivierung des Mitgefühls den Aufbau von Ressourcen in unterschiedlichen Bereichen (beispielsweise kognitiv, affektiv, motivational, sozial) beinhaltet. Dabei ist mit einer Kultivierung nicht der Erwerb vollkommen neuer Fähigkeiten gemeint, sondern ein Prozess, bei dem wir auf bereits vorhandene Qualitäten und Dispositionen zurückgreifen (die gemeinsam als die „Quelle“, engl.: source, bezeichnet werden könnten“ (S.186).

einem philosophischen Hintergrund, sondern auch basierend auf ihrer nachweislich unterschiedlichen neurokognitiven Aktivierung, zwischen zwei Mitgeföhlsqualitäten unterschieden: einer kognitiven und einer affektiven (ebenda, S. 187).

Der kognitive Aspekt wird hier als *Perspektive* bezeichnet worunter folgende drei Fähigkeiten verstanden werden:

1. die Fähigkeit zu Mentalisierung, also zur Übernahme der Sichtweisen von anderen (auch „theory of mind“, s.o.),
2. die Fähigkeit zu Metakognition, also der Beobachtung der eigenen Gedanken, die in diesem Modell mit dem desidentifikativen Bewusstsein darum einhergeht, dass Gedanken lediglich natürliche Ereignisse sind, die nicht gleichzusetzen sind mit dem eigenen Selbst, sodass sich also nicht mit ihnen identifiziert wird sowie
3. die bewusste Wahrnehmung der Vielseitigkeit und Veränderbarkeit des eigenen Selbst („Selbstkomplexität“), in Abhängigkeit von äußeren Umständen und anderen Personen („interdependente Selbstkonstruktion“). Dieses verinnerlichte Verständnis kann zu einer Reduzierung der Überidentifikation mit nur bestimmten (ggf. abgewerteten) Selbstaspekten und einer Steigerung der Flexibilität und Annahme der verschiedenen Facetten des Selbst führen und stellt somit einen Schutzfaktor vor psychischen Erkrankungen dar (S.193f.).

Der affektive Aspekt von Mitgeföhls wird als *Affekt* betitelt, der folgende drei emotionale Prozesse umfasst:

1. die Erzeugung von Geföhls der Liebe, Wärme und des Wohlwollens gegenüber sich selbst und anderen, über die Aktivierung des uns evolutionär bedingt innewohnenden Fürsorge-Systems, durch das das Umsorgen von uns nahestehenden (aber auch fremden) Personen gleichzeitig belohnend und beruhigend wirkt (S. 189) und Bindung entsteht;
2. den Umgang mit schwierigen Emotionen, wobei es nicht um eine Emotionsregulation in Form der abschwächenden Strategien Ablenkung, Unterdrückung oder Uminterpretation geht (weil sie nicht die Ursachen von Leid erkennen lassen und gegenüber anderen das Bedürfnis zu helfen eher vermindern würden). Stattdessen geht es dabei um eine achtsame, das heißt

- wertfreie, akzeptierende und neugierige Wahrnehmung dieser Emotionen sowie die schließlich fürsorgliche Zuwendung (S.192) und
3. die Aktivierung einer prosozialen Motivation (ebenfalls im Fürsorgesystem), also die Handlungsbereitschaft für ein Verhalten, das anderen zugutekommt (ebenda).

Darüber hinaus findet sich ein weiteres Element in diesem Modell, das eine Voraussetzung für die Entwicklung der beiden Mitgefühlsqualitäten darstellt: die sog. *Präsenz*. Sie umfasst einerseits die Aufmerksamkeitskompetenz, also das anhaltende Richten der Aufmerksamkeit auf einen gegebenen Moment oder ein Objekt und andererseits die Fähigkeit zur Selbstbeobachtung (Introspektion) und Fokussierung auf innere körperliche Zustände oder Ereignisse (Interozeption), welche auch das Erfahren von Emotionen in sich selbst und anderen ermöglicht (Singer & Bolz, 2013, 187ff.).

Selbstmitgefühl

Wie bereits in den vorangegangenen Ausführungen erwähnt, ist Mitgefühl sowohl im engeren als auch im weiteren Verständnis nicht nur auf eine*n oder mehrere *Andere* gerichtet, sondern – und dies ist ein fundamentaler Bestandteil einer mitfühlenden Seinsweise – auch auf sich *selbst*. Dieses Mitgefühl gegenüber sich selbst hat insbesondere Kristin Neff als das *Selbstmitgefühl* (engl.: „self-compassion“) ausführlich konzipiert und operationalisiert sowie seine empirische Erforschung vor etwa 20 Jahren angestoßen und vorangebracht. In Kooperation mit Christopher Germer hat sie das Mindful Self-Compassion Programm (MSC) entwickelt, auf das im anschließenden Kapitel ausführlicher eingegangen wird. Das Selbstmitgefühlskonzept beschreibt Neff (2021) sehr konkret als aus drei zentralen Merkmalen bestehend:

1. eine achtsame, also wertfrei akzeptierende Wahrnehmung seines eigenen Leids, anstelle einer Überidentifikation mit seinen Empfindungen
2. eine freundliche, warme und verständnisvolle, somit nicht verurteilende Haltung gegenüber sich selbst, insbesondere bei Fehlern oder Imperfektionen
3. ein Bewusstsein über das gemeinsame Menschsein, zu dem auf natürliche Weise Imperfektionen, Verletzlichkeit, Leid sowie Sterblichkeit gehören,

anstelle des isolativen Glaubens, man wäre der*die Einzige, der*die Fehler macht oder leidet (Neff, 2021a).

Darüber hinaus grenzt Neff Selbstmitgefühl deutlich von anderen, möglicherweise mit ihm verwechselbaren Phänomenen ab: zum einen von *Selbstmitleid*, das Menschen eher in ihrem eigenen Leid isoliert fühlen lässt und zu einer Handlungsunfähigkeit und somit Verstärkung des Leids führen kann. Zum anderen von einem *Sichgehen-lassen*, was in erster Linie nur zu einem kurzzeitigen ggf. maßlosen Vergnügen und schließlich ggf. zu Belastungen (z.B. Konsumabhängigkeit und ihre biopsychosozialen Folgen) führen kann. Mitfühlend mit sich selbst zu sein bedeutet im Gegensatz dazu auch den Wunsch nach Zufriedenheit und Gesundheit zu verspüren. Darüber hinaus grenzt Neff Selbstmitgefühl von einer künstlichen, konkurrenzorientierten und ggf. narzisstischen *Steigerung des Selbstwertes* ab, da Mitgefühl mit sich selbst ganz im Gegenteil frei von jeglicher Selbstbewertung und Abhängigkeit von bestimmten Merkmalen oder äußeren Vergleichen ist. Es basiert auf einer grundsätzlichen, stets präsenten, wertfreien und akzeptierenden Haltung sich selbst als Mensch gegenüber (Neff, 2021c).

Beratungsspezifische Perspektive

In ihrem „Review über die Definitionen und Erhebungsinstrumente“ von Mitgefühl im Kontext der Psychologie und Psychotherapie legen Strauss et al. (2016) eine operationale Definition von Mitgefühl vor, die auf ihrer Zusammenfassung der Vielfalt an vorherrschenden buddhistischen sowie westlich psychologischen Verständnissen fußt. Auf dieser Basis definieren sie Mitgefühl als einen kognitiven, affektiven und zugleich verhaltensbezogenen Prozess, der sich über die folgenden fünf, sowohl auf sich selbst als auch auf andere bezogene Merkmale charakterisiert:

1. das Wahrnehmen von Leid
2. das Verständnis, dass Leid eine universale Erfahrung des Menschseins ist
3. das Empfinden von Empathie für die leidende Person
4. die Toleranz gegenüber möglicherweise in sich selbst aufkommenden unangenehmen Gefühlen als Antwort auf die Belastung des Gegenübers, sodass eine Offenheit gegenüber dem Erleben des anderen bestehen bleibt
5. die Motivation das Leid zu lindern

Kelly (2020) betont in ihrem Vortrag, dass der erste „Schritt“ von Mitgefühl, bevor es zur Linderung von Leid kommen kann, bereits die Auseinandersetzung mit dem Leid ist, also das Wahrnehmen, Zulassen und Verständnis für das Leid.

Raymond (2020) kritisiert, dass Mitgefühl und seine Merkmale insbesondere im Kontext Psychozialer Beratung nicht ausreichend definiert und erforscht sind (S.3). Dies war die Motivation für ihre DELPHI-Studie⁸, in der professionelle Berater*innen zu ihren Verständnissen von Mitgefühl als Aspekt von Beratung und seinen entsprechenden Merkmalen, Fähigkeiten und Verhaltensweisen befragt wurden. Das Interesse dabei galt auch der Unterscheidungsfähigkeit der Berater*innen zwischen Mitgefühl und anderen beziehungsrelevanten Variablen, wie bspw. Empathie (ebenda, Abs.1).

Ein Ergebnis der Studie ist schließlich die Definition von Mitgefühl aus Berater*innenperspektive als ein, durch das beratende Verhalten, nach außen hin sichtbar, transportierter Prozess einer zunächst unterstützenden Anteilnahme, die auf kognitiver Ebene stattfindet und schließlich einer Fürsorge auf emotionaler Ebene. Dabei ist das Bewusstsein vorhanden, dass das Erleben von Leid eine natürliche, gemeinsam menschliche Erfahrung ist. Mitgefühl in Beratung umfasst auch die weise Anwendung begleitender und beraterischer Fähigkeiten im Rahmen professioneller und ethischer Grenzen (S. 180f.).

Compassion Fatigue und Compassion Satisfaction

Ein im Kontext helfender Berufe oft thematisiertes und im Zusammenhang mit (Selbst-)Mitgefühl und Burnout erforschtes Phänomen ist die im Englischen sog. „compassion fatigue“, zu Deutsch „Mitgefühlsmüdigkeit“. Diese Mitgefühlsmüdigkeit lässt sich als „das Erlöschen des Antriebs zu helfen, zu unterstützen oder gar zu lindern“ definieren (Rohwetter, 2019, S. 22). Die Belastungen der Klient*innen können dann nicht mehr nachvollzogen und akzeptierend angenommen werden, sondern werden be- oder abgewertet oder sich selbst in Form von Mitleid zu Herzen genommen, sodass Gefühle wie Ungeduld, Langeweile, Stress oder Überforderung

⁸ Eine DELPHI Studie ist ein „sozialwissenschaftliches Verfahren, bei dem ein sorgfältig ausgewählter Expertenkreis unbeeinflusst voneinander Eintrittswahrscheinlichkeiten [...] bewerten. [...] In mehreren Befragungsrunden bewerten die Experten vordefinierte Hypothesen [...]. Bei jeder neuen Runde erhalten die Teilnehmer die aggregierten Ergebnisse aller Teilnehmer und haben so die Möglichkeit die eigene Entscheidung zu revidieren oder zu bestätigen. [So sollen] sich die Aussagen zu einer belastungsfähigen Zukunftsprognose verdichten.“ (CSO GmbH , 2021)

aufkommen können (ebenda). Das Konzept der Mitgefühlsmüdigkeit steht auch anderen ähnlichen Phänomenen, wie der sekundären Traumatisierung oder der Posttraumatischen Belastungsstörung sehr nahe, wobei heute ihre deutliche Abgrenzung voneinander betont wird (Stamm et al., 2019a). Gegenteilig zur Mitgefühlsmüdigkeit steht die Mitgefühlzufriedenheit (engl.: „compassion satisfaction“), die das Erleben positiver Gefühle von Menschen in helfenden Berufen durch oder während ihrer professionell unterstützenden Tätigkeit beschreibt (Harr et al., 2014; Stamm et al., 2019b).

2.3 Zusammenfassende Betrachtung

Trotz ihrer im alltäglichen Sprachgebrauch oft synonymen Verwendung wird bei der genaueren Auseinandersetzung mit den Begriffen Empathie und Mitgefühl deutlich, dass sie in der Wissenschaft sehr unterschiedlich konzipiert werden. Der Begriff der Empathie erlangte insbesondere durch die Konzeptualisierung und Erforschung Carl Rogers im Kontext der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie seine große Bedeutung in der Psychotherapie und späteren Beratung. Mit der Erforschung innerhalb der Sozial- und Entwicklungspsychologie und verschiedenen operationalisierenden Bestrebungen, das Phänomen messbar zu machen, hat sich bis heute ein duales Verständnis von Empathie als kognitiv-affektiver Prozess, der in zwischenmenschlicher Interaktion entsteht, als gemeinsamer Konsens herausgebildet.

Auf der kognitiven Ebene findet eine Perspektivübernahme, also ein kognitives Verstehen des Erlebens des Gegenübers und auf der affektiven Ebene ein emotionales Erleben derselben oder ähnlichen Emotionen des Gegenübers in sich statt, jedoch ohne dabei einer Identifikation zu verfallen. Das Bewusstsein über die Unterscheidung des eigenen Selbst von der Person gegenüber wird also beibehalten. Ergänzt wird dieses duale Verständnis aktuell insbesondere durch neurowissenschaftliche Erkenntnisse, mit denen Empathie als ein Zusammenwirken dreier neuronaler Prozesse erklärt wird: dem affect sharing, der Perspektivübernahme und der Emotionsregulation. Insgesamt wird deutlich, dass Empathie heute ein multidimensionales, interaktionsbasiertes und kontextabhängiges Phänomen darstellt, das je nach Perspektive anders definiert werden kann.

Eine derartige Heterogenität scheint der Mitgebühlsbegriff (noch) nicht aufzuweisen. Seine Erforschung ist wesentlich jünger und begann erst Ende der 90er Jahre (Singer & Klimecki, 2014, S. 875). Insgesamt wird in der Auseinandersetzung mit dem Term deutlich, dass im Rahmen der Mitgebühlsforschung eine große Übereinstimmung über seine Definition vorzufinden ist. Möglicherweise hängt dies mit der Möglichkeit zur Bezugnahme auf das im Buddhismus bereits fest verankerte Mitgebühlsverständnis zusammen, an dem alle hier dargestellten Auffassungen mehr oder weniger angelehnt sind. Unabhängig davon, ob aus evolutionärer, spiritueller oder neurowissenschaftlicher Perspektive betrachtet, kann Mitgefühl als eine sowohl situative Haltung als auch anhaltende Seinsweise verstanden werden. Sie geht mit einem kognitiven Verständnis für Leid als natürliche menschliche Erfahrung einher, genauso wie mit einer achtsamen⁹ Wahrnehmung eigener innerer Prozesse und denen im Gegenüber, mit Gefühlen der Fürsorge und Liebe sich selbst und anderen gegenüber sowie schließlich mit der Motivation und dem entsprechenden Handeln, das beobachtete Leid zu lindern. Dabei wird Empathie oft als Teilaspekt, gar als Bedingung von Mitgefühl konzipiert (Gilbert, 2010; Singer & Klimecki, 2014; Wetzel, 2015), wohingegen in anderen Auffassungen Mitgefühl als die (im beraterischen und psychotherapeutischen Kontext erwünschte) positive Konsequenz aus Empathie (Singer & Klimecki, 2014) aufgefasst wird.

Sowohl die Begriffsklärung von Empathie und Mitgefühl im Einzelnen als auch ihr Verhältnis zueinander sind also nicht ganz eindeutig zu benennen. Deshalb ist es das Anliegen der vorliegenden Arbeit anhand einer Übersicht über den aktuellen Forschungsstand herauszuarbeiten, wie Empathie und Mitgefühl im Kontext von Beratung und Psychotherapie erforscht werden und welche Erkenntnisse daraus bzgl. ihrer (ggf. unterschiedlichen) Rollen, Bedeutungen und Wirkungsweisen in der Psychoziale Beratung und Psychotherapie hervorgehen.

⁹ „achtsam“ wird hier in Anlehnung an Kabat-Zinn (2011) immer als wertfrei, akzeptierend und von einer offenen neugierigen Haltung gegenüber der jeweiligen Wahrnehmung verstanden.

3 Empathie und Mitgefühl in Forschung und Praxis der Psychosozialen Beratung und Psychotherapie

Im Anschluss an die vorangegangene Darlegung der diversen definitorischen Perspektiven bzgl. der Begriffe Empathie und Mitgefühl wird es an dieser Stelle um die Darstellung zweier anderer Ebenen gehen: zum einen um die Betrachtung der beiden Phänomene im spezifisch forschenden Kontext, genauer um die Operationalisierung, also Messbarmachung von Empathie und Mitgefühl in der Psychotherapie- und Beratungsforschung. Zum anderen wird beschrieben, auf welche Weise Empathie und Mitgefühl im Psychotherapie- bzw. Beratungsprozess tatsächlich praktisch angewendet werden bzw. sie zum Tragen kommen. Diese Betrachtung, zusammen mit der in Kapitel 2 unternommenen theoretisch begrifflichen Auseinandersetzung, soll ein Fundament zur besseren Einordnung, zum Verständnis und zur Interpretation der sich im anschließenden systematischen Review zeigenden Ergebnisse ermöglichen.

3.1 Die Operationalisierung von Empathie und Mitgefühl in Psychotherapie- und Beratungsforschung

Die oben beschriebene vielfältige Begriffsheterogenität des Empathiebegriffs spiegelt sich auch in der Vielfalt an Erhebungsinstrumenten wider, mit denen Empathie in der Psychotherapie und Beratung beobachtbar und messbar gemacht wird. Tabelle 1 stellt die bekanntesten Erhebungsinstrumente von Empathie dar sowie insbesondere diejenigen, die in den Ergebnissen dieser Arbeit eine Rolle spielen werden.

Insgesamt unterscheidet man in den Instrumenten zur Erhebung von Empathie zwischen der subjektiven Erhebungsperspektive der Therapeut*innen oder auch der „Untersuchung der empathischen Resonanz“, der subjektiven Perspektive der Klient*innen bzw. der „Messung der erhaltenen Empathie“ und der Perspektive von objektiven Beobachter*innen über Audio- oder Videoaufnahmen, auch der „ausgedrückten Empathie“ (also verbal und/oder non-verbal) (Elliott et al., 2018, S. 4).

Tabelle 1: Operationalisierung von Empathie in der Beratungs- und Psychotherapieforschung
 (eigene Darstellung)

Erhebungsinstrumente für Empathie	Bewertungsperspektive	Operationalisierung
Barrett-Lennard Relationship Inventory (BLRI) <i>Barrett-Lennard, 1962</i>	subjektive Einschätzung durch Klient*innen (Other to Self Version) oder Therapeut*innen (Myself to Other Version)	erhebt Empathie, Kongruenz & bedingungslose Wertschätzung als einzelne Subskalen angelehnt an Rogers' Klientenzentrierten Modell und der Rogerian Empathie →hohe Werte = gesunde und anpassungsfähige Beziehung (Ganley, 1989, S. 107)
Accurate Empathy Scale <i>Truax, 1967</i>	„objektiv“ ¹⁰ : Beobachter*innen	Empathische Genauigkeit 8 Stufen
Empathic Understanding in Interpersonal Process Scale (EUIPS) <i>Carkhuff, 1969</i>	„objektiv“: Beobachter*innen	erhebt 5 Level therapeutischer Empathie (aufsteigend) 1. Therapeut*in missachtet Kommunikation seitens Klient*in 2. Therapeut*in übersieht wahrnehmbaren Affekt in Kommunikation seitens Klient*in 3. Antworten/Reaktionen d. Therapeut*in sind synonym mit Sinn der*des Klient*in 4. Therapeut*in gibt Gefühle von Klient*in auf tieferem Level wieder 5. Therapeut*in drückt Gefühle und Sinn, die der*die Klient*in selbst nicht ausdrücken kann, korrekt aus (Conoley et al., 2015, S. 577)
Interpersonal Reactivity Index (IRI) <i>Davis, 1980</i>	subjektiv: Therapeut*innen	Duale Auffassung Kognitiv: Perspektivübernahme & Fantasie Affektiv: Emotionale Sorge/Anteilnahme & Persönlicher Disstress/Belastung erhebt generelle Empathiefähigkeit („die Reaktion eines Individuums auf das beobachtete Erleben eines anderen Individuums“) (Davis, 1980)
Empathic Tendency Scale <i>Dökmen, 1988</i>	subjektiv: Therapeut*innen	erhebt emotionale Empathie und allgemeine Fähigkeit dazu im Alltagsleben höhere Werte = stärkere Tendenz zu Empathiefähigkeit (Dogan, 2018, 229f.)
Scale of Ethnocultural Empathy (SEE)	subjektiv: Therapeut*innen	4 Subskalen: 1. Empathisches Fühlen und Ausdruck

¹⁰ Der Begriff „objektiv“ muss an dieser Stelle kritisch betrachtet werden. In der Literatur, wie es auch Elliott et al. (2018) darstellen, wird üblicherweise von „objektiven Beobachter*innen“ gesprochen, wenn es sich um Personen außerhalb der Beratungsdynade handelt, die von außen den Prozess live, über Video oder über eine Audioaufnahme beobachten. Dennoch handelt sich hierbei um die subjektive Bewertung der Beobachter*innen, was eine vollständig objektive Betrachtung begrenzt. Nichtsdestotrotz wird an der Formulierung, wie sie in der Literatur üblich ist, hier festgehalten.

<i>Wang et al., 2003</i>		2. Empathische Perspektivübernahme 3. Akzeptanz kultureller Unterschiede 4. Empathisches Bewusstsein (Smith et al., 2020, S. 102)
Consultation and Relational Empathy Measure (CARE) <i>Mercer et al., 2004</i>	subjektiv: Klient*innen	4 Komponenten: emotiv, kognitiv, moralisch, behavioral (Vitinius et al., 2018, S. 3)
Empathy for Pain Task <i>Baez et al., 2012, 2014, 2016</i>	subjektiv: Therapeut*innen	erhebt Empathie als allgemeine Empathiefähigkeit in bestimmten Szenarien von absichtlich zugefügtem, unabsichtlich zu Stande gekommenen und neutralem Schmerz berücksichtigt emotionale, kognitive und moralische Komponenten (Santamaría-García et al., 2017, S. 2)
Therapist Empathy Scale (TES) <i>Decker et al., 2014</i>	„objektiv“: Beobachter*innen über Audioaufnahmen	erhebt kognitive, affektive, einstellungs-/wertbezogene und erregungsbezogene Komponenten von Empathie
Empathic Counselor Response Scale (E-CRS) <i>Bayne & Hankey, 2020</i>	Kombination aus allen drei Perspektiven	erhebt kognitive empathische Genauigkeit (Bayne & Hays, 2020)

Die Erhebungsinstrumente unterscheiden sich zum einen über die Berücksichtigung von bestimmten Dimensionen, Aspekten bzw. Ebenen von Empathie, also insofern, als in einigen Instrumenten Empathie als duales (kognitiv-affektives) Phänomen, wie im IRI oder als überduales, multidimensionales Phänomen, wie im CARE oder der TES operationalisiert wird. Außerdem zeigt sich die Diversität auch darin, ob Empathie als generelle Empathiefähigkeit einer Person in sozialen Beziehungen operationalisiert wird oder als (situative) Kompetenz, gebunden an den professionell-therapeutischen Kontext. Darüber hinaus unterscheiden sich davon noch einmal die Instrumente, die Empathie als empathische Genauigkeit operationalisieren, wozu oft auch unspezifische Instrumente, wie der Profile of Mood States zählen. Hier wird empathische Genauigkeit darüber gemessen, ob Therapeut*in bzw. Berater*in und Klient*in dieselbe Einschätzung abgeben. Hinzukommen Instrumente, die sehr spezifische Formen von Empathie erheben, wie die kulturelle Empathie oder die Empathie mit Schmerz (sog. „Schmerzempathie“). Darüber hinaus gibt es noch viele weitere, jedoch (zumindest im Kontext von Beratung und Psychotherapie) seltener oder nur vereinzelt angewandte Instrumente.

Überschaubarer hingegen ist die Landschaft der Erhebungsinstrumente für Mitgefühl (Tabelle 2). Hierbei wird sehr deutlich danach unterschieden, ob Selbstmitgefühl oder Mitgefühl gegenüber anderen erhoben wird. Das üblichste Erhebungsinstrument für Selbstmitgefühl ist die *Self-Compassion Scale* von Neff (2003). Mitgefühl gegenüber anderen hingegen kann mit der *Compassion For Others Scale* erhoben werden.

Tabelle 2: Operationalisierung von Mitgefühl in der Beratungs- und Psychotherapieforschung (eigene Darstellung)

Erhebungsinstrumente für Mitgefühl	Erhebungsperspektive	Operationalisierung
Self-Compassion Scale (SCS) <i>Neff, 2003</i>	subjektiv: Therapeut*innen bzw. Klient*innen	6 Subskalen: 1. Selbstfreundlichkeit 2. Selbstverurteilung 3. Achtsamkeit 4. Gemeinsame(s) Menschlichkeit/-sein 5. Isolation 6. Überidentifikation
Compassion For Others Scale (CFO) <i>Pommer, 2011</i>	subjektiv: Therapeut*innen bzw. Klient*innen	6 Subskalen: 1. Freundlichkeit 2. Gleichgültigkeit 3. Gemeinsame(s) Menschlichkeit/-sein 4. Getrenntsein/Abspaltung 5. Achtsamkeit 6. Losgelöstsein
Professional Quality of Life Scale (ProQLS) <i>Stamm, 2009</i>	subjektiv: Therapeut*innen bzw. Klient*innen	3 Subskalen: 1. Mitgefühlszufriedenheit 2. Mitgefühlsfatigue 3. Sekundärer traumatischer Stress & Burnout erhebt Gedanken innerhalb der letzten 30 Tage
Session Level Self-Compassion Index <i>Galili-Weinstock et al., 2018</i>	subjektiv: Therapeut*innen bzw. Klient*innen	Kurzform basiert auf SCS (Neff,2003) Erhebt Veränderungen in Selbstmitgefühl von Sitzung zu Sitzung 3 Subskalen: 1. Selbstfreundlichkeit 2. Gemeinsame(s) Menschlichkeit/-sein 3. Achtsamkeit
Santa Barbara Compassion Scale <i>Sprecher & Fehr, 2005</i>	subjektiv: Therapeut*innen bzw. Klient*innen	erhebt Mitgefühl und Altruismus als mitfühlende Liebe (Compassionate Love) gegenüber Fremden unterscheidet sich stark von anderen Mitgefühlsinstrumenten (McDonald et al., 2020, S. 4ff.)

Üblich für die Erhebung von Mitgefühl gegenüber anderen, insbesondere im beruflichen Kontext, ist auch die *Professional Quality of Life Scale*, die – neben weiteren

nicht-mitgeföhlsbezogenen Aspekten der Lebensqualität – die zwei Subskalen „Mitgeföhlsmüdigkeit“ und „Mitgeföhlszufriedenheit“ erhebt. Jedoch steht weniger das tatsächliche Mitgeföhlm im Fokus dieses Instruments, sondern viel mehr die Gesamtzufriedenheit und psychische Gesundheit im aktuellen Berufsalltag, also die berufsbezogene Lebensqualität. Wie die Tabelle 2 aufzeigt, wird Mitgeföhlm bisher ausschließlich aus subjektiver Perspektive erhoben, also sich selbst oder anderen gegenüber. Nicht jedoch wird das von Anderen erhaltene Mitgeföhlm, das ein Subjekt wahrnimmt, erhoben sowie auch nicht das von außen, objektiv beobachtbare, zwischen zwei Subjekten in die Beziehung eingebrachte Mitgeföhlm.

3.2 Die Anwendung von Empathie und Mitgeföhlm

Bereits in den 1970er Jahren belegen die Forschungsbestrebungen u.a. von Carl Rogers die bedeutsame Rolle von Empathie im Kontext therapeutischer Gesprächsführung und legen die Grundsteine für seine Popularität und seine Anerkennung als unabdingbares Element in der therapeutischen Beziehung: die Empathie der Therapeut*innen kann den Therapieerfolg positiv beeinflussen (Rogers, 1975, S. 5). Darüber hinaus berichtet Rogers, dass der therapeutische Empathiegrad abhängig vom Erfahrungswert und der Integration der*s Therapeut*in in sich selbst ist, jedoch unabhängig von intellektueller und diagnostischer Kompetenz. Außerdem zeigt Rogers auf, dass Empathiefähigkeit erlernbar ist (Rogers, 1975, S. 5f.). Seit Rogers wird Empathie bis heute stets weiter erforscht. Oft auch als einer von verschiedenen sog. „common factors“, also Wirksamkeitsfaktoren in der Psychotherapie, die Therapieschulen übergreifend und unabhängig spezifischer Methoden und Interventionen zum Therapieerfolg beitragen (Wampold, 2015).

Heute gilt es als bestätigt, dass der Empathiegrad seitens Therapeut*innen das Therapieoutcome vorhersagen kann und dies sogar besser als spezifische Behandlungsmethoden (Elliott et al., 2011). Dieselbe Bedeutung hat Empathie auch in der Psychosozialen Beratung eingenommen. Empathie stellt heute also in der Praxis der Psychotherapie und Psychosozialen Beratung ein grundlegendes Element in der professionellen Haltung und therapeutischen bzw. beraterischen Beziehung zu den Klient*innen dar. Selten jedoch trifft man in der Literatur (sowie auch nicht in der von der hiesigen Autorin selbst erlebten Beratungsausbildung) auf Programme oder Methoden, die explizit die Kultivierung bzw. Förderung von Empathie in psychologischen und psychosozial Professionellen in Form einer Art Empathietraining

beabsichtigen. Dies kann damit zusammenhängen, dass Empathiefähigkeit zum einen eine genetische Veranlagung (zu 10%) und zum anderen eine bereits in der Kindheit und dem Verlauf der Entwicklung durch Bindungs- und Sozialisationserfahrungen erlernte Fähigkeit ist und somit im Erwachsenenalter eine relativ stabile Persönlichkeitseigenschaft darstellt (Wakolbinger, 2018, S. 34). Dennoch belegen Studien, dass Empathie gestaltbar ist und sich z.B. durch Praxiserfahrung in Berater*innen und Therapeut*innen steigern lässt (Elliott et al., 2011, S. 10). Auch wird belegt, dass die situative Empathie im einzelnen Gesprächsprozess durch bestimmte Aspekte beeinflussbar ist, wie eine persönliche Ähnlichkeit zwischen Therapeut*in bzw. Berater*in und der*em Klient*in oder der Art der non-verbalen und verbalen Kommunikation. Darüber hinaus können auch bestimmte Merkmale der Klient*innen die situative Empathiefähigkeit bzw. den -grad beeinflussen (ebenda). Seine Anwendung findet Empathie also in Form einer Beratungskompetenz, genauer, einer professionellen Haltung seitens der Professionellen im aktiven Beratungs- bzw. Therapieprozess.

Empathie wird aber auch bezüglich seiner potenziellen negativen Folgen in der Psychotherapie (sowie in anderen helfenden Berufen) diskutiert (Leinweber, 2018). So gibt es Belege, dass in einigen Fällen eine erhöhte Empathiefähigkeit von Psychotherapeut*innen (und anderen sozialen Berufsgruppen) mit einem erhöhten Risiko für eine sekundäre Traumatisierung der Professionellen einhergeht (Leinweber, 2018, S. 94). Thomsen et al. (2016) berichten von ihrer Studie aus dem Jahr 2015, in der sie einen Zusammenhang zwischen einem erhöhten Risiko einer sekundären Traumatisierung und emotionaler Empathie erhoben, wohingegen kein Zusammenhang zwischen sekundärer Traumatisierung und kognitiver Empathie vorzufinden war (S. 94). Diese Ergebnisse zeigten sich in einer anschließenden Follow-Up Messung als weiterhin zutreffend. In einer darauf aufbauenden Studie belegten dieselben Autor*innen 2016, dass kognitive Coping Strategien dazu verhelfen können, das Risiko einer sekundären Traumatisierung zu reduzieren und den Zusammenhang zwischen letzterer und emotionaler Empathie zu entkräftigen (Thomsen et al., 2016). Auch potenziell negative Konsequenzen von Empathie seitens Berater*innen und Psychotherapeut*innen werden also in der Literatur diskutiert, wobei ihre tatsächliche Erforschung im Kontext von Psychozialer Beratung und Psychotherapie noch unzureichend ausgeübt wird (ebenda). Die diesbezüglichen

Forschungsbewegungen beziehen sich zumeist auf die allgemeine Population helfender Berufe, die Allgemeinbevölkerung oder spezifischer auf Populationen von Krankenpfleger*innen und anderem medizinischem Personal (McDonald et al., 2020, S. 2f.).

Diese Negativfolgen von Empathie sind es jedoch, die die Diskussion um das Potenzial von Mitgefühl, insbesondere durch die Forschungen von Tania Singer, vorantreiben. Denn es besteht die Annahme (wie bereits im vorangegangenen Kapitel dargelegt), dass Mitgefühl – anders als Empathie – ein altruistisch ausgerichtetes, positives Fühlen für das Gegenüber mit dem Ziel der Leidlinderung ist und anstelle von empathischem Stress positive Gefühle, wie Fürsorge, hervorruft, wodurch keine psychische Belastung in den mitfühlenden Personen entsteht (Singer & Klimecki, 2014). Mitgefühl wird damit das Potenzial zugeschrieben, die Erfahrung von Schmerz (sowohl in Klient*innen in Form von Selbstmitgefühl, als auch in den Therapeut*innen und Berater*innen, die dem Schmerz des Gegenübers begegnen) in eine heilsame und wertvolle Erfahrung umzuwandeln (Fabach, 2018, S. 91). Auch hier jedoch ist die deutliche Unterscheidung zwischen Empathie und Mitgefühl niemals selbstverständlich. So fällt in Artikeln (bspw. McDonald, 2020, S. 2f.) auf, dass wenn über das eine, z.B. Mitgefühl für andere, und die potenziell negativen Konsequenzen eines „Zuviel“ davon gesprochen wird, als Belege plötzlich Studien benannt werden, die die Negativ-Konsequenzen von Empathie untersucht haben. Die Annahme, dass Mitgefühl eine positive Erweiterung von Empathie sein könnte, ist also nur punktuell vorzufinden und muss noch intensiv überprüft werden.

Das Mitgefühlskonzept hat allerdings durch die Entwicklung verschiedener mitgefühlbasierter Interventionsprogramme bereits einen vielfältigen Eingang in die Gesundheitsförderung und Psychotherapie in Form einer zu fördernden Ressource gefunden. So entwickelten Gilbert die *Compassion Focused Therapy*, Neff & Germer das *Mindful Self-Compassion Training* (MSC) und van den Brink & Koster das *Mindfulness Based Compassionate Living* (MBCL) Programm, um die Kultivierung von Mitgefühl sowohl psychologisch bzw. psychosozial Professionellen als auch der Allgemeinbevölkerung zugänglich zu machen. Diese Programme werden im Folgenden kurz vorgestellt.

Compassion Focused Therapy

Die Compassion Focused Therapy (CFT) nach Paul Gilbert ist eine Form der kognitiven Verhaltenstherapie und richtet sich ursprünglich an die Zielgruppe der Menschen mit einem verstärkten Erleben von Selbstkritik und Scham. Allerdings handelt es sich heute um einen nicht-pathologisierenden und eher prozess- als diagnosefokussierten Ansatz, da übermäßige Selbstkritik und Scham diagnoseübergreifend und komorbid sehr häufig auftreten (Gilbert, 2010, S. 18). Die theoretischen Wurzeln der CFT liegen in evolutionären, neurowissenschaftlichen und sozialpsychologischen Perspektiven auf den Menschen als soziales Wesen, das Mitgefühl, Fürsorge und andere soziale Emotionen sowie soziale Kognitionen, Motivationen und Verhaltensweisen entwickeln kann, begründet. Darüber hinaus ist diese Therapieform inspiriert von buddhistischen Lehren (Gilbert, 2010, S. 4). Die grundlegende Annahme, die auch sehr deutlich mit den Klient*innen thematisiert wird, ist, dass Leid und Probleme nicht in einem persönlichen Fehler, sondern in der evolutionären Entwicklung des menschlichen Gehirns und seiner Anpassung an kontextuelle und soziale Gegebenheiten begründet liegen. Bereits diese Einsicht kann mit der Befreiung von Scham- und Schuldgefühlen bzgl. der eigenen Schwierigkeiten einhergehen, jedoch bringt sie auch Selbstverantwortlichkeit (bzw. die Freiheit) mit sich, seine Potenziale so zu entfalten, sodass sich Mitgefühl, Frieden und Gesundheit entwickeln.

Das zentrale Anliegen der CFT ist die Entwicklung oder Stärkung eines *compassionate self*: ein Selbst, das die Physiologie, Emotionen, Kognitionen und schließlich das Verhalten auf eine wohlwollende Weise organisiert. Mithilfe dieses ausgebildeten mitfühlenden Selbst soll die zu Belastungen und Störungen führende, oft dauerhafte Aktivierung des Antriebs- oder Bedrohungssystems reduziert und die Aktivierung des Beruhigungs- und Fürsorgesystems vermehrt werden. Dabei geht es nicht um ein Abstellen der aktivierenden Systeme, da sie im gesunden Maße hilfreiche Schutz- und Aktions-Mechanismen stimulieren können. Stattdessen geht es um die Entwicklung einer ausgeglichenen Aktivierung aller Systeme, in entsprechend geeigneten Situationen, ohne daueraktiviert zu sein. Durch eine ausgleichende Aktivierung des Beruhigungs- und Fürsorgesystems, wenn keine Bedrohung bekämpft werden muss oder nichts Bestimmtes angestrebt werden muss, kann sich in

Sicherheit und Zufriedenheit erholt und eine gesunde emotionale Balance hergestellt werden (Gilbert, 2010, S. 48).

Das zentrale methodische Element in der CFT ist das *compassionate mind training*, das über die Kultivierung von Mitgefühl für sich selbst und andere zunächst in Form einzelner Fähigkeiten (*compassionate skills*) schließlich zur Entwicklung eines mitfühlenden Geistes (*compassionate mind*) als eine grundlegende, langfristige Haltung führen soll. Dieses Training besteht aus verschiedenen Techniken, wie Achtsamkeits- und Atemübungen und das Einüben eines beruhigenden Atemrhythmus, Imaginationsübungen bspw. zum mitfühlenden Selbst, zu einem inneren sicheren Ort oder zu einem Fluss von Mitgefühl in sich selbst oder von sich selbst in andere, Stühle-Arbeit oder das Schreiben von mitfühlenden Briefen an sich selbst (und andere) (Gilbert, 2010, 137ff.)

