

Was nützt es sich in jemanden hineinzuversetzen, ohne zu handeln?

Untersuchung zur Integration des prosozialen Handelns in das westliche Empathiekonzept in Form eines Messinstruments zur ganzheitlichen Erfassung von Empathie

Marcus Stück¹, Sebastian Schoppe², Franziska Lahn², Rolando Toro³

¹ DPFA-Hochschule Sachsen

² Universität Leipzig

³ Universidad Santiago de Chile

eingereicht am XX.XX.XXXX, Review: XX.XX.XXXX, angenommen am XX.XX.XXXX



Foto: alexsokolov – Fotolia.com

Zweifelsohne stellt Empathie einen Grundpfeiler des menschlichen Miteinanders dar. Aus wissenschaftlicher Betrachtungsweise setzt sich das Konstrukt Empathie aus verschiedenen Faktoren zusammen, welche je nach theoretischer Ausrichtung verschieden gewichtet werden. Einigkeit besteht darin, dass „[...] Empathiefähigkeit dem menschlichen

Grundbedürfnis nach emotionaler Nähe und Verständigung mit anderen Menschen, aber auch mit anderen Lebewesen sowie mit Objekten entgegenkommt. Hierzu gehört insbesondere das Bedürfnis, andere Personen in einem sozialen Kontext und reflexiv zu sich selbst begreifen zu wollen, um Erkenntnisse für ein ganzheitliches Lebensverständnis

zu gewinnen.“ (Gassner, 2007, S. 13). Aus psychologischer Perspektive versteht man unter Empathie sowohl die Fähigkeit als auch die Neigung den psychischen Zustand einer anderen Person intern zu repräsentieren. Dieser Vorgang umfasst einerseits die Perspektiv- oder Rollenübernahme, also den kognitiven Aspekt, andererseits auch das Erleben

Zusammenfassung

Das westliche Empathiekonzept zieht die Komponenten Affektive und Kognitive Empathie in ihre Betrachtung mit ein, ohne das Handeln zu integrieren, welches als Bestandteil der Empathie von südamerikanischen Psychologen und Biologen (R. Toro, F. Varela, H. Maturana, zit. In Stueck, Villegas und Toro 2010) vorgeschlagen wird. In diesem Artikel wird ein ganzheitliches Empathiekonzept, bestehend aus affektiver, kognitiver und Verhaltenskomponente vorgestellt und ein Meßinstrument zur ganzheitlichen Empathiemessung entwickelt bzw. erste Untersuchungsergebnisse damit vorgestellt. Der Empathiefragebogen (EFB) wurde nach diesem ganzheitlichen Ansatz und auf Grundlage bestehender Fragebogenverfahren (Hogan, 1969, Mehrabian & Epstein, 1972, Sherman & Stotland, 1978 und Davis 1980, 1983) und ihrer Übersetzungen sowie selbst entwickelter Items erstellt. Im ersten Teil der vorliegenden Arbeit erfolgte eine Konfirmatorische Faktorenanalyse mit 221 Kita-Erzieherinnen, Lehrerinnen, Studenten und Sozialarbeitern, die die theoretische dreifaktorielle Form, welche zwischen dem kognitiven, dem affektiven Aspekt von Empathie und empathischem Verhalten differenziert, bestätigen konnte. Der Fragebogen weist gute bis hinreichende Reliabilitäten und Itemstatistiken auf. Einsatzmöglichkeiten werden insbesondere im pädagogischen Bereich, bei Betrachtung möglicher Zusammenhänge zu gesundheitspsychologischen Variablen sowie der Evaluation von Empathie fördernden Maßnahmen gesehen. Differenzierte Zusammenhänge zwischen den Empathiedimensionen, beruflicher Irritation und AVEM-Typen konnten in Teil 2 der vorliegenden Studie an Kita-Erzieherinnen (N=58) nachgewiesen werden. Diese deuten auf eine Protektivwirkung als auch Risikopotential einzelner Empathiekomponenten hin.

What is the use of empathizing with someone without acting? The integration of the pro-social behavior in the western empathy concept in the form of a measurement instrument for the detection of empathy

Summary

The western concept of empathy involves cognitive and affective components of empathy, without integrating the acting, which is a proposed part of the empathy of South American psychologists and biologists (R. Toro, F. Varela, H. Maturana, cited in Stueck, Villegas und Toro 2010). This article introduces a holistic empathy concept, consisting of an affective, a cognitive and a behavioral component, develops an instrument for measuring holistic empathy and presents first results of that investigation. The empathy questionnaire (EFB) was created after this holistic approach, based on existing questionnaires (Hogan, 1969, Mehrabian & Epstein, 1972, Sherman & Stotland, 1978 and Davis, 1980, 1983) and their translations as well as self-developed items.

