

Psychologie in Bildung und Erziehung:
Vom Wissen zum Handeln

Tobias Altmann

Empathie in sozialen und Pflegeberufen

Entwicklung und Evaluation
eines Trainingsprogramms

 Springer

Psychologie in Bildung und Erziehung:
Vom Wissen zum Handeln

Tobias Altmann

Empathie in sozialen und Pflegeberufen

Entwicklung und Evaluation
eines Trainingsprogramms

 Springer

Psychologie in Bildung und Erziehung: Vom Wissen zum Handeln

Weitere Bände in dieser Reihe
<http://www.springer.com/series/10707>

Die Akteure im Bildungssystem verfügen zusammen genommen über ein immenses Wissen. Das Wissen aus den unterschiedlichen Perspektiven wird aber nicht immer zusammengebracht: Praktiker/innen wenden ihr Wissen nicht immer lehrbuchmäßig an und Wissenschaftler/innen schaffen Erkenntnisse, die nicht immer praktisch umgesetzt werden können. Das erste Ziel dieser Schriftenreihe besteht darin, die Erkenntnisse aus der wissenschaftlichen Psychologie und Praxis zu mannigfaltigen und relevanten Aspekten des Bildungs- und Erziehungskontextes zusammenzutragen.

Allerdings reicht Wissen alleine nicht aus um dann auch in Handlung umgesetzt werden zu können. Die Diskrepanz zwischen Wissen und Handeln ist jedem bekannt, sowohl theoretisch als auch praktisch arbeitenden Menschen. Hier verfolgt die Schriftenreihe ein zweites Ziel: Das in einem Band zu einem Thema zusammengetragene Wissen aus Forschung und Praxis soll aus praxisorientierter Perspektive durch Praktiker/innen selber handlungsleitend reflektiert werden, so dass die Leser/innen die Erkenntnisse konkret umsetzen können.

Beide Ziele zusammengenommen regen an, das Forschungsfeld und Berufsfeld im Erziehungs- und Bildungskontext aus neuen Perspektiven zu betrachten und mit neuen Ideen zu gestalten.

Herausgegeben von

Prof. Dr. Gisela Steins, Universität Duisburg-Essen, Deutschland

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Stephan Dutke, Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Deutschland

Prof. emr. Dr. Maria Limbourg, Universität Duisburg-Essen, Deutschland

Prof. Dr. Marcus Roth, Universität Duisburg-Essen, Deutschland

Prof. Dr. Birgit Spinath, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Deutschland

Tobias Altmann

Empathie in sozialen und Pflegeberufen

Entwicklung und Evaluation eines
Trainingsprogramms

 Springer

Dr. phil. Tobias Altmann
Universität Duisburg-Essen, Essen
Deutschland

ISBN 978-3-658-06644-4
DOI 10.1007/978-3-658-06645-1

ISBN 978-3-658-06645-1 (eBook)

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Springer

© Springer Fachmedien Wiesbaden 2015

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Lektorat: Dr. Lisa Bender, Yvonne Homann

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer ist eine Marke von Springer DE. Springer DE ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media
www.springer.de

Inhaltsverzeichnis

1	Einführung und Überblick	1
2	Empathie und Gewaltfreie Kommunikation	5
2.1	Empathie	6
2.1.1	Definitionen und Modelle	6
2.1.2	Integrative Konzepte	13
2.1.3	Das Empathie-Prozessmodell	16
2.2	Der empathische Kurzschluss	26
2.3	Die Gewaltfreie Kommunikation	32
2.3.1	Marshall B. Rosenberg	32
2.3.2	Der Begriff Gewalt	33
2.3.3	Das Modell der Gewaltfreien Kommunikation	35
2.3.4	Exkurs: Das Empathieverständnis in der Gewaltfreien Kommunikation	52
2.4	Die Trainierbarkeit von Empathie	55
2.5	Trainings in Gewaltfreier Kommunikation	58
3	Gesamtkonzept und Vorannahmen zur Trainingsentwicklung	63
3.1	Synthese und Gesamtkonzept	63
3.2	Vorannahmen zur Trainingsprogrammentwicklung	68
4	Entwicklung des Trainingsprogramms	71
4.1	Prinzipien und Grobstruktur	71
4.2	Vorversionen und Programmentwicklung	74
4.2.1	Probeseminar in der universitären Lehre	74
4.2.2	Vorstudie mit Experten in der Alten- und Krankenpflege ..	74
4.3	Finale Version des Trainingsprogramms	89