In der CFT wird außerdem zwei Phänomenen besondere Berücksichtigung geschenkt: der von Klient*innen erlebten Angst vor und Scham bei Mitgefühl. Diese Aspekte kommen sehr häufig bei der mit hoher Selbstkritik und Scham behafteten Zielgruppe vor und müssen zusätzlich bzw. zu Beginn therapeutisch angesprochen werden, um schließlich wahrhaftiges Mitgefühl für sich selbst entwickeln zu können (Gilbert, 2010; Kelly, 2020). Kelly (2020) betont beispielsweise in ihrem Beitrag, dass eine zu Beginn der Therapie *erhöhte* Angst vor Mitgefühl und ein niedriges Level an Selbstmitgefühl zu einem geringeren Erfolg der CFT bei Menschen mit Essstörungen führen, im Vergleich zu Personen mit *keiner erhöhten* bzw. reduzierten Angst vor Mitgefühl und einem niedrigen Level an Selbstmitgefühl zum Ausgangspunkt. Dasselbe ist auch bei einem erhöhten Erleben von Mitgefühlsscham der Fall. Grundsätzlich betont Kelly jedoch auch, dass das Üben von Selbstmitgefühl zu einer Reduzierung von Mitgefühlsangst- und -scham beitragen kann. Mittlerweile haben sich spezifizierte CFT-Formen ausgebildet, wie bspw. die CFT-E für Menschen mit Essstörungen (engl.: CFT-Eating Disorders).

Mindful Self-Compassion Training

Das Mindful Self-Compassion Training (MSC) nach Kristin Neff und Christopher Germer ist ein achtwöchiges Gruppen-Kursprogramm, das die Kultivierung von Achtsamkeit und Selbstmitgefühl miteinander kombiniert und darüber das Ziel verfolgt, emotionales Wohlbefinden zu fördern (Neff, 2021b). Es richtet sich einerseits

an die allgemeine Bevölkerung, insbesondere mit den Zielen einer Integration von Achtsamkeit und Selbstmitgefühl in das alltägliche Leben, der leichteren Bewältigung schwieriger Emotionen und eines freundlicheren und darüber gesundheitsfördernden Umgangs mit sich selbst. Andererseits wendet sich das Programm auch konkret an Menschen in helfenden Berufen und bezweckt dabei, über die grundlegenden Ziele hinausgehend, eine Erleichterung der Arbeit mit herausfordernden Beziehungen, die Bewältigung von Erschöpfung aufgrund eines helfenden Berufes und die Lehre und Weitergabe der Übungen an andere Menschen (Neff, 2021b). Das MSC-Programm grenzt sich als Angebot der Gesundheitsförderung von Psychotherapie und Beratung deutlich ab.

Mindfulness Based Compassionate Living

Das Mindfulness Based Compassionate Living (MBCL) Programm nach Erik van den Brink und Frits Koster ist ein achtsamkeitsbasiertes Mitgefühlstrainingsprogramm, das auf die Förderung von Mitgefühl sich selbst und anderen gegenüber, auf der Basis einer bereits geübten achtsamen Haltung hinsichtlich den eigenen Wahrnehmungen abzielt (van den Brink, 2021a). Deshalb richtet es sich an vorherige Teilnehmer*innen des Mindfulness Based Stress Reduction Programm nach Jon Kabat-Zinn oder einer Mindfulness Based Cognitive Therapy nach Segal, Williams & Teasdale. Das MBCL Programm basiert theoretisch auf den Forschungsarbeiten und Interventionsentwicklungen von u.a. Gilbert, Neff und Germer. Der Fokus des Programms liegt, wie van den Brink betont, auf der „Beziehung zu Leid, in welcher Form auch immer [...]“ (eigene Übersetzung, van den Brink, 2021a, Abs. 2) und nicht auf einer spezifischen Art von Leid. Ziel ist es also einen fürsorglichen und liebevollen Umgang mit den eigenen Belastungen zu fördern (van den Brink & Koster, 2013, S. 39).

Auch dieses Programm ist ein achtwöchiges Gruppenprogramm, das sich als gesundheitsförderndes Angebot oder Ergänzung zu medizinischen oder psychotherapeutischen Therapien versteht (van den Brink & Koster, 2013). Es bedient sich der Meditationsübungen des MBSR-Programms und beinhaltet auch (Psycho-)Edukatonsanteile, die u.a. Leid und Sein als geteilte menschliche Erfahrung thematisieren sowie die evolutionäre Entwicklung des menschlichen Gehirns abhängig vom Überlebensinstinkt, die drei Affektregulationssysteme sowie die Phänomene Zufriedenheit, Glück und Dankbarkeit aufgreifen. Darüber hinaus werden auch hier

(Imaginations-)Übungen zur Emotionsregulierung und der Entwicklung eines Wohllens sich selbst gegenüber angewandt (van den Brink, 2021b).

3.3 Zusammenfassende Betrachtung

Die hier vorgenommene Auseinandersetzung mit den Erhebungsinstrumenten für die Messung von Empathie und Mitgefühl in der Beratungs- und Psychotherapieforschung sowie mit der praktischen Anwendung der beiden Phänomene in Beratung, Psychotherapie und Gesundheitsförderung untermauert, was die obige Darlegung der Begrifflichkeiten im ersten Kapitel bereits aufzeigt: Empathie und Mitgefühl sind weniger identisch als oft angenommen und stattdessen deutlich voneinander zu differenzieren. Es scheint als würde Empathie eher als eine grundlegende professionelle Kompetenz im therapeutischen bzw. beratenden Gesprächsführungsprozess untersucht und angewandt, die, wenn seitens der Therapeut*innen bzw. Berater*innen als Haltung eingenommen, sich positiv auf den Reflexions- und Heilungsprozess in den Klient*innen auswirken kann. Das Konzept des Mitgefühls hingegen wird eher als eine zu übende persönliche und gesundheitsförderliche Ressource operationalisiert und findet ihre Anwendung im Bereich der Gesundheitsförderung im Rahmen von achtsamkeitsbasierten Programmen, die sich an die Allgemeinbevölkerung (darunter aber natürlich auch psychologisch bzw. psychosozial Professionelle) richten. Eine Anwendung im spezifischen Rahmen der Psychotherapie findet das Mitgefühlskonzept nur in der Compassion Focused Therapy.

4 Die methodische Herangehensweise – Ein breit angelegtes systematisches Review

Im Folgenden wird die in dieser Arbeit vorgenommene Methodik in Form eines breit angelegten systematischen Reviews beschrieben. Dabei handelt es sich genauer um eine zunächst systematische Literaturrecherche, an die sich eine vergleichende Literaturanalyse ausgewählter Studien anschließt.

4.1 Die Methode eines breit angelegten systematischen Reviews

Das systematische Review zielt darauf ab, eine objektive und gründliche Darlegung der besten aktuellen Evidenz zu einem Thema zu liefern (Petticrew & Roberts, 2006, S. 23). Es ist eine Methode, mit der eine große Informationsmenge zusammengefasst und verstehbar gemacht, Lücken und Unsicherheiten des aktuellen Forschungsstands aufgedeckt sowie folglich der notwendige Forschungsbedarf aufgezeigt werden kann (Petticrew & Roberts, 2006, S. 2). Über die Zusammenfassung mehrerer Studien wird ermöglicht, zwischen angenommenem und tatsächlichem Wissen zu unterscheiden. Denn einzelnen Studien wird oft mehr Evidenz zugesprochen, als sie als Alleindarsteller in Wahrheit bieten können (ebenda).

Die Breite eines systematischen Reviews (Petticrew & Roberts, 2006, S. 74) charakterisiert sich über seine weitläufigere Ausrichtung des Forschungsgegenstandes. Dieser wird dann weniger eng, nicht über starke Spezifizierungen in den ein- und ausgeschlossenen Untersuchungsvariablen, wie der Population, dem Outcome, den Studiendesigns oder der Intervention konkretisiert. Stattdessen bleibt der Forschungsgegenstand globaler definiert und die Ein- und Ausschlusskriterien weniger begrenzt. So kann eine höhere Objektivität und umfassendere Relevanz für verschiedene Interessengruppen ermöglicht werden (ebenda).

4.2 Eine erste Proberecherche und die Konkretisierung der Fragestellung

Bevor die eigentliche systematische Suche unternommen wurde, wurde eine erste unsystematische und grobe Recherche zur Probe im Zeitraum zwischen November und Dezember 2020 durchgeführt. Ziel dessen war es, einen Überblick über die allgemeinen Forschungsbewegungen im Kontext „Empathie und Mitgefühl in Psychozialer Beratung und Psychotherapie“ zu erhalten, um anschließend fundierte, noch offene Entscheidungen über das genaue Anliegen der Arbeit und die weitere

methodische Vorgehensweise treffen zu können. Entscheidungen, die auf Basis dieser ersten Proberecherche getroffen werden sollten und wurden, sind:

- **die Konkretisierung der Fragestellung**, indem ein Überblick über die Forschungslandschaft gewonnen wird, der dazu verhilft, zu erkennen, welche Fragen überhaupt beantwortet werden könnten und dies in einem Maß, das dem formellen Rahmen einer Masterarbeit entspricht,
- **die Identifikation geeigneter Datenbanken**, die thematisch so ausgerichtet sind, dass sie geeigneten und wissenschaftlichen Standards entsprechend Studien zum Thema der Arbeit beinhalten könnten, d.h. in der Psychologie und den Sozialwissenschaften angelegt sind,
- **die Auswahl geeigneter, treffsicherer Suchbegriffe sowie ihrer Kombination und Variation**, die zu potenziell relevanten Treffern in einer überschaubaren Trefferzahl, d.h. bis maximal 100-150 Treffer pro Suchlauf, in den jeweiligen Datenbanken führen.

Diese erste unsystematische Recherche wurde in einer Vielzahl an psychologischen und sozialwissenschaftlichen Datenbanken durchgeführt. Diese waren PubMed, PubPsych, GoogleScholar, PsychINFO, PSYINDEX, PsychArticles und Web of Science. Da die Fragestellung an dieser Stelle noch offengehalten wurde, wurden zunächst eine Vielfalt an potenziellen Suchbegriffen, die diverse zu erforschende Zusammenhänge benennen könnten, mithilfe von Brainstorming ausfindig gemacht. Tabelle 3 zeigt die ausgewählten Suchbegriffe in Deutsch und Englisch, sortiert nach *Kontext*, also im Beratungs- oder Psychotherapiekontext sowie im Ausbildungsbildungskontext, nach Begriffen für Empathie und Mitgefühl als potenziell einflussnehmende *unabhängige Variablen* (UV) und nach Begriffen für potenziell beeinflusste, also *abhängige Variablen*, die in Studien untersucht werden könnten und Bedeutung für die vorliegende Arbeit hätten.

Tabelle 3: Erste Auswahl der Suchbegriffe (eigene Darstellung)

Suchbegriffe		
Kontext	Unabhängige Variable	Abhängige Variablen
Beratung / Counseling Berater*in / counselor Therapie/therapy Therapeut*in / therapist Klient* / client Trainee	Empathie / empathy Mitgefühl / compassion Selbstmitgefühl / self compassion Compassion Focused Therapy Self-Compassion Training	Outcome, Effekt / effect, client outcome psychosoziales Wohlbefinden / psychosocial well-being mentale Gesundheit / mental health Mediator*in / mediator Beratungskompetenz / counseling skills Burnout

So konnte sich der Überblick über die Forschungslandschaft und ihr Ausmaß verschafft werden, um zu erkennen, welche Betrachtungsmöglichkeiten im Rahmen des zu erarbeitenden Reviews gegeben sind.

Da sich in dieser ersten unsystematischen Recherche zeigte, dass viele verschiedene potenzielle Wirkungsweisen im Kontext Empathie und Mitgefühl in Psychosozialer Beratung und Psychotherapie auf unterschiedliche Weise untersucht werden, wurde entschieden, diese Diversität der aktuellen Forschungsbestrebungen auch im Review abzubilden und sie in das Zentrum der Arbeit zu stellen. Weg also von einer ursprünglicheren möglichen Idee, spezifische Zusammenhänge im Einzelnen zu untersuchen, die der aktuelle Forschungsstand, wie sich nun zeigte, so noch gar nicht hergibt, hin zu einer globalen Betrachtung der Thematik in Form eines breit ausgerichteten systematischen Reviews.

Dies bedeutet, dass hier nicht nur spezifisch ausgewählte hypothetisierte Zusammenhänge zwischen Empathie bzw. Mitgefühl und nur spezifische abhängige Variablen (AV) in Beratung und Psychotherapie untersucht werden. Stattdessen soll die ganze Bandbreite an aktuell vorzufindenden Forschungsbewegungen rund um die Phänomene Empathie und Mitgefühl im Kontext von Psychosozialer Beratung und Psychotherapie analysiert werden.

Darüber soll das Ziel der Arbeit erreicht werden, zu beschreiben, *welche Bedeutungen, Rollen oder Wirkungsweisen* (das umfasst sowohl die Rolle als potenziell abhängige sowie unabhängige Variable (UV)) den beiden Phänomenen in der Psychotherapie und Psychosozialen Beratung aktuell zugeschrieben wird, *inwieweit*

sich diese belegen lassen und wie zu diesen Belegen gekommen wird. Orientiert werden soll sich dabei an einer von offener Neugier geprägten Haltung, im Sinne der Frage „Was wird eigentlich in diesem Themengebiet *wie* erforscht und was sind die *Erkenntnisse*?“. Diese Erkenntnisse sollen dann in ihrer Bedeutung für die Theorie, Ausbildung und Praxis insbesondere der Psychosozialen Beratung bewertet werden. Darauf basierend wurde das Forschungsanliegen der vorliegenden Arbeit zur folgenden Fragestellung konkretisiert:

„Welche empirisch gestützten Erkenntnisse sind laut aktuellem Forschungsstand über Empathie und Mitgefühl in Psychosozialer Beratung und Psychotherapie vorzufinden, wie werden diese gewonnen und welche Schlussfolgerungen lassen sich daraus für die Theorie, Praxis und Ausbildung im Kontext Psychosozialer Beratung ziehen?“

In dieser breiten Ausrichtung liegt die Chance, die globale Bedeutung von Empathie und Mitgefühl in der und für die Psychosoziale Beratung und Psychotherapie möglichst frei von Verzerrungen zu analysieren.

4.3 Die systematische Literaturrecherche

Die systematische Literaturrecherche charakterisiert sich über die Anwendung spezifisch ausgewählter Suchbegriffe in spezifisch ausgewählten Datenbanken, um für die Beantwortung der Fragestellung relevante empirische Befunde zu identifizieren. Nach der Identifikation möglicher relevanter Treffer werden die Abstracts und später die Volltexte, auf Basis von ausgewählten Selektionskriterien, auf ihre Eignung hin geprüft und ggf. weiter aussortiert. Schließlich wird eine finale Auswahl an geeigneten empirischen Studien festgelegt, um sie dann der vergleichenden Literaturanalyse zu unterziehen.

4.3.1 Die Suchstrategie

Mithilfe der ersten, unsystematischen Recherche wurden drei Datenbanken als am thematisch zutreffendsten und ergiebigsten bewertet und deshalb schließlich für die systematische Recherche verwendet. Hierbei handelt es sich um die Datenbanken *PubMed*, *PubPsych* und *Web of Science Core Collection*.

PubMed ist eine Online-Datenbank des National Center for Biotechnology Information (NCBI), welches eine amerikanische Forschungseinrichtung im Bereich der

Molekularbiologie unter dem Dach der U.S. National Library of Medicine und des National Institute of Health (NHI) in Maryland, USA ist (National Library of Medicine, o.J.). Neben dem Hauptziel der Forschung, stellt das NCBI Zugang zu Informationen aus verschiedenen wissenschaftlichen, besonders den biologischen und medizinischen Bereichen bereit. PubMed umfasst mehr als 32 Millionen Verweise und Abstracts zu u.a. biomedizinischer, verhaltens- und lebenswissenschaftlicher Literatur (ebenda). Aufgrund ihrer wissenschaftlichen Einbettung und den thematisch passenden Wissenschaftsbereichen diene sie der systematischen Literaturrecherche.

Web of Science ist eine interdisziplinär ausgerichtete, wissenschaftliche Datenbank, die Hinweise auf Artikel von über 34.500 wissenschaftlichen Zeitschriften bietet (Hochschule Neubrandenburg, 2020). Zu den Fachbereichen gehören, die Sozial-, Geistes- und Kunstwissenschaften sowie die Medizin, die Naturwissenschaften und die Technik. Auch diese Datenbank zeigte sich im Probelauf als sehr ergiebig und zuverlässig, weshalb sie ebenfalls für die systematische Recherche ausgewählt wurde.

PubPsych ist eine Online-Datenbank des Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID) mit dem Fokus auf internationalen Publikationen aus dem Bereich der Psychologie (Leibniz Institut für Psychologie, 2021). Sie umfasst im Juni 2021 mehr als zwei Millionen Datensätze u.a. auch aus weiteren wissenschaftlichen Datenbanken, wie PSYINDEX, PsychOpen oder MEDLINE (ebenda). Aufgrund dieser ebenfalls hohen Wissenschaftlichkeit und dem der vorliegenden Untersuchung entsprechendem Wissenschaftsbereich wurde sie als dritte Datenbank für die Literaturrecherche ausgewählt.

Die Öffnung der Fragestellung hatte zur Folge, dass sich die Suchterme auf eine Kombination der Begriffe „compassion“, „empathy“, „counseling“, „counselor“, „therapy“, und „therapist“ mithilfe der Booleschen Operatoren „AND“ oder „OR“ und der Trunkierung „*“ begrenzten. Mithilfe dieser breiten Suchstrategie sollten möglichst alle aktuell untersuchten Wirkungsweisen bzw. Rollen von Empathie und Mitgefühl, sowohl als einflussnehmende als auch als beeinflussbare Variable, gefunden werden. Zu enge Spezifizierungen, wie bspw. eine Eingrenzung auf besondere psychosoziale Belastungsformen, auf ausschließlich die Effekte auf Klient*innen

oder ausschließlich die Effekte auf Berater*innen sollten so verhindert werden. So konnten die diversen Zusammenhänge, die aktuell untersucht werden, ermittelbar gemacht werden, um die globale Bedeutung und Rolle von Empathie und Mitgefühl in der Beratung und Psychotherapie herauszuarbeiten.

Die systematische Recherche wurde im Januar 2021 durchgeführt. Die genauen Suchdurchläufe können in den Suchverlaufstabellen je nach Datenbank im Anhang A eingesehen werden.

Die ersten Suchdurchläufe in den Datenbanken PubMed und Web of Science umfasste den Veröffentlichungszeitraum von 2010 bis 2021 unter der Annahme, dass bei einem schmaleren Zeitraum möglicherweise eine Menge an relevanter Literatur verloren gehen könnte. Letztendlich zeigte sich jedoch, dass die meisten Artikel, die potenziell relevant erschienen, erst innerhalb der letzten fünf Jahre veröffentlicht wurden und bereits diese eine hohe Anzahl mit sich brachten. Ab dem Suchlauf #6 in der Datenbank Web of Science (siehe Anhang A) und somit anschließend vollständig in der Datenbank PubPsych wurde also nur noch innerhalb des Zeitraumes 2015 bis heute recherchiert. Die mithilfe der o.g. Suchterme und zeitlichen Eingrenzung unternommenen Suchläufe in den drei Datenbanken ergaben insgesamt $N=2340$ Treffer (PubMed: $n=1964$, Web of Science: $n=300$, PubPsych: $n=76$), deren Titel und später die Abstracts und Volltexte gesichtet und nach ausgewählten Selektionskriterien ein- bzw. ausgeschlossen wurden. Dieser Prozess der Selektion wird im Folgenden beschrieben.

4.3.2 Der Selektionsprozess

Die Selektionskriterien

Abbildung 2 stellt den gesamten Selektionsprozess in Form eines Flussdiagramms dar. Die identifizierten $N=2340$ Treffer aus der systematischen Recherche in den drei Datenbanken wurden im ersten Schritt zunächst anhand ihrer Titel und auf der Basis grober Selektionskriterien als relevant oder irrelevant bewertet. So bestimmten zunächst vor allem der Kontext, die Zielgruppe, die Interventionsform und die Sprache die Relevanz der Titel (siehe Tabellen 4 und 5).

Tabelle 4: Ausschlusskriterien im Selektionsprozess (eigene Darstellung)

Ausschlusskriterien				
Studiende- sign	Zielgruppe / Kontext	Intervention	Outcome	Sonstiges
<ul style="list-style-type: none"> • nicht empirische Literatur • Fallstudien 	<ul style="list-style-type: none"> • Ärzt*innen und Patient*innen • Krankenpfleger*innen • Pädagog*innen • Jugendliche & Kinder • zu spezifische oder akute Belastungsfälle wie Psychosen, Schizophrenie ... 	<ul style="list-style-type: none"> • Onlinetraining • Interventionen, die kein Empathie- oder Mitgefühlsbezogenes Ziel verfolgen 	Achtsamkeit	<ul style="list-style-type: none"> • weder Englisch noch Deutsch

Tabelle 5: Einschlusskriterien im Selektionsprozess (eigene Darstellung)

Einschlusskriterien				
Studiende- sign	Zielgruppe / Kontext	Intervention	Outcome	Sonstiges
<ul style="list-style-type: none"> • Reviews • RCTs • experimentelle Studien • qualitativ • nicht-experimentelle Studien 	<ul style="list-style-type: none"> • Berater*innen • Psychotherapeut*innen • Klienten*innen in Psychotherapie oder Beratung • Erwachsene mit psychosozialen Belastungen, psychischen Erkrankungen & psychisch gesunde Erwachsene 	<ul style="list-style-type: none"> • Empathie oder Mitgefühl aufseiten Berater*innen • Compassion Focused Therapy • Self- Compassion Training • Interventionen, die auf ihren Einfluss auf die Empathie- oder Mitgefühlsfähigkeit geprüft wurden 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychosoziales Wohlbefinden Klient*innen • Beratungskompetenz Berater*innen • Client Outcome • Steigerung von Empathiefähigkeit oder Mitgefühlsfähigkeit → alles Mögliche 	Deutsch oder Englisch

Sichtung der Titel

So galten zunächst die Treffer als relevant,

- die sich auf den Kontext Psychosoziale Beratung oder Psychotherapie beziehen, nicht aber wenn sie bspw. den medizinisch, pflegerischen oder andere Rahmen beleuchten
- wenn die Zielgruppe gesunde erwachsene Menschen, Erwachsene mit psychosozialen Belastungen oder psychischen Erkrankungen oder Berater*innen bzw. Therapeut*innen umfasst
- wenn es sich bei der intervenierenden Variabel oder bei der abhängigen Variabel um Empathie bzw. Mitgefühl oder um die mitgefühlsbasierten

Interventionen Compassion Focused Therapy oder (Selbst-)Mitgefühlstraining handelt

- und wenn die Artikel in Englisch oder Deutsch veröffentlicht sind.

Für ihre Relevanz war die Art der abhängigen Variablen in den Studien zunächst nebensächlich, da das Interesse in Anlehnung an die breite Fragestellung auf *verschiedenen* abhängigen Variablen im Kontext Beratung bzw. Psychotherapie liegt. D.h. die beeinflussbaren Variablen in den Studien konnten bspw. Therapieoutcomes der Klient*innen, das Wohlbefinden von Klient*innen sowie von Berater*innen bzw. Therapeut*innen selbst oder der Grad an Empathie bzw. Mitgefühl in sowohl Berater*innen bzw. Therapeut*innen, als auch in Klient*innen sein und damit sehr variieren. Als relevante Studiendesigns wurden alle empirischen Designs wie Reviews, randomisierte Kontrollstudien, experimentelle Studien als auch nicht-experimentelle Studien und qualitative Studien erachtet. Lediglich Fallstudien und Texte ohne empirische Forschung wurden ausgeschlossen.

Mit dieser noch sehr groben Selektion sollte eine voreilige und damit ggf. fälschliche Aussortierung von Studien nur aufgrund des Titels verhindert werden, da dieser in den meisten Fällen noch keine eindeutige Aussage über den Inhalt einer Studie treffen kann. Zudem orientiert sich dieser Vorgang an der breit formulierten Fragestellung.

Wie Abbildung 2 darstellt, ergab dieser erste Scan der Titel eine relevante Trefferzahl von $n=309$. Dazu kamen sechs weitere Studien, die außerhalb der systematischen Datenbankrecherche, d.h. in Literaturverzeichnissen der Studien oder durch Verweise auf ähnliche Titel in den Datendanken, ausfindig gemacht wurden. Nach Abzug der Duplikate lag schließlich eine relevante Trefferzahl von $n=143$ vor.

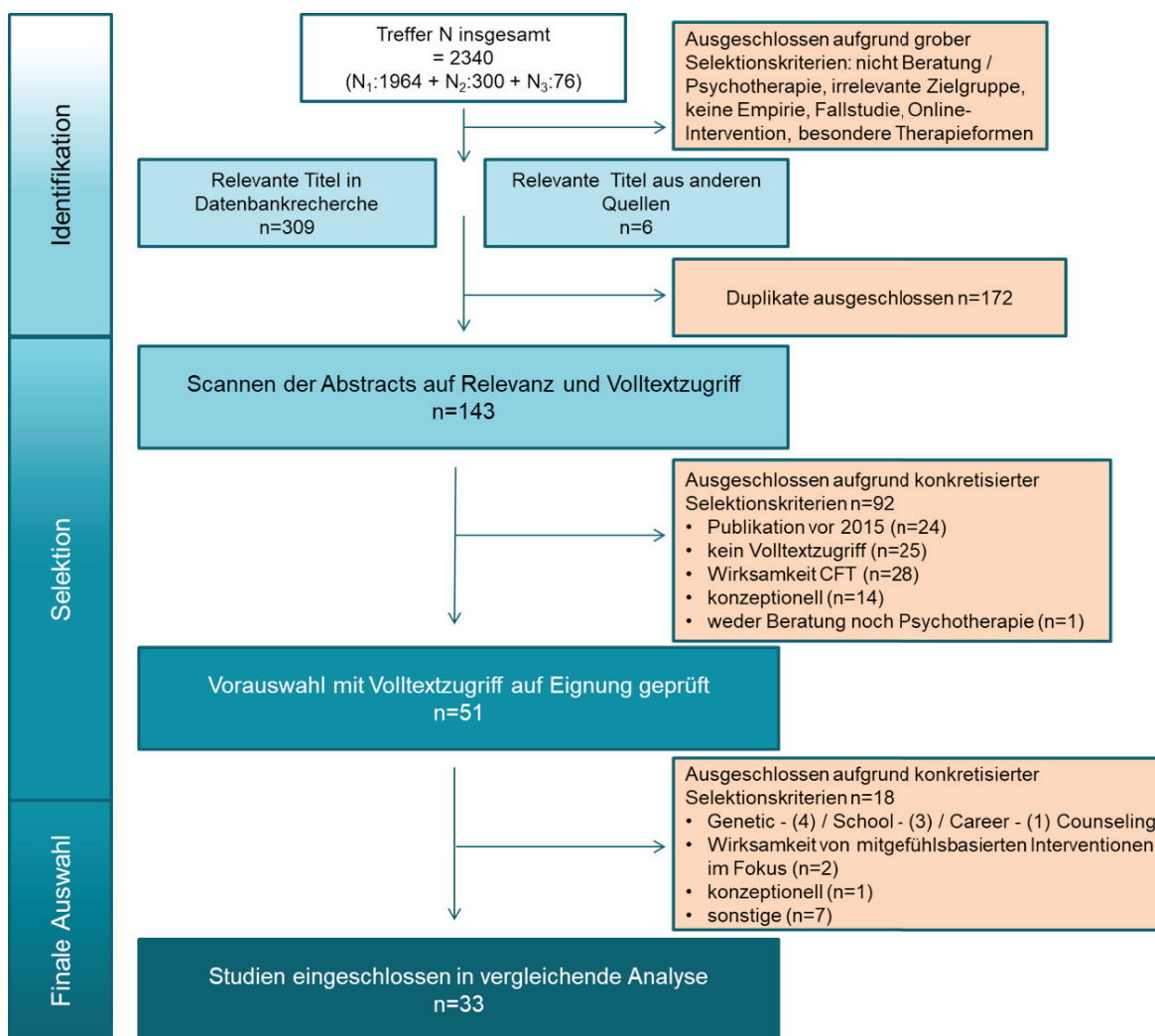


Abbildung 2: Flussdiagramm zum Selektionsprozess (eigene Darstellung)

Sichtung der Abstracts

Im zweiten Selektionsschritt wurden die Abstracts der n=143 Titel gescannt und zunächst – auf Basis der im Laufe der Recherche etwas späteren Entscheidung zur Eingrenzung des Veröffentlichungsjahres ab 2015 – noch einmal auf ihr Publikationsjahr hin überprüft sowie auf einen Volltextzugriff. Dies führte zu einem Ausschluss von n=49 Studien, die vor dem Jahr 2015 veröffentlicht wurden oder kein Zugriff auf einen Volltext erlaubten. Letztendlich wurden damit n=94 Studien als relevant erachtet. Der besseren Übersicht und Vergleichbarkeit wegen wurden diese Studien in fünf thematische Gruppen unterteilt, die sich bereits bei der Betrachtung der Abstracts herauskristallisierten. Die Heterogenität bzw. Homogenität zwischen den Studien ließ sich über die abhängigen oder unabhängigen Variablen charakterisieren. So wurde folgende Zuordnung der Studien unternommen:

- Studien, in denen Mitgefühl als Ressource oder Mitgefühlsmüdigkeit als Risikofaktor in Klient*innen bzw. Berater*innen und die psychosozialen Effekte untersucht wird (n=20)
- Studien, in denen die Wirksamkeit von Compassion Focused Therapy als Intervention auf verschiedene psychosoziale Aspekte untersucht wird (n=28)
- Studien, in denen die Rolle bzw. Wirkungsweise von Empathie seitens Berater*innen bzw. Therapeut*innen in Beratung und Psychotherapie untersucht wird (n=17)
- Studien, die verschiedene Einflussfaktoren auf Empathie als abhängige Variable untersuchen (n=15)
- methodologische und konzeptionelle Studien, die die Definition von Empathie bzw. Mitgefühl und / oder die Entwicklung bzw. Prüfung entsprechender Erhebungsmethoden untersuchen (n=14).

Diese Übersicht über die verschiedenen Themen, die in den Studien beleuchtet werden, verhalf zu einer weiteren Konkretisierung des Forschungsanliegens: das Ziel dieses Reviews ist es nicht, Wirksamkeiten von bestimmten Interventionen wie bspw. der Compassion Focused Therapy oder ausgewählter mitgefühlsbasierter Programme zu bewerten, genauso wenig, wie die Definition und Erhebungsmethodik von Empathie und Mitgefühl zum Hauptziel der vergleichenden Literaturanalyse zu machen. Stattdessen ist das zentrale Anliegen des systematischen Reviews, den aktuellen Forschungsstand zur tatsächlichen sowie potenziellen Bedeutung und Rolle sowie zu den einflussnehmenden und beeinflussbaren Charakteristika von Empathie und Mitgefühl als eigenständige Variablen (also nicht bspw. in Form einer Intervention) im Vergleich zueinander und im Prozess der Psychosozialen Beratung und Psychotherapie zu untersuchen.

Deshalb wurden die Studien, die sich auf die Untersuchung der Wirksamkeit der Compassion Focused Therapy (n=28) fokussieren sowie methodologische und konzeptionelle Studien (n=14) nun als irrelevant für das hiesige Forschungsinteresse erachtet. Für den theoretischen Teil der vorliegenden Arbeit sind sie dennoch relevant, weshalb einige dieser Artikel in den Kapiteln 2 und 3 ihren Platz gefunden haben. Zusätzlich wurde noch eine Studie aussortiert, weil sie weder dem

Beratungs- noch Therapiekontext zuzuordnen war. Damit lag eine vorläufige Studienauswahl von n=51 vor.

Sichtung der Volltexte

Die verbliebenen Volltexte (n=51) wurden schließlich final auf ihre Relevanz hin geprüft. Dabei wurden n=18 Studien ausgeschlossen. Dazu zählten Studien, die in Bereichen genetic counseling (n=3), school counseling (n=3) und career counseling (n=1) unternommen wurden, weil psychosoziale Belange hier eher im Hintergrund stehen und es sich im Falle von school counseling in der Zielgruppe nicht um Erwachsene handelt. In n=2 Studien lag der Fokus auf der Wirksamkeitsprüfung von mitgeföhlbasierten Programmen, die, wie oben beschrieben, nicht mehr dem Ziel der Arbeit entsprechen. So auch wurden n=2 Studien als konzeptionell identifiziert und somit aussortiert. Darüber hinaus wurden n=7 weitere Studien wegen sonstiger Gründe ausselektiert, bspw. weil der Artikel unverständlich aufbereitet, die Methodik nicht benannt war, weder Mitgeföhl noch Empathie tatsächlich im Fokus standen oder bereits frühere Ausschlusskriterien zugrunde lagen, wie bspw. eine methodologische Forschung.

Schlussendlich wurden durch die systematische Literaturrecherche und den anschließenden Selektionsprozesses n=33 relevante Studien für die vergleichende Literaturanalyse und damit für die Beantwortung der Fragestellung final ausgewählt. Welche diese Studien sind, kann in der Vergleichsmatrix im Anhang B eingesehen werden.

4.4 Die vergleichende Literaturanalyse

Die vergleichende Literaturanalyse bildet das Fundament zur Beantwortung der hiesigen Forschungsfrage: um den aktuellen Stand der Forschung auf Basis der ausgewählten Artikel darlegen sowie schließlich diskutieren und bewerten zu können, werden die einzelnen Studien und ihre Ergebnisse anhand ausgewählter Vergleichskriterien beschreibend dargestellt und mithilfe der so geschaffenen Vergleichbarkeit auf ihre Aussagekraft hin untersucht. Diese Vergleichskriterien umfassen das *Studiendesign*, den *Untersuchungsgegenstand* mit seinen jeweiligen untersuchten Variablen, das zugrunde gelegte *Verständnis von Empathie und Mitgeföhl*, das angewandte *Erhebungsinstrument* und natürlich das zentrale *Studienergebnis*. Die hierzu angefertigte Analysetabelle ist dem Anhang B zu entnehmen.

Das Kriterium des Studiendesigns ermöglicht über den Vergleich und die Bewertung des methodischen Vorgehens in den einzelnen Studien eine Bewertung der Zuverlässigkeit der Einzel- und Gesamtergebnisse innerhalb der Beratungs- und Psychotherapieforschung. Daran schließt sich auch der Vergleich der Studien anhand des Kriteriums des angewandten Erhebungsinstruments an, um zu analysieren, wie Empathie und Mitgefühl in der aktuellen Forschung operationalisiert werden. So kann schließlich auch eine Aussage über die generelle Vergleichbarkeit der verschiedenen Studien und ihrer Aussagekraft getroffen werden.

Da die Forschungsfrage in der vorliegenden Arbeit sehr breit gefasst ist, um herauszuarbeiten, was in der Beratungs- und Psychotherapieforschung aktuell überhaupt im Bereich von Empathie und Mitgefühl erforscht wird, stellt auch der Vergleich der Untersuchungsgegenstände zwischen den Studien ein wichtiges Kriterium der Analyse dar. So kann ein erster Überblick darüber gegeben werden, welche potenzielle Rolle Empathie bzw. Mitgefühl zugeschrieben wird, also bspw., ob sie als abhängige oder unabhängige Variablen untersucht werden und wo das aktuelle Forschungsinteresse liegt.

Darüber hinaus soll die zu Beginn dargelegte Begriffsheterogenität von Empathie und Mitgefühl mithilfe des Kriteriums der in den Studien zugrunde gelegten Verständnisse von Empathie bzw. Mitgefühl überprüft werden und Tendenzen herausgearbeitet werden, wie diese Phänomene in der Forschung tatsächlich definiert werden.

Eine zentrale Rolle in der vergleichenden Literaturanalyse nimmt zudem das Kriterium des Studienergebnisses ein, um eine Übersicht bieten zu können, welche Bedeutung, Rollen und Wirkungsweisen Empathie und Mitgefühl im Kontext von Beratung und Psychotherapie be- oder widerlegt werden und inwieweit die Belege übereinstimmen oder nicht.

5 Deskriptive Ergebnisdarstellung: Die aktuellen Forschungsbewegungen und ihr Erkenntnisstand zu Empathie und Mitgefühl in der Psychozialen Beratung und Psychotherapie

Im Folgenden werden die vergleichende Literaturanalyse auf deskriptive Weise unternommen, d.h. die n=33 finalen Studien anhand der Vergleichskriterien beschreibend zusammengefasst. Diese Ergebnisdarstellung wird in vier verschiedenen thematischen Gruppen unternommen, die sich nach der Selektion der Studien herauskristallisiert haben. So soll eine bessere Übersichtlichkeit über die diversen aktuellen Forschungsbestrebungen und -ergebnisse ermöglicht werden. Innerhalb jeder dieser gruppenspezifischen Unterkapitel werden die zentralen Studienergebnisse abschließend noch einmal zusammenfassend grafisch dargestellt, um die Komplexität der Erkenntnisse auf ihre zentralen Aussagen herunterzubrechen. Abschließend wird eine gruppenübergreifende Betrachtung der Studien unternommen, in der sich insbesondere auf die deskriptive Analyse der methodischen Herangehensweise aller Studien im Vergleich fokussiert wird.

5.1 Differenzierung der Forschungsbewegungen in Gruppen

Die finale Auswahl der relevanten Artikel mit n=33 Studien lässt sich in zwei thematische Obergruppen mit jeweils zwei Untergruppen differenzieren. Diese Unterscheidung bietet bereits eine erste Übersicht über die diversen Verständnisse, Perspektiven oder Richtungen, die in der Beratungs- und Psychotherapieforschung zu Empathie und Mitgefühl aktuell eingenommen werden.

Wie in Abbildung 3 dargestellt, unterscheiden sich die Studien bereits danach, ob Empathie (n=19) oder Mitgefühl (n=14) untersucht wird. Dies belegt und bestätigt die bereits im theoretischen Hintergrund angedeutete Annahme, dass Empathie und Mitgefühl auf theoretisch konzeptioneller Ebene eindeutig als voneinander zu unterscheidende Konzepte betrachtet und somit auch auf unterschiedliche Weise untersucht werden.