In the first part of the present study a confirmatory factor analysis with 221 kindergarten teachers, teachers, students and social workers was performed where the theoretical three-factorial form, which differentiates between the cognitive, the affective aspect of empathy and empathic behavior, could be confirmed. The questionnaire reliabilities and item statistics vary from good to adequate. Applications are seen especially in the educational field, with consideration of possible relationships to psychological health variables and the evaluation of empathy -promoting measures. Differential relationships between the dimensions of empathy, irritation and professional AVEM types could be found in part 2 of the present study carried out on daycare teachers (N = 58). These indicate a protective effect and also risk potential of individual components of empathy.

Schlüsselwörter

- iEmpathie
- Erziehergesundheit
- Fragebogenentwicklung
- gesundheitspsychologische Merkmale

Keywords

- empathy
- educational health
- questionnaire development
- health-related psychological variables

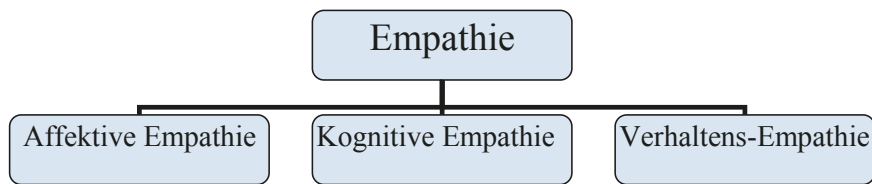


Abbildung 1: Das ganzheitliche Empathiemodell

der psychischen Verfassung des Gegenübers und somit den affektiven Aspekt (vgl. Enzmann, 1996, S. 76). In den tradierten Konzepten findet aus Sicht der Autoren ein Aspekt zu wenig Eingang: das empathische Verhalten. Dahinter steht die Überlegung, Empathie sei nicht allein ein Produkt von Kognitionen und Emotionen, sondern drücke sich vor allem im Verhalten aus. In Anlehnung an die Santiago-Theorie der Kognition (Maturana & Varela, 1970, 2009), können die kognitiven Prozesse nicht ohne Handeln, also das sog. „ins Tun kommen“ verstanden werden (sh. auch Toro, 2010; zit. in Stueck, Villegas, Toro 2010). Dieses ganzheitliche Empathiemodell wird in Abbildung 1 dargestellt. Dass diese ganzheitliche Sichtweise auf Empathie notwendig ist, hat eine ganz praktische Bedeutung: in einer Untersuchung (Stück, Villegas, Toro 2010) wurden 7000 Personen untersucht, in wie weit sie einer notleidenden Person vor einem Bahnhof helfen. Nur 99 Personen gingen tatsächlich auf die notleidende Person zu und unterstützten sie. Was sich im Kopf und in den Gefühlen der Probanden ereignete ist aus der Sicht von Stück (2010) nicht das Bedeutendste, sondern die Interaktion. Deshalb wird in dem Interventionskonzept der Empathieschule (sh. Stück, 2010) Empathie zu allererst als biologisch-verhaltensorientierte Interaktion / Ausdruck bzw. Verbindung angesehen, danach erst als gefühlbasierete und letztlich erst als kognitive.

Diese biologisch orientierte Verhaltensdimension (Stück, 2010) spiegelt die Basis menschlicher Empathie als Bindungsinteraktion wider.

Allgemein anerkannt ist die Bedeutung empathischer Beziehungen in der frühen Kindesentwicklung. Dabei sind die-

se wertvollen Bindungen nicht ausschließlich auf die Mutter- (bzw. Vater-) Kind-Beziehung beschränkt, sondern ergeben sich vielfach im weiteren familiären bzw. sozialen Kontext (z. B. Kindertagesstätten, aber auch Schulen und Betriebe). Primäre Beziehungserfahrungen sind äußerst bedeutsam für die Kindesentwicklung, können aber durch andere Beziehungen einer Modifikation unterliegen. Auch Kinder mit ungünstigen Beziehungserfahrungen können somit häufig ihre Entwicklung ohne langfristige Schäden fortsetzen, wenn jemand für sie da ist, sich ein Mensch verlässlich um das Kind kümmert (vgl. Volkert, 2008, S. 28). Für das Setting frühkindlicher Bildungseinrichtungen (gilt jedoch auch für aber auch Schulen und Betriebe) bedeutet dies, dass sich dem pädagogischen Personal die Möglichkeit bietet, durch empathischen und wertschätzenden Umgang mit dem Kind, positiv auf dessen Entwicklung einzuwirken. Diese Einwirkung hat immer einen rationalen (verbal kognitiven) und einen biologisch verhaltensorientierten (nonverbal) Bestandteil. Es gibt Hinweise darauf, dass Empathie auch unter gesundheitspsychologischer Perspektive eine große Relevanz besitzt (z.B. Hergesell & Schoppe, 2010, Stück 2010, Stück, Villegas, Toro 2010). Konkret können mit den positiven Effekten auf Seiten der Kinder auch Belastungen bei den Kita-Erzieherinnen auftreten. Enzmann (1996) fand in diesem Zusammenhang heraus, dass einzelne Empathie-Dimensionen möglicherweise stärker mit Stress bzw. Burnout einhergehen, wohingegen andere eher als Ressource anzusehen sind. Zur Messung der Empathiefähigkeit bei Erwachsenen existiert eine Vielzahl von Fragebögen, welche vor allem