5	Methodik der empirischen Studie	109
5.1	Design der Studie	109
5.2	Durchführung	111
5.3	Hypothesen und Operationalisierung	113
5.4	Messinstrumente	115
5.5	Stichprobenbeschreibung	120
6	Ergebnisse der Studie	123
6.1	Skalenanalyse	123
6.2	Evaluation des Trainingsprogramms	125
6.2.1	Formative Evaluation	126
6.2.2	Summative Evaluation	128
6.3	Weitere Analysen	151
6.3.1	Einfluss der TrainerInnen	151
6.3.2	Voraussetzungen für Erfolg des Trainings	152
7	Auswertung der Evaluation und Fazit	157
7.1	Zusammenfassende Darstellung der Befunde	157
7.2	Diskussion der Befunde	160
7.3	Limitationen der Studie	167
7.4	Fazit und Ausblick	170
	Literatur	173

Der Begriff Empathie steht in den letzten Jahren immer wieder im Fokus der Öffentlichkeit. Durch allgemein verständliche Publikationen aus den psychologischen Neurowissenschaften wie „Unser empathisches Gehirn“ von Keysers (2013a), der Soziologie wie „The Empathic Civilization“ von Rifkin (2009) und der medizinischen Pflege wie „Empathy in Patient Care“ von Hojat (2007) sowie aus Beiträgen der Presse wie „Die Macht des Mitgefühls“ von Dworschak (2013) wird deutlich, dass ein gesellschaftlicher Wunsch nach einem empathisch mitfühlenden Umgang miteinander besteht.

In der psychologischen Forschung erweist sich Empathie ebenfalls ein häufig und intensiv untersuchtes Phänomen (z. B. Bernhardt und Singer 2012; Butters 2010; Carré et al. 2013; Konrath et al. 2011; Vignemont und Singer 2006), auch wenn selbst definitorische Fragen noch lange nicht geklärt zu sein scheinen (z. B. Altmann 2013a; Decety und Jackson 2004; Gerdes et al. 2010; Preston und de Waal 2002). Der positive Einfluss der Empathie beispielsweise auf Aggressivität und Delinquenz (z. B. Bazemore und Stinchcomb 2004; Jolliffe und Farrington 2004; Mulloy et al. 1999), Partnerschaftszufriedenheit (z. B. Halford et al. 2003; Long et al. 2008) und Führung von Mitarbeitern (z. B. Bell und Hall 1954; Kellett et al. 2002; Skinner und Spurgeon 2005) konnte nachgewiesen werden. Auch der Zusammenhang zum Phänomen Burnout in den helfenden Berufen wurde bereits in Studien thematisiert (z. B. Åström et al. 1991; Bragard et al. 2010; Lee 2010). Dieser wird besonders bei den Angestellten im Gesundheitswesen relevant, von denen in dieser Arbeit speziell die Pflegekräfte beispielhaft betrachtet werden.

Pflegekräfte werden aus diesem Grunde exemplarisch betrachtet, da ein hoher emotionaler Anforderungscharakter in diesem Berufsbild besteht, der durch

die häufige und intensive Nähe zu PatientInnen und der direkten Konfrontation mit deren Emotionalität entsteht. Durch die isolierte und damit abhängige Situation der PatientInnen im Krankenhaus erhält dies eine verstärkte Brisanz, da die Pflegekräfte oft die einzigen und grundsätzlich die primären Ansprechpartner für alle Belange sind – von der Unzufriedenheit mit der Matratze bis zur Angst vor dem Sterben. Wie in einer aktuellen Studie von Palenga (in Vorbereitung) gezeigt wurde, können in dieser Anforderungssituation ein dysfunktionales Empathieverständnis und eine unreflektierte Empathie zu Belastungsfolgen wie Arbeitsunzufriedenheit, Depressivität, Burnout und zu psychosomatischen Symptomen führen (vgl. ausführlich in Kap. 3.1).