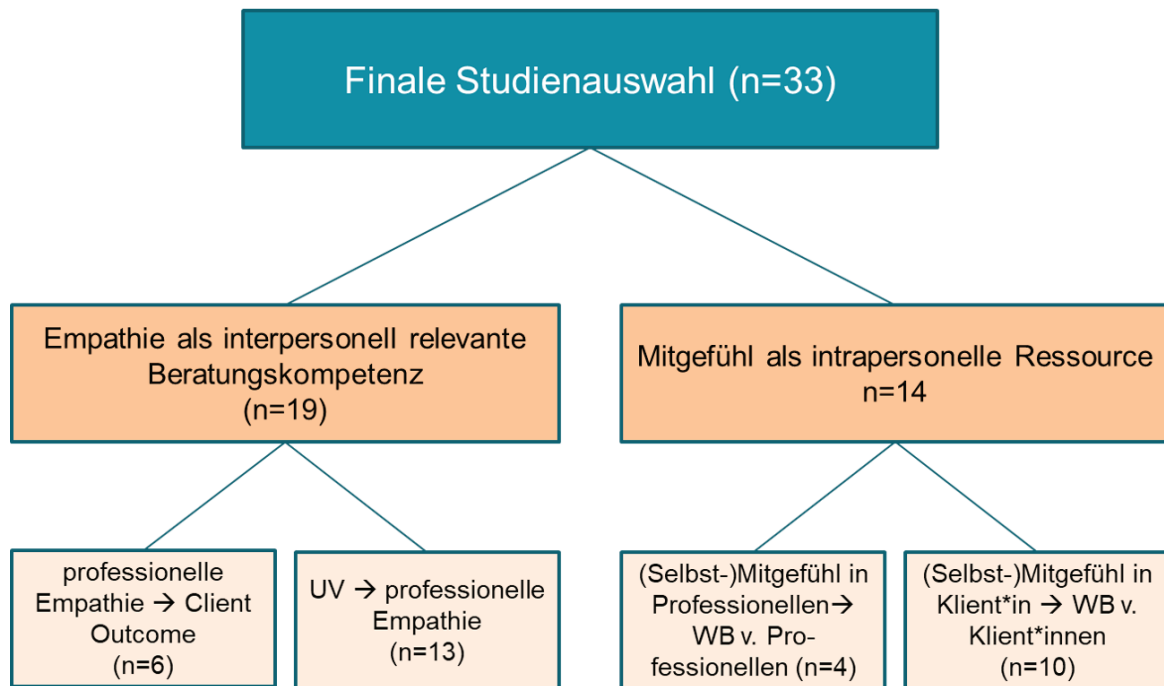


Abbildung 3: Differenzierung der Studienauswahl (n=33) in thematische Über- und Untergruppen (eigene Darstellung)

Studien, die Empathie in der Beratung und Psychotherapie erforschen, lassen sich wiederum danach differenzieren, ob

- Empathie seitens Berater*innen bzw. Therapeut*innen („professionelle Empathie“¹¹) und ihr Einfluss auf das Client Outcome, also auf Veränderungen im Belastungserleben der Klient*innen als Therapie- bzw. Beratungserfolg untersucht wird (n=6) oder ob
- Einflüsse auf die professionelle Empathie untersucht werden, d.h. inwieweit diese Einflüsse den Grad der professionellen Empathie verändern (n=13).

Auf andere Weise lassen sich die Studien, die Mitgefühl in der Beratung und Psychotherapie erforschen, danach unterscheiden, ob

- (Selbst-)Mitgefühl in Form einer Beratungskompetenz in Berater*innen bzw. Therapeut*innen und sein Einfluss auf das eigene (professionelle) psychosoziale Wohlbefinden (WB) untersucht wird (n=4) oder ob

¹¹ Der besseren Lesbarkeit und der Abgrenzung zu anderen, nicht beratungs- oder therapiebezogenen Kontexten wegen, wird im Folgenden von der „professionellen Empathie“ gesprochen, wenn es sich um die Empathie seitens Berater*innen und Psychotherapeut*innen handelt.

- Mitgefühl als Selbstmitgefühl in Klient*innen und sein Einfluss auf deren psychosoziales Befinden (n=10) untersucht wird.

Bereits diese diversen Perspektiven auf die beiden Phänomene zeigen, dass Empathie im Kontext von Psychosozialer Beratung und Psychotherapie eher als ein *interpersonelles* Phänomen, genauer, als eine professionelle Beratungskompetenz verstanden und untersucht wird, wohingegen Mitgefühl, zumeist in Form von Selbstmitgefühl, eher als ein *intrapersonelles* Phänomen, nämlich als persönliche Ressource in Personen (den Berater*innen selbst oder in den Klient*innen) erforscht wird. Wie genau sich diese unterschiedliche Konzeptualisierung der Phänomene in den Studien zeigt und welche Bedeutung dies für die Theorie, Ausbildung und Praxis der Psychosozialen Beratung und Psychotherapie hat, wird sich mit der weiteren Ergebnisdarstellung und -diskussion zeigen.

5.2 Ergebnisse I: Gruppenspezifische Betrachtung

Die oben beschriebene Differenzierung der n=33 Studien in vier thematische Gruppen dient an dieser Stelle einer gruppenspezifischen Ergebnisdarstellung. Zunächst werden die Studien, die den Einfluss der professionellen Empathie in Psychosozialer Beratung und Psychotherapie auf das Client Outcome erheben zusammenfassend beschrieben, woraufhin die Studien der zweiten Gruppe, welche sich diversen Einflüssen auf die professionelle Empathie widmen, vorgestellt werden. Anschließend werden zunächst die Studien, die Selbstmitgefühl und seine Effekte für das Wohlbefinden in Professionellen erforschen, analysiert und schließlich die Studien, die diesen Zusammenhang in Klient*innen betrachten.

5.2.1 Professionelle Empathie und ihr Einfluss auf das Client Outcome

Wie oben dargestellt, können insgesamt 19 Studien der Obergruppe mit Empathiefokus zugeordnet werden, wobei Empathie als interpersonell relevante Beratungskompetenz seitens der Professionellen untersucht wurde. In sechs dieser Studien umfasst der Forschungsgegenstand den Einfluss von Empathie seitens Psychotherapeut*innen auf das Client Outcome.

Atzil-Slonim et al. (2019) untersuchten die empathische Genauigkeit (EG) seitens Therapeut*innen gegenüber dem mentalen Zustand ihrer Klient*innen in einer kurzzeit-dynamischen Therapie. Empathische Genauigkeit wird hier als ein Aspekt von Empathie und als die Fähigkeit verstanden, den mentalen Zustand des Gegenübers

korrekt wahrzunehmen und einzuschätzen. Dabei unterschieden sie zwischen emotionaler (das eigene Erleben ähnlicher Emotionen wie Klient*innen) und kognitiver EG (die korrekte Einschätzung der Emotionen in den Klient*innen). Den mentalen Zustand operationalisierten sie als positive oder negative Emotionen am Ende der Therapie und maßen diesen mithilfe des Profile of Mood States über die Einschätzung der Therapeut*innen ihrer eigenen Emotionen sowie der Emotionen der Klient*innen während der Sitzung. Die Klient*innen selbst bewerteten ebenfalls ihre eigenen Emotionen. Ziel dieser Studie war es, den Beitrag von emotionalen und kognitiven Prozessen zur EG der Therapeut*innen herauszufinden und den Gesamtzusammenhang zwischen EG und Veränderungen im mentalen Zustand der Klient*innen zu analysieren.

Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass die Therapeut*innen in der Lage waren, die Emotionen ihrer Klient*innen korrekt einzuschätzen, sowohl über die Wahrnehmung ihrer eigenen ähnlichen Emotionen, als auch über die kognitive Annahme der Emotionen in den Klient*innen. Dabei schätzten sie die negativen Emotionen ihrer Klient*innen treffender ein als die positiven, überschätzten erste und unterschätzten letztere jedoch. Die Einschätzung der negativen Emotionen wurde über die Zeit umso genauer. Die inkorrekte Einschätzung der positiven Emotionen der Klient*innen seitens der Therapeut*innen ging mit erhöhten Symptomen bei den Klient*innen in der folgenden Sitzung einher. Die inkorrekte Einschätzung negativer Emotionen ging jedoch mit keiner signifikanten Veränderung zur nächsten Sitzung einher. Atzil-Slonim et al. (2019) schließen hieraus, dass die eigenen Emotionen in Therapeut*innen einen relevanten Beitrag zur korrekten Einschätzung über ihre Klient*innen leisten können. Sie leiten außerdem ab, dass Therapeut*innen sensibler auch die positiven Emotionen ihrer Klient*innen wahrnehmen sollten, um das Erleben im Gegenüber korrekter nachvollziehen zu können (S. 41). Eine zuverlässige Aussage über das Client Outcome bringt diese Studie mithilfe der Erhebung der EG jedoch nicht. Ein Aspekt, der zu späterer Stelle genauer aufgegriffen wird.

Auch Moyers et al. (2016) unternahmen eine nicht-experimentelle Untersuchung in Form einer Zweitanalyse von Daten einer ursprünglichen randomisierten Kontrollstudie¹² mit 38 Psychotherapeut*innen und 700 Klient*innen. Das Ziel dieser

¹² Hierbei handelte es sich um die „COMBINE Studie“ von Anton et al. (2006, zit. n. Moyers et al., 2016), in der die Wirksamkeit zweier Medikamente für die Behandlung von schwerem

Zweitanalyse war es, den Effekt von Empathie seitens der Therapeut*innen auf den Alkoholkonsum ihrer Klient*innen zu erheben und mit dem Effekt verhaltensbezogener Interventionen (CBI, siehe Fußnote 10) zu vergleichen. Empathie wird im Artikel als die Fähigkeit, Verständnis für die Perspektive der Klient*innen aufzubringen definiert (Moyers et al., 2016, S. 4). Operationalisiert wurde Empathie in der Studie als ein reflexives Zuhören, ein (Nach-)Fragen, das ein Verstehen des Gesagten signalisiert sowie als ein Erkennen der unausgesprochenen Emotionen und Gedanken (S. 4). Anhand dieser Merkmale wurde der Empathiegrad der Therapeut*innen von objektiven Beobachter*innen über Audioaufnahmen mithilfe einer 7-Point-Linkert Scale bewertet.

Moyers et al. (2016) kamen zu dem Ergebnis, dass trotz einer stark standardisierten Therapie eine Varianz von 11% im Alkoholkonsum der Klient*innen zum Ende der Therapie auf die Empathie seitens der Therapeut*innen zurückzuführen ist. Ein erhöhter Empathiegrad der Therapeut*in innerhalb desselben Tandems ging mit einem reduzierten Alkoholkonsum der Klient*innen einher. Dies bezog sich aber nur auf die Empathieerhöhung innerhalb einer*s Therapeut*in gegenüber ein und dem*rselben Klient*in und nicht auf den generellen Vergleich mit allen Klient*innen, im Sinne von: je mehr Empathie, desto geringer der Alkoholkonsum. Auch die erfolgreiche Beendigung aller Modulinhalte der Therapie führten zu einer Konsumreduzierung, wobei beide, Empathie und Intervention unabhängig voneinander erfolgreich wirkten (ebenda).

Vitinius et al. (2018) unternahmen eine nicht-experimentelle Kohortenstudie mit Follow-Up Messung nach 1 bis 3 Jahren in einer Kohorte von Klient*innen mit Depressionen in stationärer Behandlung. Hierbei wurden die als Mediator vermittelnden Effekte von Empathie seitens Therapeut*innen, dem Depressionsgrad zu Beginn der Therapie, soziodemografischer Daten und der Therapiemotivation auf die Reduzierung depressiver Symptomatik als erfolgreiches Therapieergebnis untersucht. Der Empathiegrad seitens der Therapeut*innen wurde durch die Klient*innen mithilfe des Consultation and Relational Empathy Measure (CARE) erhoben. Es zeigte sich, dass der Empathiegrad neben der Therapiemotivation, dem

Alkoholkonsum in Kombination mit einer psychosozialen Intervention, der Combined Behavioral Intervention (CBI), untersucht wurde. Die CBI umfasste die Themen „Bewältigung von Verlangen und Gelüsten“, „Emotionsmanagement“ und „Beschäftigung finden“ (Moyers et al., 20216, S. 3).

ursprünglichen Depressionsgrad und dem Bildungsstand der Klient*innen signifikant mit reduzierter Depressionssymptomatik als Therapieergebnis einherging (Vitinius et al., 2018).

Die Metaanalyse von Elliott et al. (2018) liefert Ergebnisse, die mit den bis hierhin benannten Belegen über den positiven Effekt von Empathie auf das Client Outcome übereinstimmen. Hierfür zogen sie insgesamt 82 Studien heran, mit einer Klient*innenanzahl von $n=6138$. Mit ihrer Analyse berechneten sie, dass Empathie 9% der Varianz in den Therapieergebnissen erklärt und somit eine größere Vorhersagekraft als spezifische Therapiemethoden hat (Elliott et al., 2018, S. 8). Insgesamt konnten sie belegen, dass Empathie über verschiedene Therapieausrichtungen und Belastungen der Klient*innen hinweg ein mäßig starker Prädiktor für den Therapieerfolg ist. Dennoch weisen sie auf eine Effektivvariabilität hin: nicht immer kann Empathie ein mäßig starker bzw. überhaupt signifikant vorhersagender Effekt zugeschrieben werden, wofür Elliott et al. (2018) verschiedene Ursachen ausfindig machen. So ist der Effekt der Vorhersagekraft von Empathie u.a. abhängig von der Bewertungsperspektive: die subjektive Einschätzung der therapeutischen Empathie durch die Klient*innen sagt den Therapieerfolg am zuverlässigsten aus, wohingegen die Einschätzungen durch Therapeut*innen selbst und durch objektive Beobachter*innen weniger, dennoch durchaus zuverlässig sind. Die Bewertung von Empathie über die empathische Genauigkeit hingegen ermöglicht laut Elliott et al. keine Aussage über Empathie als Prädiktor für das Client Outcome (Elliott et al., 2018, S. 8). Dies schmälert die Aussagekraft des Ergebnisses von Atzil-Slonim et al. (2019), dass die professionelle empathische Genauigkeit im Zusammenhang mit dem mentalen Zustand der Klient*innen stehe.

Darüber hinaus stellen Elliott et al. (2018) fest, dass der Empathie-Client Outcome Zusammenhang über verschiedene Klient*innen-Populationen variiert. So steht Empathie seitens Therapeut*innen in schwer oder chronisch belasteten, in gemischt/unspezifisch belasteten und in depressiv/ängstlichen Populationen im stärksten Zusammenhang mit Therapieerfolg, wohingegen der Zusammenhang bei mild belasteten und sich selbst verletzenden Populationen geringer ausfällt (Elliott et al. 2018, S. 9). Außerdem erhoben sie methodologische Ursachen für die Heterogenität in den Effektstärken. So führt die Verwendung unspezifischer Ergebnisvariablen, wie bspw. die allgemeine Zufriedenheit der Klient*innen, zu stärkeren

Effekten von Empathie als Prädiktor für Therapieerfolg und die Erhebung in einer größeren Stichprobe zu geringeren Effekten. Zudem zeigte sich, dass der Empathie-Client Outcome Zusammenhang deutlicher in einem ambulanten als in einem stationären Setting nachzuweisen ist (ebenda).

Conoley et al. (2015) betrachteten eine besondere Form von Empathie in ihrer Untersuchung: sie unterschieden zwischen einerseits *traditioneller Empathie*, als das einführende Verstehen der Welt der Klient*innen und das Teilen dieser Erfahrung mit ihnen, das auf negative und schwierige Emotionen fokussiert ist und andererseits *positiver Empathie*, als ein einführendes Verstehen in Form einer Prozessintervention, die das Ungesagte, aber erlebte Bedürfnis oder den Wunsch eines*r jeden Klient*in nach einem besseren Leben hinter der Kommunikation erkennt (S. 575). Ihre Untersuchung erhoben sie in zwei künstlichen Therapeutin-Klientin Dyaden (ausschließlich weiblich). Die Bewertung wurde durch die Klientinnen und durch objektive Beobachter*innen unternommen und ergab, dass der Einsatz von positiver Empathie, im Gegensatz zum Einsatz traditioneller Empathie, das Aufkommen positiver Emotionen, die Formulierung von und Annäherung an persönliche Ziele und die Fokussierung auf persönliche Stärken der Klient*innen stimulierte. Conoley et al. (2015) sehen deshalb den Einsatz von positiver Empathie als relevant für einen größeren Therapieerfolg (S. 582).

Anstelle eines zuvor definierten Client Outcomes, wie in den bis hierhin dargelegten Studien, erhoben Voutilainen et al. (2018) die Veränderung in der emotionalen Erregung der Klient*innen während einer Sitzung in Abhängigkeit der Empathie seitens ihrer Therapeut*innen (bewertet von objektiven Beobachter*innen) und zwar mithilfe physiologischer Messungen. Hierzu dienten die elektrodermale Aktivität und die Herzrate als Indikatoren einer körperlichen Erregung sowie die Aktivität von bestimmten Gesichtsmuskeln, die auf entweder positive Emotionen (orbicularis oculi Muskel) oder negative Emotionen (corrugator supercilii Muskel) hinweisen.

Die Ergebnisse zeigten: Empathie seitens Therapeut*innen führte zu erhöhter körperlicher Erregung in den Therapeut*innen selbst und zu reduzierter Erregung in den Klient*innen. Außerdem zu einer erhöhten Aktivierung des Gesichtsmuskels in sowohl den Klient*innen als auch den Therapeut*innen, der auf einen positiven emotionalen Zustand hinweist (S. 9). Voutilainen et al. (2018) interpretieren dies als

Hinweise auf die grundsätzliche Wirksamkeit von Empathie im therapeutischen Prozess und ihrer physiologischen Nachweisbarkeit. Sie formulieren schließlich die Annahme, dass die körperliche Erregung in den Therapeut*innen auf die emotionale Übernahme eines Teils des Leids ihrer Klient*innen hinweisen kann, wobei sie in der Lage sind, ihre Emotionen so zu regulieren, dass sie in einem neutral positiven emotionalen Zustand bleiben, sich emotional somit nicht vollkommen anstecken lassen und die „als ob“ Perspektive nicht verlieren (S. 9). Auf der Klient*innenseite interpretieren die Autor*innen, dass sich die Zeichen von Entspannung möglicherweise durch eine Art Abgabe der Belastung an die Therapeut*innen sowie ein positiver emotionaler Zustand gegebenenfalls durch ein Sich-Verstanden-Fühlen erklären lassen (ebenda).

Zusammenfassende Betrachtung

Abbildung 4 fasst die Ergebnisse in dieser Studiengruppe grafisch zusammen. Insgesamt weisen die Erhebungen trotz ihrer sehr unterschiedlichen methodischen Herangehensweisen stark auf einen positiven Zusammenhang zwischen professioneller Empathie seitens Therapeut*innen gegenüber ihren Klient*innen und dem Therapieerfolg hin. Dabei muss jedoch berücksichtigt werden, dass Empathie im Vergleich zwischen den Studien auf sehr heterogene Weise konzipiert bzw. operationalisiert wird. Dies begrenzt die Möglichkeit einer verallgemeinernden Aussage über den Empathie-Client Outcome Zusammenhang. In allen außer einer Studie handelt es sich ausschließlich um Erhebungen im psychotherapeutischen Kontext. Nur die Metaanalyse von Elliott et al. (2018) berücksichtigt auch den Bereich Psychosozialer Beratung. Dies begrenzt den Rückschluss der Ergebnisse auf letzteren.

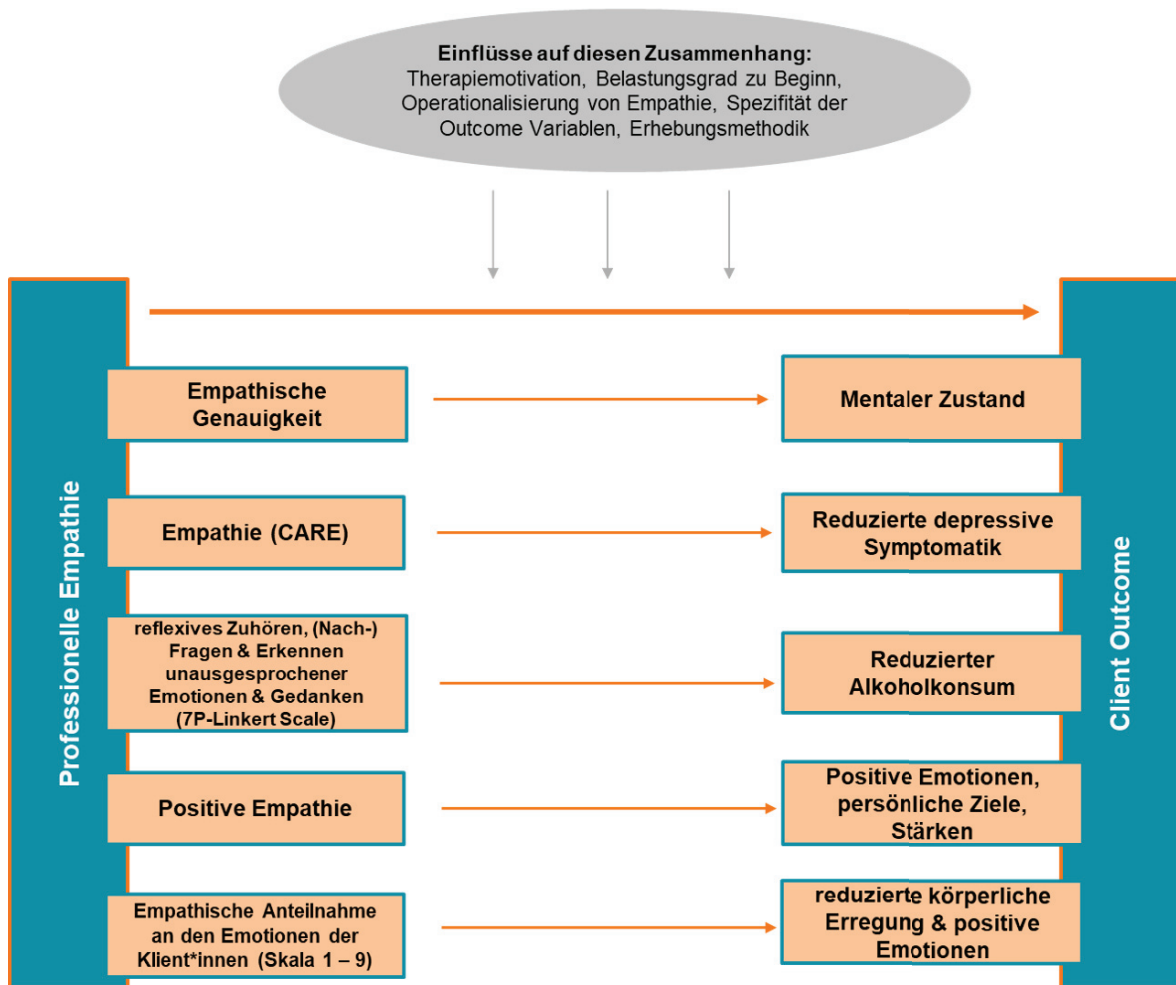


Abbildung 4: Zusammenfassende Ergebnisübersicht zu dem als signifikant erhobenen Zusammenhang zwischen professioneller Empathie und dem Client Outcome (eigene Darstellung)

Zusätzlich muss betont werden, dass in den meisten Untersuchungen keine Experimente vorgenommen wurden, die Hinweis darauf geben, ob es wirklich die Empathie ist, die zum Therapieerfolg in den Studien geführt hat. Stattdessen wurden zu meist Korrelations- oder Regressionsanalysen unternommen, die keine Aussage über Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge ermöglichen. Nichtsdestotrotz wird der positive Empathie-Client Outcome Zusammenhang im Rahmen der Metaanalyse von Elliott et al. (2018) zuverlässig bewertet und bestätigt. Mit dieser Berücksichtigung steigt wiederum die Kraft der Aussage der hier dargestellten Studien. Empathie seitens Berater*innen und Therapeut*innen steht also mit einem positiven Client-Outcome in Zusammenhang. Wie in Kapitel 3.2 aufgezeigt, wird dieser Zusammenhang bereits seit Jahrzehnten untersucht und gilt insgesamt als belegt. Dies kann begründen, warum von den hier ausgewählten 33 Studien nur sechs Untersuchungen sich mit diesem Zusammenhang beschäftigt haben. Das aktuelle

Forschungsinteresse in Kontext von Empathie scheint sich heute auf andere Fragestellungen verlagert zu haben, wie auch die folgenden Ausführungen zeigen werden.

5.2.2 Einflüsse auf die professionelle Empathie

In 13 der insgesamt 19 Studien mit Empathiefokus wurden verschiedene unabhängige Variablen und deren Einfluss auf die Empathiefähigkeit bzw. die situative Empathie seitens Berater*innen und Psychotherapeut*innen als abhängige Variable untersucht.

Methoden zur Empathieförderung

In vier Studien wurden verschiedene Methoden zur aktiven Empathieförderung erforscht. Bibeau et al. (2016) unternahmen ein Review, mit dem Ziel den Einfluss von Mitgefühlsmeditation auf die Empathie seitens Berater*innen zu untersuchen. Darin kamen sie zu dem Ergebnis, dass Mitgefühlsmeditation laut Neurowissenschaftler*innen Gehirnareale aktiviert, die für die Entstehung von Empathie verantwortlich sind. Mitgefühlsmeditation kann zudem positive Emotionen sich selbst und anderen gegenüber fördern sowie altruistisches Verhalten und ein Gefühl der Verbundenheit stärken. Außerdem können insbesondere die emotionale Komponente von Empathie und empathische Genauigkeit gesteigert werden (S. 259). Darüber hinaus erhoben sie Belege dafür, dass Mitgefühlsmeditation das Potenzial hat, die negativen Effekte von Empathie zu eliminieren und möglicherweise darüber das Erschöpfungs- und Burnoutrisiko insbesondere in psychosozial Professionellen zu reduzieren. Diese Belege werden aktuell jedoch nur bei der neurowissenschaftlichen Erhebung von Schmerzempathie geliefert. Sie weisen deshalb darauf hin, dass die Erforschung dieser Zusammenhänge im Kontext von Therapeut*innen und Berater*innen noch weiter fortgesetzt werden muss, um zuverlässigere Aussagen über den positiven Effekt von Mitgefühl und Mitgefühlsmeditation auf die negativen Konsequenzen von Empathie treffen zu können (Bibeau et al., 2016, S. 259).

Cooper et al. (2020) untersuchten in ihrem Review den Effekt der beiden achtsamkeitsbasierten Programme Mindfulness Based Stress Reduction und Mindfulness Based Cognitive Therapy auf die Empathiefähigkeit von Berater*innen und Psychotherapeut*innen, wofür sie 22 Studien analysierten. Dabei kommen sie zu dem Ergebnis, dass eine erhöhte Achtsamkeit bei der Baseline Messung zu Beginn mit

einem reduzierten Niveau an persönlichem Disstress und einer erhöhten Perspektivübernahme einhergeht. Im Pre-Post Vergleich zeigte sich jedoch, dass Achtsamkeitstraining keinen signifikanten Effekt auf den Empathiegrad hat. Cooper et al. (2020) erklären sich dies mit der Annahme, dass ein nachweisbarer Effekt von Achtsamkeitstraining auf die Förderung von Empathie erst nach einem längeren Training einsetzen könnte (S. 2253). Dieses Ergebnis von Cooper et al. deutet an, dass Achtsamkeit sich eher als bereits stabil integriertes Personenmerkmal positiv auf die Empathiefähigkeit auswirkt, nicht aber grundsätzlich die Ausübung eines Achtsamkeitstrainings.

Auch dem Psychodrama wird als mögliche Methode zur Empathieförderung in einer der 33 Studien Aufmerksamkeit geschenkt. So unternahm Dogan (2018) eine randomisierte Kontrollstudie mit n=23 Beratung-Studierenden, wobei die Interventionsgruppe an einem Psychodramakurs, die Kontrollgruppe hingegen an keiner Intervention teilnahm. Zur Messung von Empathie zum Pre- und Post-Zeitpunkt wurde die Empathic Tendency Scale (ETS) verwendet, welche nur die emotionale Komponente von Empathie erhebt. Darüber hinaus wurde auch eine qualitative Erhebung in Form von Beobachtung, Interviews und Fallstudien unternommen. Sowohl auf qualitativer Ebene als auch auf quantitativer kam Dogan (2018) zu dem Ergebnis, dass die Interventionsgruppe sowohl innerhalb der eigenen Gruppe als auch im Vergleich mit der Kontrollgruppe eine signifikante Steigerung der Empathiefähigkeit aufweist. Das Psychodrama kann also eine geeignete Methode zur Stärkung der emotionalen Komponente von Empathie sein. Die Zuverlässigkeit dieses Ergebnisses muss jedoch begrenzt werden, da es sich nicht um eine aktive Kontrollgruppe handelte, eine kleine Stichprobenzahl vorhanden war, eine hohe Drop-out-Rate in der Kontrollgruppe gegeben war und keine Follow-Up Messung unternommen wurde. Zudem wurde nur die emotionale Komponente von Empathie untersucht, was einen Rückschluss auf die globale professionelle Empathie nicht ermöglicht.

Als weitere mögliche Methode zur Empathieförderung untersuchten Leppma & Young (2016) in einer quasi-experimentellen, also nicht randomisierten Studie den Effekt eines sechswöchigen Liebende Güte-Meditationsprogramms auf die Empathie von n=103 Beratung-Studierenden auf Masterlevel. Dabei nahm auch die Untersuchung des Effektes der unternommenen Meditationszeit eine zentrale Rolle als einflussnehmende Variable ein. Liebende Güte bedeutet hier „Respekt,

Freundschaft, Liebe und Mitgefühl für sich und andere“ (Leppma & Young, 2016, S. 297) und das Programm zielte über ein affektives Training auf die Entwicklung dieser positiven Emotionen ab. Die Interventionsgruppe nahm an diesem Programm teil, wohingegen die Kontrollgruppe ein Training für interpersonelle Kompetenz besuchte. Die Empathiefähigkeit wurde mithilfe des Interpersonal Reactivity Index erhoben, somit also in kognitive und emotionale Empathie unterschieden. In der Interventionsgruppe zeigte sich ein signifikanter Effekt des Trainings auf die emotionale Sorge, auf die Perspektivübernahme und die Fantasie, mit starken Effektgrößen bei letzteren kognitiven Subskalen. Persönlicher Disstress hingegen wurde nicht signifikant beeinflusst durch das Training. Bei dieser Subskala wurde jedoch als einzige ein time x treatment Effekt, also eine signifikante Veränderung über die Zeit in Abhängigkeit der aufgebrauchten Meditationszeit gemessen. Ein Einfluss auf persönlichen Disstress wird durch das Liebende Güte Programm also erst über einen längeren und intensiveren Übungszeitraum erreicht. Darüber hinaus berichteten zwei Drittel der Interventionsgruppe von einer Stimmungserhöhung. In der Kontrollgruppe konnten hingegen keine signifikanten Veränderungen gemessen werden. Hier zeigt sich also, dass das Üben liebender Güte und positiver Emotionen die Empathiefähigkeit von Studierenden der Beratung steigern kann. Die Autor*innen weisen jedoch selbst darauf hin, dass nicht eindeutig ist, ob es wirklich die Meditation bzw. die gesteigerten positiven Emotionen oder ggf. auch die psychoedukativen Anteile des Programms gewesen sein könnten, die zur Empathiestärkung beigetragen haben (Leppma & Young, 2016, S. 303). Es ist also nicht deutlich, welche Variable hier genau die Empathie beeinflusst hat. Darüber hinaus kann die Frage gestellt werden, ob es hier möglicherweise insbesondere das gesteigerte Mitgefühl war, das zu einer erhöhten Empathie führte und weniger andere positive Emotionen, wie die liebende Güte.

Personenmerkmale als Einflüsse auf die professionelle Empathie

In sechs Studien wurde der Einfluss bestimmter Personenmerkmale der Therapeut*innen und Berater*innen auf ihre Empathiefähigkeit bzw. situativen Empathiegrade untersucht.

Derartige Personenmerkmale sind bspw. die moralische Einstellung, das Alter, das Geschlecht, die professionelle Erfahrung und der Arbeitskontext, wie Santamaría-García et al. (2017) sie als Zusammenhangsvariablen mit Empathie in

unterschiedlichen Populationen untersuchten. Die verschiedenen Populationen waren Professionelle aus dem Bereich mentaler Gesundheit, Allgemeinmediziner*innen sowie nicht-medizinisch Professionelle (n=1109). Empathie wird im Artikel als eine komplexe, soziokognitive Kompetenz verstanden, die flexibel ist und von kognitiven, sozialen und kontextuellen Faktoren beeinflussbar. Sie umfasst Gefühle der Sorge um andere sowie das Teilen (affect sharing) und Verstehen (Perspektivübernahme) der Emotionen im Gegenüber, was die Motivation zu helfen auslöst (S. 1). Als Erhebungsinstrumente zur Messung der Empathie setzten die Autor*innen die Empathy for Pain Task ein sowie den IRI. Die Ergebnisse sagten aus, dass Professionelle aus dem Bereich mentale Gesundheit mehr Empathie gegenüber anderen sowie stärker ausgeprägte moralische Einstellungen aufwiesen. Ein Zusammenhang zwischen diesen einzelnen Variablen wurde ebenfalls nur in Mental Health Professionellen gemessen, und zwar eine Empathievariabilität in Abhängigkeit der moralischen Einstellung, des professionellen Erfahrungslevels und des Arbeitskontextes.

McIntyre et al. (2019) erhoben in einer vergleichenden nicht-experimentellen Studie mit Psychotherapeut*innen (n=139) und Nicht-Therapeut*innen (n=158) den Zusammenhang zwischen persönlichem Disstress als ein Aspekt von Empathie und verschiedenen Facetten mangelnder Selbstregulation, wie Bindungsangst, Scham und Sorge vor Unfähigkeit. Zusätzlich erhoben sie den potenziell vermittelnden Einfluss von persönlicher Therapieselbsterfahrung und dem professionellen Erfahrungslevel auf diesen Zusammenhang. Der Hintergrund hierzu ist, dass McIntyre et al. (2019) ein Verständnis von Empathie als ein Zusammenspiel aus den beiden Aspekten *emotionale Resonanz* und *Selbstregulation* zugrunde legten. Emotionale Resonanz wurde somit als persönlicher Disstress operationalisiert und Selbstregulation in Form einer *mangelnden Selbstregulation* als Bindungsangst, Scham und der Sorge vor Unfähigkeit (S. 213). Dies erklärt die Erhebung von Empathie über ausschließlich die *personal distress*-Subskala des IRI.

Die Ergebnisse zeigten die vermittelnde Rolle des professionellen Erfahrungslevels im Zusammenhang zwischen der Sorge vor Unfähigkeit und persönlichem Disstress auf, insofern, als ein höheres Erfahrungslevel in der Therapeut*innengruppe zu einer Reduzierung der Sorge vor Unfähigkeit führte und darüber zu reduziertem persönlichem Disstress. Die Sorge vor Unfähigkeit stand darüber hinaus in einem

korrelativen Zusammenhang mit Bindungsangst, weshalb ein höheres Level an Erfahrung über die Reduzierung der Sorge vor Unfähigkeit auch mit einer Reduzierung von Bindungsangst einherging. Die persönliche Therapieselbsterfahrung hingegen wies keinen moderierenden Effekt in diesem Zusammenhang auf (McIntyre et al., 2019).

Eine vergleichende Untersuchung zwischen psychosozial Professionellen und nicht-Professionellen unternahm auch Luo et al. (2021). Sie untersuchten den potenziell unterschiedlichen Einfluss der Gesichtsattraktivität (attraktiv/nicht attraktiv) und des Gesichtsausdrucks (fröhlich/traurig) auf den Grad der Empathie in einer Gruppe von n=47 Masterstudierenden und Doktorand*innen der Beratung im Vergleich zu einer Gruppe von n=51 Masterstudierenden und Doktorand*innen aus nicht-psychosozialen Fachbereichen. Dabei handelte es sich um ein Experiment mit mixed-experimentellem Design. Die Empathieerhebung erfolgte hier zunächst über die allgemeine Empathiefähigkeit mithilfe des IRI vor dem Experiment und während des Experiments schließlich über die physiologisch messbare emotionale Intensität. Das Ergebnis zeigte: in der Gruppe der (angehenden) Berater*innen wirkte sich weder der Gesichtsausdruck noch die Gesichtsattraktivität auf den Empathiegrad der Teilnehmer*innen aus. In der nicht-professionellen Gruppe hingegen zeigte sich eine derartige Beeinflussung: der Empathiegrad stieg bei der Betrachtung fröhlich-attraktiver und traurig-weniger attraktiveren Gesichtern. Luo et al. (2021) schließen daraus, dass dies ein Kennzeichen erfolgreichen Trainings der Beratungskompetenz ist, die die Abhängigkeit des Empathiegrades von äußerlichen Faktoren der Klient*innen reduziert bzw. gar eliminiert (S. 5).

Ein weiteres Personenmerkmal, dessen Vorhersagekraft bzgl. der professionellen Empathie erforscht wurde, ist die Achtsamkeit in Berater*innen. Fulton & Cashwell (2015) untersuchten mithilfe eines nicht-experimentellen Designs, inwiefern Bewusstheit und Mitgefühl als zwei Aspekte von Achtsamkeit den Grad an Empathie sowie den Grad an Angst in Berater*innen (n=152) beeinflussen können. Empathie wird im Artikel als duales, kognitiv-emotionales Phänomen definiert und wurde in der Studie lediglich mithilfe der beiden IRI-Subskalen *personal concern* und *personal distress* erhoben. Mitgefühl wurde mit dem Self-Other Four Immeasurables (SOFI) gemessen, welcher positive und negative Haltungen gegenüber sich selbst und anderen erhebt, wobei hier nur die zwei positiven Skalen verwendet wurden. Die

Ergebnisse dieser Untersuchung ergaben, dass sowohl Bewusstheit als auch Mitgefühl mit der affektiven Komponente von Empathie einhergingen, wobei es das Mitgefühl gegenüber anderen war, das den größten Varianzanteil in der affektiven Empathie erklärte. Auch die kognitive Komponente von Empathie (Perspektivübernahme) wurde von diesen beiden Variablen (Bewusstheit und Mitgefühl für andere) vorhergesagt. Bezüglich des Angstniveaus in den Berater*innen zeigten sich hingegen Bewusstheit und Selbstmitgefühl als die vorhersagenden Kräfte. Dabei erklärte der Grad der Bewusstheit den größten Anteil der Varianz im Angstlevel, und zwar in Form einer negativen Korrelation. D.h. eine erhöhte Bewusstheit ging mit einem niedrigeren Angstlevel einher. Aus diesen Ergebnissen schlussfolgern Fulton & Cashwell (2015), dass Mitgefühls- und Achtsamkeitstraining stärker in die Ausbildung von Berater*innen einbezogen werden sollten (S. 8).