aus dem anglo-amerikanischen Sprachraum kommen. Die bekanntesten Verfahren stammen von Hogan (1969), Mehrabian & Epstein (1972), Sherman & Stotland (1978) und Davis (1980, 1983). Dennoch darf bei diesen Erhebungsinstrumenten die Inhalts- bzw. Konstruktvalidität angezweifelt werden. So merken beispielsweise Holz-Ebeling und Steinmetz (1995) an, dass die Items dieser Fragebogenverfahren weder mit den von ihren Autoren formulierten Empathie-Definitionen, noch mit dem wissenschaftlichen Verständnis von Empathie vereinbar sind. Aus den bisher genannten Fragebogenverfahren stellt der „Interpersonal-Reactivity-Index“, kurz IRI, (Davis, 1980) das Verfahren dar, welches einem mehrdimensionalen Verständnis von Empathie am ehesten Rechnung trägt. Der Fragebogen von Davis (1980) weist relativ gesehen die höchste substantielle Validität auf. Aus ihrem hohen methodischen wie inhaltlichen Anspruch heraus raten Holz-Ebeling und Steinmetz (1995) jedoch zu einer mehr oder minder starken Itemselektion. So lag es nahe, auf Basis der bestehenden Fragebögen einen ökonomischen und dabei mehrdimensionalen Empathie-Fragebogen zu entwickeln, der darüber hinaus dem Verhaltensaspekt von Empathie Rechnung zu trägt.

Methodik

Die Untersuchung zu dem o.g. Empathiekonzept besteht aus 2 Teilen. Teil 1 befasst sich mit der statistischen Überprüfung der Empathieskala. Teil 2 überprüft die korrelativen Zusammenhänge mit gesundheitspsychologischen Skalen.

Stichprobe

Teil 1: Die Stichprobe der Untersuchung setzte sich aus 221 Probanden zusammen, welche zum Zeitpunkt der Erhebung in der städtischen Region der Stadt Leipzig beschäftigt waren und aus ausgewählten Kindertagesstätten (1.4% Erzieherinnen, 75.1% Kindergärtnerinnen), Schulen (19.9% Lehrerinnen, 1.4% Sozialpädagogen) und der Universität (5% Studenten) rekrutiert wurden. Die Teilnahme an der Untersuchung erfolgte auf freiwilliger Basis und ohne ei-



Abbildung 2: theoretisches dreifaktorielles Modell

ne finanzielle Aufwandsentschädigung. Das Alter der Probanden lag zwischen 19 und 60 Jahren ($M=42,58$, $SD=12,33$). Anzumerken ist, dass für die Erhebung nur 8 % männliche Versuchspersonen herangezogen werden konnten.

Teil 2: Die Stichprobe der Untersuchung setzte sich aus 58 Erzieherinnen zusammen, welche zum Zeitpunkt der Erhebung in einer städtischen Region (Stadt Leipzig) beschäftigt waren und aus ausgewählten Kindertagesstätten rekrutiert wurden. Die Teilnahme an der Untersuchung erfolgte auf freiwilliger Basis und ohne eine finanzielle Aufwandsentschädigung. Untersuchung erfolgte auf freiwilliger Basis und ohne eine finanzielle Aufwandsentschädigung. Das Alter der Probanden lag zwischen 22 und 59 Jahren ($M=42,70$, $SD=9,9$). Anzumerken ist, dass für die Erhebung ausschließlich weibliche Versuchspersonen herangezogen werden konnten.

Erhebungsmethoden

Itemsammlungen zur Messung von Empathie: Die vorgelegte Itemsammlung bestand aus einigen bewährten Items, die existierenden Empathiefragebögen

entnommen wurden (Hogan, 1969, Mehrabian & Epstein, 1972, Sherman & Stotland, 1978, Davis, 1980). Daneben wurde die Itemsammlung um selbst erstellte Items theoriegeleitet ergänzt. Im Entwicklungsprozess des Fragebogens wurden insgesamt 9 Items vorgelegt, die es auf einer fünfstufigen Likert-Skala von „trifft überhaupt nicht zu (1)“ bis „trifft völlig zu (5)“ mittels Selbsteinschätzung einzustufen galt. Theoriegeleitet bezogen sich diese Items auf den kognitiven und affektiven Aspekt von Empathie, sowie das sog. Empathische Verhalten und wurden so ausgewählt, dass sie der angestrebten dreifaktoriellen Lösung (kognitive, affektive und verhaltensbezogene Komponente) entsprechend zugeordnet werden konnten (siehe Abbildung 2).