Als Hintergrund dieser Zusammenhänge wird in der vorliegenden Arbeit das Konzept des empathischen Kurzschlusses vorgestellt. Der empathische Kurzschluss ist eine kommunikative Notreaktion in einer emotional überfordernden Situation und führt zum scheinbar wohlwollenden aber faktisch ungünstigen Abbruch der Interaktion (Altmann und Roth 2013; vgl. ausführlich in Kap. 2.2). Die subtile Unzufriedenheit, die dabei zurückbleibt, kann zu einer diffusen Unzufriedenheit mit dem eigenen empathischen Handeln kumulieren und destabilisiert damit langfristig die Sicherheit im zwischenmenschlichen Umgang, mit den oben genannten Belastungssymptomen als Folge (Altmann und Roth 2014). In der Ausbildung der sozialen Berufe, hier am Beispiel der Krankenpflege, fehlt dieser Aspekt allerdings zumeist völlig, sodass in den Ausbildungskurricula immer wieder ein Mangel an Konzepten konstatiert werden muss, die den Umgang mit Emotionen und Empathie fokussieren (Henderson 2001; Stamouli et al. 2010). In diesem Buch wird entsprechend die konzeptionelle Entwicklung und empirische Evaluation eines Trainings für Auszubildende in der Krankenpflege vorgestellt, in dem durch Reflexion des Empathieverständnisses und des eigenen empathischen Handelns der empathische Kurzschluss vermieden und in der Folge Burnout und damit verbundene Belastungssymptome verringert bzw. verhindert werden können. Als Methode zur Umsetzung wird das Kommunikationskonzept der Gewaltfreien Kommunikation (Rosenberg 1999, 2012) eingesetzt. Die Gewaltfreie Kommunikation ist ein Modell, das klar zwischen den eigenen und den emotionalen Anteilen anderer differenziert, dadurch Klarheit in der Verantwortung für die beteiligten Emotionen und Bedürfnisse schafft und eine leicht zugängliche und gleichzeitig tiefe Ebene der empathischen Interaktion bietet. Das Trainingskonzept wurde von Altmann und Roth (2014) unter dem Titel „Mit Empathie arbeiten – gewaltfrei kommunizieren“ als Handbucharbeit veröffentlicht. Die Übungen sind dort mit detaillierten Hinweisen für die Durchführung und eigenen Erfahrungswerten aus dem Einsatz in der Krankenpflegeausbildung beschrieben. Das vorliegende Buch bietet zu diesem Trainingsmanual die theoretischen Hintergründe und damit die vertiefenden Infor-

mationen zu den angewandten Konzepten, die Sichtung der relevanten Literatur, die Entwicklung des Trainingsprogramms und besonders die ausführlichen Informationen zur Wirksamkeit und Akzeptanz des Trainings. Für diese summative und formative Evaluation wurde eine umfangreiche Studie mit 448 TeilnehmerInnen über mehrere Monate in der Krankenpflegeausbildung durchgeführt. Allen Beteiligten sei an dieser Stelle nochmals herzlich gedankt für die Unterstützung und das Engagement. Da in der Evaluationsstudie die Krankenpflege fokussiert wird, wird in diesem Buch – anders als im Manual zum Training – auch nur primär diese Berufsgruppe beschrieben.

Für die akademische Fachwelt wurden diese Inhalte in einer Dissertationsschrift bereits dargestellt bei Altmann (2013b). Das vorliegende Buch basiert auf den Befunden dieser Dissertation und stellt die Inhalte in stark überarbeiteter und vereinfachter Form dar, um sie für ein breiteres Publikum zugänglich zu machen. Das Buch ist in Anlehnung an diese Dissertation ebenfalls in sieben Kapitel unterteilt. Im folgenden Kap. 2 werden die Theorie der Empathie, das Konzept des empathischen Kurzschlusses und das Modell der Gewaltfreien Kommunikation erörtert sowie die Trainierbarkeit von Empathie beschrieben. Im Kap. 3 werden das Konzept und die Hypothesen der empirischen Studie aus den theoretischen Konzepten abgeleitet. Die Entwicklung und finale Version des Trainingskonzepts, das Gegenstand der Studie ist, werden in Kap. 4 vorgestellt. Die methodischen Aspekte werden in Kap. 5 erläutert und die Ergebnisse der Evaluation in Kap. 6 präsentiert. Im abschließenden Kap. 7 werden die Befunde mit Bezug auf den theoretischen Rahmen diskutiert und ein Ausblick auf weitere Forschungsansätze gegeben.