Interessanterweise stimmen diese Ergebnisse mit den oben beschriebenen von Cooper et al. (2020) überein: nämlich insofern, als Achtsamkeit vor allem als bereits in sich integriertes Personenmerkmal einen positiven Einfluss auf die Empathiefähigkeit hat. Da Cooper et al. (2020) aber in ihrem Review auch aufzeigten, dass Achtsamkeitstraining als Methode zur Empathieförderung nicht signifikant wirksam ist, ist die Schlussfolgerung der Autor*innen Fulton & Cashwell (2015) mehr Achtsamkeitstraining in die Ausbildung von Berater*innen zur Empathieförderung einzubauen kritisch und möglicherweise als zu einfach zu bewerten.

Şahin & Kumcağız (2017) untersuchten den Zusammenhang zwischen Empathie und den Dispositionen zu kritischem Denken und Problemlösung. Empathie erhoben sie dabei mit der Empathic Tendency Scale. Die Ergebnisse zeigten, dass die Variablen erhöhtes kritisches Denken, eine erhöhte Problemlösefähigkeit und erhöhte Empathie alle miteinander einhergingen. Sie können sich also je nachdem gegenseitig steigern bzw. reduzieren.

Smith et al. (2020) widmeten sich in ihrer nicht-experimentellen Erhebung einer anderen, bis hierhin noch nicht thematisierten Form von Empathie: der spezifisch *kulturellen Empathie* und ihrem potenziellen Zusammenhang mit emotionaler Intelligenz. In ihrem Artikel konzipieren sie kulturelle Empathie seitens Berater*innen als eine Exploration der Weltansichten der Klient*innen und ein Sich-Einstellen auf die breite Verschiedenheit der Klient*innen, was ein Verstehen des eigenen kulturellen

Bezugsrahmens und dem der Klient*innen umfasst (Smith et al., 2020, S. 99f.). Neben diesem Verstehen gehört auch das kulturell empathische Agieren seitens der Berater*innen dazu (ebenda). Als Erhebungsinstrument dieser kulturellen Empathie verwendeten Smith et al. (2020) die Scale of Ethnocultural Empathy (SEE) mit ihren Subskalen *empathisches Fühlen und Ausdruck*, *empathische Perspektivübernahme*, *Akzeptanz kultureller Unterschiede* und *empathisches Bewusstsein*. In ihrer Untersuchung mit einer Stichprobe von n=421 Suchtberater*innen kamen sie zu dem zentralen Ergebnis, dass eine erhöhte emotionale Intelligenz mit einem erhöhten kulturellen Empathiegrad einherging. Dieser Zusammenhang wies eine mittlere Effektstärke auf. Darüber hinaus stellten sie fest, dass People of Colour sowie Suchtberater*innen mit entsprechender Lizenzierung einen höheren Wert an kultureller Empathie aufwiesen als Berater*innen ohne Lizenzierung. Zudem zeigte sich, dass kein bis wenig interkulturelles Training der Befragten mit einem geringeren kulturellen Empathiegrad einherging. Hieraus schließen Smith et al. (2020), dass ein Training emotionaler Intelligenz sowie interkulturelles Training verstärkt zentralen Raum in der Ausbildung von Suchtberater*innen einnehmen sollten (S. 105ff.).

Situative Einflüsse auf die professionelle Empathie

Auch situative, also erst im Beratungs- bzw. Therapieprozess aufkommende Einflüsse auf die Empathie seitens Berater*innen und Therapeut*innen werden in der aktuellen Forschung untersucht. So unternahmen Reese et al. (2016) eine (block-) randomisierte Kontrollstudie mit n=58 simulativen Klient*innen, um die Vorhersagekraft von empathischer Genauigkeit seitens (angehender) Therapeut*innen gegenüber der therapeutischen Allianz in Abhängigkeit verschiedener Therapieformate (persönlich, Video oder telefonisch) zu untersuchen. Sie wiesen nach, dass empathische Genauigkeit nur dann auch therapeutische Allianz vorhersagen kann, wenn es sich um ein Telefon- oder Videoformat bei der Therapie handelte. In persönlicher Therapie hing empathische Genauigkeit hingegen nicht mit der therapeutischen Allianz zusammen. Dies weist darauf hin, dass empathische Genauigkeit vor allem dann von Relevanz ist, wenn eine non-verbale Kommunikation nicht oder nur begrenzt stattfinden kann.

Professionelle Empathie als Mediator

In zwei Studien wurde Empathie als potenzieller Mediator, also vermittelnde Variable im Zusammenhang zweier anderer Variablen erforscht.

So untersuchten Bayne et al. (2020) mit einem nicht-experimentellen Design den Zusammenhang zwischen der Religiosität von Berater*innen und angehenden Berater*innen und ihrem Wissen sowie Ansichten über homo- und bisexuelle Menschen und einem religiösen Konflikt. Dabei erhoben sie auch die Rolle von Empathie in diesem Zusammenhang. Die Befragung der n=342 (angehenden) Berater*innen ergab, dass eine erhöhte Religiosität signifikant mit einem erhöhten Grad eines religiösen Konflikts in der Arbeit mit homo- und bisexuellen Menschen einherging sowie mit einem geringeren Wissen über diese Gruppe und negativen Einstellungen ihr gegenüber. Ein vermittelnder Effekt von Empathie als Mediator in diesem Zusammenhang konnte nicht belegt werden. Jedoch wurde festgestellt, dass Empathie signifikant mit einem reduzierten religiösen Konflikt und erhöht positiven Einstellungen gegenüber homo- und bisexuellen Menschen einherging. Bayne et al. (2020) weisen in ihrer Diskussion jedoch darauf hin, dass ihre Ergebnisse von sozialer Erwünschtheit beeinträchtigt sein könnten. Darüber hinaus kritisieren sie selbst den Interpersonal Reactivity Index als unangemessen, weil er nicht auf die spezifische Empathie von Berater*innen bzw. Therapeut*innen als professionelle therapeutische Kompetenz ausgerichtet ist (S. 68).

Auch Leonard et al. (2018) erhoben mit einem nicht-experimentellen Design den potenziell vermittelnden Effekt von Empathie, und zwar im Zusammenhang von Achtsamkeit und therapeutischer Allianz in einer Stichprobe von n=96 klinischen Psycholog*innen. Hierzu wurden jeweils einzeln die vier Subskalen des IRI zur Messung herangezogen, ohne den gesamt IRI-Wert zu erheben. Das Ergebnis zeigte, dass es einen Zusammenhang zwischen einem erhöhten Grad der Achtsamkeit seitens der Psycholog*innen und einer verstärkten therapeutischen Allianz gab. Hergestellt wurde dieser Zusammenhang über eine signifikante Reduzierung des persönlichen Disstress als emotionale Subvariable von Empathie im Sinne des IRI. Dennoch ging eine erhöhte Achtsamkeit auch mit einer signifikant erhöhten Perspektivübernahme in den Therapeut*innen einher. Achtsamkeit veränderte jedoch nicht die emotionale Sorge und Fantasie der Therapeut*innen und ging somit nur begrenzt mit einer Erhöhung des Empathiegrades einher.

Auch diese Untersuchungsergebnisse stimmen mit den Ergebnissen von Cooper et al. (2020) und Fulton & Cashwell (2015) überein und zeigen, dass Achtsamkeit als bereits fest integriertes Personenmerkmal einen positiven Effekt auf Empathie

So wurde in einigen Untersuchungen festgestellt, dass Empathie durch bestimmte Methoden gefördert werden kann, wie durch Liebende Güte Meditation (Leppma & Young, 2016), Mitgefühlsmeditation (Bibeau et al., 2016) und Psychodrama (Dogan, 2018).

Im Vergleich zur aktiven Förderung über diverse Methoden, kann die professionelle Empathie aber auch von relativ starren Persönlichkeitsmerkmalen abhängig sein. Dazu zählen das Erfahrungslevel (McIntyre et al., 2019; Santamaría-García et al., 2017), die moralische Einstellung (Santamaría-García et al., 2017), die Veranlagung für kritisches Denken und Problemlösefähigkeit (Şahin & Kumcağız, 2017), die in sich bereits fest integrierte Achtsamkeit (Cooper et al., 2020; Fulton & Cashwell, 2015) und die emotionale Intelligenz (Conoley et al., 2015).

Außerdem zeigen zwei Untersuchungen den Einfluss von äußeren, situativen, also nicht unbedingt kontrollierbaren Umständen auf die professionelle Empathie auf. So belegt eine Studie, dass empathische Genauigkeit nur dann mit therapeutischer Allianz im positiven Zusammenhang steht, wenn es sich bei der Therapie um ein Tele-Therapieformat handelt (Reese et al., 2016). Hier kann auch von der Rolle von Empathie als Mediator gesprochen werden, wie in Abbildung 5 dargestellt. Zudem wird die Rolle von Empathie als Mediator auch im Zusammenhang zwischen Achtsamkeit als Persönlichkeitsmerkmal und therapeutischer Allianz belegt, dabei jedoch in Form (reduzierten) persönlichen Disstresses (Leonard et al., 2018).

Auffällig ist, dass in dieser Studiengruppe im Vergleich zur erst benannten Studiengruppe mit Empathiefokus ein etwa ausgewogenes Verhältnis bzgl. der Verteilung des Beratungs- und Psychotherapiekontextes vorzufinden ist. Die Einflüsse auf die professionelle Empathie werden also sowohl im Rahmen von Psychozialer Beratung (counsel(l)ing) als auch in der Psychotherapie erforscht.

Insgesamt weist dieser Forschungsstand darauf hin, dass die professionelle Empathie seitens Berater*innen und Therapeut*innen einerseits eine form-, also erlernbare Fähigkeit ist, andererseits jedoch auch als situative Variable von bestimmten, nicht immer bewusst und aktiv veränderbaren Personenmerkmalen und äußeren Umständen abhängt.

5.2.3 (Selbst-)Mitgefühl als Ressource/Selbstkompetenz in Berater*innen und Therapeut*innen und ihr Einfluss auf ihr psychosoziales Wohlbefinden

Insgesamt 14 der 33 Studien widmeten sich dem Phänomen Mitgefühl. In vier dieser Studien wurde Mitgefühl in Berater*innen bzw. Therapeut*innen und dessen intrapersoneller Effekt auf das psychosoziale Befinden der Professionellen selbst erhoben. Das Studiendesign ist in allen Untersuchungen dieser Untergruppe nicht-experimentell angelegt.

Beaumont et al. (2016) untersuchten in einer Stichprobe von n=54 angehenden Berater*innen und Psychotherapeut*innen der kognitiv-behavioralen Therapie den Zusammenhang zwischen Selbstmitgefühl, Wohlbefinden, Mitgefühlsmüdigkeit und Burnout. Dazu verwendeten sie die Self-Compassion Scale, die Compassion for Others Scale, die Professional Quality of Life Scale (ProQLS) sowie die Kurzversion der Warwick and Edinburgh Mental Well-being Scale. In den Ergebnissen ging ein erhöhtes Selbstmitgefühl, genauso auch ein erhöhtes Mitgefühl für andere signifikant mit reduzierter Mitgefühlsmüdigkeit und reduzierten Burnout-Werten einher und korrelierten positiv mit der Variable Wohlbefinden. Zwischen Selbstmitgefühl und Mitgefühl gegenüber anderen zeigte sich jedoch kein signifikanter Zusammenhang. Ein erhöhtes Mitgefühl für andere ging außerdem auch mit einer erhöhten Mitgefühlsmüdigkeit bei den Studierenden einher. Beaumont et al. (2016) erhoben auch die Korrelationen der positiven und negativen Komponenten von Selbstmitgefühl. Diese zeigten auf, dass erhöhte Selbstverurteilung mit einer Reduzierung des Wohlbefindens und erhöhten Graden an Mitgefühlsmüdigkeit und Burnout im Zusammenhang standen. Selbstfreundlichkeit wirkte gegensätzlich und ging mit erhöhtem Wohlbefinden und reduzierter Mitgefühlsmüdigkeit und Burnout-Werten einher. Sie stellten außerdem fest, dass die Selbstmitgefühlsskalen *Selbstverurteilung* und *-freundlichkeit* in keinem signifikanten Zusammenhang mit Mitgefühl für andere und Mitgefühlsmüdigkeit standen. Dies weist ebenfalls darauf hin, dass Selbstmitgefühl und Mitgefühl für andere sich nicht zwingend gegenseitig bedingen und somit individuell kultiviert werden müssen. Beaumont et al. (2016) schließen aus ihrer Studie, dass die Kultivierung von Selbstmitgefühl durch entsprechende Trainings ein großes Potenzial für die Prävention von Burnout und die Steigerung der professionellen Lebensqualität von Berater*innen und Therapeut*innen beinhaltet (S. 20). Deshalb, so betonen sie, sollte auch die Erforschung dieser Trainings und

ihrer Wirksamkeit vermehrt in den Fokus der Wissenschaft von Beratung und Psychotherapie gerückt werden (ebenda).

Martin-Cuellar et al. (2019) untersuchten die potenzielle Rolle von Mitgefühl und psychischem Wohlbefinden im Zusammenhang von Achtsamkeit und Vitalität in einer Gruppe von n=113 Psychotherapeut*innen, Berater*innen und Sozialarbeiter*innen. Mitgefühl wurde hier mithilfe des ProQLS erhoben, also als Mitgefühlszufriedenheit operationalisiert. Es zeigte sich, dass eine erhöhte Achtsamkeit in den Professionellen mit einer erhöhten Mitgefühlszufriedenheit und erhöhtem psychischem Wohlbefinden einherging, was schließlich zu mehr Vitalität führte. Da jedoch, im Gegensatz zum Wohlbefinden, kein alleiniger Effekt von Mitgefühlszufriedenheit im Zusammenhang zwischen Achtsamkeit und Vitalität nachgewiesen werden konnte, erklären sich Martin-Cuellar et al. (2019), dass die Mitgefühlszufriedenheit durch das gesteigerte Wohlbefinden hervorgerufen wurde (S. 6). Die Autor*innen schließen aus diesen Ergebnissen ein großes Potenzial von Achtsamkeit für die Förderung von Mitgefühlszufriedenheit in psychosozial Professionellen (ebenda).

Eine andere Variable bringen Roxas et al (2019) ein: sie untersuchten die Vergebung gegenüber sich selbst und gegenüber anderen als zwei potenzielle Mediatoren im Zusammenhang von Mitgefühl und Wohlbefinden in einer Gruppe von n=231 beratenden Psycholog*innen, studentischen Berater*innen und Schulberater*innen¹³ auf den Philippinen. Hierbei trennten sie Selbstmitgefühl und Mitgefühl gegenüber anderen sehr deutlich voneinander und erhoben sie mithilfe unterschiedlicher Messinstrumente (Self-Compassion Scale und Compassion Scale). Das zentrale Ergebnis ihrer Studie ist, dass Vergebung *für andere*, nicht jedoch Vergebung *sich selbst gegenüber*, den Zusammenhang zwischen sowohl Mitgefühl für andere als auch Selbstmitgefühl und subjektivem Wohlbefinden vermittelte. Nur Vergebung *anderen* gegenüber führte zu subjektiv höherem Wohlbefinden. Dies bedeutet, dass ein erhöhtes Mitgefühl (ob für sich selbst oder andere) nicht zwingend auch mit einem erhöhten Grad an Vergebung sich selbst gegenüber einhergehen muss. Roxas et al. (2019) erklären sich den ausgebliebenen Effekt von Vergebung *sich selbst*

¹³ Da es sich in dieser Studie nicht ausschließlich um eine Stichprobe mit Schulberater*innen handelt, sondern hier auch Psycholog*innen und studentische Berater*innen insgesamt inkludiert sind, trifft das Ausschlusskriterium „Zielgruppe Schulberater*innen“ hier nicht zu und die Studie gilt als relevant.

gegenüber auf das Wohlbefinden damit, dass Filipinos ein kulturell geprägtes interdependentes Selbstkonstrukt haben, das stark von sozialer Einheit abhängig ist (S. 280). Deshalb kann es sein, dass die alleinige Selbstvergebung nicht ausreicht, um zu subjektiven Wohlbefinden zu gelangen, sondern vor allem Vergebung *anderen* gegenüber hier wirksam wird (S. 280). Zusammen mit der Studie von Smith (2020) ist diese Studie von Roxas et al. (2019) eine von nur zweien aller 33 Studien, die potenziell kulturelle Unterschiede in der Erforschung von Mitgefühl und Empathie berücksichtigen.

Yip et al. (2017) untersuchten in ihrer nicht-experimentellen Querschnittstudie den potenziell vermittelnden Effekt von Selbstmitgefühl im Zusammenhang zwischen Achtsamkeit, Mitgefühl für andere und zwei Merkmalen von Mitgefühlsmüdigkeit: Burnout und sekundäre Traumatisierung. Selbstmitgefühl wurde hier über die SCS erhoben und als Selbstwärme (Achtsamkeit, gemeinsame Menschlichkeit und Selbstfreundlichkeit) bzw. Selbstkälte (Überidentifikation, Isolation und Selbstverurteilung) operationalisiert. Dabei zeigte sich zunächst, dass Alter und Erfahrung positiv mit Selbstwärme und negativ mit Selbstkälte korrelierten. Yip et al. (2017) fanden außerdem heraus, dass eine erhöhte Achtsamkeit mit reduzierter Selbstkälte und dadurch mit reduziertem Burnout und sekundärer Traumatisierung einherging. Erhöhte Achtsamkeitswerte gingen in der Stichprobe außerdem mit einer stärkeren Selbstwärme und dadurch mit einem erhöhten Mitgefühl für andere einher. Nicht jedoch konnte belegt werden, dass eine reduzierte Selbstkälte mit erhöhtem Mitgefühl für andere einherging. Genauso ging auch eine erhöhte Selbstwärme nicht direkt mit reduzierten Burnout-Werten und sekundärer Traumatisierung einher. Die Autor*innen schließen daraus, dass das Erlernen von Selbstmitgefühl, als Stärkung der Selbstwärme und Reduzierung der Selbstkälte, als ein ergänzendes Mittel in der Ausbildung von Therapeut*innen und Berater*innen verstärkt eingesetzt werden sollte (Yip et al., 2017, S. 468).

Zusammenfassende Betrachtung

Die hier unternommene Darlegung zeigt, dass sich in fünf Studien mit Mitgefühl bzw. Selbstmitgefühl in Form einer persönlichen und zugleich professionellen Ressource von Berater*innen und Psychotherapeut*innen auseinandergesetzt und ihr Einfluss auf verschiedene Formen des Wohlbefindens der Professionellen untersucht wurde. Wie in Abbildung 6 zusammengefasst, wird Mitgefühl hier sowohl in Form

von *Mitgefühl gegenüber sich selbst* als auch in Form von *Mitgefühl gegenüber anderen* konzipiert und operationalisiert. Yip et al. (2017) und Beaumont et al. (2016) untersuchten zusätzlich im Einzelnen die Positiv- und Negativ-Komponenten von Selbstmitgefühl und deren potenziell spezifischen Wirkungsanteile an den Veränderungen im Wohlbefinden der Professionellen.

Die Variable *Wohlbefinden* wird in den Studien über sechs verschiedene Variablen konzipiert und operationalisiert: reduzierte Werte in sekundärer Traumatisierung (Yip et al., 2017), Burnout (Beaumont et al., 2016; Yip et al., 2017) und Mitgefühlsmüdigkeit (Beaumont et al., 2016; Yip et al., 2017) oder über erhöhte Werte von Mitgefühlzufriedenheit, Vitalität (Martin-Cuellar et al., 2019) psychologischem (Martin-Cuellar et al., 2019) oder globalem subjektiven Wohlbefinden (Roxas et al., 2019).

Zwei Untersuchungen bringen außerdem noch weitere abhängige Variablen ein: die *Vergebung gegenüber anderen* als Mediator im Zusammenhang zwischen (Selbst-)Mitgefühl und Wohlbefinden (Roxas et al., 2019) und eine erhöhte *Achtsamkeit* als Personenmerkmal, das eine erhöhte Selbstwärme und reduzierte Selbstkälte mit sich bringen und darüber zu weiteren positiven Effekten führen kann (Yip et al., 2017).

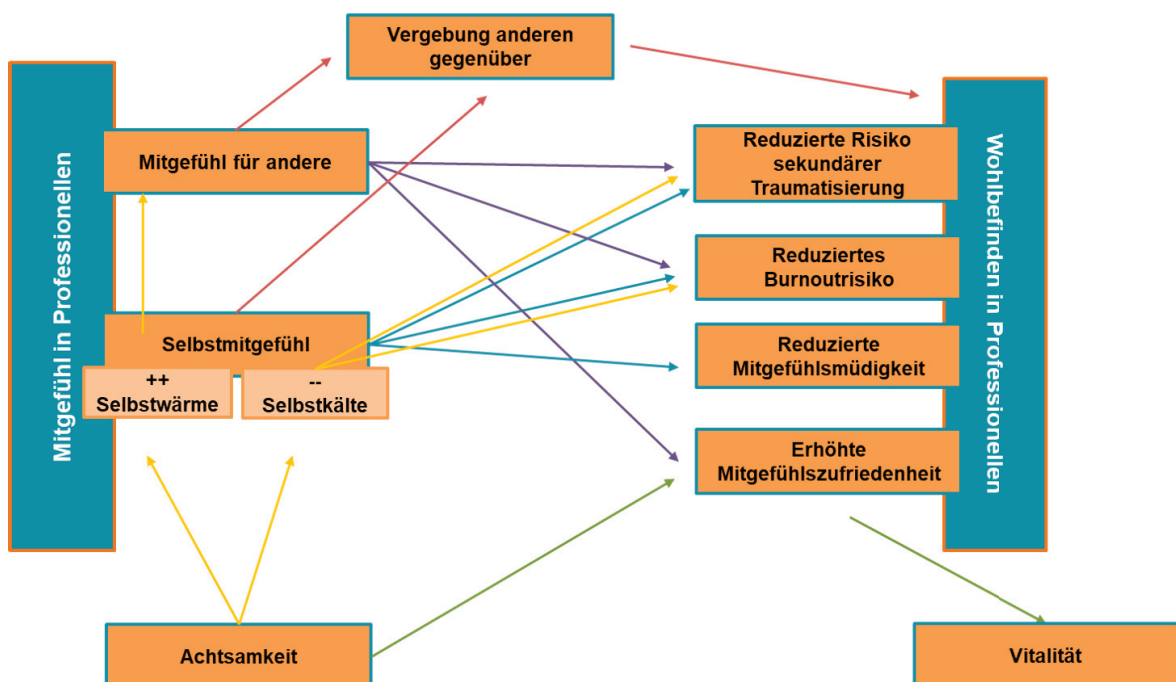


Abbildung 6: Zusammenfassende Ergebnisübersicht zu den Wirkungsweisen von (Selbst-)Mitgefühl in psychosozialen Professionellen auf ihr Wohlbefinden (eigene Darstellung)

Unter Berücksichtigung ihrer operationalen Heterogenität ist zusammenzufassen, dass diese Untersuchungen auf einen Mehrwert insbesondere von Selbstmitgefühl für das subjektive Wohlbefinden in psychosozialen Berater*innen und Psychotherapeut*innen sowie in angehenden Professionellen hinweisen. Der Mehrwert von Mitgefühl gegenüber anderen wird nur begrenzt untersucht, zeigt sich dennoch in einer Erhöhung der Mitgefühlsmüdigkeit, nicht aber (wie bei Selbstmitgefühl) in der Reduzierung von Mitgefühlsmüdigkeit. Dies lässt schlussfolgern, dass es insbesondere das Selbstmitgefühl sein könnte, das als Ressource zu einer Prävention von psychischer, berufsbedingter Belastung in psychosozial Professionellen beitragen kann. Demnach kann Selbstmitgefühl in Anlehnung an das Beratungskompetenzmodell nach Weinhardt (2015) als selbstregulative Fähigkeit oder in Anlehnung an Zwicker-Pelzer (2010) als reflexive Personenkompetenz deklariert werden. Mitgefühl gegenüber anderen hingegen könnte auf Basis der hiesigen Ergebnisse in Anlehnung an Zwicker-Pelzer (2010) als Beziehungskompetenz und nach Weinhardt (2015) als soziales Können der Professionellen eingeordnet werden. Die Förderung dieser Kompetenzen sollte in der Ausbildung von Berater*innen und Psychotherapeut*innen somit verstärkt Berücksichtigung finden. Dabei ist zu beachten, dass die Ergebnisse in dieser Gruppe auch belegen, dass Selbstmitgefühl und Mitgefühl gegenüber anderen sich nicht zwangsläufig gegenseitig bedingen (Beaumont et al., 2016; Yip et al., 2017), weshalb ihre Entwicklung differenziert voneinander gefördert werden muss.

5.2.4 Selbstmitgefühl als persönliche Ressource in psychosozial belasteten Populationen und ihr Einfluss auf das psychosoziale Wohlbefinden

In zehn der 14 Studien wurde Mitgefühl als persönliche Ressource in bestimmten Populationen untersucht, die einen besonderen Bedarf an psychosozialer Unterstützung aufweisen, also potenzielle oder tatsächliche Klient*innen in Psychosozialer Beratung und Psychotherapie sind. Mitgefühl wurde dabei fast ausschließlich in Form von Selbstmitgefühl erhoben.

Selbstmitgefühl in Klient*innen mit psychiatrischen Diagnosebildern

Traumatisierung

Hoffart et al. (2015) unternahmen eine experimentelle Studie über die Wirksamkeit von zwei unterschiedlichen traumafokussierten kognitiv-behavioralen Psychotherapien in einer Stichprobe von n=65 Klient*innen mit einer diagnostizierten

Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Darin erhoben sie auch den Grad an Selbstmitgefühl als potenziellen Mediator in den Veränderungsprozessen der Klient*innen. Mithilfe der Self-Compassion Scale maßen sie eine signifikante Steigerung der positiven SCS-Werte *Selbstfreundlichkeit* und *Achtsamkeit* sowie eine signifikante Reduzierung der negativen SCS-Variablen *Selbstverurteilung*, *Isolation* und *Überidentifikation*. Zudem wurde eine Reduzierung der PTBS-Symptomatik in den Klient*innen gemessen, die insbesondere der reduzierten Selbstverurteilung als Variable des Selbstmitgefühls zugeschrieben werden konnte. Der Effekt der reduzierten Selbstverurteilung war jedoch umso deutlicher, je stärker die Selbstverurteilung zu Beginn der Erhebung ausgeprägt war. Hingegen konnte nicht belegt werden, dass eine Symptomveränderung *immer* mit einer Veränderung des Selbstmitgefühls einhergeht. Selbstmitgefühl war also nicht der einzige Faktor, der eine Symptomveränderung bewirkte. Hoffart et al. (2015) schließen daraus, dass insbesondere die Reduzierung der Negativ-Variablen von Selbstmitgefühl eine positive Symptomveränderung in Klient*innen mit PTBS bewirkte und zukünftig Interventionen zur Förderung von Selbstmitgefühl vermehrt in die Therapie dieser Klient*innen eingesetzt werden sollten (S. 9). Diese Ergebnisse bzgl. der Wirkung einer Reduzierung der negativen SCS-Variablen stimmen mit den Ergebnissen von Yip et al. (2017) überein: es ist eher die reduzierte Negativ-Haltung und nicht unbedingt die Stärkung der Positiv-Haltung sich selbst gegenüber, die bei Menschen mit Traumatisierungserfahrung zu einer Verbesserung der Symptomatik führen kann.

Auch Karatzias et al. (2019) unternahmen eine Untersuchung in einer klinisch traumatisierten Population (n=106). Bei diesen Personen handelte es sich jedoch um die neue Diagnoseform der PTBS im ICD-11, die *komplexe PTBS* (CPTBS), welche eine Erweiterung der klassischen PTBS-Symptomatik um die zwei Symptomgruppen *affektive Dysregulation* (Hyper- und Hypoaktivierung) und *negatives Selbstbild* und *Beziehungsstörung* ist. Die Studie entspricht einem nicht-experimentellen Studiendesign, bei dem ebenfalls die SCS verwendet wurde. Die Ergebnisse stimmen jedoch nicht mit denen von Hoffart et al. (2015) und Yip et al. (2017) überein: Karatzias et al. (2019) konnten keinen Zusammenhang zwischen den Selbstmitgefühlswerten und den klassischen PTBS-Symptomen messen. Dennoch erhoben sie eine Reduzierung der Hypoaktivierung und des negativen Selbstbildes bei einem erhöhten Selbstmitgefühl. Hierbei fanden sie heraus, dass es die reduzierte

Selbstverurteilung und die erhöhte menschliche Verbundenheit im Selbstmitgefühl sind, die sich positiv auf die Hypoaktivierung auswirken. Zudem beeinflusst die Reduzierung der Selbstverurteilung und Isolation die Veränderung eines negativen Selbstkonzeptes positiv. Bzgl. des Effektes von Selbstmitgefühl auf die klassischen Symptome einer PTBS widersprechen diese Ergebnisse also einerseits denen von Yip et al. (2017) und Hoffart et al. (2015). Diesen Widerspruch erklären sich Karatzias et al. (2019) durch die unterschiedlichen Diagnosekonzepte der PTBS und CPTBS und der entsprechend unterschiedlichen Messung (S. 10). Andererseits stimmen diese Ergebnisse bzgl. des spezifischen positiven Effektes der reduzierten Selbstverurteilung auf das Erleben traumatisierter Menschen mit denen von Yip et al. (2017) und Hoffart et al. (2015) überein.

Dieser Untergruppe zur Rolle von Selbstmitgefühl bei traumatisierten Klient*innen ist auch eine qualitative Studie von McLean et al. (2018) zuzuordnen. Sie unternahm jeweils eine Fokusgruppe mit einer Gruppe von n=8 weiblichen Betroffenen sexuellen Missbrauchs sowie mit n=7 psychosozialen Berater*innen mit der Spezialisierung auf den Bereich sexueller Übergriffe und Gewalt. Ziel dieser Studie war es, die Sichtweisen der Betroffenen und der Berater*innen auf Mitgefühl und seine Kultivierung zu erheben.

Die Fokusgruppe mit den Betroffenen ergab die zwei Ergebniskategorien *Hürden zu Mitgefühl* und *förderliche Aspekte für Mitgefühlskultivierung*. Als Hürden zu Mitgefühl wurden hinderliche Beziehungsvorlagen, negative Selbstwahrnehmung, geringes Selbstwirksamkeitserleben in Bewältigungsstrategien und Angst vor sowie Verweigerung und Falschauffassung von Selbstmitgefühl benannt. Als förderliche Aspekte für die Entwicklung wurden geäußert: Unterstützung von anderen, Mitgefühl für andere, hohes Selbstwirksamkeitserleben in Bewältigung, Hoffnung auf Veränderung und ein Bereitsein für Veränderung.

In der Berater*innengruppe ergaben sich drei Ergebniskategorien. Die erste Kategorie umfasste *Faktoren seitens der Berater*innen, die das Mitgefühl in Klient*innen stärken könnten*. Hier wurden das Bieten eines authentischen Modells, eine langsame und individuell angepasste Hinführung zu Mitgefühl und die Anerkennung und schließlich Akzeptanz des Leids mit Angeboten zu anderen Perspektiven benannt. Als zweite Kategorie wurden *Faktoren* diskutiert, die das *Bereitsein der Klient*innen*

und ihre Kapazität hindern könnten. Hierzu zählten Scham, Selbstbeschuldigung und ein negatives Selbstbild, genauso wie Äußerungen von anderen und die Schwierigkeit, Selbstkritik als solche zu erkennen und loszulassen. Die Berater*innen diskutierten außerdem über *erwartete Outcomes durch eine Steigerung des Selbstmitgefühls in Klient*innen* und benannten dabei Hoffnung und eine Fokusverschiebung auf Heilung sowie alternative Perspektiven und Bewältigungsstrategien und das Zurückholen von Vertrauen in sich selbst, andere und die Zukunft (McLean et al., 2018).

Depression und Angststörung

Auch die Untersuchung von Selbstmitgefühl bei Menschen mit Depressionen und Angststörungen wurde in einigen Studien vorgenommen.

Krieger et al. (2016) untersuchten mithilfe eines Cross-Lagged-Panel Designs im Längsschnitt die reziproken Effekte von Selbstmitgefühl und depressiven Symptomen sowie einer Major Depression in einer Gruppe von n=125 Klient*innen nach ihrer psychotherapeutischen Behandlung. Die Erhebungszeitpunkte waren t1: direkt nach Abschluss der Behandlung, t2: sechs Monate nach dem Behandlungsende und t3: 12 Monate nach Behandlungsende. Ihre Korrelationsanalyse zeigte auf, dass Selbstmitgefühl insgesamt und die positive Komponente von Selbstmitgefühl negativ mit depressiven Symptomen einhergingen und die negative Komponente von Selbstmitgefühl positiv mit depressiven Symptomen korrelierte. Die Cross-Lagged Analyse ergab, dass sowohl depressive Symptome als auch eine major depressive Episode die Konsequenz von einem Mangel an Selbstmitgefühl sind und nicht die Ursache für einen derartigen Mangel. Depressive Symptome sagten anderherum jedoch nicht zwingend niedrige Level von Selbstmitgefühl hervor (Krieger et al., 2016, S. 12).

Mackintosh et al. (2018) untersuchten das Selbstmitgefühl in Klinikpatient*innen sowohl mit Depressionen als auch mit Angststörungen (n=74), um herauszufinden, inwieweit Selbstmitgefühl und zwischenmenschliche Probleme zwei Mediatoren entsprechen, im Zusammenhang zwischen Bindungsproblemen (Bindungsvermeidung und Bindungsangst) und emotionaler Belastung und Angst. Mithilfe eines nicht-experimentellen Designs stellten sie fest, dass Bindungsvermeidung und -angst signifikant mit einem reduzierten Selbstmitgefühl einhergingen und darüber

zu einem erhöhten Level an emotionaler Belastung und Angst führten. Aufgrund des nicht-experimentellen Designs kann ein Ursache-Wirkungszusammenhang zwischen dem reduzierten Selbstmitgefühl und der erhöhten Bindungsproblematik jedoch nicht gültig belegt werden (Mackintosh et al., 2018, S. 969).

Depressionen und Angst können ebenfalls psychische Komorbiditäten bei Krebspatient*innen sein. Todorov et al. (2019) widmeten sich dieser Gruppe und unternahmen eine nicht-experimentelle Querschnittstudie mit n=195 Brustkrebspatientinnen. Hierbei erhoben und verglichen sie die ggf. unterschiedlichen Effekte von einerseits Selbstmitgefühl und andererseits Hoffnung auf die Belastungen bzgl. des Körperbilds, einer Depression, Angst und auf Stress. Für die Messung des Selbstmitgefühls nutzten sie die SCS-Kurzform. Ihre Ergebnisse zeigten, dass sowohl ein erhöhtes Selbstmitgefühl als auch ein erhöhtes Hoffnungslevel mit niedrigerer Körperbild-Belastung, Depression, Angst und Stress in den Brustkrebspatientinnen einhergingen. Dennoch konnten unterschiedliche Varianzeffekte berechnet werden, insofern, als Selbstmitgefühl die Varianz im Körperbild-Disstress und Stress erklärte und Hoffnung die Varianz in den Angst- und Depressionsleveln. Todorov et al. (2019) erklären sich diese unterschiedliche Wirkungsweise damit, dass Hoffnung, so wie auch Angst und Depression, zukunftsorientierte Variablen sind, wohingegen Selbstmitgefühl, so wie auch die Belastung aufgrund des Körperbildes und Stress, Aspekte der Gegenwart sind (S. 2029).

Galili-Weinstock et al. (2020) beabsichtigten mit ihrer Untersuchung die Identifikation von Interventionen seitens psychodynamischer Therapeut*innen, die das Selbstmitgefühl in Klient*innen mit affektiven Störungen fördern könnten. Dabei kamen sie zu dem Ergebnis, dass es direktive Interventionen waren und weniger die Common Factors, wie therapeutische Allianz, Empathie, Unterstützung oder Ermutigung, die das Selbstmitgefühl in Klient*innen förderten. Dies weist darauf hin, dass insbesondere spezifische Programme oder einzelne Interventionen aus diesen Programmen, wie Imaginationsübungen, Meditation oder Schreibaufgaben, Therapie-schulen-übergreifend in die Psychotherapie und Beratung übernommen werden sollten, um das Selbstmitgefühl in Klient*innen zu stärken.

Selbstmitgefühl in Berufsgruppen mit besonderen psychosozialen Herausforderungen

Zwei Studien widmeten sich Berufsgruppen, die mit einer besonderen psychosozialen Herausforderung aufgrund ihrer Tätigkeit konfrontiert sind.

Kaurin et al. (2018) erhoben in einer nicht-experimentellen Querschnittsstudie das Selbstmitgefühl von n=123 Feuerwehrmännern, um herauszufinden, ob dies ein vorhersagender Faktor sein könnte, der das Auf- bzw. Nicht-Auftreten von depressiven Symptomen als Folge von dienstlich potenziell traumatisierenden Ereignissen sein könnte. Auch hier wurden sehr genau die unterschiedlichen Auswirkungen der positiven und negativen Subskalen der SCS untersucht. Dabei zeigte sich, dass vor allem ein erhöhter Wert an Selbstverurteilung mit depressiven Symptomen in den Feuerwehrmännern einherging und ein gesteigerter Selbstmitgefühlsgrad im positiven Sinne das Auftreten dieser Symptomatik reduzierte, jedoch nur bei überdurchschnittlich erlebter Belastung (Kaurin et al., 2018).