Weitere eingesetzte Verfahren

Um mögliche Zusammenhänge zu gesundheitspsychologisch relevanten Größen zu prüfen, fanden der Fragebogen zur Erfassung des sog. Arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmusters (AVEM, Schaarschmidt & Fischer, 1996), die Irritationsskala zur Erfassung arbeitsbezogener

Beanspruchungsfolgen (IS, Mohr, Rigotti & Müller, 2007) Eingang in die Fragebogenbatterie. Ferner wurden zu einer ökonomischen Erhebung des durchschnittlichen Stresserlebens, des durchschnittlichen Verhältnisses von Entspannung und Belastung im Berufsalltag sowie der durchschnittlichen Erholungsfähigkeit drei Fragen verwendet. Dabei sollten sich die Untersuchungsteilnehmer jeweils auf einer siebenstufigen Likert-Skala rückblickend für den Zeitraum von drei Monaten einordnen. In der Frage zum durchschnittlichen Stresspegel reichte die Spanne von minimalen Stresserleben (1) bis zu maximalen Stresserleben (7). Das Verhältnis von Entspannungs- und Belastungszeiten, bezogen auf den Berufsalltag, sollte auf der Skala von ausschließlich Entspannungszeiten (1) über ein ausgeglichenes Verhältnis (4) bis zu ausschließlich Belastungszeiten (7) eingeordnet werden. Erholungsfähigkeit, als Fähigkeit in Momenten der Ruhe abzuschalten, wurde auf der Skala von keinerlei Problemen abzuschalten (1) bis zu starker gedanklicher Belastung durch unerledigte Dinge (7) gemessen.

Ablauf der Untersuchung

Die Rekrutierung der Stichprobe erfolgte in Kooperation mit verschiedenen Kitas, Schulen und der Universität Leipzig in der Stadt Leipzig im Juli 2009. Nach einer Erläuterung der Untersuchung wurden die Fragebogen den Kita-Erzieherinnen ausgehändigt. Das Bearbeiten der Fragen durch die Erzieherinnen der Einrichtungen erfolgte dabei in Eigenregie.

Statistische Auswertung

Die Daten wurden mittels des Computerprogramms SPSS, Version 22, ausgewertet. Zur Bestätigung der Faktorenstruktur wurde eine Konfirmatorische Faktoranalyse mittels SPSS AMOS 22.00 durchgeführt. Weiter wurden Analysen der Reliabilitäten in Bezug auf die verwendeten Items durchgeführt. Es wurden die Reliabilitäten der Gesamtskala, die der Teilskalen (Kognitive, Affektive Empathie sowie Empathisches Verhalten) und die Itemstatistiken (insbesondere Trennschärfe) ermittelt. Für die Reliabilitäten der Skalen wurde jeweils Cronbachs Alpha, als Maß der internen Konsistenz berechnet. Daneben sollten die ausgewählten Items vertretbare Trennschärfen (mindestens $rit > .30$) aufweisen. Mögliche Zusammenhänge zwischen den Empathiedimensionen und gesundheitspsychologischen Variablen sollten mittels Korrelationen (Kreuzkorrelation nach Pearson) hergestellt werden. Das angelegte Signifikanzniveau für die statistischen Kennwerte betrug einheitlich $p < .05$.

Ergebnisse

Teil 1: Ergebnisse der konfirmatorischen Faktorenanalyse. Das verwendete dreifaktorielle Strukturgleichungsmodell wird in Abbildung 2 abgebildet. Hierbei wurden dem Faktor „Affektive Empathie“ die Items 1, 2 und 5, dem Faktor „Kognitive Empathie“ die Items 3, 4 und 6 und dem Faktor „Empathisches Verhalten“ die Items 7, 8 und 9 zugeordnet.

Mit $X^2(24, N=221)=33.73; p < .05$ konnte das dreifaktorielle Modell bestätigt werden. Weitere Gütemaße können in Tabelle 1 eingesehen werden. Diese zeigen, dass auf globaler als auch auf lokaler Ebene das Modell als akzeptabel bis gut eingeschätzt werden kann.

Tabelle 1: Gütemaße der Konfirmatorischen Faktoranalyse und deren Einschätzung im Worturteil.

Gütemaß		Einschätzung
GFI	.97	gut
CFI	.97	gut
AGFI	.94	gut
RMSEA	.04	gut
NFI	.90	akzeptabel

Die Regressionsgewichte, Varianzen und Kovarianzen sind in den Tabellen 2a, b und c einzusehen.

Für den Gesamtindex Empathie ergibt sich in der dreifaktoriellen Lösung eine Reliabilität von Cronbachs Alpha=.67. Die Reliabilitäten der Einzelskalen schwanken von Cronbachs Alpha=.48 (KE), Cronbachs Alpha=.58 (AE) bis Cronbachs Alpha=.66 (EV).

Die getrennt für die drei Subskalen ermittelten Trennschärfen der Items (rit) streuen zwischen .24 und .54. Bis auf die Items 4 und 5 erfüllen alle Items das Kriterium eines vertretbaren Mindestwertes für die Trennschärfe von $rit = .30$.

Die drei Subskalen weisen geringe, jedoch signifikanten Kovarianzen untereinander auf: Affektive Empathie korreliert signifikant mit Kognitiver Empathie ($r = -.10, p < .005$) und Empathischem Verhalten ($r = .16, p < .005$), Kognitive Empathie korreliert mit Empathischem Verhalten ($r = -.09, p < .005$).