Empathie wird in den sozialen Berufen nahezu als definitorischer Bestandteil der Tätigkeit betrachtet, denn ohne Empathie ist gute Krankenpflege nur schwer denkbar. Daher überrascht die Vielzahl der Trainings in diesem Bereich sicherlich wenig (vgl. Kap. 2.4). Diese Trainings zielen grundsätzlich auf eine Steigerung der Empathie bei den TeilnehmerInnen (Brunero et al. 2010; Butters 2010), jedoch bringt diese Idee „mehr ist besser“ verschiedene Schwierigkeiten mit sich. Zum Ersten wird implizit ausgedrückt, dass das bereits vorhandene Maß an Empathie nicht ausreicht, ohne dass eine Diagnostik dies indiziert hat. Zum zweiten wird die Haltung bei den TeilnehmerInnen verankert, dass ein stärkeres Mitfühlen immer besser sei als jede andere Alternative. Das emotionale Einlassen auf andere Menschen, besonders im sozialen Berufsfeld, ist aber auch mit hohen Risiken für die eigene emotionale Stabilität verbunden (Maslach und Jackson 1986; Kap. 2.2). Zum Dritten verändern Trainings nicht das Persönlichkeitsmerkmal Empathie, sondern im besten Fall die Sichtbarkeit bzw. die Expressivität des Merkmals, zumeist aber nur Verhaltensweisen, die als empathisch gelten, auch wenn dies nur selten klar definiert wird (Kap. 2.1.1.2). Daraus kann eine riskante Tendenz zu fassadenhaftem Verhalten entstehen, die den äußeren Eindruck des Mitfühlens vermittelt, aber in emotionaler Diskrepanz zum inneren Erleben steht (Bryson 2009). Diese Spannung muss auf Dauer zu erhöhtem Belastungserleben und kann zu Symptomen des Burnout und psychosomatischen Beschwerden führen (Maslach und Jackson 1986; Nosek 2012; Schwarzer und Jerusalem 1999).

Mit Blick auf diese Schwierigkeiten werden folgende Schwerpunkte aufgegriffen und ausführlich diskutiert, um zu einem tieferen Verständnis zu kommen. In Kap. 2.1 wird das Konzept Empathie aus Sicht der Psychologie in seinen Facet-

ten und unterschiedlichen Definitionen dargestellt. Um der definatorischen Vielfalt (Kap. 2.1.1) zu begegnen, wird mit dem Empathie-Prozessmodell eine Möglichkeit der integrativen und anwendungsorientierten Konzeptualisierung vorgeschlagen (Kap. 2.1.2). In Kap. 2.2 werden daraufhin Probleme und Belastungen durch eine unreflektierte Empathie am Prinzip des empathischen Kurzschlusses beschrieben. Zum reflektierten Einsatz von Empathie wird in Kap. 2.3 die Gewaltfreie Kommunikation als empathisches Kommunikations- und Interaktionsmodell vorgestellt. Bisherige Studien zu Trainings in den Bereichen Empathie und Gewaltfreier Kommunikation werden in den Kap. 2.4 und 2.5 diskutiert.