McDonald et al. (2020) untersuchten einen ähnlichen Zusammenhang in einer Stichprobe von n=171 professionellen Ersthelfer*innen. Hierbei betrachteten sie die potenziellen Rollen von Selbstmitgefühl, Mitgefühl gegenüber anderen und der spezifischen Dienstrolle (ob eine traditionelle und emotionale Unterstützungsrolle¹⁴) als Einflüsse auf die mentale Gesundheit. Die mentale Gesundheit wurde als Grade an psychischem Disstress, PTBS-Symptomatik, sekundärer Traumatisierung, Burnout, Resilienz und Mitgefühls- sowie Lebenszufriedenheit der Ersthelfer*innen operationalisiert. Zur Erhebung von Mitgefühl verwendeten McDonald et al. (2021) die SCS-Kurzform, die Santa Clara Compassion Scale (SCBCS) und die Compassion Satisfaction Subskala des ProQOL.

Die Ergebnisse zeigten, dass ein erhöhtes Selbstmitgefühl und ein erhöhtes Mitgefühl für andere in den Ersthelfer*innen mit einem reduzierten Grad an Depersonalisation einhergingen. Befragte mit einem stärker ausgeprägten Selbstmitgefühl berichteten außerdem geringere Werte in psychischem Disstress, PTBS-Symptomatik, sekundärer Traumatisierung und emotionaler Erschöpfung. Mitgefühl für andere hingegen ging mit erhöhten Werten in Zufriedenheit mit persönlicher Leistung und

¹⁴ McDonald et al. (2020) unterscheiden zwischen traditionellen Ersthelfer*innen, wie Polizei, Notfallsanitäter oder die Feuerwehr, und Ersthelfer*innen mit einer emotionalen Unterstützungsrolle, wie Seelsorger*innen und Psycholog*innen.

Mitgeföhlszufriedenheit einher. Nur bei traditionellen Ersthelfer*innen wirkte sich auch das Selbstmitgeföhln auf die persönliche Leistung und die Mitgeföhlszufriedenheit aus. Ersthelfer*innen mit einer emotionalen Unterstützungsrolle zeigten jedoch im Vergleich grundsätzlich bereits eine reduzierte emotionale Erschöpfung und erhöhte Resilienz als traditionelle Helfer*innen.

McDonald et al. (2021) schließen aus diesen Ergebnissen, dass die Förderung von (Selbst-)Mitgeföhln in Ersthelfer*innen großes Potenzial in der Prävention ihrer mentalen Gesundheit hat, insbesondere dann, wenn einer traditionellen Rolle nachgegangen wird aufgrund der eine erhöhte emotionale Erschöpfung und reduzierte Resilienz erlebt wird (S. 10).

Selbstmitgeföhln in Männern, als Gruppe, mit einer reduzierten Hilfeanspruchnahme

Heath et al. (2017) erhoben die potenziell handlungsleitende Kraft von Selbstmitgeföhln in einer Population von jungen erwachsenen Männern, die durchschnittlich eine reduzierte Hilfeanspruchnahme aufweisen. Hierzu unternahmen sie eine nicht-experimentelle Erhebung in n=284 Bachelorstudenten, um herauszufinden, ob Selbstmitgeföhln im Zusammenhang zwischen den angenommenen Ursachen der reduzierten Hilfeanspruchnahme, nämlich dem Bedürfnis nach Wahrung der Männlichkeitsnorm, einer gesteigerten Selbststigmatisierung sowie der Angst vor Selbstoffenbarung einerseits und der Hilfeanspruchnahme andererseits, als ein möglicher Mediator wirkt. Die Überprüfung des Zusammenhangs zeigte zunächst, dass insbesondere die Normkonformität, die sich hier über ein Festhalten an emotionaler Kontrolle und Eigenverantwortlichkeit charakterisiert, tatsächlich mit einer stärkeren Ausprägung der Hürden bzgl. der Hilfeanspruchnahme, also stärkerer Selbststigmatisierung und Angst vor Selbstoffenbarung, einherging. Das zentrale Ergebnis der Studie wies schließlich auf, dass junge erwachsene Männer, die ein erhöhtes Selbstmitgeföhln berichteten, eine reduzierte Selbststigmatisierung und weniger Angst vor Selbstoffenbarung aufwiesen und somit weniger Hürden zu einer Hilfeanspruchnahme erlebten (Heath et al., 2017).

Zusammenfassende Betrachtung

Die Erforschung von Mitgeföhln im Kontext von Beratung und Psychotherapie widmet sich aktuell also insbesondere seinen Auswirkungen in (potenziellen) Klient*innen, also Menschen mit besonderen psychosozialen Herausforderungen (n=10 Studien)

und nur vereinzelt, deutlich seltener, den Auswirkungen in den psychosozial Professionellen selbst (n=4 Studien).

Es konnten in dieser vierten Studiengruppe, wie in Abbildung 7 dargestellt, drei unterschiedliche Populationen ausfindig gemacht werden, in denen Mitgefühl, zumeist in Form von Selbstmitgefühl, als gesundheitsförderliche Ressource untersucht wurde.

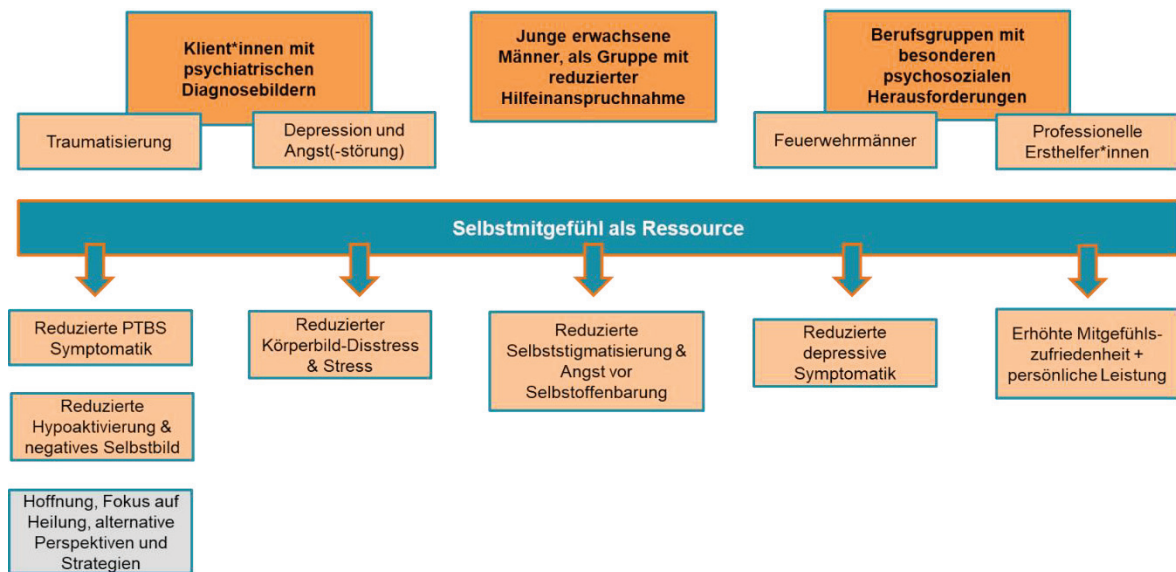


Abbildung 7: Zusammenfassende Ergebnisübersicht zu den als signifikant erhobenen Auswirkungen von Selbstmitgefühl in (potenziellen) Klient*innengruppen der Psychozialen Beratung und Psychotherapie (eigene Darstellung)

In der Gruppe der Klient*innen mit psychiatrischen Diagnosebildern handelte es sich um Populationen mit Traumatisierungserfahrung oder mit Depressionen bzw. Angststörungen. Hier zeigt sich, dass ein erhöhtes Selbstmitgefühl in traumatisierten Klient*innen mit reduzierter PTBS-Symptomatik (Hoffart et al., 2015) bzw. CPTBS-Symptomatik (Karatzias et al., 2019) einhergehen kann. Berater*innen vermuten, dass die Kultivierung von (Selbst-)Mitgefühl in Frauen mit sexuellen Missbrauchserfahrungen möglicherweise neue Hoffnung und Veränderungspotenziale (McLean et al., 2018) anstoßen könnte. Ein zentrales gemeinsames Ergebnis dieser Untersuchungen ist, dass es insbesondere die Reduzierung des Negativ-Aspektes *Selbstverurteilung* im Selbstmitgefühl ist, die zu einem erhöhten Wohlbefinden führen kann.

Bei Personen mit Depressionen oder Angststörungen kann ein erhöhtes Selbstmitgefühl bspw. mit reduzierter körperbildbezogenen Belastung und weniger erlebtem

Stress einhergehen (Todorov et al., 2019). Krieger et al. (2016) und Mackintosh et al. (2018) nehmen auf Basis ihrer Daten an, dass ein reduziertes Selbstmitgefühl eine zentrale Ursache in der Entstehung von Depression und Bindungsproblematiken sein kann.

Auch in gesunden, dennoch potenziell belasteten Populationen weist Selbstmitgefühl einen relevanten Wert als Ressource auf. So kann ein erhöhtes Selbstmitgefühl geschlechtsbezogene Hürden zu einer Hilfeinanspruchnahme in jungen Männern reduzieren (Heath et al., 2017). Andere belegen, dass Selbstmitgefühl eine psychisch präventive Wirkung in psychosozial besonders herausgeforderten und potenziell belasteten Berufsgruppen haben kann (Kaurin et al., 2018; McDonald et al., 2020).

Diese Untersuchungen zeigen also auf, dass Selbstmitgefühl eine gesundheitsförderliche, weil psychisch stabilisierende Ressource in psychosozial belasteten Klient*innen sein kann, die im Prozess der Psychotherapie und Psychosozialen Beratung zunehmend berücksichtigt werden sollte, um das Erleben der Klient*innen zu verstehen und Belastungsreduzierung fördern zu können.

5.3 Ergebnisse II: Gruppenübergreifende Betrachtung

In dieser gruppenübergreifenden Betrachtung der ausgewählten Studien wird sich auf die Analyse Kriterien *fachlicher Kontext der Erhebung, Studiendesign, angewandte Erhebungsinstrumente* sowie *Verständnis von Empathie bzw. Mitgefühl in den Untersuchungen* fokussiert. Diese Analyse bezweckt die Veranschaulichung der unterschiedlichen methodischen Herangehensweisen in den einzelnen Studien und der verschiedenen konzeptionellen Ausrichtungen bzgl. der Phänomene Empathie und Mitgefühl, um anschließend die Studienergebnisse und damit den aktuellen Forschungsstand in ihrer bzw. seiner Aussagekraft und Generalisierbarkeit fundiert bewerten zu können.

Der Erhebungskontext

Wie in Abbildung 8 dargestellt, wurde der Großteil der Studien (n=17) zu Empathie und Mitgefühl im Kontext der Psychotherapie erhoben. Nur etwa in einem Viertel (n=9) der Artikel wurden diese Phänomene explizit im Beratungskontext untersucht. Fünf der Studien widmeten sich dieser Thematik kontextübergreifend, d.h. sie erhoben Empathie- und Mitgefühl sowohl in Berater*innen als auch

Psychotherapeut*innen bzw. Klient*innen, die das eine oder andere Angebot in Anspruch nahmen. In zwei Untersuchungen konnte keiner der beiden Kontexte identifiziert werden, weil es sich hier um (noch) gesunde, aber psychosozial belastete

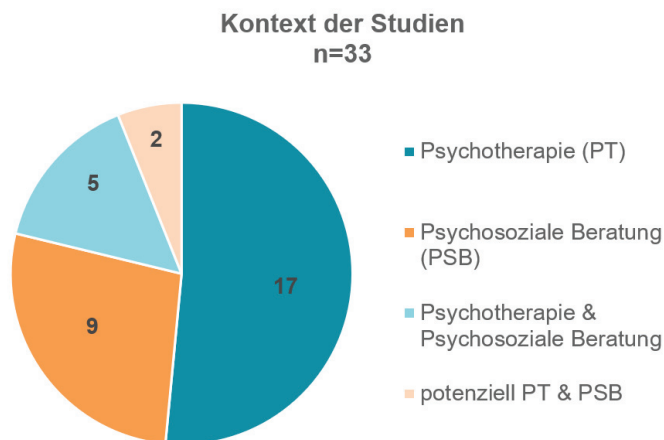


Abbildung 8: Verteilung der Kontexte, in denen die Studien erhoben wurden (eigene Darstellung)

Berufsgruppen handelte, die außerhalb des Psychotherapie- bzw. Beratungssettings als potenzielle Klient*innen (sowohl für Beratung als auch Psychotherapie) befragt wurden (Heath et al., 2017; Kaurin et al., 2018; McDonald et al., 2020). An dieser Stelle ist jedoch da-

rauf hinzuweisen, dass im außerdeutschen, insbesondere englischsprachigen Raum die sprachliche Grenze zwischen Psychotherapie und Beratung (engl.: „counsel(l)ing“, oder „counsel(l)ing Psychologe“) sehr fließend ist. Die hier vorgenommene Kontextunterscheidung ist also beeinflusst von einer deutschen Perspektive auf die Studien und wäre aus einer nicht-deutschen Perspektive ggf. von geringerer Relevanz. Aus deutscher beratungsspezifischer Perspektive jedoch, wie sie in dieser Arbeit vorliegt, können diese Zahlen als eine Unterpräsenz des Beratungskontextes im aktuellen Forschungsstand zu den Rollen, Bedeutungen und Wirkungsweisen von Empathie und Mitgefühl interpretiert werden. Dies weist auf einen Forschungsbedarf bzgl. der Phänomene im Kontext der Psychosozialen Beratung hin, wie ihn auch (Raymond, 2020) betont.

Studiendesign

Die deutliche Mehrheit der Studien (n=29) entspricht einem quantitativen Querschnittsdesign (Abbildung 9), wobei die Studie von Dogan (2018) ein mixed-methods Design ist, das ein RCT und eine qualitative Erhebung beinhaltet. Nur eine Studie unternimmt eine Erhebung im Längsschnitt (Krieger et al., 2016). Drei Studien sind

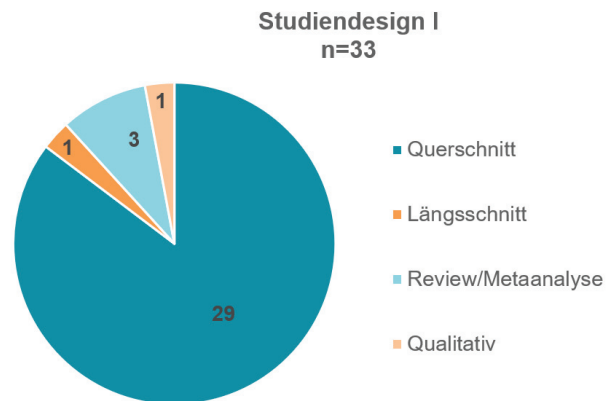


Abbildung 9: Verteilung der Studiendesigns I (eigene Darstellung)

Übersichtsarbeiten in Form eines Reviews (Bibeau et al., 2016) und zwei Metaanalysen (Cooper et al., 2020; Elliott et al., 2018), und eine Studie ist eine qualitative Erhebung in Form von Fokusgruppeninterviews (McLean et al., 2018).

Wie Abbildung 10 aufzeigt, ist der Großteil (n=25) dieser Querschnitts- und der Längsschnittstudie nicht-experimentell angelegt. Nur fünf Studien sind Interventionsstudien und unternehmen ein Experiment. Eine Studie davon ist quasi-experimentell ausgerichtet, d.h. ein Experiment, jedoch ohne Randomisierung. Bei den

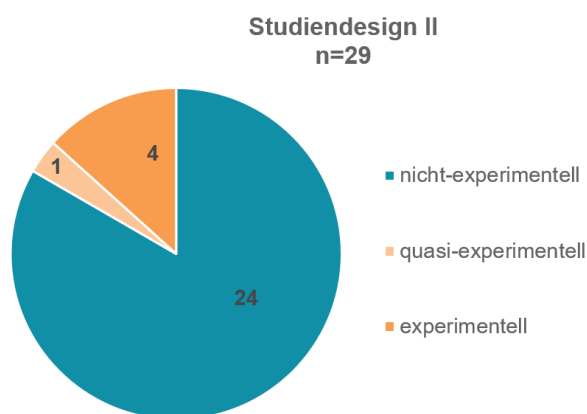


Abbildung 10: Verteilung der Experimentformen in den quantitativen Studien

experimentellen Studien handelt es sich bei zwei Studien um randomisierte Kontrollstudien (Dogan, 2018; Hoffart et al., 2015), den Goldstandard der empirischen Sozialforschung. In einem Experiment wurde eine Blockrandomisierung vorgenommen (Reese et al., 2016) und eine Studie entspricht einem mixed-experimentellen Design (Luo et al., 2021). Die meisten Studien, also die nicht-

experimentellen Design (Luo et al., 2021). Die meisten Studien, also die nicht-

experimentellen, sind Beobachtungsstudien, die auf deskriptive Weise den Status Quo von Empathie und Mitgefühl in der Berater*innen- bzw. Therapeut*innen-Klient*innen Beziehung, in den Professionellen selbst oder in den Klient*innen erheben und schließlich über Korrelations- oder Regressionsanalysen mögliche Zusammenhänge abbilden. Die Betonung liegt in diesen Studiendesigns allerdings immer auf der *Möglichkeit* der Zusammenhänge. Keine dieser nicht-experimentellen Untersuchungen ist in der Lage, tatsächliche Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge abzubilden. Neben diesen deskriptiven Studien sind jedoch auch analytische Studien vorzufinden, die zwei verschiedene Gruppen miteinander vergleichen, wie bspw. psychosozial Professionelle mit Nicht-Professionellen.

Erhebungsinstrumente von Empathie und Mitgefühl

Abbildung 11 zeigt die Verteilung der angewandten Erhebungsinstrumente von Empathie und Mitgefühl in den Studien insgesamt. Hierbei wird farblich unterschieden zwischen Instrumenten, die Mitgefühl erheben (Türkistöne) und Instrumenten, die Empathie erheben (Orangetöne). Die Grafik weist zum einen auf die Heterogenität der Phänomene Empathie und Mitgefühl hin, insofern, als deutlich wird, dass Empathieinstrumente Empathie erheben und Mitgefühlsinstrumente Mitgefühl erheben. Empathie und Mitgefühl werden also als von Grund auf verschiedene Variablen und Phänomene erfasst.

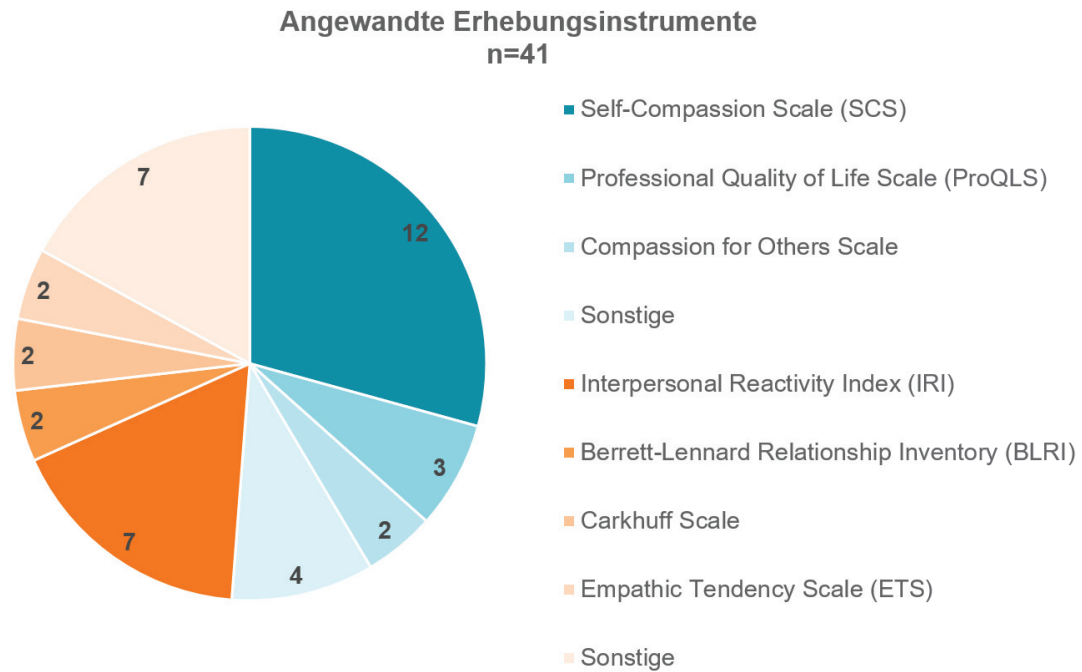


Abbildung 11: Verteilung der angewandten Erhebungsinstrumente von Empathie und Mitgefühl in den Studien (eigene Darstellung)

Innerhalb der Mitgefühlsinstrumente unterscheiden sich die zugrunde gelegten Konzepte von Mitgefühl zusätzlich. So wird mit der Self-Compassion Scale explizit das Selbstmitgefühl in Anlehnung an Kristin Neff erhoben, während die Professional Quality of Life Scale u.a. die berufsbezogene Mitgefühlsmüdigkeit und Mitgefühlsszufriedenheit erhebt. Darüber hinaus wird, um explizit Mitgefühl anderen gegenüber zu erheben, die Compassion for Others Scale angewandt. Hieran wird deutlich, dass Mitgefühl nicht gleich Mitgefühl ist und in der Interpretation der Ergebnisse darauf geachtet werden muss, welche Form von Mitgefühl in den einzelnen Studien erhoben wird. Dies erschwert allgemeingültige Aussagen über Mitgefühl als gesamtes Phänomen, bietet jedoch gleichzeitig die Chance, sehr genau zu erheben, welche unterschiedlichen Wirkungsweisen die einzelnen Ausprägungen von Mitgefühl und ihre untergeordneten Merkmale im Vergleich zu anderen aufweisen, so wie es auch einige Studien hier genau untersuchten.

Ähnliches gilt für die Untersuchung von Empathie. Die hier vorgenommene Studienauswahl bestätigt die, in der Literatur berichtete, weite Anwendungsverbreitung des Interpersonal Reactivity Index in der Empathieforschung (siehe Kapitel 2.1). Darüber hinaus wird Empathie insbesondere auch mit dem Barrett-Lennard Relationship Inventory, der Carkhuff Scale und der Empathic Tendency Scale erhoben.

Bei diesen unterschiedlichen Erhebungsinstrumenten von Empathie muss berücksichtigt werden, welche Perspektive sie befragen: die Perspektive der Klient*innen, Therapeut*innen bzw. Berater*innen oder die von externen Beobachter*innen. Auch hier ist die Interpretation der Ergebnisse korrekterweise nicht einfach im Sinne der Gleichung *Empathie = Empathie* vornehmbar, sondern muss die diversen zugrunde gelegten Konzepte von Empathie berücksichtigen.

Verständnis von Empathie und Mitgefühl

Innerhalb der Studiengruppe zu Empathie wird der Begriff der Empathie in den meisten Artikeln im Sinne Carl Rogers und als ein fundamentales Merkmal einer therapeutischen Beziehung erläutert. Der Blick in die Operationalisierungen weist schließlich darauf hin, dass Empathie zumeist aus dualer Perspektive als ein Zusammenspiel der kognitiven und emotionalen Komponente verstanden wird. Gelegentlich wird Empathie jedoch auch als eindimensionale, also ausschließlich emotionale oder kognitive Variable erhoben. In einigen Studien wird Empathie allerdings auch als multidimensionales Phänomen erhoben, wenn bspw. auch behaviorale Aspekte gemessen wurden. Darüber hinaus zeigt sich Empathie in einer Studie auch als physiologisch nachweisbares Phänomen. Zudem werden vereinzelt auch sehr spezifische Formen von Empathie untersucht, z.B. kulturelle Empathie oder positive Empathie. Auch empathische Genauigkeit wird vereinzelt untersucht. Die im zweiten Kapitel dieser Arbeit dargelegte theoretisch-konzeptionelle Heterogenität des Empathiebegriffs spiegelt sich also auch in den hier analysierten Studien wider.

Mitgefühl hingegen wird fast ausschließlich in Form von Selbstmitgefühl untersucht und dabei auf eine sehr homogene Weise. Denn immer wird Selbstmitgefühl mit der Self-Compassion Scale erhoben. Diese ist angelehnt an die Definition nach Kristin Neff und versteht es als aus zwei Positiv- und zwei Negativ-Merkmalen bestehend. Mehr Diversität ist in der Erhebung von Mitgefühl gegenüber anderen vorzufinden, wobei auch hier deutlich weniger Verschiedenheit gegeben ist, als es in der Erforschung von Empathie der Fall ist.

Im Vergleich der Verständnisse von Empathie und Mitgefühl zueinander weist die unterschiedliche Operationalisierung der Phänomene in den Studien auf eine eindeutige Differenzierbarkeit zwischen den Begriffen Mitgefühl und Empathie hin.

6 Diskussion: Qualitative Bewertung der Ergebnisse und kritische Reflexion der vorliegenden Arbeit

Die im Folgenden unternommene Diskussion der Ergebnisse wird in zwei Teile unterschieden. Zunächst werden die Ergebnisse der Arbeit und damit der aktuelle Forschungsstand zu Empathie und Mitgefühl in der Psychosozialen Beratung und Psychotherapie zusammenfassend interpretiert und qualitativ in ihrer Aussagekraft diskutiert, um die Forschungsfrage zu beantworten und Schlussfolgerungen für die Theorie, Ausbildung und Praxis insbesondere der Psychosozialen Beratung¹⁵ zu ziehen. Daraufhin werden die Limitationen und Stärken dieser Masterarbeit herausgearbeitet, um ihren Wert als wissenschaftlicher Beitrag zur aktuellen Beratungs- und Psychotherapieforschung sowie -anwendung kritisch zu reflektieren.

6.1 Qualitative Ergebnisdiskussion und Schlussfolgerungen für Theorie, Ausbildung und Praxis der Psychosozialen Beratung

Qualitative Diskussion des aktuellen Forschungsstands

Die Ergebnisdarstellung hat gezeigt, dass sich die aktuellen Forschungsbewegungen seit 2015 bis heute bzgl. der Phänomene Empathie und Mitgefühl im Kontext von Psychosozialer Beratung und Psychotherapie auf die Untersuchung vierer wesentlicher Zusammenhänge konzentriert:

1. auf den Zusammenhang zwischen der professionellen Empathie und dem Client Outcome, der insbesondere im Psychotherapie-Kontext und nicht oder kaum im Beratungskontext erhoben wird,
2. auf verschiedene unabhängige Variablen, die einen Einfluss auf die professionelle Empathie im Beratungs- und Psychotherapiekontext haben können, wie Personenmerkmale der Professionellen, situative Einflüsse während des Gesprächsführungsprozesses oder Methoden zur expliziten Empathieförderung,

¹⁵ Die Ableitung von Schlussfolgerungen wird sich hier nun in erster Linie auf den Kontext der Psychosozialen Beratung beziehen, da die hiesige Autorin selbst nur persönlichen und professionellen Einblick in diesen Kontext hat. Nichtsdestotrotz können und sollten die Handlungsempfehlungen, sofern die psychotherapeutische Ausbildung ähnliche Lücken aufweist, auch auf die Theorie, Ausbildung und Praxis der Psychotherapie übertragen werden.

3. auf den Wirkungszusammenhang zwischen (Selbst-)Mitgefühl in Berater*innen bzw. Psychotherapeut*innen und ihrem eigenen Wohlbefinden und
4. auf den Wirkungszusammenhang zwischen Selbstmitgefühl in (potenziellen) Klient*innen der Psychosozialen Beratung und Psychotherapie und ihrem Wohlbefinden.

Diese Unterscheidung in thematische Gruppen ermöglicht eine Übersicht über das unterschiedliche Verständnis, die verschiedenen Rollen und Bedeutungen, die Empathie und Mitgefühl aktuell im forschenden Kontext von Psychosozialer Beratung und Psychotherapie zugeschrieben werden:

Empathie wird deutlich als eine professionelle therapeutische bzw. beraterische Kompetenz verstanden, konzipiert und untersucht, die erst auf *interpersoneller* Ebene, also zwischen den Berater*innen bzw. Therapeut*innen und den Klient*innen zum Tragen kommt. Dies untermauert das interaktionistische Charakteristikum von Empathie, das ihr schon viele Jahrzehnte zugesprochen wird (Elliott et al., 2018; Rogers, 1975).

Mitgefühl hingegen wird zumeist in Form von Selbstmitgefühl innerhalb einer Person (in Klient*innen oder Professionellen) erforscht. Dies ist eine Beobachtung, die auch McDonald et al. (2020, S. 2) machen und weist auf ein Verständnis, eine Rollen- bzw. Bedeutungszuschreibung in der aktuellen Beratungs- und Psychotherapieforschung als *intrapersonelles* Phänomen hin. D.h. Mitgefühl wird in Form von Selbstmitgefühl als persönliche Ressource mit ihren potenziell gesundheitsförderlichen Effekten auf die Person untersucht. Die Erforschung als *interpersonelles* Phänomen, d.h. Mitgefühl seitens Professionellen gegenüber den Klient*innen, wird hingegen fast vollständig außer Acht gelassen. Dies überrascht, wenn man berücksichtigt, dass (v.a. in den Neurowissenschaften) bereits seit einigen Jahren ein potenziell psychisch gesünderer Effekt bei Mitgefühl mit anderen im Vergleich zu Empathie in helfenden Berufen vermutet wird (Bornemann & Singer, 2013; Fabach, 2018; Singer & Klimecki, 2014). Mitgefühl gegenüber den Klient*innen als eine professionelle Haltung bzw. Beratungskompetenz in Berater*innen bzw. Therapeut*innen zu verstehen und zu erforschen ist somit als *noch nicht* in der Beratungs- und Psychotherapieforschung angekommen zu bewerten. Mitgefühl als interpersonelles Phänomen und seine Effekte auf den Beratungs- bzw. Therapieprozess sowie auf

das Wohlbefinden der beteiligten Personen im Rahmen der Beratungs- und Psychotherapieforschung zukünftig mehr in den Fokus zu rücken ist deshalb eine erste Handlungsempfehlung der hiesigen Autorin.

Neben dieser Meta-Perspektive auf die Ergebnisse sind auch die einzelnen gruppenspezifischen Studienergebnisse zu diskutieren.

In der ersten Studiengruppe, in der der Zusammenhang zwischen professioneller Empathie und dem Client Outcome fokussiert wird, kommen alle Studien zu dem Ergebnis, dass Empathie seitens Therapeut*innen das Client Outcome positiv beeinflussen kann. Dies geht auch mit anderen vorherigen Untersuchungen einher (Elliott et al. 2011) und wird zusätzlich durch das Review von Elliott et al. (2018) untermauert. Dennoch dürfen diese Ergebnisse nicht im Sinne von *je mehr Empathie, desto besser das Client Outcome* generalisierend interpretiert werden, wie es auch Moyers et al. (2016) durch ihre Studie aufzeigen. Darauf weisen auch die Ergebnisse der Metaanalyse von Elliott et al. (2018) hin. Sie belegen, dass diverse andere Faktoren diesen Empathie-Outcome Zusammenhang variabel beeinflussen können (siehe dazu auch Abbildung 4). Zudem haben die einzelnen Studien im Vergleich Empathie, so wie auch das Client Outcome, auf sehr heterogene Weise operationalisiert, was eine generalisierende Aussage über *den* Effekt von *der* Empathie auf *das* Client Outcome zusätzlich beschränkt, weil immer berücksichtigt werden muss, welche Art von Empathie (und welche Art des Client Outcomes) untersucht wurde. Hierin bestätigt sich außerdem die im theoretischen Hintergrund dargelegte, anhaltend vorherrschende Heterogenität der Empathieverständnisse.

Bezüglich der Operationalisierung von Empathie lässt sich zudem die Frage stellen, wieso heute immer noch der Interpersonal Reactivity Index das meistverwendete Erhebungsinstrument für die (situative) Empathie in psychosozialen Berater*innen und Psychotherapeut*innen ist. Denn wie auch Bayne et al. (2020, S. 68) kritisieren, ist der IRI nicht auf den Beratungs- und Therapiekontext ausgerichtet, sondern erhebt die allgemeine Empathiefähigkeit von Personen, was seine Aussagekraft über die tatsächlich situativ wirksame professionelle Empathie möglicherweise schmälert. Die Entwicklung spezifisch beratungsbezogener Erhebungsinstrumente für Empathie als Beratungskompetenz wäre eine Möglichkeit Empathie im professionellen Gesprächsführungsprozess zu einem greifbareren und überprüfbareren Phänomen

in der Psychosozialen Beratung zu machen. Erste Versuche, z.B. die Empathic Counselor Scale von Bayne & Hankey (2020), gibt es bereits.

Insgesamt kann dennoch von einem verifizierten positiven Zusammenhang zwischen professioneller Empathie und dem Client Outcome gesprochen werden. Ein bedenkenloses Allheilmittel der Psychotherapie und Psychosozialen Beratung stellt sie deshalb jedoch nicht dar. Stattdessen muss sie als eine fundamentale Beratungskompetenz von großem, aber begrenzten und bedingten Wert verstanden werden, die mit dem Bewusstsein über ihre auch potenziellen Negativ-Konsequenzen für psychosozial Professionelle achtsam eingesetzt werden muss. Diese potenziellen Negativ-Konsequenzen von Empathie bzw. ungesunder Empathie, wie übermäßiger emotionaler Ansteckung und empathischen Disstress, werden in der aktuellen Forschungslandschaft allerdings noch ungenügend erhoben, nämlich in keiner der hier analysierten Studien. Dies ist ein Aspekt, von dem auch Leinweber (2018) berichtet. Dass sich diese Lücke auch in den Ergebnissen der hiesigen Arbeit so eindeutig zeigt, liegt jedoch auch in einer fehlerhaft methodischen Ursache begründet: der Begriff *Mitgeföhls müdigkeit*, welcher möglicherweise zu Studien geführt hätte, die Negativ-Konsequenzen untersuchten, galt in der systematischen Recherche als Ausschlusskriterium. Dies wird in der anschließenden Reflexion des Wertes der Arbeit noch einmal genauer erläutert. Dennoch waren es nur sehr wenige Titel, die aufgrund dessen ausgeschlossen wurden und es muss betont werden, dass keine anderen Begriffe, die für potenzielle Negativ-Konsequenzen hätten stehen können, von vornherein ausgeschlossen wurden. Derartige Studien mit Fokus auf Negativ-Folgen von Empathie und Mitgefühl wurden also darüber hinaus in den Datenbanken gar nicht erst vorgefunden. Die Feststellung von Leinweber (2018) und anderen Autor*innen, dass die potenziell negativen Folgen von Empathie im Kontext von Psychosozialer Beratung und Psychotherapie zu wenig erforscht sind, bestätigt sich also auch in dieser Analyse. Grundsätzlich zeigt sich, dass die Wirkung (auch die positive) von Empathie auf eine abhängige Variable, wie das Client Outcome heute vergleichsweise wenig untersucht wird und wenn, dann fast ausschließlich im Psychotherapie- und nicht im Beratungssetting. Möglicherweise deshalb, weil der Zusammenhang bereits als gut belegt gilt.

Das aktuelle Forschungsinteresse bzgl. Empathie hat sich stattdessen verlagert auf *die verschiedenen unabhängigen Einflüsse auf und Bedingungen von*

professioneller Empathie als abhängige Variable. Die Ergebnisse dieser zweiten Studiengruppe belegen auf diverse Weise folgende Gegebenheiten: Empathie in Berater*innen und Psychotherapeut*innen kann

- über bestimmte Methoden (Mitgeföhls- und Liebende Güte Meditation sowie Psychodrama) aktiv gefördert werden,
- von erst im Gesprächsführungsprozess aufkommenden und weniger kontrollierbaren, situativen Aspekten beeinflusst werden (z.B. Therapieformat),
- selbst als Mediator die therapeutische Allianz beeinflussen
- und schließlich von bestimmten, relativ stabilen Personenmerkmalen in den Professionellen (Erfahrungslevel, moralische Einstellung, Achtsamkeit, kritisches Denken und Problemlösefähigkeit und emotionale Intelligenz) abhängig sein.

Besonders zuverlässig scheinen dabei die belegten Zusammenhänge zwischen dem Erfahrungslevel und der als bereits fest verinnerlichte Haltung integrierten Achtsamkeit zu sein, weil mehrere Untersuchungen der hiesigen Studienauswahl sich diesen Variablen widmen und in ihren positiven Ergebnissen übereinstimmen. Achtsamkeit scheint grundsätzlich sehr eng mit Empathie und insbesondere mit Mitgeföhlsgefühl verknüpft zu sein und spielt sehr oft eine Rolle in den Studien. Eine fest in sich integrierte achtsame Haltung kann möglicherweise eine hilfreiche Ressource für das beibehalten der „als ob“ Perspektive im empathischen Prozess und der Entwicklung von Mitgeföhlsgefühl sein.

In der Interpretation der Studienergebnisse dieser zweiten Gruppe müssen allerdings die methodischen Herangehensweisen berücksichtigt werden. Die meisten Studien sind eines nicht-experimentellen Designs, was eine zuverlässige Aussage über einen tatsächlichen Ursache-Wirkungszusammenhang der UVs und AVs nicht ermöglicht. Nicht-experimentelle Designs sind in der Erforschung von Empathie (und anderen Beziehungsvariablen im Kontext von Beratung und Psychotherapie) allerdings sehr üblich, weil Empathie sich im Kontext von Beratung und Psychotherapie aus ethischen Gründen nicht manipulieren lässt (Wampold, 2015, S. 273). Nichtsdestotrotz soll darauf hingewiesen werden, dass die Forschung sich weiter bemühen sollte, die Evidenz der Ergebnisse zu steigern, indem bspw. eher vergleichende Studien mit Kontrollgruppen, größere Stichproben sowie einheitlichere und

auf den Beratungs- und Therapiekontext abgestimmte Operationalisierungen und Messinstrumente eingesetzt werden.