In Tabelle 3 sind die Mittelwerte, Standardabweichungen und Reliabilitäten (Interne Konsistenzen) bezogen auf die drei Subskalen Affektive, Kognitive Empathie, Empathisches Verhalten dargestellt. Außerdem sind Mittelwerte, Standardabweichungen und Trennschärfen der Items zu sehen.

Es ergibt sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen Alter und dem Gesamtwert der Empathieskala ($r = 1.21, p > .05$).

Teil 2: Ergebnisse bezogen auf Zusammenhänge zu gesundheitspsychologischen Variablen: Tabelle 4 zeigt einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Anzahl der geleisteten Dienstjahre der Erzieherinnen und der Subskala Empathisches Verhalten auf ($r = .31, p < .05$), was auf eine stärkere Ausprägung von

Tabelle 2a: Regressionsgewichte der Items

Item	Faktor	Regressionsgewicht
Emp1	AE	1,000
Emp2	AE	1,279
Emp5	AE	-,678
Emp3	KE	1,000
Emp4	KE	-,517
Emp6	KE	-,707
Emp7	EV	1,000
Emp8	EV	,715
Emp9	EV	,969

Tabelle 2b: Kovarianzen der Faktoren

Faktoren		Kovarianzen
AE	KE	-,101
KE	EV	-,089
AE	EV	,155

Tabelle 2c: Varianzen der Faktoren und Items

Faktor/Item	Estimate
AE	,239
KE	,293
EV	,220
E2	,463
E3	,839
E4	,608
E5	,356
E6	,465
E7	,159
E8	,202
E9	,413
E1	,151

Tabelle 3: Mittelwerte, Standardabweichungen und Reliabilitäten der Subskalen

Item		M	SD	Trennschärfe	Cronbachs Alpha
Affektive Empathie					.58
1	Ich fühle mit, wenn ich vom Problem eines anderen Menschen erfahre.	4.26	.63	.49	
2	Es macht mich traurig, einen einsamen Fremden in einer Gruppe zu sehen	3.82	.93	.45	
5	Ein Missgeschick anderer Leute beunruhigt mich im Allgemeinen nicht so besonders. (I)	3.32	.98	.29	
Kognitive Empathie					.48
3	Ich finde es schwierig, die Dinge vom Standpunkt eines anderen Menschen aus zu sehen. (I)	3.71	.95	.38	
4	Ich versuche, meine Mitmenschen besser zu verstehen, indem ich die Dinge aus ihrem Blickwinkel betrachte.	3.99	.66	.24	
6	In der Regel habe ich keine Probleme damit, die Hintergründe für das Verhalten anderer Personen nachzuvollziehen.	3.71	.78	.31	
Empathisches Verhalten					.66
7	Sehe ich einen Menschen in Not, möchte ich ihm helfen.	4.12	.62	.54	
8	Wenn ich sehe, wie ein Kind von Anderen ausgeschlossen wird, leiste ich dem Kind Beistand.	4.41	.56	.46	
9	Sobald andere Menschen vor Problemen stehen, biete ich ihnen meine Unterstützung an.	3.85	.79	.46	
Legende: I=Invers					

prosozialen Verhaltensweisen wie z. B. Hilfsbereitschaft mit zunehmender Tätigkeitsdauer im Kita-Bereich hindeutet. Signifikante Zusammenhänge zwischen Empathischem Verhalten und den gesundheitspsychologischen Variablen lassen sich nicht feststellen. Für die Skala Affektive Empathie lassen sich einerseits signifikante Zusammenhänge zur Erholungsunfähigkeit ($r=.28, p<.05$) und zur kognitiven Irritation ($r=.32, p<.05$) nachweisen. Somit geht die Tendenz leichter durch die Gefühle Anderer beeinflussbar zu sein mit einer verminderten Erholungsfähigkeit einher. Zudem neigen Personen, die in dieser Untersuchung angegeben, leichter durch das Befinden bzw. die Gefühle anderer beeinflussbar zu sein (affektive Empathiedimension), eher zu Grübeleien über berufliche Probleme als auch Geiztheitszuständen. Des Weiteren kann ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Skala Affektive Empathie und der Wahrscheinlichkeit der Zuordnung zum AVEM-Risikotyp A ($r=.29, p<.05$) gefunden werden.

Demnach weisen Personen mit höherer Ausprägung auf der Skala Affektive Empathie eher Verhaltensweisen auf, die z. B. durch überhöhtes berufliches Engagement, hohe Verausgabungsbereitschaft sowie eine geringe Distanzierungsfähigkeit zu den Problemen von Arbeit und Beruf gekennzeichnet sind. Für die Skala Kognitive Empathie können signifikante Zusammenhänge ausschließlich bezüglich der Zuordnungswahrscheinlichkeiten zu AVEM-Risikotyp B ($r=-.47, p<.01$) und AVEM-Typ G ($r=.29, p<.05$) nachgewiesen werden. Demnach hängt eine größere Neigung bzw. Fähigkeit zu einer Perspektiv- oder Rollenübernahme einerseits mit einer geringeren Tendenz der für Risikotyp B typischen Merkmale wie Resignation, Motivationseinschränkung und einer herabgesetzten Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen zusammen. Andererseits können den Ergebnissen zufolge Personen mit einer höheren Ausprägung auf der Skala Kognitive Empathie häufiger dem AVEM-Typ G zugeordnet wer-

den, was als Zeichen von Widerstandsfähigkeit und Hinweis auf ein gesundheitsförderliches Verhältnis gegenüber der Arbeit gelten kann.