2.1 Empathie

Seit Beginn der Erforschung der Empathie, als Lipps (1897) das Konzept erstmals zugänglich formulierte, sind viele und sehr unterschiedliche Definitionen von Empathie vertreten worden. Um zu einer Arbeitsdefinition für die vorliegende Studie zu kommen, werden im Folgenden die einflussreichsten Definitionen (Kap. 2.1.1) und die moderne Entwicklung zu integrativen Modellen dargestellt¹. Die Auseinandersetzung wird zeigen, dass prozessorientierte Modelle von Empathie zu bevorzugen sind. Das Empathie-Prozessmodell (ausführlich im Kap. 2.1.2) wird dabei als eine mögliche Synthese und Zusammenfassung der unterschiedlichen Aspekte vorgeschlagen.

2.1.1 Definitionen und Modelle

Empathie ist als Konzept in der Wissenschaft seit über hundert Jahren präsent (Lipps 1897) und durch die häufig nachgewiesene Beziehung zu prosozialem Verhalten (z. B. Burks und Kobus 2012; Eisenberg 2000; Garaigordobil 2009; Paciello et al. 2013; Strayer und Roberts 2004; Zahn-Waxler et al. 1992) stets positiv konnotiert. Allerdings bestehen seit Beginn der Forschung stark unterschiedliche Meinungen, was unter dem Konzept zu verstehen sei (Long 1990). Auf diese Schwierigkeiten hat Reik bereits 1948 hingewiesen: „the word empathy sometimes means one thing, sometimes means another, until now it does not mean anything“ (S. 357). Auch Batson et al. (1987) formulieren diesen Gedanken: „Psychologists are noted for using terms loosely, but in our use of empathy we have outdone ourselves“ (S. 19). Diese Verwirrung spiegelt sich bis heute in Studien wider, da einerseits Diskrepanzen weiter bestehen und unterschiedliche Definitionen je nach

¹ Die folgenden Darstellungen stützen sich auf Altmann und Roth (2013).

Forschungskontext verwendet werden, ohne dass begrifflich differenziert wird (Steins 2005). Andererseits greifen viele Studien einfach auf eine sehr allgemeine, unverbindliche Definition (z. B. zusammengefasst bei Richter 2009) zurück oder verzichten auf die konkrete Spezifikation des Konzeptes (Pedersen 2009). Empathie wird beispielsweise als Persönlichkeitsmerkmal (trait), Zustand (state), Fähigkeit, Fertigkeit, Charakteristikum einer Interaktion oder Verhaltensmuster beschrieben (Kunyk und Olson 2001).

Als Ankerpunkt für die weitere Auseinandersetzung sei beispielhaft die Definition von Bischof-Köhler (2009) ausgewählt, die da lautet: „Mit Empathie ist jener Prozess gemeint, bei dem ein Beobachter an dem Gefühl oder der Intention einer anderen Person teilhat und dadurch versteht, was diese andere Person fühlt oder beabsichtigt“ (S. 53). Dabei sei „Empathie primär ein emotionaler Vorgang, bei dem die Intention bzw. Emotion des anderen durch Einfühlung mit vollzogen wird“ (S. 52), während die kognitiven Aspekte eher mit der theory of mind zu beschreiben seien (Kunyk und Olson 2001).

2.1.1.1 Duales Persönlichkeitsmerkmal

Tatsächlich stand am Beginn der Geschichte der wissenschaftlichen Betrachtung der Empathie mit der Übersetzung von Lipps Konzept der „Einfühlung“ (1897) von Titchener (1909) in „empathy“ zunächst ein rein emotionales Konzept. Das Erleben einer anderen Person war demnach nur durch innere, kinästhetische Imitation erschließbar. Mit dieser ersten theoretischen Diskussion schuf er die Grundlage für die weitere wissenschaftliche Betrachtung und Untersuchung von Empathie (Eisenberg und Strayer 1987; Wispé 1986). Später aber ging Titchener (1915) dazu über, Empathie als eine kognitive Vorstellung zu sehen und eröffnete damit die Differenzierung in kognitive und affektive Aspekte der Empathie. Diese beiden Aspekte wurden also bereits sehr früh als zwei Dimensionen desselben Phänomens verstanden, wie sich beispielsweise in der Definition von Kohut (1984) widerspiegelt: Empathie ist „to think and feel oneself into the inner life of another person“ (S. 82).