Dies gilt auch für beide Studiengruppen zum Phänomen Mitgefühl. Auch hier können keine eindeutigen Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge zwischen dem Grad an (Selbst-)Mitgefühl und dem subjektiven Wohlbefinden der psychosozial Professionellen oder der Klient*innen belegt werden. In diesen Gruppen lassen sich die Studien jedoch zumindest besser miteinander vergleichen, weil die Operationalisierung von Selbstmitgefühl in diesem Forschungsbereich wesentlich einheitlicher ist. *Selbstmitgefühl* ist ein Konzept, das in der Literatur und Forschung sehr homogen konzipiert, definiert und operationalisiert wird. Anders ist das bei dem Phänomen *Mitgefühl gegenüber anderen*. Dort herrscht eine stärkere Heterogenität in der Anwendung von Erhebungsinstrumenten, was auch McDonald et al. (2020, S. 2) feststellen. Zur Erhebung von Selbstmitgefühl hingegen wird in den meisten Studien die Self-Compassion Scale verwendet, was eine Vergleichbarkeit der verschiedenen Ergebnisse vereinfacht. So ist in beiden Studienuntergruppen relativ eindeutig das Ergebnis zu erkennen, das Selbstmitgefühl sowohl in Berater*innen bzw. Therapeut*innen als auch in (potenziellen) Klient*innen in Form einer persönlichen Ressource einen positiven Einfluss auf das Wohlbefinden haben kann. Dabei gehen einige Studien sogar so weit, dass die noch einmal genauer in die Subskalen der SCS schauen und übereinstimmend feststellen, dass es insbesondere zumeist die reduzierte negative Haltung gegenüber sich selbst (Selbstverurteilung) im Selbstmitgefühl ist, die mit einem gesteigerten Wohlbefinden einhergeht und weniger die stärkere Ausprägung der Positiv-Komponente. Uneinheitlichkeit weisen die Studien allerdings in den Operationalisierungen von Wohlbefinden auf, welches sie auf sehr unterschiedliche Weise erheben. Dies schwächt wiederum die Generalisierbarkeit des Zusammenhangs. Dennoch wird deutlich, dass Selbstmitgefühl eine für den Erhalt und die Förderung des subjektiven Wohlbefindens wichtige persönliche Ressource in Professionellen und Klient*innen darstellt. Diese gilt es einerseits im Rahmen der beraterischen bzw. therapeutischen Ausbildung in den angehenden Professionellen zu kultivieren bzw. zu fördern. Andererseits sollte ihr im Beratungs- bzw. Therapieprozess eine zentrale Stellung als zu berücksichtigende und ggf. über ausgewählte Methoden zu stärkende Ressource in den Klient*innen eingeräumt werden.

Die im aktuellen Forschungsstand mangelnde, fast vollständig ausbleibende Berücksichtigung von Mitgefühl seitens Therapeut*innen und Berater*innen gegenüber Klient*innen als *interpersonelles* Phänomen im Gesprächsführungsprozess, ist jedoch enttäuschend. Das mögliche Potenzial von Mitgefühl gegenüber anderen als psychisch gesündere Ergänzung zu Empathie bzw. empathischem Distress und wirksame Beratungskompetenz, die sich sowohl auf das Client Outcome als auch auf die psychische Gesundheit der Professionellen positiv auswirken könnte, bleibt fast vollständig unberücksichtigt. Nur sehr vereinzelt belegen Studien einen anderen Zusammenhang, und zwar, dass Mitgefühl gegenüber anderen mit einer erhöhten Mitgefühlszufriedenheit, also einer Ressource für die im professionellen Kontext erlebte Lebensqualität, einhergehen kann. Insgesamt zeigt sich dennoch ein großer Forschungsbedarf, um die ersten vorhandenen neurowissenschaftlichen Erkenntnisse zum Potenzial von Mitgefühl im Beratungs- und Psychotherapiekontext um sozialwissenschaftliche und psychologische Erkenntnisse zu erweitern.

Schlussfolgerungen für Theorie, Ausbildung und Praxis der Psychosozialen Beratung

Aus diesen Ergebnissen lassen sich verschiedene Schlussfolgerungen für die Psychosoziale Beratung ziehen. Bereits die begriffliche Auseinandersetzung mit den Phänomenen Mitgefühl und Empathie im ersten Teil dieser Arbeit, zusätzlich aber auch die, durch die vergleichende Studienanalyse aufgezeigte, Heterogenität in den Konzeptionalisierungen und Operationalisierungen von Empathie und Mitgefühl der Studien zeigen zwei wichtige Aspekte auf: Empathie ist nicht gleich Empathie und Empathie und Mitgefühl sind voneinander zu differenzieren.

Für die beratungstheoretische Ebene bedeutet das, dass diese feinen Differenzierungen stärker aufgegriffen werden müssen. Das heißt, in der Beratungstheorie, die an angehende Berater*innen vermittelt wird, sollte das Empathiekonzept differenzierter und interdisziplinär thematisiert werden. So sollten die diversen psychologischen Empathiekonzepte, die neurowissenschaftliche Betrachtungsweise, erweiterte Konzeptvorschläge (bspw. kulturelle oder positive Empathie) und auch das Mitgefühlskonzept breit diskutiert werden. Dabei sollten auch der Wert von Empathie für den Gesprächsführungsprozess und das Client Outcome, genauso aber auch die potenziellen psychischen Risiken und Negativ-Konsequenzen von

emotionaler Ansteckung und empathischem Disstress, wie sekundäre Traumatisierung und Mitgefühlsmüdigkeit berücksichtigt werden.

Die in der vorliegenden Arbeit vorgenommene Auseinandersetzung mit den begrifflichen Unterschieden innerhalb des Empathiebegriffs sowie zwischen Empathie und Mitgefühl löste bei der Autorin selbst einen Reflexionsprozess über die eigenen Empathie- und Mitgefühlsmöglichkeiten und -formen aus, die sowohl in professionellen als auch privaten Gesprächsführungsprozessen aufkommen. Darüber entwickelte sich ein neues Bewusstsein über die, für die persönliche psychische Gesundheit und Professionalität förderlichen und hinderlichen Strukturen der eigenen Empathie- und Mitgefühlsmöglichkeit und ihrer (bewussten wie auch unbewussten) Anwendung. Dies ist ein Reflexionsprozess, der jeder*m angehenden Berater*in im Rahmen seiner*ihrer Ausbildung zugänglich gemacht werden sollte. So kann bereits frühzeitig eine Bewusstheit über die Bedingungen, Formen und Konsequenzen der eigenen professionellen Empathie und des Mitgefühls entwickelt und möglicherweise frühzeitig den negativen Folgen von ungesunder Empathie entgegengewirkt werden.

Neben einer differenzierteren konzeptionellen Auseinandersetzung mit dem Empathiephänomen auf theoretischer und selbstreflexiver Ebene sollte zusätzlich die Bedeutung von Emotionsregulation für Berater*innen während eines empathischen Prozesses mit Klient*innen theoretisch diskutiert und praktisch geübt werden. Denn wie einerseits die neurowissenschaftliche Betrachtung von Empathie im zweiten Kapitel zeigte (Eisenberg & Eggum, 2009) und wie andererseits auch Voutilainen et al. (2018) aus ihrer physiologischen Erhebung schließen (Kapitel 5.2.1), spielt die eigene Emotionsregulationsfähigkeit eine zentrale Rolle in der Erhaltung bzw. Entwicklung einer gesunden Empathie, frei von empathischem Stress.

Deshalb sollten ausgewählte Methoden zur Emotionsregulations-, Empathie- und Mitgefühlsmförderung verpflichtend in die Ausbildung angehender Berater*innen integriert werden, um den Studierenden zu ermöglichen sich in professioneller, gesunder Empathie und der (Weiter-)Entwicklung zu Mitgefühl gegenüber den Klient*innen zu üben. Letzteres wohl jedoch erst dann, wenn sich das vermutete Potenzial von Mitgefühl als Ergänzung zu Empathie empirisch bestätigen lässt. Dann sollte auch diese Haltung bzw. dieser Skill als relevante Beratungskompetenz im Rahmen der Ausbildung geschult werden. Dabei gilt zu berücksichtigen, dass sich,

wie sich in den Ergebnissen ebenfalls zeigt, Selbstmitgefühl und Mitgefühl gegenüber anderen nicht gegenseitig bedingen. Beide Mitgefühlsformen müssen individuell kultiviert werden.

So sollte auch und nach aktuell empirischem Stand *insbesondere* die Thematisierung und Kultivierung von Selbstmitgefühl, unter Berücksichtigung seiner Positiv- und Negativ-Komponenten, eine bedeutsame und separate Rolle in der Ausbildung von angehenden psychosozial Professionellen einnehmen, und zwar vor zwei Hintergründen: zum einen aus der Betrachtung als persönliche Ressource und professionelle, selbst- und emotionsregulative Personenkompetenz heraus, indem Selbstmitgefühlstraining für Studierende angeboten wird, um das eigene Wohlbefinden und die Psychohygiene zu fördern und darüber die Beratungskompetenz zu steigern. Zum anderen sollte das Selbstmitgefühlskonzept Eingang in die vermittelte Theorie von psychiatrischen Störungsbildern bzw. psychosozialen Belastungen und ihren Ursachen sowie Bewältigungsmöglichkeiten Eingang finden. So soll angehenden Berater*innen gelehrt werden, dass (reduziertes) Selbstmitgefühl eine Ursache von psychosozialem Leid der Klient*innen bzw. ein möglicher Ansatzpunkt in dem Beratungsprozess zur Bewältigung dieses Leids sein kann. Deshalb sollten auch Methoden zur Kultivierung von Selbstmitgefühl sowie die Weitergabe dieser Methoden an Klient*innen als mögliche Form der Hilfe zur Selbsthilfe in die Lehre und schließlich in die Praxis der Psychosozialen Beratung eingeführt werden.

Die verstärkte Berücksichtigung des (Selbst-)Mitgefühlskonzeptes und entsprechender Kultivierungsmethoden wäre ein Leichtes, weil es sich hierbei lediglich um die Übernahme von Theorie und Methodik handelt, die bereits vorhanden ist und bereits im Rahmen von Gesundheitsförderung der allgemeinen Bevölkerung zugänglich gemacht wird.

Die Übertragung dieser bereits vorhandenen Informationen und Strukturen bzgl. der (Selbst-)Mitgefühlsförderung in die Theorie, Ausbildung und Praxis der Psychosozialen Beratung, sowie die Ausweitung der Emotionsregulations- und Empathieförderung und der theoretisch kritischen Diskussion über diese Konzepte in der psychosozialen Ausbildung birgen ein großes Potenzial für die Professionalisierung von Beratung und Berater*innen in sich.

6.2 Reflexion des Wertes der vorliegenden Arbeit als Forschungsbeitrag

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war es, eine Übersicht über den aktuellen Forschungsstand zu den Rollen, Bedeutungen und Wirkungsweisen von Empathie und Mitgefühl im Kontext von Psychosozialer Beratung und Psychotherapie zu bieten. Inwieweit das Ziel erreicht und damit ein wertvoller Beitrag zum bestehenden Forschungsstand geleistet wurde, soll hier reflektiert werden.

Limitationen der vorliegenden Arbeit

Auf einige Aspekte in der methodischen Herangehensweise ist hinzuweisen, die die Aussagekraft der vorliegenden Arbeit und ihren Beitrag zu dem aktuellen Forschungsstand begrenzen. Insbesondere ist die Auswahl der Ein- und Ausschlusskriterien zu hinterfragen, weil an dieser Stelle im Rahmen eines Reviews die Gefahr einer späteren Ergebnisverzerrung am größten ist. So hätten die Selektionskriterien teils enger, teils breiter ausgerichtet werden sollen.

Bspw. hätten Studien, die Mitgefühlsmüdigkeit untersuchten, unbedingt miteingeschlossen und nicht ausgeschlossen werden sollen, weil so potenzielle Negativkonsequenzen von Empathie bzw. Mitgefühl aufgezeigt und ein ganzheitlicheres Bild ihrer positiven *und negativen* Konsequenzen im Beratungs-, bzw. Psychotherapieprozess abgebildet hätten werden können. Die Entscheidung zum Ausschluss dieser Studien lag jedoch in dem fehlerhaften Gedankengang der Autorin zu Beginn begründet, Mitgefühl und Mitgefühlsmüdigkeit als unterschiedliche Konzepte voneinander abzugrenzen und sich nur auf das Konzept Mitgefühl zu konzentrieren, um den Untersuchungsgegenstand einzugrenzen. Dabei ist der für diese Arbeit, eigentlich doch sehr interessante Aspekt, ob Mitgefühlsmüdigkeit als psychische Belastung von psychosozial und psychologisch Professionellen eine potenzielle Folge von Empathie oder Mitgefühl sein könnte, in der hiesigen Analyse des aktuellen Forschungsstands verloren gegangen.

Des Weiteren stellt sich die Frage, ob die Berücksichtigung von *potenziellen* Klient*innen in den Studien, also Menschen, die *noch keine* Psychotherapie oder Psychosoziale Beratung in Anspruch nehmen, sondern lediglich einem bestimmten Risiko ausgesetzt sind, sinnvoll gewesen ist. Es hätte sich stattdessen ausschließlich auf tatsächliche Klient*innen fokussiert werden und derartig gesunde Populationen

von vornherein ausgeschlossen werden können. So konnten zwei Studien weder dem Beratungs- noch Psychotherapiekontext zugeordnet werden.

Es wird also deutlich, dass die breite Ausrichtung in einem Review neben ihrer Chance, den Forschungsstand im besten Falle frei von Begrenzungen so widerzuspiegeln, wie er vorzufinden ist, auch eine Herausforderung mit sich bringt: nämlich eine übermäßige und unübersichtliche Breite mit einer, für eine Masterarbeit, zu immensen Zahl an final relevanten Studien zu verhindern sowie den Verlust des zentralen Forschungsanliegens zu vermeiden. Die Balance aus Breite und Fokussierung hätte in der vorliegenden Arbeit mithilfe anderer und intensiver durchdachter Selektionsstrategien noch besser umgesetzt werden sollen.

Darüber hinaus wären für die vorliegende Arbeit auch eine Einbeziehung neurowissenschaftlicher Studien interessant gewesen, mithilfe derer die Aussagekraft des aktuellen Forschungsstand noch zuverlässiger bewertet hätte werden können. Andererseits hätte dies die Fachdisziplin der hiesigen Autorin und die entsprechende Verständnis- und Darstellungskompetenz höchstwahrscheinlich überschritten, weshalb dies nicht unternommen wurde.

Stärken der vorliegenden Arbeit

Trotz einiger Mängel in der hiesigen Methodik gibt es auch einige Stärken, die die vorliegende Arbeit zu einem relevanten wissenschaftlichen Beitrag machen.

So wurde sich den theoretischen Begrifflichkeiten von Empathie und Mitgefühl und ihrer Heterogenität auf umfangreiche Weise gewidmet und die Komplexität des aktuellen Forschungsstandes mit einer relativ großen Auswahl an Studien widergespiegelt. Gleichzeitig wurde sich bemüht die komplexe Forschungslandschaft auf greifbare Kategorien und zusammenfassende grafische Darstellungen herunterzubrechen, die eine vereinfachte Übersicht über die aktuellen Forschungserkenntnisse ermöglichen.

Damit wird in dieser Arbeit zum einen auf die Begriffsvielfalt und Bedeutungskomplexität von professioneller Empathie aufmerksam gemacht sowie ihr Potenzial kritisch diskutiert. Zum anderen wird der Wert des Mitgefühlskonzeptes als Ergänzung zum Empathiebegriff für die Psychosoziale Beratung und Psychotherapie differenziert herausgearbeitet und ebenfalls anhand aktueller empirischer Erkenntnisse

diskutiert. Das sind zwei Aspekte, die in der Ausbildung von angehenden psychosozialen Berater*innen aktuell eher untergehen, jedoch einen wichtigen Beitrag zur Kompetenzentwicklung und zur Prävention von berufsbedingten psychischen Belastungen leisten könnten. Die Umsetzung der, auf Basis des aktuellen Forschungsstands, vorgenommenen Empfehlungen in dieser Arbeit könnte schließlich auch zu mehr Beratungserfolg im Sinne einer Steigerung des Wohlbefindens von Klient*innen führen und somit insgesamt zur Professionalisierung von Psychosozialer Beratung beitragen. Dieses Aufmerksam-Machen, Hinweisen und Anstoßen zur Reflexion der Phänomene Empathie und Mitgefühl ist schließlich der zentrale Wert der vorliegenden Arbeit für die Wissenschaft und Anwendung der Psychosozialen Beratung.

7 Fazit

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war es, die aktuellen empirischen Erkenntnisse über die Rollen, Bedeutungen und Wirkungsweisen der Phänomene Empathie und Mitgefühl in der Psychosozialen Beratung und Psychotherapie mithilfe eines breit ausgerichteten systematischen Reviews darzulegen und daraus Schlussfolgerungen für die Theorie, Ausbildung und Praxis insbesondere der Psychosozialen Beratung zu ziehen. Die Analyse der n=33 Studien führte zu folgenden zusammengefassten Erkenntnissen:

1. Empathie wird als eine interpersonell zum Tragen kommende, professionelle Beratungskompetenz verstanden, die einen positiven Effekt auf das Beratungs- bzw. das Therapieergebnis, also das Client Outcome, haben kann, jedoch von verschiedenen Aspekten, wie Personenmerkmalen der Professionellen, von bestimmten Übungsmethoden, von äußeren Settingumständen und von bestimmten Charakteristika der Klient*innen beeinflusst werden kann. Empathie hat also einen großen, aber begrenzt und situationsabhängigen Wert für die Psychosoziale Beratung und Psychotherapie. Gleichzeitig ist die Forschung von einer starken Diversität der Begriffsverständnisse, Konzepte und Operationalisierungen von Empathie beherrscht, die die Generalisierbarkeit des empirisch belegten Nutzens von professioneller Empathie bremst. Diese Heterogenität muss in der Beratungstheorie mit angehenden Berater*innen diskutiert werden. Genauso sollten zukünftige Berater*innen in ihrer gesunden und reflektierten Empathiefähigkeit während ihrer Ausbildung verstärkt geschult werden.
2. Deutlich vom Empathiekonzept zu unterscheiden – so zumindest nach aktuellem theoretisch-konzeptionellen Stand – ist das Mitgefühlskonzept. Mitgefühl wird aktuell fast ausschließlich in Form von Selbstmitgefühl als intrapersonelle Ressource (in Berater*innen bzw. Therapeut*innen sowie in Klient*innen) erforscht. Die Belege weisen auf einen großen psychohygienischen und das Wohlbefinden fördernden, somit gesundheitsfördernden Effekt hin. Das Selbstmitgefühlskonzept sowie auch Selbstmitgefühlstraining sollte deshalb in die Theorie, Ausbildung und Praxis der Psychosozialen Beratung integriert werden. Mitgefühl als interpersonelle Beratungskompetenz, also seitens der Professionellen gegenüber den Klient*innen wird aktuell

hingegen kaum im Kontext von Beratung und Psychotherapie erforscht. Hier zeichnet sich deutlich ein großer Forschungsbedarf ab, um die, insbesondere aus der Neurowissenschaft kommende, Annahme über das empathischen Stress reduzierende, damit gesundheitsförderliche Potenzial von Mitgefühl als zu unterscheidende Ergänzung bzw. Erweiterung von Empathie empirisch zu prüfen.

Mit der Berücksichtigung dieser vielfältigen Erkenntnisse zu den Begriffen, Konzepten, Forschungsbewegungen sowie den Bedeutungen und Wirkungsweisen von Empathie und Mitgefühl könnte die Professionalisierung Psychosozialer Beratung weiter gefördert werden.

Mit ihren zentralen Ergebnissen leistet die vorliegende Masterarbeit deshalb – trotz einiger Limitationen – einen wichtigen Beitrag zur aktuellen Beratungs- und Psychotherapieforschung sowie deren praktische Anwendung, indem auf die Diversität, den Wert und die Grenzen der Phänomene Empathie und Mitgefühl im Kontext von Psychosozialer Beratung und Psychotherapie auf Basis aktueller empirischer Daten aufmerksam gemacht wird.

8 Ausblick

Der Forschungsstand zu den Rollen, Bedeutungen und Wirkungsweisen von Empathie und Mitgefühl in der Psychosozialen Beratung und Psychotherapie bietet aktuell zuverlässige Aussagen über die positiven Wirkungen von professioneller Empathie auf das Client Outcome, ihre potenzielle Abhängigkeit von bestimmten einflussnehmenden externen sowie persönlichkeitsbezogenen Variablen sowie über die positiven Wirkungen von Selbstmitgefühl auf das subjektive Wohlbefinden von psychosozial Professionellen und Klient*innen. Deutlich zeichnet sich hingegen eine Forschungslücke bezüglich der Wirkungen von Mitgefühl gegenüber anderen seitens der psychosozial Professionellen gegenüber ihren Klient*innen ab. Dieser potenziell interpersonelle Effekt sollte vermehrt Gegenstand zukünftiger Forschungsbestrebungen im Rahmen der psychologischen und sozialwissenschaftlichen Psychotherapie- und Beratungsforschung sein, um die auf theoretisch-konzeptioneller Ebene vorherrschende Trennbarkeit von Empathie und Mitgefühl in der Praxis zu überprüfen. Beispielsweise könnten beide als interpersonelle Variablen gleichzeitig in Studien erhoben werden, um die angenommenen Unterschiede zu testen.

Darüber hinaus sollten die potenziell negativen Konsequenzen von Empathie und Mitgefühl verstärkt im Kontext psychosozialer Professionen wie der Psychosozialen Beratung, Psychotherapie und Sozialen Arbeit untersucht werden, wie es auch im medizinischen Feld der Fall ist, um Aussagen über die Risiken und entsprechende Präventionsmöglichkeiten treffen zu können.

Zudem sollte sich die psychologisch-sozialwissenschaftliche Empathie- und Mitgefühlsvorschung einer erhöhten Evidenzsicherung über mehr Einheitlichkeit in der Operationalisierung, über größere Stichproben, die verstärkte Berücksichtigung qualitativer Designs und über beratungs- und therapiespezifische Erhebungsinstrumente widmen.

Insgesamt wird auch in der Literatur immer wieder betont, dass die Erforschung von Empathie und Mitgefühl noch in den Kinderschuhen steckt. Diese gilt es zukünftig im Rahmen psychosozialer Professionen in alle Richtungen weiterhin auszubauen.

Literaturverzeichnis

- Altmann, T. (2021). *Empathie im Dorsch Lexikon der Psychologie*.
<https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/empathie>
- Atzil-Slonim, D., Bar-Kalifa, E., Fisher, H., Lazarus, G., Hasson-Ohayon, I.,
Lutz, W., Rubel, J. & Rafaeli, E. (2019). Therapists' Empathic Accuracy Toward
Their Clients' Emotions. *Journal of consulting and clinical psychology*, 87(1),
33–45. <https://doi.org/10.1037/ccp0000354>
- Batson, D. (2009). These Things Called Empathy: Eight Related but Distinct Phenomena. In J. Decety & W. J. Ickes (Hrsg.), *Social neuroscience series. The social neuroscience of empathy* (S. 3–15). MIT Press.
- Bayne, H. B., Conley, A. H. & Colburn, A. N. (2020). Counselor Empathy; Religiosity; and Lesbian, Gay, and Bisexual Perspectives. *Counseling and Values*, 65(1), 57–74. <https://doi.org/10.1002/cvj.12122>
- Bayne, H. B. & Hankey, M. S. (2020). Exploring Cognitive Empathy: Further Validation of the Empathic Counselor Response Scale and Application to Practice. *The Journal of Humanistic Counseling*, 59(3), 219–239.
<https://doi.org/10.1002/johc.12146>
- Bayne, H. B. & Hays, D. G. (2017). Examining Conditions for Empathy in Counseling: An Exploratory Model. *The Journal of Humanistic Counseling*, 56(1), 32–52.
- Beaumont, E., Durkin, M., Hollins Martin, C. J. & Carson, J. (2016). Measuring relationships between self-compassion, compassion fatigue, burnout and well-being in student counsellors and student cognitive behavioural psychotherapists: a quantitative survey. *Counselling and Psychotherapy Research*, 16(1), 15–23. <https://doi.org/10.1002/capr.12054>
- Bibeau, M., Dionne, F. & Leblanc, J. (2016). Can Compassion Meditation Contribute to the Development of Psychotherapists' Empathy? A Review. *Mindfulness*, 7(1), 255–263. <https://doi.org/10.1007/s12671-015-0439-y>
- Bierhoff, H.-W. (2019). *Prosoziales Verhalten im Dorsch Lexikon der Psychologie*.
<https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/prosoziales-verhalten>

- Bierhoff, H.-W. (2021). *Empathie-Altruismus-Hypothese im Dorsch Lexikon der Psychologie*. <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/empathie-altruismus-hypothese>
- Blair, R. J. R. & Blair, K. S. (2009). Empathy, Morality, and Social Convention: Evidence from the Study of Psychopathy and Other Psychiatric Disorders. In J. Decety & W. J. Ickes (Hrsg.), *Social neuroscience series. The social neuroscience of empathy* (S. 140–152). MIT Press.
- Bornemann, B. & Singer, T. (2013). Das ReSource-Modell des Mitgefühls: Eine kognitiv-affektive neurowissenschaftliche Perspektive. In T. Singer & M. Bolz (Hrsg.), *Mitgefühl: In Alltag und Forschung* (S. 184–199). Max Planck Society.
- Bozarth, J. D. (2009). Rogerian Empathy in an Organismic Theory: A Way of Being. In J. Decety & W. J. Ickes (Hrsg.), *Social neuroscience series. The social neuroscience of empathy* (S. 101–112). MIT Press.
- Conoley, C. W., Pontrelli, M. E., Oromendia, M. F., Del Carmen Bello, B. & Nagata, C. M. (2015). Positive Empathy: A Therapeutic Skill Inspired by Positive Psychology. *Journal of clinical psychology, 71*(6), 575–583.
<https://doi.org/10.1002/jclp.22175>
- Cooper, D., Yap, K., O'Brien, M. & Scott, I. (2020). Mindfulness and Empathy Among Counseling and Psychotherapy Professionals: A Systematic Review and Meta-analysis. *Mindfulness, 11*(10), 2243–2257.
<https://doi.org/10.1007/s12671-020-01425-3>
- CSO GmbH. (2021). *Über Delphi-Studien*. <https://delphi-study.com/methodik>
- Davis, M. H. (1980). *A Multidimensional Approach to Individual Differences in Empathy*. The University of Texas at Austin. https://www.researchgate.net/publication/34891073_A_Multidimensional_Approach_to_Individual_Differences_in_Empathy
- Dogan, T. (2018). The effects of the psychodrama in instilling empathy and self-awareness: A pilot study. *PsyCh journal, 7*(4), 227–238.
<https://doi.org/10.1002/pchj.228>
- Eisenberg, N. & Eggum, N. D. (2009). Empathic Responding: Sympathy and Personal Distress. In J. Decety & W. J. Ickes (Hrsg.), *Social neuroscience series. The social neuroscience of empathy* (S. 71–82). MIT Press.

- Elliott, R., Bohart, A. C [A. C.], Watson, J. C [J. C.] & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. In J. Norcross (Hrsg.), *Psychotherapy relationships that work* (2. Aufl., S. 132–152). Oxford University Press.
- Elliott, R., Bohart, A. C [Arthur C.], Watson, J. C [Jeanne C.] & Murphy, D. (2018). Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 55(4), 399–410. <https://doi.org/10.1037/pst0000175>
- Fabach, S. (2018). Das stärkende Potenzial von Mitgefühl. *Leidfaden*(4), 91–93.
- Finke, J. (1994). *Empathie und Interaktion: Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie*. Thieme.
- Fulton, C. L. & Cashwell, C. S. (2015). Mindfulness-Based Awareness and Compassion: Predictors of Counselor Empathy and Anxiety. *Counselor Education and Supervision*, 54(2), 122–133. <https://doi.org/10.1002/ceas.12009>
- Galili-Weinstock, L., Chen, R., Atzil-Slonim, D., Rafaeli, E. & Peri, T. (2020). Enhancement of self compassion in psychotherapy: The role of therapists' interventions. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*, 30(6), 815–828. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1650979>
- Ganley, R. M. (1989). The Barrett-Lennard Relationship Inventory (BLRI): Current and Potential Uses with Family Systems. *Family process*, 28(1), 107–115. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1989.00107.x>
- Gerdes, K. E., Segal, E. A. & Lietz, C. A. (2010). Conceptualising and Measuring Empathy. *British Journal of Social Work*, 40(7), 2326–2343. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcq048>
- Gilbert, P. (2010). *Compassion Focused Therapy: Distinctive features. The CBT Distinctive Features*. Routledge.
- Gilbert, P. (2013). Der Fluss des Lebens: Ein Evolutionsmodell von Mitgefühl. In T. Singer & M. Bolz (Hrsg.), *Mitgefühl: In Alltag und Forschung* (S. 130–154). Max Planck Society.
- Hangartner, D. (2013). Menschliches Leid und die Vier Unermesslichen: Eine buddhistische Perspektive auf Mitgefühl. In T. Singer & M. Bolz (Hrsg.), *Mitgefühl: In Alltag und Forschung* (S. 156–169). Max Planck Society.
- Harr, C. R., Brice, T. S., Riley, K. & Moore, B. (2014). The Impact of Compassion Fatigue and Compassion Satisfaction on Social Work Students. *Journal of the*

- Society for Social Work and Research*, 5(2), 233–251.
<https://doi.org/10.1086/676518>
- Heath, P. J., Brenner, R. E., Vogel, D. L., Lannin, D. G. & Strass, H. A. (2017). Masculinity and Barriers to Seeking Counseling: The Buffering Role of Self-Compassion. *Journal of counseling psychology*, 64(1), 94–103.
<https://doi.org/10.1037/cou0000185>
- Hochschule Neubrandenburg. (2020). *Datenbank-Infosystem (DBIS): Web of Science Core Collection*. https://rzblx10.uni-regensburg.de/dbinfo/detail.php?bib_id=fhnb&colors=&ocolors=&lett=f&tid=0&titel_id=2142
- Hoffart, A., Øktedalen, T. & Langkaas, T. F. (2015). Self-compassion influences PTSD symptoms in the process of change in trauma-focused cognitive-behavioral therapies: a study of within-person processes. *Frontiers in psychology*, 6, 1–11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01273>
- Ickes, W. J. (2009). Empathic Accuracy: Its Links to Clinical, Cognitive, Developmental, Social, and Physiological Psychology. In J. Decety & W. J. Ickes (Hrsg.), *Social neuroscience series. The social neuroscience of empathy* (S. 57–70). MIT Press.
- Jeffrey, D. (2016). Empathy, sympathy and compassion in healthcare: Is there a problem? Is there a difference? Does it matter? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 109(12), 446–452. <https://doi.org/10.1177/0141076816680120>
- Kabat-Zinn, J. (2011). *Gesund durch Meditation: Das große Buch der Selbstheilung. Knauer Mens sana: Bd. 87538*. Knauer-Taschenbuch.
- Karatzias, T., Hyland, P., Bradley, A., Fyvie, C., Logan, K., Easton, P., Thomas, J., Philips, S., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Cloitre, M. & Shevlin, M. (2019). Is Self-Compassion a Worthwhile Therapeutic Target for ICD-11 Complex PTSD (CPTSD)? *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 47(3), 257–269.
<https://doi.org/10.1017/S1352465818000577>
- Kaurin, A., Schönfelder, S. & Wessa, M. (2018). Self-Compassion Buffers the Link Between Self-Criticism and Depression in Trauma-Exposed Firefighters. *Journal of counseling psychology*, 65(4), 453–462. <https://doi.org/10.1037/cou0000275>
- Kelly, A. (18. April 2020). *Compassion Focused Therapy for Eating Disorders*. Department of Psychology University of Waterloo. University of Waterloo.

- Krieger, T., Berger, T. & Holtforth, M. G. (2016). The relationship of self-compassion and depression: Cross-lagged panel analyses in depressed patients after outpatient therapy. *Journal of Affective Disorders*, 202, 39–45.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.032>
- Leibniz Institut für Psychologie. (2021). *Über PubPsych*.
<https://pubpsych.zpid.de/pubpsych/about.jsp?lang=DE>
- Leinweber, J. (2018). Kann Empathie traumatisieren? Hat emotionale Zugewandtheit ihren Preis? *Leidfaden*(4), 94–95.
- Leonard, H. D., Campbell, K. & Gonzalez, V. M. (2018). The Relationships among Clinician Self-Report of Empathy, Mindfulness, and Therapeutic Alliance. *Mindfulness*, 9(6), 1837–1844. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0926-z>
- Leppma, M. & Young, M. E. (2016). Loving-Kindness Meditation and Empathy: A Wellness Group Intervention for Counseling Students. *Journal of Counseling & Development*, 94(3), 297–305. <https://doi.org/10.1002/jcad.12086>
- Luo, P., Yin, M. & Li, Y. (2021). Different effects of facial attractiveness on empathic responses in counselors and matched controls. *Current Psychology*. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01301-2>
- Mackintosh, K., Power, K., Schwannauer, M. & Chan, S. W. Y. (2018). The Relationships Between Self-Compassion, Attachment and Interpersonal Problems in Clinical Patients with Mixed Anxiety and Depression and Emotional Distress. *Mindfulness*, 9(3), 961–971. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0835-6>
- Martin-Cuellar, A., Lardier, D. T. & Atencio, D. J. (2019). Therapist mindfulness and subjective vitality: the role of psychological wellbeing and compassion satisfaction. *Journal of mental health (Abingdon, England)*, 30(1), 113–120.
<https://doi.org/10.1080/09638237.2019.1644491>
- McDonald, M. A., Meckes, S. J. & Lancaster, C. L. (2020). Compassion for Oneself and Others Protects the Mental Health of First Responders. *Mindfulness*, 12, 659–671. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01527-y>
- McIntyre, S. L., Samstag, L. W., Haden, S. C. & Duncan, J. W. (2019). Therapist Experience, Personal Therapy, and Distressing States of Mind: Regulation and Resonance as Dialectics of Therapeutic Empathy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 49(4), 213–221. <https://doi.org/10.1007/s10879-019-09431-w>

- McLean, L., Bambling, M. & Steindl, S. R. (2018). Perspectives on Self-Compassion From Adult Female Survivors of Sexual Abuse and the Counselors Who Work With Them. *Journal of interpersonal violence*, 36(9-10), 1-24.
<https://doi.org/10.1177/0886260518793975>
- Moyers, T. B., Houck, J., Rice, S. L., Longabaugh, R. & Miller, W. R. (2016). Therapist Empathy, Combined Behavioral Intervention, and Alcohol Outcomes in the COMBINE Research Project. *Journal of consulting and clinical psychology*, 84(3), 221–229. <https://doi.org/10.1037/ccp0000074>.
- National Library of Medicine. (o.J.). *PubMed Overview*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/about/>
- Neff, K. (2021a). *Definition of Self-Compassion*. <https://self-compassion.org/the-three-elements-of-self-compassion-2/>
- Neff, K. (2021b). *Mindful Self-Compassion*. <https://self-compassion.org/the-program/>
- Neff, K. (2021c). *What Self-Compassion Is Not*. <https://self-compassion.org/what-self-compassion-is-not-2/>
- Pawlowsky, G. (2000). Empathie. In G. Stumm & A. Pritz (Hrsg.), *Wörterbuch der Psychotherapie* (S. 160–161). Springer Vienna. https://doi.org/10.1007/978-3-211-99131-2_427
- Petticrew, M. & Roberts, H. (2006). *Systematic reviews in the social sciences: A practical guide* (3 Ed.). Blackwell.
- Raymond, K. D. (2020). *Compassion in Professional Counseling: A DELPHI Study*. Virginia State University, Blacksburg, Virginia. https://vtechworks.lib.vt.edu/bitstream/handle/10919/97192/Raymond_KD_D_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Reese, R. J., Mecham, M. R., Vasilj, I., Lengerich, A. J., Brown, H. M., Simpson, N. B. & Newsome, B. D. (2016). The effects of telepsychology format on empathic accuracy and the therapeutic alliance: An analogue counselling session. *Counselling and Psychotherapy Research*, 16(4), 256–265.
<https://doi.org/10.1002/capr.12092>
- Rogers, C. (1975). Empathic: An Unappreciated Way of Being. *The Counseling Psychologist*, 5(2), 2–10. <https://doi.org/10.1177/001100007500500202>

- Rohwetter, A. (2019). *Wege aus der Mitgefühlsmüdigkeit: Erschöpfung vorbeugen in Psychotherapie und Beratung* (1. Auflage). Beltz. <https://www.beltz.de/fileadmin/beltz/leseproben/978-3-621-28688-6.pdf>
- Roth, M., Altmann, T. & Schönefeld, V. (2016). Einleitung: Definitionen, Modelle und Trainierbarkeit von Empathie. In M. Roth, V. Schönefeld & T. Altmann (Hrsg.), *Trainings- und Interventionsprogramme zur Förderung von Empathie* (S. 1–11). Springer Berlin Heidelberg. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-48199-8>
- Roth, M., Schönefeld, V. & Altmann, T. (Hrsg.). (2016). *Trainings- und Interventionsprogramme zur Förderung von Empathie*. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-48199-8>
- Roxas, M. M., David, A. P. & Aruta, J. J. B. R. (2019). Compassion, Forgiveness and Subjective Well-Being among Filipino Counseling Professionals. *International journal for the advancement of counselling*, 41(2), 272–283. <https://doi.org/10.1007/s10447-019-09374-w>
- Ruckmann, J. & Rief, W. (2013). Empathie: neurowissenschaftliche Grundlagen, klinische Implikationen und offene Fragestellungen. *Verhaltenstherapie*, 23(1), 23–34. <https://doi.org/10.1159/000346611>
- Şahin, C. & Kumcağız, H. (2017). The relationship between critical thinking disposition, problem solving and empathetic tendency in counsellor candidates. *SHS Web of Conferences*, 37, 1–8. <https://doi.org/10.1051/shsconf/20173701052>
- Santamaría-García, H., Baez, S., García, A. M., Flichtentrei, D., Prats, M., Mastandueno, R., Sigman, M., Matallana, D., Cetkovich, M. & Ibáñez, A. (2017). Empathy for others' suffering and its mediators in mental health professionals. *Scientific reports*, 7(1), 1–13. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-06775-y>
- Singer, T. & Bolz, M. (Hrsg.). (2013). *Mitgefühl: In Alltag und Forschung*. Max Planck Society. <http://www.compassion-training.org/de/online/index.html?iframe=true&width=100%&height=100%>
- Singer, T. & Klimecki, O. M. (2014). Empathy and compassion. *Current biology : CB*, 24(18), 875-878. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2014.06.054>

- Singer, T. & Lamm, C. (2009). The social neuroscience of empathy. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1156, 81–96. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.04418.x>
- Smith, J. D., Lassiter, P. S. & Gutierrez, D. (2020). Examining the Relationship of Emotional Intelligence and Cultural Empathy in Addiction Counselors. *Journal of Addictions & Offender Counseling*, 41(2), 97–110. <https://doi.org/10.1002/jaoc.12083>
- Stamm, H. E., Smith-Higson, C., Hudnall, A. C., Piland, N. F. & Hudnall, B. (2019a). *Professional Quality of Life: CS and CF*. https://proqol.org/CS_and_CF.html
- Stamm, H. E., Smith-Higson, C., Hudnall, A. C., Piland, N. F. & Hudnall, B. (2019b). *ProQOL Compassion Satisfaction*. https://proqol.org/Compassion_Satisfaction.html
- Strauss, C., Lever Taylor, B., Gu, J., Kuyken, W., Baer, R., Jones, F. & Cavanagh, K. (2016). What is compassion and how can we measure it? A review of definitions and measures. *Clinical psychology review*, 47, 15–27. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.05.004>
- Thomsen, T., Püttker, K. & Weberling, J. (2016). *Can empathy make therapists sick? The role of empathy and coping in secondary trauma in trauma therapists*. https://www.researchgate.net/publication/316216400_Can_empathy_make_the_therapists_sick_The_role_of_empathy_and_coping_in_secondary_trauma_in_trauma_therapists
- Todorov, N., Sherman, K. A. & Kilby, C. J. (2019). Self-compassion and hope in the context of body image disturbance and distress in breast cancer survivors. *Psycho-oncology*, 28(10), 2025–2032. <https://doi.org/10.1002/pon.5187>
- van den Brink, E. (2021a). *Compassion Training*. <https://mbcl.org/compassion-training>
- van den Brink, E. (2021b). *Compassion Training: Content*. <https://mbcl.org/compassion-training/content>
- van den Brink, E. & Koster, F. (2013). *Mitfühlend leben: Mit Selbst-Mitgefühl und Achtsamkeit die seelische Gesundheit stärken. Mindfulness-Based Compassionate Living - MBCL* ((C. Wilhelm, Übers.)). Kösel.