Diskussion

Es kann festgestellt werden, dass es gelungen ist, einen mehrdimensionalen Fragebogen zur Erfassung von Empathie zu entwickeln (sh. Teil 1) und dabei die Ebene des empirischen Verhaltens zu integrieren. Dabei gingen einerseits jene beiden Dimensionen von Empathie ein, die dem wissenschaftlichen Konsens bezüglich des Verständnisses von Empathie entsprechen. Die kognitive Subskala des Fragebogens soll im Wesentlichen die Fähigkeit oder Neigung zur Perspektiv- bzw. Rollenübernahme erfassen, womit das Ausmaß des rationalen Erfassens von Emotionen und Motiven und das Voraussagen von Verhalten gemeint sind. Anhand der affektiven Subskala soll das Ausmaß der Teilhabe an der Gefühlswelt eines anderen Menschen ermittelt werden, also in welchem Umfang eine stellvertretend emotionale Reakti-

Tabelle 4: Korrelationen (r_{xy} gemäß Pearson) zwischen den Mittelwerten der Subskalen und der Anzahl der Dienstjahre, dem durchschnittlichen Stresspegel, dem Verhältnis Entspannungs-Belastungszeiten, der Erholungsfähigkeit, der kognitiven und emotionalen beruflichen Irritation sowie den Zuordnungswahrscheinlichkeiten der AVEM-Typen (N=58)

Variable	Subskala Empathisches Verhalten	Subskala Affektive Empathie	Subskala Kognitive Empathie
Anzahl Dienstjahre	.31*	.06	-.22
Durchschnittlicher Stresspegel	-.22	.18	.13
Verhältnis Entspannungs- und Belastungszeiten	-.19	.24	.04
Erholungsfähigkeit	.11	.28*	.10
kognitive Irritation	.18	.32*	.17
emotionale Irritation	.04	.03	-.15
Zuordnungswahrscheinlichkeit Risikotyp A	.22	.29*	.25
Zuordnungswahrscheinlichkeit Risikotyp B	-.16	-.10	-.47**
Zuordnungswahrscheinlichkeit Typ S	.20	-.22	-.01
Zuordnungswahrscheinlichkeit Typ G	.22	.10	.29*

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

on in Bezug auf das Gegenüber ausgelöst wird. Daneben konnte eine sog. Handlungskomponente („Empathisches Verhalten“), welche in den existierenden Empathiemodellen bisher keine Berücksichtigung findet, in den Fragebogen integriert werden. Diese dimensionale Erweiterung stellt den Versuch dar, die Messung von Empathie um einen Verhaltensaspekt zu ergänzen. Im Wesentlichen entspricht diese Skala prosozialem Verhalten. Demnach werden darunter jene fürsorglichen und auf eine Verringerung des Leidens anderer Personen abzielenden Verhaltensweisen verstanden, welche durch kognitive bzw. affektive Prozesse ausgelöst werden.

Bezogen auf die Gütekriterien ergeben sich für die Subskalen Empathisches Verhalten, Affektive Empathie sowie den Gesamtindex Empathie solide bis gute Reliabilitäten (Interne Konsistenzen gemäß Cronbachs Alpha). Die Reliabilität der Subskala Kognitive Empathie muss als grenzwertig eingestuft werden. Allerdings ließe sich eine Verbesserung der Reliabilitäten erzielen, indem die Itemanzahl pro Subskala im weiteren Ent-

wicklungsprozess des Fragebogens erhöht und ferner eine größere Stichprobe herangezogen würde. Die zu niedrigen Trennschärfen einzelner Items könnten durch eine Überarbeitung der Formulierung verbessert werden. Als weiteres Vorgehen in der Entwicklung des Fragebogens soll eine Validierung und Normierung angestrebt werden. Für eine Validitätsprüfung werden konstruktnahe Verfahren, wie z. B. der Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen zur Messung von Empathie von Paulus (2009), aber auch Verfahren zur Erfassung von Persönlichkeitsmerkmalen vorgeschlagen. Daneben bieten sich Verfahren der Fremdeinschätzung bis hin zu impliziten Verfahren als Möglichkeiten der Validierung an. Einsatzmöglichkeiten des ökonomischen EFBs sehen die Autoren vorrangig in Forschungsfeldern der Pädagogik und Psychologie. So können einerseits differenzierte Zusammenhänge zwischen Empathie und gesundheitspsychologischen Variablen auf Seiten pädagogischen Personals betrachtet werden. Andererseits kann untersucht werden, welche Wirkungen unterschied-

lich empathische Erzieher/Pädagogen auf Kinder haben. In der praktischen Anwendung kann der Fragebogen für evaluative Zwecke herangezogen werden. So ließen sich beispielsweise Personalentwicklungsmaßnahmen, die auf eine Förderung von Empathie abzielen, in ihrer Wirksamkeit untersuchen.