Die kognitive Komponente der zwei Seiten der Empathie fasst das intellektuelle Verstehen und Nachvollziehen-Können der Situation einer anderen Person zusammen. Wenn beispielsweise ein Freund seinen Job verliert, ermöglicht die kognitive Empathie durch Perspektivübernahme (Steins und Wicklund 1993) und die theory of mind (Carruthers und Smith 1996) die Vermutung, dass er enttäuscht ist und Sorge hat, keine neue Anstellung zu finden. Die kognitive Sicht erlaubt also auch, Emotionen einer anderen Person zu erkennen, die jedoch nur rational-logisch erschlossen und nicht z. B. durch Einfühlung affektiv-emotional erlebt werden.

Mit der emotionalen oder affektiven Komponente von Empathie ist gemeint, dass die Emotionen eines anderen Menschen tatsächlich zumindest ähnlich mit-

gefühl werden. Dadurch erscheint der emotionale Zustand des mitfühlenden Menschen mehr zur Situation des Gegenübers zu passen, als zu seiner eigenen Situation (Hoffman 2000). Die Trauer einer anderen Person kann so auch im Beobachter Trauer auslösen, auch wenn dieser für sich allein keinen Grund zur Trauer hätte. Hier kann vermutet werden, dass die beiden Prozesse der Gefühlsansteckung und der Selbst-Andere-Differenzierung aktiv sind. Durch die Gefühlsansteckung (der englische Fachbegriff ist „emotional contagion“; Hatfield et al. 1994) werden Emotionen von einer Person automatisch (ohne intentionale Steuerung) auf eine andere übertragen. Eine bewusste Perspektivübernahme oder kognitives Verständnis der Emotion der anderen Person ist nicht notwendig (Manera et al. 2013). Dabei passen sich Körperhaltung, Mimik, Stimmlage und Bewegungsgeschwindigkeit an die andere Person an, wodurch letztlich eine emotionale Spiegelung erfolgt (Rempala 2013). Das Prinzip der Spiegelneurone wird hier als vermittelnd angesehen (Iacoboni und Mazziotta 2007; Rizzolatti und Craighero 2004). Die Selbst-Andere-Differenzierung (der englische Fachbegriff ist „self-other-differentiation“; Lamm et al. 2007) wiederum erscheint notwendig, um nicht von den Emotionen verwirrt zu sein, die nicht zur eigenen Situation passen, sondern den Ursprung der (empathisch übertragenen) Emotion klar präsent zu haben (Corcoran 1989). Ist diese Ursprungszuordnung nicht aktiv oder nicht eindeutig, kann abwehrendes, egoistisches Verhalten entstehen (Batson et al. 1997) oder sich beispielsweise Aggression von einer Person auf eine andere übertragen und so zu gegenseitiger Eskalation führen (Preston und de Waal 2002). Um Empathie von reiner Gefühlsansteckung zu trennen, ist also die Selbst-Andere-Differenzierung wesentlich (Batson und Shaw 1991; Decety und Jackson 2004).

Mit der Idee der Einfühlung, wie in der Anker-Definition von Bischof-Köhler (2009) anfangs beschrieben, ist also der komplexe und nur schwer nachvollziehbare Prozess zu verstehen, in dem durch automatische, nicht bewusste emotionale Übertragung von Emotionen und die kognitive Perspektivübernahme das Erleben einer anderen Person verständlich und emotional spürbar wird, dabei gleichzeitig aber die Quelle der Emotion eindeutig in der anderen Person lokalisiert wird. Es ließe sich allerdings sowohl eine Empathie im engeren Sinne formulieren, die allein das emotionale Mitschwingen beschreibt und den Kernprozess des Konstrukts ausmacht, als auch eine Empathie im weiteren Sinne, die kognitive Perspektivübernahme zum Verständnis der Emotion der anderen Person und die Selbst-Andere-Differenzierung als notwendig erachtet, um Empathie von reiner Gefühlsansteckung zu differenzieren.

Die schlichte Zusammenfassung von Empathie als Dualität aus kognitiven und affektiven Elementen wurde durch die wachsende Orientierung der Persönlichkeitspsychologie auf ihre Messmethoden weiter verstärkt. Die prominenteren Namen in