- Vitinius, F., Tieden, S., Hellmich, M., Pfaff, H., Albus, C. & Ommen, O. (2018). Perceived Psychotherapist's Empathy and Therapy Motivation as Determinants of Long-Term Therapy Success-Results of a Cohort Study of Short Term Psychodynamic Inpatient Psychotherapy. *Frontiers in psychiatry*, *9*, 1–11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00660>
- Voutilainen, L., Henttonen, P., Kahri, M., Ravaja, N., Sams, M. & Peräkylä, A. (2018). Empathy, Challenge, and Psychophysiological Activation in Therapist-Client Interaction. *Frontiers in psychology*, *9*, 1–13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00530>
- Wakolbinger, C. (2018). Entwicklung von Empathiefähigkeit im Kindesalter - und was diese verhindern kann. *Leidfaden*(4), 34–36.
- Wälte, D. & Lübeck, A. (2018). Was ist psychosoziale Beratung? In D. Wälte & M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Grundwissen Soziale Arbeit: Band 24. Psychosoziale Beratung: Grundlagen, Diagnostik, Intervention* (1. Aufl., S. 24–31). W. Kohlhammer.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *14*(3), 270–277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>
- Weinhardt, M. (2015). Einleitung. In M. Weinhardt (Hrsg.), *Psychosoziale Beratungskompetenz: Pilotstudien aus der Arbeitsstelle für Beratungsforschung* (S. 9–17). Beltz Juventa.
- Wetzel, S. (2015). *Achtsamkeit und Mitgefühl: Mut zur Muße statt Hektik und Burnout. Leben lernen: Bd. 267*. Klett-Cotta.
- Wilkening, F. (2016). *Perspektivenübernahme im Dorsch Lexikon der Psychologie*. <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/perspektivenuebernahme>
- Yip, S. Y. C., Mak, W. W. S., Chio, F. H. N. & Law, R. W. (2017). The Mediating Role of Self-Compassion Between Mindfulness and Compassion Fatigue Among Therapists in Hong Kong. *Mindfulness*, *8*(2), 460–470. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0618-5>
- Zwicker-Pelzer, R. (2010). *Beratung in der sozialen Arbeit* (1. Aufl.). *utb-studi-e-book*. UTB GmbH; Klinkhardt. <http://www.utb-studi-e-book.de/9783838533278>

ANHANG

In diesem Anhang befinden sich zum einen die Suchverlaufstabellen zur Dokumentation der systematischen Literaturrecherche (Tabelle 6 – 8, Anhang A) sowie die Analysetabellen (Tabelle 9 – 12, Anhang B), die zur vergleichenden Analyse der n=33 Studien unterschieden nach Gruppen diente.

Anhang A: Suchverlaufstabellen

Im Folgenden sind die Suchverlaufstabellen sortiert nach den Datenbanken (PubMed, Web of Science und PubPsych) zu sehen.

Tabelle 6: Suchverlaufstabelle PubMed

PubMed							
Suchlauf #	Datum	Suchterm in Suchort	Treffer (N) insgesamt	n relevant nach Titelsichtung	n relevant nach Abstractsichtung	Ausschlusskriterien	Anmerkungen / n relevant ohne Dopplungen (oD)
1	12.01.2021	(compassion* OR empathy) AND (counsel* OR therap*) in Title/Abstract	2499	0	0	-	Nicht weiter verfolgt aufgrund zu hoher Trefferzahl
2	12.01.2021	(compassion* OR empathy) AND (counsel* OR psychotherap*) in Title/Abstract	657	0	0	-	Nicht weiter verfolgt aufgrund zu hoher Trefferzahl
3	12.01.2021	compassion* AND counsel* in Title/Abstract	149	19	11	<ul style="list-style-type: none"> - nicht im Kontext Beratung/Psychotherapie - Medizinisches Personal - weder Mitgefühl noch Empathie - internetbasiert - Medizinstudent*innen oder andere, nicht psychosoziale Studienprograme - MBCT - keine empirische Untersuchung 	14 → 2 Abstracts
4	13.01.2021	compassion AND counseling in Title/Abstract	42	6	6	<ul style="list-style-type: none"> - MBCT - compassion fatigue - Selbstvergebung - Acceptance and Commitment Therapie 	Dieselben wie in #3

9	15.01.2021	empath* AND counsel* in Title/Abstract	313	0	0	-	Nicht weiter verfolgt aufgrund zu hoher Trefferzahl. Stattdessen eingegrenzt mit #10
10	15.01.2021	empathy AND counseling in Title/Abstract	149	15	13	- Angehende Mediziner*innen - Ärzt*innen	3 → 1 Abstract
		Summe Σ	5120	127	99	Σ n relevant nach Abzug der Dopplungen	72

Tabelle 7: Suchverlaufs-tabelle Web of Science

Web of Science							
Such-lauf-#	Datum	Suchterm & Suchort	Treffer (N) insgesamt	n relevant nach Titelsichtung	n relevant nach Abstractsichtung	Ausschlusskriterien	Anmerkungen / n relevant ohne Doppelungen (oD)
1	18.01.2021	compassion* AND counsel* in Title	22	18	14	- Geistliche, Pfarrer - Keine Empirie	5 → 1 Abstract
2	19.01.2021	compassion* AND therap* in Title	238	0	0	-	Nicht weiter verfolgt aufgrund zu hoher Trefferzahl, eingegrenzt mit #3
3	19.01.2021	compassion AND therapy in Title	128	54	33	- Gruppe - Online - Kunsttherapie - Krankenpfleger*innen - Fallstudien	15 → 1 Abstract
4	21.01.2021	compassion* AND therapist in Title	23	17	15	- Weder Berater*innen noch Psychotherapeut*innen	10 → 5 Abstracts
5	21.01.2021	empath* AND counsel* in Title	53	30	25	- Pharmazeut*innen - Kinder - Ärzt*innen - Telefonberatung - Gruppenberatung	19
6	22.01.2021	empath* AND therap* in Title ab hier nur noch Zeitraum 2015 - 2021	109	0	0	-	Nicht weiterverfolgt, Entschluss zu Beschränkung des Suchzeitraumes

7	22.01.2021	(empath* AND therap*) NOT (nurs* NOT (physic* in Title	74	28	25	14 → 3 Abstracts
Summe Σ			647	147	112	Σ n relevant nach Abzug der Dopplungen 63

Tabelle 8: Suchverlaufstabelle PubPsych

PubPsych							
Suchlauf #	Datum	Suchterm & Suchort	Treffer (N) insgesamt	n relevant nach Titelsichtung	n relevant nach Abstractsichtung	Ausschlusskriterien	Anmerkungen / n relevant ohne Dopplungen (oD)
1	21.01.2021	(empath* AND (counsel* OR therap*)) in title	11337	0	0	-	Nicht weiter verfolgt
2	21.01.2021	compassion* AND counseling*	104	0	0	-	Ergebnisse zu unspezifisch
3	21.01.2021	compassion AND counseling	74	0	0	-	0
4	21.01.2021	compassion* AND counseling* in title	4	2	2	Keine Empirie	1
5	21.01.2021	empath* AND counsel*	4	1	1	Telefonberatung Pastoren Keine Empirie	0
6	21.01.2021	empath* AND therap*	26	10	8	Keine Empirie	3 →2 Abstracts
7	25.01.2021	compassion* AND therap*	42	22	22	Weder deutsch noch englisch gruppenbasiert internetbasiert MBCT	4 →1 Abstract
Summe Σ			11591	35	33	Σ n relevant nach Abzug der Dopplungen	8

Anhang B: Analysetabellen

Im Folgenden sind die Analysetabellen platziert, sortiert nach Ober- (Empathie oder Mitgefühl) und Untergruppen, in die die Studien kategorisiert wurden.

Legende: ↑ erhöhter Wert ↓ reduzierter Wert || kein(e) signifikante(r) Korrelation / Zusammenhang / Effekt

SMGF: Selbstmitgefühl MGFA: Mitgefühl gegenüber anderen

SCSpos: positive Subskala von SCS SCSneg: negative Subskala von SCS

Tabelle 9: Analysetabelle 1A

GRUPPE 1: EMPATHIE						
Untergruppe A: Als Beratungskompetenz seitens Professionellen und ihre interpersonellen Effekte auf Client Outcome						
Jahr & Autor	Kontext, Studiendesign, Stichprobe	Untersuchungsgegenstand	Verständnis Empathie	Erhebungsmethodik von Empathie	Studienergebnis	Diskussion / Anmerkungen/kritische Bewertung
<p>Atzil-Slomin et al. (2019)</p>	<p>Psychotherapie</p> <p>Querschnitt nicht-experimentell</p> <p>n₁=93 Klient*innen + n₂= 62 Therapeut*innen</p> <p>kurzzeitpscho-dynamische Therapie</p>	<ul style="list-style-type: none"> Empathische Genauigkeit (EG) (unterschieden in kognitive und emotionale EG) von Therapeut*innen gegenüber dem mentalen Zustand der Klient*innen (positive (KPE)/negative (KNE) Emotionen) Beitrag von kognitiven und emotionalen Prozessen zur empathischen Genauigkeit Zusammenhang von EG auf Therapieergebnis 	<ul style="list-style-type: none"> EG: die Fähigkeit, den mentalen Zustand des Gegenübers korrekt wahrzunehmen und einzuschätzen, als ein Aspekt des gesamten Empathie-Konzeptes 	<ul style="list-style-type: none"> Profile of Mood States Nach jeder Sitzung schätzen Klient*innen und Therapeut*innen ihre eigenen Emotionen während der Sitzung ein Therapeut*innen schätzen außerdem auch die Emotionen der Klient*innen während der Sitzung ein 	<ul style="list-style-type: none"> Therapeut*innen nehmen die KPE + KNE passend war, mit mehr EG bei KNE und steigender EG über die Zeit bei KNE KNE werden überschätzt, KPE werden unterschätzt Emotionen der Therapeut*innen (TE) entsprechen den realen KE sowie den von den Therapeut*innen eingeschätzten KE TE verursachen teilweise Zusammenhang zwischen KE und korrekter Einschätzung seitens Therapeut*innen Ungenauere Einschätzung der KPE ↑ Symptome in folgender Sitzung Richtige Einschätzung von erhöhten KNE geht mit ↑ KNE in folgender Sitzung einher und andersherum Sowohl emotionale als auch kognitive Prozesse wirken zur EG bei 	<ul style="list-style-type: none"> Sowohl kognitive also auch emotionale Genauigkeit tragen zur korrekten Einschätzung der Emotionen von Klient*innen bei Es besteht ein Risiko, dass Therapeut*innen PE von Klient*innen vernachlässigen/verfehlen, was darauf hinweist, dass Therapeut*innen / Berater*innen sensibler auf positive Emotionen von Klient*innen achten sollten, um auch diese korrekt wahrnehmen zu können Vernachlässigung von PE hat jedoch geringere Kosten als Missachtung von NE (S.41) Insbesondere subjektive Empathie ist untersucht, objektive Untersuchung von Empathie eher wenig (S.34)
<p>Elliott, Bohat, Watson & Murphy (2018)</p>	<p>Beratung & Psychotherapie</p> <p>Metaanalyse</p>	<ul style="list-style-type: none"> Der Effekt von Empathie seitens Berater*innen auf Klient*innen Outcome 	<ul style="list-style-type: none"> Keine einheitliche Definition (S.2) Interpersonell und unidirektional 	<ul style="list-style-type: none"> Einschätzungen durch Klient*innen (Barrett-Lennard Relationship Inventory – Other to Self Version (B- 	<ul style="list-style-type: none"> Empathie ist ein mäßig starker Prädiktor für Therapieoutcome über unterschiedliche Therapieausrichtungen und Probleme der Klient*innen hinweg, erklärt 	<ul style="list-style-type: none"> Empathie hat hohe Korrelation mit positiver Wertschätzung und Kongruenz, weiche in Wahrnehmungen von Klient*innen nicht eindeutig

	<p>n=80 Studien ohne Zeitrumschränkung</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Meist als Fähigkeit oder Kapazität beschrieben, manchmal auch als Handlung • Beinhaltet einige mentale Fähigkeiten: <ul style="list-style-type: none"> -Bewusstheit, Anerkennung, Sensitivität geg. der anderen Person -erreicht durch „Eintreten“ in die Erfahrung des Anderen (Nachempfinden, Imagination, Austausch oder Identifikation) • Neurowissenschaft: emotionale Simulation, Perspektiv-übernahme und emotionale Regulation • Therapeutisch-empathisches Handeln: <ol style="list-style-type: none"> 1. Beziehungsgestaltung/Unterstützung, 2. kommunikative Einstimmung, 3. Personen Empathie (S.3) 	<p>LRI:Form-OS) und Therapeut*innen(B-LRI Form-MO (Myself to Other))</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einschätzungen durch Beobachter*innen (Truax & Carkhuff) • Empathische Genauigkeit / Therapeut*innen - Klient*innen - Kongruenz • Korrelationsanalysen einzelner Empathie Maße • Hier nur Einbeziehung von Studien, die Messinstrumente nutzen, die zu mind. 50% aus expliziten Empathie-Items bestanden • Kein bestimmtes Set an Verhaltensweisen, dass universell als Empathie von Klient*innen beschrieben wird, sondern viele verschiedene Verhaltensweisen (verbal, non-verbal, Haltungen) 	<p>9% der Varianz in Therapieoutcomes</p> <ul style="list-style-type: none"> • dennoch Effektheterogenität durch Moderators and Mediators: • subjektive Einschätzung durch Klient*innen sagte Outcome am besten voraus, besser als Einschätzung von Beobachter*innen und Therapeut*innen • EG-Messungen sagten Therapie Outcome nicht voraus • Stärkster Empathie-Outcome Zusammenhang bei schwer/chronisch „eingeklemmten“ Population, und gemischt/ un-spezifisch und depressiv/Angst • Kleinere Effekte bei milder Belastung, Selbstverletzung • Klient*innen Beitrag zum <p>↑Empathie Grad: -↓Pathologie + ↓Selbstwert - ↑ Grad der Offenbarung - Bedürfnis der Klient*innen</p>	<p>unterschieden werden von Empathie (S.5)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oft beinhalten Empathie-Messinstrumente viele Items, die sich auf eine positive Beziehung im Allgemeinen beziehen, also nicht ausschließlich und spezifisch Empathie erheben (S.5). • Erklärung des Zusammenhangseffektes auch aufgrund methodischer Gründe: weniger Effekte in einer Studie. kleine Stichproben, ambulantes Setting und globale Outcomes
<p>Moyers, Houck, Rice, Longabaugh & Miller (2017)</p>	<p>Psychotherapie Querschnitt nicht-experimentell Secondary Analyse mit Daten aus vorherigem „COMBINE“ RCT N=38 Therapeut*innen und 700 Klient*innen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Untersuchung des Effektes von Empathie seitens Therapeut*innen auf Alkoholkonsum der Klient*innen nach der Combined Behavioral Intervention ((CBI) aus vorheriger COMBINE Studie) im Vergleich zu den Effekten spezifischer Interventionen und ihre Beziehung zu einander 	<ul style="list-style-type: none"> • Fähigkeit der Therapeut*innen ein Verständnis für die Perspektive von Klient*innen aufzubringen • auf Verhaltensweise: reflektives Zuhören -Fragen, die ein Verstehen des Gesagten der Klient*innen signalisieren 	<ul style="list-style-type: none"> • Beurteilung intervenzi- onsbezogener Inhalte und beziehungsorientierter Aspekte in Aufnahmen von Therapiesitzungen durch objektive Bewerter*innen • Empathie operationalisiert wie siehe links und erhoben mit 7-Point-Linkert Scale 	<p>11% der Varianz in Alkoholkonsum nach Therapie trotz stark standardisierter Therapie ist auf jeweilige*n Therapeut*in zurückzuführen</p> <ul style="list-style-type: none"> • mehr Empathie als sonst seitens <u>einer/s</u> Therapeut*in ↓ Alkoholkonsum der*s Klient*in • Im Vergleich zwischen Therapeut*innen gilt aber nicht: „je mehr Empathie desto weniger Alkoholkonsum“ 	<ul style="list-style-type: none"> • Modulinhalte der CBI: Bewältigung von Verlangen und Gelüsten, Stimmungsmanagement und Sozial- und Erholungsberatung (S.3) • Therapeut*innen ≠ Therapeut*innen, jede/r bringt seine eigene Persönlichkeit und Verhalten gegü. Klient*in mit ein, wodurch Therapieoutcomes variieren • Empathie-Grad ist möglicherweise abhängiger von Passung zwischen Therapeut*in und Klient*in als das

Empathie und Mitgefühl in der Psychosozialen Beratung und Psychotherapie

			<p>-Erkennung der un- ausgesprochenen Emotionen und Ge- danken</p> <ul style="list-style-type: none"> ausgenommen davon sind Wärme, Kollabo- ration, Autonomieun- terstützung (S.4) 		<ul style="list-style-type: none"> Beendigung der Modulhalte d. Therapie → Alkoholkonsum Empathie und Modulhalte wirken unabhängig voneinander erfolgreich auf Alkoholkonsum 	<p>allg. Training von Empathie, aber: es könnte sein, dass hier die Effekte zwischen Therapeut*innen aufgrund des eng begrenzten Studiendesigns (spez. Intervention) ausblieben</p> <ul style="list-style-type: none"> Insgesamt wird deutlich: die Beziehung im Einzelnen ist relevant (S.10). Mediator zwischen Empathie und Outcome nicht untersucht Insgesamt ist Empathie ein spezifischer wirksamer, messbarer Behandlungsfaktor (S.12)
<p>Vitinius et al. (2018)</p>	<p>Psychotherapie</p> <p>Querschnitt nicht-experimentelle Kohorten Studie mit Follow Up</p> <p>t1: Aufnahme t2: Entlassung t3: 1-3 Jahre nach Entlassung</p> <p>Klient*innen mit Depressionen in stationärer Be- handlung (ca.8Wo.)</p> <p>n=92, weiblich</p>	<ul style="list-style-type: none"> Der Effekt von soziodemografischen Daten, des Depressionsgrades zu Beginn, des von Klient*innen eingeschätzten Empathiegrades seitens Therapeut*innen und der Therapiemotivation als Mediatoren auf die Reduzierung von depressiven Symptomen als Therapie Outcome 	<ul style="list-style-type: none"> CARE operationalisiert Empathie als professionelle und erlernbare Fähigkeit; unterscheidet sich von emotional-fokussierten Definitionen und vom Mit-leidskonzept und erhebt emotive, moralische + kognitive Aspekte von Empathie (S.3) 	<ul style="list-style-type: none"> Consultation and Relational Empathy Measure (CARE) 	<ul style="list-style-type: none"> ↑Empathie seitens Therapeut*innen → depressive Symptome ↑Therapie Motivation zu Beginn → depressive Symptome Depressionsgrad hat signifikanten Effekt auf Outcome (Depressionsgrad→Outcome) 	<ul style="list-style-type: none"> Erstmalig CARE benutzt, sonst immer eher in somatischem Bereich verwendet (S.7) Empathietraining sollte verstärkt in Ausbildung von Berater*innen und Therapeut*innen eingesetzt werden
<p>Conoley, Pontrelli, Oromendia, Bello & Nagata (2015)</p>	<p>Psychotherapie</p> <p>Querschnitt nicht-experimentell (hier nur Study 2 berücksichtigt)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Der Einfluss von Positiver Empathie (PE) auf positive Emotionen, Zielerreichung, Stärken und gegenseitiges Verstehen im Vgl. zu traditioneller Empathie (TE) 	<ul style="list-style-type: none"> TE: fokussiert sich auf negative oder schwierige Emotionen „die Welt der Klient*innen erspüren und die Erfahrung teilen“ PE: als Prozessintervention, fokussiert auf 	<ul style="list-style-type: none"> Barrett Lennard Relationship Inventory (BLRI) durch Klient*innen Identifikation von empathischen Aussagen + Affekt, Ziel, Stärken d. Klient*innen durch 	<ul style="list-style-type: none"> PE und TE beide als erfolgreiches empathisches Verstehen seitens Therapeut*innen durch Klient*innen bewertet PE seitens Therapeut*innen führt jedoch zu mehr (überhaupt) positiven Emotionen, einer stärkeren Fokussierung auf 	<ul style="list-style-type: none"> Nur die zweite Studie berücksichtigt Fokussierung auf Stärken geht mit erhöhtem Therapieerfolg einher PE stimuliert erfolgreiche Strategien der positiven Psychologie (S.581)

	<p>zwei künstliche Therapeutin-Klien- tin Dyaden</p>	<p>• Hypothese: PE könnte positive Emotionen, Ziel- erreichung & Stärken för- dern</p>	<p>das ungesagte, aber erlebte Bedürfnis oder Wunsch nach ei- nem besseren Leben hinter der Kommunika- tion der*s Klient*in</p>	<p>objektive Beobach- ter*innen</p>	<p>und Identifikation von Stärken und zu einer Formulierung von und Annäherung an Ziele</p>	<p>Limitationen (S.581f.):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analoges, künstliches Design → kein Rückschluss auf reale Therapie <p>Schlussfolgerung: Berücksichtigung von PE in Psycho- therapie nach theoretischer Fundie- rung (S.582)</p>
<p>Voutilainen et al. (2018)</p>	<p>Psychotherapie Querschnitt nicht-experimentell Psychophysiologi- sche Messung 5 Dyaden: psycho- dynamische Thera- pie</p>	<p>• Effekt von Empathie und Herausfordern auf emoti- onale Erregung (Herz- rate und elektrodermale Aktivität als psychophysi- ologische Erregungs- merkmale)</p>	<p>• Anteilnahme / Beteili- gung an den Emotio- nen und Erfahrungen der Klient*innen (S.5) • sich darauf einstim- men (S.1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Objektive „naive“ Beobachter*innen („Raters“ anstelle von erfahrenen Coders) • Bewertung auf Skala 1 – 9 wie empathisch der*die Therapeut*in erscheint (siehe Ver- ständnis) 	<ul style="list-style-type: none"> • Empathie ↓ Hautaktivität d. Klient*in • Empathie ↑ Hautaktivität d. Therapeut*in • Empathie ↑ positive emotio- naler Gesichtsausdruck in bei- den • Herausfordern ↑ Herzrate von beiden • Herausfordern ↑ Hautaktivität d. Therapeut*innen 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwei wesentliche handlungslei- tende Haltungen der*s Thera- peut*in: empathisch und herausfor- dernd (S.1) • Herausfordern = offenes, meist aber eher diskretes Infragestellen der Glaubenssätze/Haltung/Verhal- tensmuster der Klient*in • Ergebnis weist auf emotionale Re- gulationfähigkeit der Therapeut*in- nen hin, nämlich im Moment emoti- onal sensibel, einfühlend zu sein, aber im Gesamten nicht die Kon- trolle zu verlieren und neutral zu bleiben (S.10) • „naive“ Beobachter*innen sinnvoll? Limitationen (S.11): • Kleine Stichprobe • Reliabilität der „naiven“ Rater gerin- ger • Codierung/Rating interaktionaler Phänomene grundsätzlich heraus- fordernd

Tabelle 10: Analysetabelle 1B

GRUPPE 1: EMPATHIE						
Untergruppe B: Einflüsse auf / Bedingungen von Empathie als Beratungskompetenz seitens Professionellen						
Jahr & Autor	Kontext, Studiendesign, Stichprobe	Thema / untersuchte Variablen / Kontext	Verständnis Empathie	Erhebungsmethodik von Empathie	Studienergebnis	Diskussion / Anmerkungen/kritische Bewertung
Bayne, Conley, Colburn (2018)	Beratung Querschnitt nicht-experimentell n=342 Berater*innen und auszubildende Berater*innen	<ul style="list-style-type: none"> Der Zusammenhang zwischen Religiosität (CRS) der Berater*innen und Wissen über und Einstellungen gegü. homo- und bisexuellen Menschen (LGB-KASH) Die Rolle von Empathie als Mediator in diesem Zusammenhang Der Zusammenhang von Grad an Empathie, Religiosität und Ansichten über homo- und bisexuelle Menschen 	<ul style="list-style-type: none"> Prozess des Verstehens der einzigartigen Realität der*s Klient*in und des Kommunizierens dieses Verständnisses zum Vorteil der*s Klient*in 	<ul style="list-style-type: none"> Interpersonal Reactivity Index (IRI) mit vier Subskalen: <ul style="list-style-type: none"> -Perspektivübernahme -Empathische Sorge -persönlicher Distress -Fantasie 	<ul style="list-style-type: none"> ↑Religiosität ↑religiöser Konflikt ↑Religiosität ↓ LGB Wissen, LGB Menschenrechte, LGB Grundrechte + internalisierte Rücksichtnahme Grad der Religiosität bestimmt Grad an rel. Konflikt, LGB Wissen und Einstellungen Empathie und Religiosität korrelieren nicht miteinander, jedoch sagen beide LGB Einstellungen hervor: Empathie ↑LGB-KASH Religiosität ↓LGB-KASH 	<ul style="list-style-type: none"> kein vermittelnder Effekt von Empathie im Zsm.hang von Religiosität und LGB KASH aber Religiosität und Empathie wirken unabhängig voneinander auf LGB Einstellungen IRI wird kritisiert als ein ungeeignetes Tool, um Empathie als therapeutischen/beraterischen Skill erheben, weshalb das Instrument selbst die Analyse des ggf. vermittelnden Effektes von Empathie behindert haben könnte (S.68) Dennoch zeigen andere Studien Korrelation zw. Religiosität und Empathie Empathiegrad könnte insgesamt höher sein in Berater*innen Stichprobe Kleine Stichprobe und soziale Erwünschtheit könnten Ergebnisse beeinträchtigt haben Erhöhte Religiosität könnte Hindernis für Empathiegrad und Wertfreiheit innerhalb Beratung sein; Ausbildung sollte auf Reflexion derartiger Wertekonflikte ausgerichtet sein Untersuchung der Best Practice in Messung von Empathie
Bibeau, Dionne & Leblanc (2016)	Psychotherapie Review	<ul style="list-style-type: none"> Einfluss von Mitgefühlsmeditation auf Empathie 	<ul style="list-style-type: none"> Empathie und Mitgefühl überschneiden sich. Mitgefühl 	<ul style="list-style-type: none"> Keine Angaben 	<ul style="list-style-type: none"> Mitgefühlmediation wirkt sich fördernd aus auf: 	<ul style="list-style-type: none"> Liebende Güte- und Mitgefühlsmeditation könnten hilfreiche Ergänzungen in der Ausbildung von

	Keine weiteren Angaben zur Methodik	seitens Psychotherapeut*innen	beinhaltet jedoch den Wunsch, das Leid zu lindern, als wesentlichen Unterschied (S.256)	<ul style="list-style-type: none"> Emotionale Empathie & empathische Genauigkeit Positive Emotionen sich selbst und anderen gegenüber Altruistisches Verhalten Gefühl der Verbundenheit ...indem entsprechende Gehirnaale aktiviert werden Scheint negative Effekte von (Schmerz-)Empathie zu eliminieren, sodass Empathiefähigkeits- und Burnoutisiko reduziert wird (S.259) 	<ul style="list-style-type: none"> Psychotherapeut*innen und Berater*innen sein Könnten Psychotherapie davor bevorzugen, übermäßig interventionsorientiert zu werden und stattdessen mitfühlenden, achtsamen Therapeut*innen unabhängig ihrer Schulenausrichtung hervorzubringen (S.260) <p>→ Schulen übergreifende Qualitätssicherung?</p>
Cooper, Yap, O'Brien & Scott (2020)	Beratung & Psychotherapie Metaanalyse n=22 Studien	<ul style="list-style-type: none"> Der Einfluss von Achtsamkeitstraining (MBSR und MBCT) auf die Empathiefähigkeit von Psychotherapeut*innen 	<ul style="list-style-type: none"> Kein spezifisches Empathieverständnis, unterschiedliche Auffassungen... 	<ul style="list-style-type: none"> ↑ Achtsamkeit geht bei Baseline Messung mit ↓ persönlichem Distress und ↑ Fähigkeit zu Perspektivübernahme Aber Pre-Post Test zeigt, dass Achtsamkeitstraining keinen signifikanten Effekt auf den Empathiegrad hat 	<ul style="list-style-type: none"> Ungefähr die Hälfte nutzen Kontrollgruppe, aber nur 2 Studien unternehmen Randomisierung (S.2247) Die Wirkung von Achtsamkeitstraining auf Empathie könnte mehr Zeit in Anspruch nehmen, als in den Studien untersucht (S.2253)
Dogan (2018)	Beratung Querschnitt experimentell Mixed Method Design Quanti: RCT + Quali n=23 Beratung-Student*innen IG: Psychodramakurs KG: keine Intervention	<ul style="list-style-type: none"> Der Effekt von Psychodrama auf die Empathiefähigkeit und Selbstbewusstheit 	<ul style="list-style-type: none"> Die Fähigkeit, die private Welt der Klient*innen zu fühlen, als wäre es die eigene, ohne dabei zu vergessen, dass es nicht die eigene Welt ist (in Anlehnung an Rogers) (S.227) 	<ul style="list-style-type: none"> qualitativ: Psychodrama ↑ Empathiefähigkeit quantitativ: Psychodrama ↑ ETS 13/14 weisen signifikante Steigerung von ETS auf KG: ns. Pre-Post Test KG vs. IG: signf. höhere ETS Werte in IG als KG 	<ul style="list-style-type: none"> es wurde nur die emotionale Komponente von Empathie untersucht ETS ist türkisch übersetzt und kulturell geeignet Ergebnisse müssten mit anderen Messinstrumenten verglichen werden keine Follow Up Untersuchung keine Intervention zum Vergleich in KG außer „TAU“ Uniunterricht hohe Drop Out-Rate (40%) in KG kleine Stichprobenzahl deshalb eher als Voriäufstudie zu betrachten. In Zukunft höhere Stichproben
Fulton & Cashwell (2015)	Beratung Querschnitt nicht-experimentell	<ul style="list-style-type: none"> Vorhersagekraft von Bewusstheit und Mitgefühl (als zwei Komponenten von Achtsamkeit) und 	<ul style="list-style-type: none"> Empathie als aus den zwei Komponenten emotional und kognitiv bestehend 	<ul style="list-style-type: none"> Bewusstheit und MGF beeinflussen affektive Empathie, jedoch erklärt MGFA die Varianz 	<ul style="list-style-type: none"> Angst reduziert Selbstwirksamkeit von Berater*innen sowie ihre Empathiefähigkeit und Beratungshandeln

Empathie und Mitgefühl in der Psychosozialen Beratung und Psychotherapie

<p>Leonard, Campbell & Gonzalez (2018)</p>	<p>Psychotherapie Querschnitt nicht-experimentell n=96 praktizierende klinische Psycholog*innen</p>	<p>ihren einzelnen Formen* auf Grad an Angst und Empathie in Berater*innen</p> <ul style="list-style-type: none"> *Bewusstheit: nicht reagierend, nicht bewertend, beobachten, beschreiben, bewusst agieren) *Mitgefühl: MGFA und SMGF 	<p>(Perspektivübernahme + emotionale Sorge)</p> <ul style="list-style-type: none"> MGF: SMGF + MGFA Verständnis SMGF in Anlehnung an Neff (2003) 	<ul style="list-style-type: none"> Mitgefühl: Self-Other Four Immeasurables (SOFI) → positive + negative Qualitäten gegnü. sich selbst und anderen. Nur positive Skalen verwendet, um Mitgefühl zu erheben 	<p>in affektive Empathie am deutlichsten, sagt sie also voraus</p> <ul style="list-style-type: none"> Bewusstheit und MGFA erklären Varianz in kognitiver Empathie, sagen sie also beide voraus Bewusstheit und SMGF beeinflussen signif. das Angstlevel, v.a. Bewusstheit sagt jedoch Angstlevel voraus Bei einzelnen Komponenten: <ul style="list-style-type: none"> -MGFA ↑ affektive Empathie -nonreact + MGFA ↑ kogn. E -bewusstes Agieren + nicht bewerten ↓ Angst 	<ul style="list-style-type: none"> Angst hindert Berater*innen daran, ihre Erfahrungen in Supervision zu teilen, wodurch Wirksamkeit von SV behindert wird Empathie ist fundamental für K-B-Beziehung, Arbeitsbündnis und Outcome Methoden zur Förderung von Empathie sind nicht gut entwickelt (S.2) Annahme: SMGF fördert MGFA IRI: nur die zwei der vier Subskalen erheben Empathie korrekt (S.5) Mitgefühl sollte stärker in der Untersuchung von Achtsamkeit davon berücksichtigt werden, weil MGFA als Teil von Achtsamkeit einen Großteil der Wirksamkeit auf Empathie bestimmt (S.7) Korrelativ, nicht kausal, weshalb keine Ursachenbestimmung möglich ist MGF könnte Mediator zwischen Achtsamkeitstraining und Empathie sein Einschluss von Achtsamkeits- und Mitgefühlstraining in Beratungsausbildung (S.8) AS (mehr Bewusstheit, emot. Intelligenz, Klarheit über eigene Gefühle) kann zu weniger persönlicher Belastung aufgrund der Beziehung zu Klient*innen bei Therapeut*innen führen, wodurch TA gestärkt wird Jedoch reicht AS möglicherweise nicht aus und ist nicht alleiniger Faktor, um globale Empathie, d.h. alle Aspekte von Empathie, zu stärken Auch andere Variablen könnten Zusammenhang erklären
		<ul style="list-style-type: none"> In Anlehnung an Rogers: „Den Referenzrahmen des Gegenübers sowie seine emotionalen Erfahrungen so wahrnehmen als wären es die eigenen“ (S.1838) 	<ul style="list-style-type: none"> AS ↓ Personal Distress ↑ TA AS → Perspektivübernahme TA AS emotionale Sorge TA AS Fantasie TA Der Zusammenhang zwischen AS und TA wird durch Empathie vermittelt, jedoch nur über persönlicher Disstress Variable ↑ AS ↓ PD ↑ TA 	<ul style="list-style-type: none"> IRI (alle 4 Einzel-skalen, aber nicht Totalwert) 		

<p>Leppma & Young (2016)</p>	<p>Beratung Querschnitt quasi-experimentell (nicht randomisiert) IG: Meditations- gruppe KG: interpersonelle Kompetenz Gruppe n=103 Master Beratung-Studie- rende</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Der Effekt eines 6-Wochen Liebende Güte Meditationsprogramms (LGM) auf Empathie von Beratung-Studierenden und seine Abhängigkeit von Zeitmenge des Meditierens 	<ul style="list-style-type: none"> • Empathie als Zweidimensional: kognitiv (KE): korrekte Wahrnehmung der emotionalen Erfahrung des Gegenübers mit Sorge um sein Wohlbefinden ohne identisches fühlen der Emotionen in sich selbst („losgelöste Anteilnahme“) emotional (EE): die Gefühle des Gegenübers in sich selbst erleben (EE wird mit BO in Verbindung gebracht) • Liebende Güte: Respekt, Freundschaft, Liebe, Mitgefühl für sich und andere • LGM: affektive Techniken, um positive Emotionen hervorzurufen 	<ul style="list-style-type: none"> • IRI 	<ul style="list-style-type: none"> • Empathie in Gesichtsausdrücke-/ Attraktivität wird über emotionale Intensität (1-9) gemessen • vor Experiment wurde allgemeine Empathiefähigkeit mit IRI erhoben 	<ul style="list-style-type: none"> • Weder Attraktivität noch Ausdruck des Gesichtes in Berater*innen Gruppe spielt eine Rolle für den Empathie-Grad gegü. Klient*innen • Gesichtsausdruck (fröhlich oder traurig) und Attraktivität beeinflusst aber den Empathie-Grad in Laien: mehr Empathie bei attraktiven, fröhlichen Gesichtern 	<ul style="list-style-type: none"> • Interventionen: <ul style="list-style-type: none"> • kein Time x Treatment bei EE • ↑ emotionale Anteilnahme • ↓ persönlicher Disstress • ↑ Perspektivübernahme • ↑ Fantasie • Stärkere Effektgrößen bei KE als bei EE • signif. Time x Treatment Effekt bei KE; positive Korrelation: ↑ Meditationszeit ↑ Perspektivübernahme • 2/3 berichten positive Stimulierungsveränderung • Kontrollgruppe: <ul style="list-style-type: none"> • emotionale Anteilnahme • persönlicher Disstress • Perspektivübernahme • Fantasie 	<ul style="list-style-type: none"> • Limitationen: subjektiv, Stichprobe, cross-sectional nicht kausal, Schneeball Sampling <p>Forschungsstand: <ul style="list-style-type: none"> • Unterschiedliche Ergebnisse bzgl. der Abhängigkeit der Effekte von Meditationsinterventionen von der Menge der Zeit in Meditation Diskussion: <ul style="list-style-type: none"> • Steigerung der kognitiven Empathiefähigkeit kann ein hilfreicher Faktor sein, um emotionale Empathie auszugleichen, schützt vor emotionaler Ansteckung → LGM • Klärung der Zeitabhängigkeit nicht eindeutig Limitationen: <ul style="list-style-type: none"> • Intervention bestand aus Meditation und Psychoedukation, weshalb nicht eindeutig ist, welcher Aspekt die Ursache für Veränderungen war (S.303) Eigene Anmerkungen: <ul style="list-style-type: none"> • Ist dann gesteigertes Mitgefühl ggf. hier Mediator? • Wäre interessant gewesen Mitgefühl zu erheben Fazit: LGM wäre geeignete Intervention für Berater*innen in Ausbildung </p>
<p>Luo, Yin & Li, (2020)</p>	<p>Beratung Querschnitt mixed-experimentell IG: Berater*innen Masterstudierende/ Doktorand*innen n=47</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Der Unterschied zwischen Berater*innen und nicht-Professionellen in dem Effekt von Gesichtsattractivität und -ausdruck auf Empathie-Grad 	<p>---</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Training in Beratungskompetenz / Empathie Fähigkeit in Berater*innen könnte Einfluss von Gesichtsattractivität und -ausdruck minimiert haben (S.5) 				