In der Betrachtung der Untersuchungsergebnisse hinsichtlich ermittelter Zusammenhänge zwischen den Subskalen des Fragebogens und stressassoziierten Variablen (siehe Teil 2) konnten mehrere interessante Ergebnisse gefunden werden. So deuten die berichteten Korrelationen auf einen differenzierten Zusammenhang zwischen den einzelnen Empathiedimensionen und gesundheitspsychologisch bedeutsamen Erlebens- und Verhaltensmerkmalen hin. Eine höher ausgeprägte Fähigkeit bzw. Neigung zur Perspektiv- und Rollenübernahme (Kognitive Empathie) ging demnach mit aus gesundheitspsychologischer Sicht günstigen Merkmalen, wie einer geringeren Wahrscheinlichkeit dem AVEM-Risikotyp B zugeordnet zu werden und einer höheren Zuordnungswahrscheinlich-

keit für den AVEM-Typ Gesundheit einher. Dieser Befund deutet damit auf eine Tendenz hin, wie sie Enzmann (1996) in eigenen Untersuchungen referiert und man auch bei Day & Chambers (1991, vgl. Enzmann, 1996) und v. Harscher (1992, vgl. Enzmann, 1996) findet. So besteht in Übereinstimmung mit Vermutungen von Enzmann (1996) ein möglicher Zusammenhang darin, dass eine höher ausgeprägte Neigung bzw. Fähigkeit zum Wechsel von Perspektiven und dem Verständnis des Gegenübers (Kognitive Empathie) eine protektive Wirkung hinsichtlich arbeitsbezogener Stressoren entfaltet. Jedoch macht es keinen Sinn, sich kognitiv in andere Personen hinein zu versetzen ohne zu handeln bzw. ohne zu interagieren, denn die kognitiv empathische Person wird dann zum Beobachter. Oft wird ein hohes Ausmaß an kognitiver Empathie als Ausdruck beruflicher Professionalität verstanden, das kann in Pädagogik und Psychologie nicht funktionieren, da in diesen Fachbereichen Interaktion die Grundlage für Entwicklung darstellt. Das wird durch den Kindheitspädagogen Armin Krenz (Krenz, 2012) bestätigt, der den Satz prägte: „Bildung durch Bindung“. Das heißt der Pädagoge oder Psychologe darf im pädagogischen Prozess kein Beobachter sein. Die weiterführenden Befunde in Teil 2 lassen sich auch so interpretieren, als dass Stress und Burnout assoziierte Verhaltensweisen wie Depersonalisierung, Motivationseinschränkungen und Resignationstendenzen die Bereitschaft zur Perspektivübernahme reduzieren. Dafür spricht insbesondere der in dieser Studie nachgewiesene negative Zusammenhang zwischen Kognitiver Empathie und dem AVEM-Risikotyp B. Daneben konnten aus gesundheitspsychologischer Perspektive eher ungünstige Zusammenhänge zwischen einer stärker ausgeprägten Neigung bzw. Fähigkeit die Gefühle anderer Personen bei sich selbst nachzuempfinden bzw. dadurch beeinflusst zu werden (Affektive Empathie) und stressassoziierten Erlebens- und Verhaltensmerkmalen hergestellt werden. So ging in dieser Untersuchung ein Mehr an Affektiver Empathie mit einer geringeren Erholungsfähigkeit, höherer kognitiver beruflicher

Irritation und einer höheren Zuordnungswahrscheinlichkeit zum AVEM-Risikotyp A einher. Ähnliche Ergebnisse referiert Enzmann (1996) in Bezug auf die inhaltlich sich überschneidende Dimension des sog. „Empathischen Distress“. Seiner Argumentationslinie folgend, legen auch die Ergebnisse dieser Untersuchung folgenden Schluss nahe: Personen, die leicht von Gefühlen anderer Personen angesteckt werden, ohne sich ausreichend davon distanzieren zu können, werden wahrscheinlich zusätzlichen Regulationsaufwand benötigen und in der Konsequenz eher zu emotionaler Erschöpfung, Gereiztheit und verstärkter Grübelneigung tendieren. Ein möglicher Regulationsaufwand ist das empathische Verhalten, d.h. wenn Personen mitfühlen bzw. in diesem Fall auch mitleiden, dann gibt es laut unseren Untersuchungen nur einen Ausweg: empathisch zu handeln. Für diese dritte Subskala des Fragebogens, dem sog. Empathischen Verhalten ließen sich bisher ein aussagekräftiger Zusammenhang zum Dienstalter der Versuchspersonen herstellen (sh. Teil 2). D.h. je mehr Dienstjahre die Versuchspersonen hatten, desto mehr handelten sie auch empathisch. Auch an dieser Stelle gilt, ähnlich der kognitiven Empathie: was nützt es sich in jemanden hineinzufühlen und -zudenken, ohne zu handeln. Aus gesundheitspsychologischer Perspektive ist anzunehmen, dass es sich bei Empathischem Verhalten in Hinblick auf die Bewältigung von Stresssituationen eher um einen Protektivfaktor handelt, der mit zunehmender beruflicher Erfahrung häufiger berichtet wird. Um besser interpretierbare Zusammenhänge oder auch Abgrenzungen herzustellen, bedarf es weiterführender Untersuchungen, die dabei mehr psychische Variablen (auch zu den konstruierten Altruismus und prosozialen Verhaltens) in die Zusammenhangsbetrachtung mit einbeziehen.

Limitationen der Studie

In der vorliegenden Studie bestand das Sample überwiegend aus weiblichen Versuchspersonen, was üblich im erzieherischen Bereich ist. Jedoch sollten im Sinne der Generalisierbarkeit in künftigen Untersuchungen zum ganzheitlichen Empathiemodell mehr männliche Probanden einbezogen werden.

Literaturverzeichnis

- Bortz, J. (2005). Statistik: Für Human- und Sozialwissenschaftler (6. Aufl.). Berlin: Springer.
- Davis, M.H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85.
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual difference in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 113–126.
- Enzmann, D. (1996). Gestreßt, erschöpft oder ausgebrannt? Einflüsse von Arbeitssituation, Empathie und Coping auf den Burnoutprozeß. In D. Kleiber (Hrsg.), *Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung*; Bd.3. München, Wien: Profil.
- Gassner, B. (2007). Empathie in der Pädagogik: Theorien, Implikationen, Bedeutung, Umsetzung. Verfügbar unter: <http://www.ub.uni-heidelberg.de/archiv/7224> [18.09.2009].
- Hergesell, T. & Schoppe, S. (2010). Gesundheitspsychologische Aspekte in frühkindlichen Bildungseinrichtungen – berufsbezogene Belastungen, Stress und Empathiefähigkeit bei Kita-Erzieherinnen. Unveröff. Dipl.-Arbeit, Universität Leipzig.
- Hogan, R. (1969). Development of an empathy scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 307–316.
- Holz-Ebeling, F. & Steinmetz, M. (1995). Wie brauchbar sind die vorliegenden Fragebogen zur Messung von Empathie? Kritische Analysen unter Berücksichtigung der Iteminhalte. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 16, 11–32.
- Krenz, A. (2012). Bildung durch Bindung: Frühpädagogik: inklusiv und beziehungsorientiert (Frühe Bildung Und Erziehung) (1. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Lienert, G.A. & Raatz, U. (1998). Testaufbau und Testanalyse (6. Aufl.). Weinheim: Beltz/PVU.
- Maturana, H. R. & F. J. Varela (2009). *Der Baum der Erkenntnis: Die biologischen Wurzeln menschlichen Erkennens* (2. Aufl.). Frankfurt am Main: Fischer.
- Mehrabian, A. & Epstein, N. (1972). A measure of emotional empathy. *Journal of Personality*, 40, 525–543.
- Mohr, G., Rigotti, T. & Müller, A. (2007). Irritations-Skala zur Erfassung arbeitsbezogener Beanspruchungsfolgen. Göttingen: Hogrefe.
- Paulus, C. (2009). Der Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen SPF(ERI) zur Messung von Empathie: Psychometrische Evaluation der deutschen Version des Interpersonal Reactivity. Verfügbar unter: <http://psydok.sulb.uni-saarland.de/volltexte/2009/2363/> [28.10.2009]
- Schaarschmidt, U. & Fischer, A. (1996). Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster – incl. Auswertungssoftware. Frankfurt/Main: Swets Test Services
- Sherman, S.E. & Stotland, E. (1978). Adding a new tool: Development of scales to measure empathy. In E. Stotland, K.E. Mathews Jr., S.E. Sherman, R.O. Hansson & B.Z. Richardson (Hrsg.), *Empathy, fantasy and helping* (S. 27–44). Beverly Hills: Sage.
- Stueck, M. (2010). „Kinder, Forscher, Pädagogen – Frühe Bildung auf dem Prüfstand. Beiträge zur Bildungsgesundheit. Bd. 14“ Strassburg: Schibri-Verlag.
- Stück, M.; Villegas, A., Toro, R. (2010). Nonverbale Aspekte Wertschätzender Kommunikation in Kindertagesstätten: Empathieschule für Pädagogen. Beiträge zur Bildungsgesundheit. Bd. 8. Strassburg: Schibri-Verlag.
- Volkert, W. (2008). Die Kindertagesstätte als Bildungseinrichtung: Neue Konzepte zur Professionalisierung in der Pädagogik der frühen Kindheit. Wiesbaden: VS Verlag

Korrespondenz

Prof.Dr.habil.Marcus Stueck (Stück)
 Professor für Psychologie
 DPFA – Hochschule Sachsen
 Reichenbacher Str. 158
 08056 Zwickau
 +49 179 4497384
 E-Mail: marcus.stueck@dpfa-hs.de