Empathie und Mitgefühl in der Psychosozialen Beratung und Psychotherapie

<p>McIntyre, Wallner, Samstag, Haden & Duncan (2019)</p>	<p>KG: Masterstudierende Doktorende & nicht-psychologischen Fachbereichen n=51</p> <p>Psychotherapie Querschnitt nicht-experimentell</p> <p>n₁=139 Therapeut*innen n₂=158 nicht-Therapeut*innen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Effekt von Moderatoren auf den Zusammenhang zwischen PD-Empathie und Facetten mangelnder Selbstregulation (Bindungsangst, Schamneigung & Sorge vor Unfähigkeit) • Untersuchte Moderatoren: Therapeut*innen-Status (professionelle Erfahrung), persönliche Therapieerfahrung, beides zusammen 	<ul style="list-style-type: none"> • Empathische Dialektik bestehend aus Emotionaler Resonanz (ER) und Selbstregulation • ER ist operationalisiert als Empathie in Form von persönlichem Disstress (PD) 	<ul style="list-style-type: none"> • IRI: nur Personal Disstress Subskala 	<p>und mehr Empathie bei traurigen, aber weniger attraktiven Gesichtern</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sorge vor Unfähigkeit vermittelt Zusammenhang zwischen Bindungsangst und PD-Empathie. Stärker noch in nicht-Therapeut*innen Gruppe • Persönliche Therapieerfahrung hat keinen Effekt auf Zusammenhang zw. Selbstregulation und PD Empathie • Professionelle Erfahrungswerte in Therapeut*innen reduzieren Effekt von Sorge vor Unfähigkeit, also auch von Bindungsangst, auf PD Empathie 	<ul style="list-style-type: none"> • Persönlicher Disstress Empathie ist eine wichtige Form emotionaler Resonanz für Therapeut*innen, um Erleben der Klient*innen zu verstehen, weshalb persönliche Therapieerfahrung möglicherweise keinen Effekt auf Zusammenhang zwischen Bindungsangst und PD hat, weil PD weiterhin gebraucht wird.
<p>Reese et al. (2016)</p>	<p>Psychotherapie Querschnitt experimentell Randomisiertes Block Design</p> <p>Therapiesimulation mit n=58 Klient*innen & n=6 Therapeut*innen (Masterstudierende & Doktorende & Therapeut*innen)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Einfluss des Formates von Psychotherapie (Video, Telefon, persönlich) auf empathische Genauigkeit seitens Therapeut*in und Wahrnehmung der therapeutischen Allianz seitens Klient*in • Vorhersagekraft von empathischer Genauigkeit bzgl. Therapeutischer Allianz in Abhängigkeit der verschiedenen Therapieformate 	<ul style="list-style-type: none"> • Empathische Genauigkeit: Die Fähigkeit korrekt wahrzunehmen, wie eine andere Person fühlt (S.257) 	<ul style="list-style-type: none"> • Empathic Accuracy Form Measure (Klient*innen & Therapeut*innen) 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Unterschiede zwischen den Formaten bzgl. der wahrgenommenen empathischen Genauigkeit und therapeutischen Allianz • Empathische Genauigkeit und Einstellungen gegü. Teleformat sagen therapeutische Allianz in Video- und Telefontherapie voraus • Jedoch keine Vorhersagekraft von empathischer Genauigkeit in persönlicher Therapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Empathische Genauigkeit könnte noch relevanter in Teletherapie für therapeutische Allianz sein als in face-to-face Therapie • Stimmt, wird durch Elliott et al. (2018) bestätigt
<p>Sahin & Kumcagiz (2017)</p>	<p>Beratung Querschnitt nicht-experimentell</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Der Zusammenhang zwischen Disposition zum kritischen Denken und 	<ul style="list-style-type: none"> • sich hinein versetzen in das Gegenüber, seine Gedanken und Gefühle wahrhaftig 	<ul style="list-style-type: none"> • Empathic Tendency Scale (ETS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Geschlechterunterschiede • Erhöhte Disposition zu kritischem Denken, 	<ul style="list-style-type: none"> • Unterschiedliche Ergebnisse zum Einfluss von Geschlecht auf Empathiefähigkeit

	n=406 Beratung Studierende	Problemlösung und Empathiefähigkeit	verstehen und diese Erfahrung vermitteln		Problemlösungsfähigkeit und erhöhte Empathiefähigkeit gehen alle drei miteinander einher (positive Kovarianten: eine beeinflusst alle)	<ul style="list-style-type: none"> • Zusammenhang von KD, PL und Empathie wird in anderen Studien bestätigt • Training von kritischem Denken und Problemlösefähigkeit und damit der Empathiefähigkeit könnte verstärkt in Ausbildung einbracht werden über Literatur (S.6)
<p>Santamaria-García et al. (2017)</p> <p>Psychotherapie + Beratung</p> <p>Querschnitt nicht-experimentell</p> <p>n=1109 Personen (Mental Health Bereich, Allgemeinmediziner*innen, nicht-medizinisches Personal)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Untersuchung verschiedener Dimensionen von Empathie im Vergleich zu Allgemeinmediziner*innen und nicht-medizinischen Arbeitnehmer*innen • und ihr Zusammenhang mit sozio-kognitiven, demografischen und arbeitsbezogenen Faktoren wie Moralische Einstellung, Alter, Geschlecht, Erfahrungsniveau, Arbeitskontext 	<ul style="list-style-type: none"> • Komplexe soziokognitive Kompetenz flexibel und beeinflussbar von sozialen, kognitiven und kontextuellen Faktoren 	<ul style="list-style-type: none"> • Empathie for Pain Task (EPT) • IRI 	<ul style="list-style-type: none"> • Höhere Empathische Anteilnahme und Unbehagen gegü. Anderen in Mental Health Professionellen und höhere moralische Einstellung (Bestrafung bei Verletzung) • Nur bei MH wurde Empathiegradvariabilität von moralischer Einstellung, Erfahrungsniveau und Arbeitskontext beeinflusst 	<ul style="list-style-type: none"> • Empathie ist im Kontext Mental Health jederzeit „in Gefahr“ weil es stark beeinflussbar von externen Faktoren und sozialen Eventualitäten ist (S.1f.) • Bisherige Untersuchungen verwenden oft Self-Report Instrumente, deren Ergebnisse verzerrt sein können aufgrund sozialer Erwartungen (S.2) 	
<p>Smith, Las-sita & Gueterrez (2019)</p> <p>Beratung</p> <p>Querschnitt nicht-experimentell</p> <p>n=421 Suchtberater*innen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Der Zusammenhang von emotionaler Intelligenz (EI) und kultureller Empathie (KE) 	<ul style="list-style-type: none"> • KE: Exploration der Weltansichten der Klient*innen und sich einstimmen auf die Bandbreite der Verschiedenheit von Klient*innen (zit.n. Ivey et al., 2002) inklusive eines Verstehens des kulturellen Referenzrahmen, welcher Selbsterfahrung und Bewusstheit beeinflusst; zwei Aspekte: kulturell empathisches Verstehen der Klient*innen und 	<ul style="list-style-type: none"> • Scale of Ethnocultural Empathy (SEE) mit Subskalen: <ul style="list-style-type: none"> - Empathisches Fühlen und Ausdruck - Empathische Perspektivübernahme - Akzeptanz kultureller Unterschiede - Empathisches Bewusstsein 	<ul style="list-style-type: none"> • People of Colour weisen höhere Werte in KE auf • Lizenzierung als Suchtberater*in geht mit erhöhter KE einher • wenig (0-2) interkulturelles Training reduziert KE • erhöhte EI geht mit erhöhter KE einher (mittlere Effektstärke) 	<ul style="list-style-type: none"> • EI: Die Fähigkeit seine eigenen Gefühle und die der anderen zu beobachten, sie zu unterscheiden und dies zu nutzen, um sein Denken und Handeln zu leiten; grundlegende Fähigkeit in Berater*innen (S.99, zit.n. Salovey & Mayer, 1990) • demografische Einflüsse, wie Zugehörigkeit zu einer ethnischen Gruppe können (kulturelle) Empathiefähigkeit beeinflussen (S.105) • Lizenzierung kann durch mehr Training/Bildung Einfluss auf Empathiefähigkeit (also auch auf Professionalität) haben → mehr interkulturelles Training in Ausbildung von Suchtberater*innen 	

									(vorhandene Lücken in Berater*Innenausbildung schließen) (S.105f.) <ul style="list-style-type: none"> • Training von EI könnte wichtigster Faktor zur Steigerung von KE in Suchtberater*innen sein → zukünftig Methoden dafür entdecken (Meditation, Achtsamkeit, Psychoedukation über Vorlesungen, Rollenspiele, Gruppendiskussionen, ...) (S.106f.) • Einflüsse auf EI und damit auf KE weiter untersuchen (S.107)
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

Tabelle 11: Analysetabelle 2A

GRUPPE MITGEFÜHL									
Untergruppe A: seitens Berater*innen und ihre (intrapersonellen) Effekte auf Wohlbefinden									
Jahr & Autor	Kontext, Studiendesign, Stichprobe	Thema / untersuchte Variablen / Kontext	Verständnis Mitgefühl	Erhebungs-methode von Mitgefühl	Studienergebnis	Diskussion / Anmerkungen/kritische Bewertung			
Beaumont, Durkin, Hollins Martin & Carson (2016)	Psychotherapie Querschnitt nicht-experimentell n=54 angehenden Berater*innen und Psychotherapeut*innen der CBT	<ul style="list-style-type: none"> • Zusammenhang zwischen Selbstmitgefühl, Wohlbefinden, Mitgefühlsmüdigkeit und Burnout 		<ul style="list-style-type: none"> • Self Compassion Scale (SCS) • Compassion for Others (CFO) Scale • Professional Quality of Life Scale (ProQLS) 	<ul style="list-style-type: none"> • ↑ Selbstmitgefühl und ↑ Wohlbefinden geht mit ↑ Mitgefühlsmüdigkeit und ↓ Burnout 	<ul style="list-style-type: none"> • Selbst-Mitgefühlstraining könnte bei angehenden Berater*innen und Psychotherapeut*innen eingesetzt werden, um Mitgefühlsmüdigkeit und Burnout Risiko präventiv zu reduzieren <p>Limitationen (S.20):</p> <ul style="list-style-type: none"> • kleine Stichprobe • Querschnittsdesign, besser Längsschnitt • Qualitatives Design könnte ergänzen 			
Martin-Cuellar, Lardier Jr.	Beratung & Psychotherapie	<ul style="list-style-type: none"> • Beziehung zwischen Achtsamkeit (AS) und 	Mitgefühl= "fürsorgliche Antwort, eine Hinwendung zum Leid, anstelle eines	<ul style="list-style-type: none"> • Professional Quality of Life Scale (ProQLS), um 	<ul style="list-style-type: none"> • AS ↑ Vitalität 	<ul style="list-style-type: none"> • Potenzial von Achtsamkeit für Wohlbefinden und Mitgefühlsmüdigkeit in psychosozialen Professionellen 			

<p>& Atencio (2019)</p>	<p>Querschnitt nicht-experimentell n=113 Psychotherapeut*innen, Berater*innen, Sozialarbeiter*innen</p>	<p>Vitalität und der Bedeutung von Mitgefühl/zufriedenheit (MZ) und psychol. Wohlbefinden (PWB) als Mediatoren in diesem Zusammenhang in Berater*innen</p>	<p>Vermeidens des Schmerzes gegenüber dem „Leid von anderen“ (eigene Übersetzung, S.2) MZ= subjektive Einschätzung als mitfühlend mit anderen Erleben von Erfüllung durch die empathische Arbeit mit Klient*innen in Verbindung mit positiven Gefühlen durch die geleistete Fürsorge und Hilfe Erleben von Motivation und Freude an der emotional fordernden Arbeit (eigene Übersetzung, S.3)</p>	<p>compassion satisfaction zu messen</p>	<p>→ vermittelt über gesteigerte Mitgefühl/zufriedenheit und psycholog. WB Also: • AS↑ MZ + PWB ↑ Vitalität</p>	<p>Limitations (S.6):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nur Querschnitt, keine Kausalrückschlüsse • Mediatoreffekte müssen mit Längsschnitt bestätigt werden • Subjektive Einschätzung statt objektive Messung • Keine generalisierende Aussage möglich da kleine und nicht diverse Stichprobe, denn hauptsächlich weiße Frauen
<p>Roxas, Darcod & Aruta (2019)</p>	<p>Beratung Querschnitt nicht-experimentell n=231 (angehenden) Berater*innen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Einfluss von SMGF und MGF für Andere (MGFA) auf das subjektive Wohlbefinden (SWB) über den Mediator Vergebung für sich selbst und andere (VGS und VGA) • Rolle von Kultur im Erleben von MGF, Vergebung und SWB 	<p>„compassion may be directed to self and others. Self-compassion refers to acceptance and openness to one's own suffering and possessing a constructive attitude towards oneself. Compassion for others [...] includes recognition and understanding of the human suffering of others and recognition of the pain it brings a part of human experience“ (S.273) „Compassionate individuals tend to have a higher sense of well-being, relational WB and happiness“ (ebenda)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Compassion Scale (?) • Self-compassion Scale 	<ul style="list-style-type: none"> • MGFA ↑ VGA • SMGF ↑ VGS + VGA • VGA ↑ SWB <p>Also: MGFA ↑ VGA ↑ SWB und SMGF ↑ VGA ↑ SWB</p> <ul style="list-style-type: none"> • VGS ist nicht Mediator zwischen MGF → SBW 	<ul style="list-style-type: none"> • SMGF wirkt stärker auf VGS und VGA als MGFA • MGFA bedeutet nicht, dass man auch sich selbst vergeben kann • VGS steigert SWB, weil Frieden und Beziehung zu anderen gesichert ist (S.278) • Berater*innen sollten sich insbes. in SMGF üben um → mehr VGS zu erleben, → um mehr SWB zu empfinden, → um WB der Klient*innen zu sichern (S.279) • Dass VGS kein Mediator ist könnte damit zsm. hängen, dass Filipinos ein kulturell geprägtes interdependentes Selbstkonstrukt haben, also von sozialer Einheit abhängig, weshalb VGS nicht ausreicht, um zu SWB zu gelangen • Berater*innen sollten sich allgemein in MGF üben, um zu mehr SWB gelangen (S.280)

Empathie und Mitgefühl in der
 Psychosozialen Beratung und Psychotherapie

<p>Yip, Mak, Chio & Law (2017)</p>	<p>Psychotherapie Querschnitt nicht-experimentell n=77 klinische Psycholog*innen und Auszubildende</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Testung der vermittelnden Rolle von SMGF im Zusammenhang zwischen Achtsamkeit (AS), MGFA, und zwei Aspekten von Mitgefühlsmüdigkeit (Burnout (BO) und sekundäre Traumatisierung (ST)) 	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstmitgefühl lässt sich durch SCS in positive (Achtsamkeit, gemeinsame Menschlichkeit, Selbstfreundlichkeit) und negative Merkmale (Überidentifikation, Isolation und Selbstverurteilung) unterscheiden. Hier benannt als Selbstwärme oder -kälte gegenüber sich selbst 	<ul style="list-style-type: none"> • Self-Compassion Scale • Compassion for Others scale 	<ul style="list-style-type: none"> • Alter und Erfahrung korrelieren positiv mit Achtsamkeit + Selbstwärme und negativ mit Selbstkälte • AS↓SK↓BO & ST • AS↑SW↑ MGFA 	<ul style="list-style-type: none"> • Bedeutung von Kultur in Beratung u Psychotherapie • konsistent mit anderen Forschungsergebnissen darüber, dass Selbstmitgefühl einen signifikanten vermittelnden (mit ihren jeweiligen Untervariablen Selbstkälte und Selbstwärme) die Effekte im Zusammenhang zwischen Achtsamkeit und Mitgefühlsmüdigkeit sowie Mitgefühl für Klienten*innen hat • allerdings wird in dieser Studie nicht belegt, dass weniger SK auch zu mehr MGFA führt und mehr SW zu weniger BO + ST (S.467) • Aneignen von Selbstmitgefühl, also Stärkung von SW und Reduzierung von SK, sollte als ergänzendes Mittel in der Ausbildung von Therapeut*innen und Berater*innen eingesetzt werden (S.468)
---	---	---	--	--	---	--

Tabelle 12: Analysetabelle 2B

GRUPPE MITGEFÜHL						
Untergruppe B: (Selbst-)Mitgefühl in (potenziellen) Klient*innen und ihre intrapersonellen Effekte auf Symptombild und Wohlbefinden						
Jahr & Autor	Studiendesign	Thema / untersuchte Variablen / Kontext	Verständnis Empathie / Mitgefühl	Messinstrument zur Erhebung von Empathie / Mitgefühl	Studienergebnis	Diskussion / Anmerkungen/kritische Bewertung
Gailli-Weinstock, Chen, Atzilin, Slomin, Rafeeli & Peri (2019)	Psychotherapie Querschnitt nicht-experimentell n=89 psychodynamische Therapeuten*innen	<ul style="list-style-type: none"> Identifikation von Interventionen in psychodynamischer Psychotherapie, die das SMGF von Klient*innen fördern 	<ul style="list-style-type: none"> in Anlehnung an Neff und Gilbert 	<ul style="list-style-type: none"> Self-Compassion Scale Session Level Self-Compassion Index 	<ul style="list-style-type: none"> Stärkung von SMGF durch direkte Interventionen und bei weniger common factor Interventionen 	<ul style="list-style-type: none"> Die Anwendung von direktiven Interventionen in der psychodynamischen Psychotherapie unterstützen die Entwicklung von Selbstmitgefühl in den Klient*innen, insbesondere dann, wenn hohe Grade an Selbstkritik und Scham gegeben sind (S. 15f.) →selbes könnte für PSB gelten Common factors, wie Empathie und Unterstützung sind bei hohen Werten an Selbstkritik und Scham in Klient*innen nicht hilfreich zur Förderung von SMGF (S.16)
Heath, Brenner, Vogel, Lannin & Strauss (2017)	Psychotherapie & Beratung Querschnitt nicht-experimentell n=284 männliche Bachelorstudenten	<ul style="list-style-type: none"> Selbstmitgefühl als möglicher Mediator zur Reduzierung der Vermeidung von Hilfe-Inanspruchnahme aufgrund des Zusammenhangs zwischen der Wahrung der Männlichkeitsnorm und einer gesteigerten Selbststigmatisierung sowie 	<ul style="list-style-type: none"> Nach Neff (2003,2009): sich selbst mit Freundlichkeit und Akzeptanz zu behandeln auch im Fall von Leid, Fehlern und Ungenügen 	<ul style="list-style-type: none"> Self-Compassion Scale 	<ul style="list-style-type: none"> ↑ globale Normkonformität (Festhalten an emotionaler Kontrolle + Eigenverantwortlichkeit) ↑ Hürden zu Inanspruchnahme von Hilfe (Selbststigmatisierung und Angst vor Selbstoffenbarung) ↑ SMGF ↓ Selbststigmatisierung + ↓ Angst vor Selbstoffenbarung globale Normkonformität + ↑ SMGF ↓ Selbststigmatisierung + Angst vor Selbstoffenbarung 	<ul style="list-style-type: none"> Starke Männlichkeitsnormwahrung (insb. emotionale Kontrolle & Eigenverantwortlichkeit) kann zu stärker Vermeidung von Hilfe Inanspruchnahme führen, weil damit eine stärkere Selbststigmatisierung und größere Angst vor Selbstoffenbarung einhergeht und so auch zu Selbstabwertung führt; insbesondere bei Studenten (S.95) Selbstmitgefühl ermöglicht eine Inanspruchnahme von Hilfe ohne Selbstabwertung trotz Normkonformität

Empathie und Mitgefühl in der Psychosozialen Beratung und Psychotherapie

<p>Hoffart, Oktedaten & Langkaas (2015)</p>	<p>Psychotherapie Querschnitt experimentell PTBS-Patient*innen stationär n=65 2 Therapiegruppen</p>	<p>der Angst vor Selbstoffenbarung</p> <ul style="list-style-type: none"> die Rolle von Selbstmitgefühl in Veränderungsprozessen in PTBS Klient*innen in zwei verschiedenen Trauma fokussierten kognitiv-behavioralen Therapien (imaginal exposure + imagery re-scripting) 	<ul style="list-style-type: none"> Neff: Selbstfreundlichkeit (sich selbst wohlwollend und unterstützend begegnen) 2. Menschliche Verbundenheit (Nicht-Perfektion ist Teil von Menschlichkeit). 3. Achtsamkeit (negative Gedanken und Gefühle mit Gelassenheit wahrnehmen, ohne sich damit zu identifizieren) 	<p>Self-Compassion Scale</p>	<ul style="list-style-type: none"> SMGF steigert sich über den Therapiezeitraum: ↑ Selbst-Freundlichkeit + Achtsamkeit ↓ Selbstverurteilung, Isolation + Überidentifikation • und führt zu: ↓ PTBS Symptome • Reduzierung von Selbstverurteilung hat dabei die wichtigste Rolle • Symptomveränderung bedeutet aber nicht gleich Veränderung in SMGF • Der Effekt von reduzierter Selbstverurteilung (SV) auf PTBS Symptome war stärker bei Patient*innen mit erhöhten SV-Werten 	<ul style="list-style-type: none"> wenn nur emotionaler Kontrolle dann wirkt SMGF nur auf die Angst vor Selbstoffenbarung signifikant 	<ul style="list-style-type: none"> SMGF-Interventionen sind eine Alternative zu Methoden der Verhaltensänderungen von Männern ohne ihre ursprüngliche Normkonformität zu fokussieren (was manchmal zu Verstärkung von Normen führen kann, wenn bspw. Hilfesuche als „stark“ beworben wird) (S.100) Unkomplizierte Integration von SMGF Interventionen in andere Bildungsprogramme, um Männer niedrigschwellig zu erreichen (S.101) Die Veränderung der Negativmerkmale von SMGF sind die am ausschlaggebendsten in Symptomveränderung • Da SV eng verknüpft ist mit Scham, sind Veränderungen in SMGF insb. für Klient*innen mit schambezogenen PTBS Symptomen bedeutsam • Ergebnisse sind unabhängig der Therapieform • Ggf. ist strikt separate Betrachtung der Positiv- und Negativ-Merkmale von SCS notwendig (S.9) Explizite SMGF-Interventionen könnten ergänzend hilfreich zur PTBS Therapie sein <p>SCS und Definition von Mitgefühl nach Gilbert unterscheiden sich im Verständnis (S.9)</p> <ul style="list-style-type: none"> Mangel an Therapie für CPTSD (PTSD Symptome + Störung der Selbstorganisation (affektive Dysregulation, Hyperaktivierung u. Hypoaktivierung, negatives
<p>Karatzias et al. (2018)</p>	<p>Psychotherapie Querschnitt nicht-experimentell</p>	<ul style="list-style-type: none"> Der Zusammenhang von SMGF und den beiden Submerkmalen von komplexer 	<ul style="list-style-type: none"> zit. n. Neff (2003) „Berührt von und offen gegenüber seines eigenen Leids, es nicht vermeiden oder sich davon trennen wollen, stattdessen den 	<p>Self-Compassion Scale</p>	<ul style="list-style-type: none"> SMGF PTBS Symptomkategorie • globales SMGF ↓ Hypoaktivierung + neg. Selbstkonzept • Selbstverurteilung und menschl. Verbundenheit → hypoaktive Affektregulation 	<ul style="list-style-type: none"> SMGF-Interventionen sind eine Alternative zu Methoden der Verhaltensänderungen von Männern ohne ihre ursprüngliche Normkonformität zu fokussieren (was manchmal zu Verstärkung von Normen führen kann, wenn bspw. Hilfesuche als „stark“ beworben wird) (S.100) Unkomplizierte Integration von SMGF Interventionen in andere Bildungsprogramme, um Männer niedrigschwellig zu erreichen (S.101) Die Veränderung der Negativmerkmale von SMGF sind die am ausschlaggebendsten in Symptomveränderung • Da SV eng verknüpft ist mit Scham, sind Veränderungen in SMGF insb. für Klient*innen mit schambezogenen PTBS Symptomen bedeutsam • Ergebnisse sind unabhängig der Therapieform • Ggf. ist strikt separate Betrachtung der Positiv- und Negativ-Merkmale von SCS notwendig (S.9) Explizite SMGF-Interventionen könnten ergänzend hilfreich zur PTBS Therapie sein <p>SCS und Definition von Mitgefühl nach Gilbert unterscheiden sich im Verständnis (S.9)</p> <ul style="list-style-type: none"> Mangel an Therapie für CPTSD (PTSD Symptome + Störung der Selbstorganisation (affektive Dysregulation, Hyperaktivierung u. Hypoaktivierung, negatives 	

	klinisch traumatisierte Population n=106	PTBS (CPTSD im ICD-11)	Wunsch zu empfinden, sich davon zu befreien in dem man sich selbst mit Freundlichkeit heilt“ (S.3)		<ul style="list-style-type: none"> • Selbstverurteilung und Isolation → negatives Selbstkonzept 	Selbstkonzept und Beziehungsstörungen) <ul style="list-style-type: none"> • Compassion Focused Therapy könnte geeignet bei neuer SPTSD Diagnose sein, insb. wenn negatives Selbstkonzept und Affekt dysregulation vorliegen • Unterschiede in Ergebnissen zum Einfluss von SMGF auf PTBS Symptomgruppe könnte in Verwendung der DSM Definition begründet sein • Korrelationsanalyse ermöglicht keine Richtungsbestimmung der Zusammenhänge und keine eindeutige Identifikation von Mechanismen wodurch SMGF zu Veränderungen führt sind nicht bekannt (S.10)
Kaurin, Schönfelder & Wesser (2018)	Querschnitt nicht-experimentell n=123 Feuerwehrmänner	<ul style="list-style-type: none"> • die Rolle von SMGF im (Nicht-)Aufkommen von depressiven Symptomen als Folge von dienstlich potenziell traumatisierenden Ereignissen 	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstmitgefühl in Anlehnung an Neff 	Self-Compassion Scale	<ul style="list-style-type: none"> • Starker Zusammenhang zwischen Selbstkritik und depressiven Symptomen • SMGF mildert diesen Zusammenhang, jedoch nur bei überdurchschnittlich empfundener Not 	<ul style="list-style-type: none"> • Wirkung entsteht immer erst aus dem Zusammenspiel von Selbstkritik und Selbstmitgefühl, d.h. nie nur das eine allein ist wirksam, wenn beide vorhanden sind (S.458)
Krieger, Berger & Holtforth (2016)	Psychotherapie Längsschnitt nicht-experimentell mit Cross-Lagged-Analyse t1: direkt nach Behandlung t2: 6 Monate nach Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> • Der Zusammenhang von SMGF und depressiven Symptomen (DS) und Major depressive Episode (MDE) 	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstmitgefühl= achtsame und wohlwollende Haltung sich selbst gegenüber, bei Konfrontation mit persönlicher Fehlbarkeit, Schwäche und physischem Schmerz (S.2) 	<ul style="list-style-type: none"> • Self-Compassion Scale 	<ul style="list-style-type: none"> • Korrelationsanalyse: • SCS + SCSpos ↓ depressive Symptome • SCSneg ↑ depressive Symptome • Cross-Lagged Analyse: • SMGF bestimmt depressive Symptome und major depressive Episode nicht andersherum. DS + MDE sind also Konsequenz von SMGF-Mangel • kleiner – mittlerer Effekt von SMGF auf depressive Symptome 	<ul style="list-style-type: none"> • Reziprozität angenommen. Aber da kein experimentelles Design oder Mediatorenuntersuchung, ist tatsächliche Kausalität nicht 100% sicher. Stattdessen könnte dritte Variable verantwortlich sein (S.15) • Kleine Stichprobe • Keine anderen Instrumente außer SCS zur kontrollierten Erhebung von SMGF • Trotz Stabilität von SMGF ist es veränderbar. Dennoch sind noch

Empathie und Mitgefühl in der Psychosozialen Beratung und Psychotherapie

<p>Mackintosh, Power, Schwanauer & Chan (2018)</p>	<p>13: 12 Monate nach Behandlung n=125 Klient*innen mit Major Depression</p> <p>Psychotherapie Querschnitt nicht-experimentell n=74 Klinikpatient*innen mit Angststörung und Depression</p>	<ul style="list-style-type: none"> Die Rolle von Selbstmitgefühl und zwischenmenschlichen Problemen als Mediatoren im Zusammenhang zwischen Bindungsproblemen (Vermeidung oder Angst) und Angst und emotionalem Distress 	<ul style="list-style-type: none"> Self compassion nach Neff s.o. 	<ul style="list-style-type: none"> Self-Compassion Scale 	<p>über 6 Monate → SMGF ist relativ stabiles Persönlichkeitsmerkmal</p> <ul style="list-style-type: none"> ↓ SMGF ↑ Bindungsvermeidung + -angst Bindungsvermeidung + -angst ↑ zwischenmenschliche Probleme SMGF ns. → zwischenmenschl. Probleme ↓ SMGF + ↑ Bindungsvermeidung ↑ Angst + emot. Distress ↓ SMGF und ↑ zwischenmenschl. Probleme ↑ Bindungsvermeidung ↑ Bindungsvermeidung ↓ SMGF ↑ emot. Distress (=SMGF wirkt als Mediator) ↑ Bindungsvermeidung ↓ SMGF ↑ Angst (=SMGF wirkt als Mediator) 	<p>keine Langzeiteffekte dieser Veränderungsmaßnahmen erhoben (S.16)</p> <ul style="list-style-type: none"> Reduziertes SMGF kann Mediator im Zusammenhang zwischen Bindungsproblemen (Vermeidung und Angst) und emot. Distress und Angst sein Definitive Schlussfolgerung über Zusammenhang ist aufgrund Methodik nicht möglich Selbsteinschätzungsfragebögen sind anfällig für Verzerrung Frühe negative Bindungserfahrungen führen zu einer begrenzten Kapazität an SMGF, da Entwicklung von SMGF von frühen Bindungserfahrungen abhängig ist Keine spezifische Berücksichtigung einzelner Subskalen aufgrund kleiner Stichprobe (S.969)
<p>McDonald, Meckes & Lancaster (2020)</p>	<p>Querschnitt nicht-experimentell Erstheifer*innen mit emotionaler Unterstützung n=171</p>	<ul style="list-style-type: none"> Das Zusammenspiel von SMGF, MGFA und der Dienstrolle als Einfluss auf die mentale Gesundheit (psychischer Distress, PTBS, sekundäre Traumatisierung (STS)), 	<ul style="list-style-type: none"> MGFAs most basic Form: ein Gefühl von Besorgnis um das Leid von anderen mit dem Bedürfnis zu helfen. Unterschiedlich aufgefasst, manche fokussieren Achtsamkeit, manche Altruismus. Hier als mitfühlende Liebe zu anderen untersucht 	<ul style="list-style-type: none"> Self-Compassion Scale Short Form (12 Items) Santa Clara Brief Compassion Scale (SCBCS) (erhebt Compassionate Love, unterscheidet sich stark von anderen Mitgefühlsinstrumenten) 	<ul style="list-style-type: none"> ↑ SMGF + MGFA ↓ Depersonalisation ↑ SMGF ↓ psych. Distress, PTBS, STS, emotional. Erschöpfung ↑ SMGF ↑ Lebenszufriedenheit + Resilienz ↑ MGFA ↑ persönliche Leistung + Mitgefühlsmzufriedenheit Nur bei traditionellen Erstheifer*innen: 	<ul style="list-style-type: none"> Selbstmitgefühl und Mitgefühl für andere sind bedeutsam für die Förderung der mentalen Gesundheit von Erstheifer*innen und mitgefühlbasierte Programme können vorteilhaft für diese Populationsgruppe sein Weniger Untersuchung der Effekte von MGFA als SMGF (S.2) MGFA wird zugleich weniger einheitlich erhoben, da

<p>McLean, Bambling & Steindl (2018)</p>	<p>Beratung Qualitativ</p> <p>2 Fokusgruppen: 1. Überlebende von sexuellem Missbrauch 2. Berater*innen von dieser Klient*innengruppe</p>	<p>Burnout, Resilienz, Mitgefühl und Lebenszufriedenheit von Ersthelfer*innen</p> <p>• Die Sichtweisen von Betroffenen sexuellen Missbrauchs und Berater*innen in diesem Kontext auf (Selbst-) Mitgefühl und seine Kultivierung</p>	<p>• SMGF nach Neff (sich selbst gegenüber freundlich sein in schwierigen Zeiten, verstehen, dass Leid ein Teil des Menschensein ist und achtsam sein eigenes Leid wahrnehmen)</p>	<p>• Compassion Satisfaction Subscale von ProQOL</p>	<p>↑ SMGF ↑ persönliche Leistung + Mitgefühlzufriedenheit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Emotional unterstützende Ersthelfer*innen zeigen weniger emotionale Erschöpfung und mehr Resilienz als traditionelle Ersthelfer*innen 	<p>unterschiedlich definiert, operationalisiert und verschiedene Erhebungsinstrumente existieren (ebenda)</p>
				<p>• 2 Kategorien in Klient*innengruppe: <ul style="list-style-type: none"> • Hürden zu Mitgefühl: <ul style="list-style-type: none"> - hinderliche Beziehungsvorlagen - negative Selbstwahrnehmung - geringe Selbstwirksamkeit in Bewältigungsstrategien - Angst/Verweigerung/Falschauffassungen bzgl. SMGF • Förderliche Aspekte für Mitgefühl <ul style="list-style-type: none"> - Unterstützung von anderen - Mitgefühl für andere - Hohe Selbstwirksamkeit in Bewältigung - Hoffnung auf Veränderung - Zeitpunkt/Bereitschaft für Veränderung </p> <p>• 3 Kategorien in Berater*innengruppe: <ul style="list-style-type: none"> • Therapeutische Faktoren, die Mitgefühl bei Klient*innen stärken: <ul style="list-style-type: none"> - authentisches Modell sein - langsame, individuell angepasste Hinführung - Leid anerkennen, akzeptieren und alternative Perspektiven anbieten • Faktoren, die das Bereitsein der Klient*innen und ihre Kapazität hindern: <ul style="list-style-type: none"> - Scham, Selbstbeschuldigung, negatives Selbstbild - Antwort von anderen - Schwierigkeit Selbstkritik anzuerkennen und loslassen • erwartete Outcomes (von SMGF) <ul style="list-style-type: none"> - gibt Hoffnung und einen Fokus auf Heilung - bietet alternative Perspektiven und Bewältigungsstrategien - Holt Vertrauen zurück </p>	<p>• SMGF ↑ persönliche Leistung + Mitgefühlzufriedenheit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Emotional unterstützende Ersthelfer*innen zeigen weniger emotionale Erschöpfung und mehr Resilienz als traditionelle Ersthelfer*innen 	<p>unterschiedlich definiert, operationalisiert und verschiedene Erhebungsinstrumente existieren (ebenda)</p>
<p>Todorov, Sherman & Kilby (2019)</p>	<p>Querschnitt nicht-experimentell</p>	<p>• Vergleich der Wirkungen von SMGF und Hoffnung auf</p>	<p>• Freundlich, verstehend, akzeptierend gegenüber sich selbst besonders in belastenden Zeiten,</p>	<p>• Self-Compassion Scale Short Form</p>	<p>• SMGF ↓ Körperbild Distress, Depression, Stress, Angst</p>	<p>• SMGF und Hoffnung haben unterschiedliche Wirkungen auf unterschiedlichen Variablen von psychischem Wohlbefinden</p>

Empathie und Mitgefühl in der
Psychosozialen Beratung und Psychotherapie

<p>n=195 Brustkrebspatientinnen</p>	<p>Körperbild Distress, Depression, Angst und Stress bei Patientinnen mit Brustkrebs</p>	<p>Anerkennung, dass Leid Teil der Menschlichkeit ist, sich Zeit nehmen, um Gedanken und Gefühle ehrlich und nichtwertend anzunehmen (S.2026)</p>	<p>Hoffnung → Körperbild Distress, Depression, Stress, Angst • SMGF hat stärkeren Einfluss zu Körperbild Distress + Stress (Varianzverantwortlich) • Hoffnung hat stärkeren Einfluss auf Depression und Angst (Varianzverantwortlich)</p>	<p>• SMGF ist am Jetzt orientiert, Hoffnung an der Zukunft, was o.G. erklären könnte • SMGF ermöglicht freundlicheren Umgang mit sich und entsprechender Situation im Jetzt, wodurch Reduzierung von Körperbild Distress + Stress erklärt werden könnte • Hoffnungsbasierte Interventionen allein möglicherweise nicht effektiv, jedoch in Kombination mit bspw. SMGF-Interventionen (S.2029)</p>
-------------------------------------	--	---	---	---