

POLYLOGE

Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“ (peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen, Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Universität Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Dr. phil. **Sylvie Petitjean**, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Rorschach

Prof. Dr. päd. **Waldemar Schuch**, M.A., Department für Psychosoziale Medizin, Donau-Universität Krems, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper**, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Düsseldorf/Hückeswagen.

Ausgabe 11/2011

Förderung von Empathie in der Integrativen Kinder- und Jugendlichentherapie*

*Sabine Römer*** , Köln

* Aus der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Düsseldorf, Hückeswagen <mailto:forschung.eag@t-online.de>, oder: EAG.FPI@t-online.de, Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>).

** *Sabine Römer*, Dipl.-Psych. Thessaloniki-Allee 3, 51103 Köln, sabiroe@hotmail.com
Betreuer der Arbeit: Univ.-Prof. Dr. mult. *Hilarion G. Petzold*.

Inhaltsverzeichnis

<u>1 Einleitung</u>	4
1.1 Definition vom „Empathie“ und Bedeutung der Empathie in der Integrativen Therapie.....	5
1.2 Begriffliche Abgrenzung zu verwandten Begriffen.....	7
<u>2 Theoretische Grundlagen</u>	9
2.1 „Der informierte Leib“.....	9
2.2 Interiorisierung.....	11
2.3 Die Bedeutung der Spiegelneurone.....	13
<u>3 Entwicklungspsychologische Betrachtung der Empathie</u>	15
<u>4 Möglichkeiten der Förderung von Empathie im therapeutischen Setting</u>	20
4.1 Förderung von Empathie durch Nachbeelterung.....	20
4.1.1 Blickdialoge.....	22
4.2 Förderung von Empathie durch Bewusstseinsarbeit.....	23
4.3 Förderung von Empathie durch Ressourcenaktivierung.....	24
4.4 Förderung von Empathie durch Solidaritätserfahrung und exzentrische Überschau.....	26
<u>5 Abschlussgedanken und Überblick</u>	28
<u>Literatur</u>	31

1 Einleitung

Was ist Empathie, wozu brauchen wir sie und empathische Kinder und Jugendliche? In unserer Gesellschaft, in der das Individuum so stark im Mittelpunkt steht, die Verfolgung der eigenen Interessen zentral ist, erscheint Empathie als eine Eigenschaft, die dem Einzelnen erst einmal nichts bringt. Sie fördert, so denkt man, eher das Gemeinwohl als das des Einzelnen. Jedoch kann in einer *integrativ-systemischen* Perspektive die soziale Integration eines Einzelnen als Hauptprädiktor seiner „sozialen Gesundheit“ angesehen werden (Petzold 1979c, 2010g). Das Wohlergehen des Einzelnen und das Gemeinwohl hängen unzertrennlich zusammen. Jordan (2000, cit. Staemmler 2009) kritisiert diese einseitige Darstellung und Reduktion der Empathie auf eine Hilfsfunktion, d.h. auf eine Funktion, die nur dem anderen hilft. Der Autor sieht Empathie (in der Psychotherapie) als einen Weg aus der Isolation und

„...eine Möglichkeit, wirkliche Verbundenheit zu erleben. In der empathischen Verbindung entkommt die Klientin der Isolation und fängt an, daran zu glauben, dass sie es wert ist, Mitgefühl, Verbundenheit und Liebe zu erfahren (ibid., cit. Staemmler 2009, 263).

Es geht also bei der Empathie um mehr als nur um einen Motor für prosoziales Verhalten, obwohl diese Eigenschaften eng miteinander zusammenhängen. Interessanterweise entwickeln Kinder zur gleichen Zeit empathische Gefühle für ihr Gegenüber, wie sie fähig werden, jemanden absichtsvoll zu schädigen und ihm Leid zuzufügen (Bischof-Köhler 2006). Dem Aggressor ist bewusst, was er dem anderen antut. Er weiß, dass er im wesentlichen derselbe ist wie der andere (Identifikation). Kinder und Jugendliche, die mit ihren Mitschülern einen empathischen Umgang haben, werden in ihrem Klassenverband integriert und zufrieden sein. Während Kinder, die keine Verbundenheit mit ihren Mitschülern empfinden, sich höchstwahrscheinlich mit ihnen anfeinden, aggressiv (*Externalisierer*) oder unglücklich werden, d.h. sie bekommen emotionale Probleme (*Internalisierer*) (vgl. Resch et al. 1999).

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich vor allem mit den Möglichkeiten der Förderung von Empathie in der Integrativen Kinder- und Jugendtherapie. Es werden entwicklungspsychologische und neurowissenschaftliche Grundlagen der Empathie

betrachtet. Als Grundlage der Arbeit dient das Kernkonzept des *informierten Leibes* nach *Petzold* (2002j) und das *Interiorisierungskonzept* *Vygotskijs*.

1.1 Definition vom „Empathie“ und Bedeutung der Empathie in der Integrativen Therapie

Beginnen wir mit einer Definition. Empathie setzt nach *Petzold* Intuition voraus und kann so definiert werden als

„...das Zusammenwirken eines genetisch disponierenden Verhaltensprogramms mit aktueller, subliminaler und supraliminaler sozialer Wahrnehmung und ihrer mnestischen Resonanz aufgrund vorgängiger Erfahrungen und antizipierender Entwürfe, wodurch ein affektives Teilnehmen an dem, was ein anderer empfindet, möglich wird sowie identifikatorische und antizipierende Leistungen, die Voraussetzungen für mitmenschliches Engagement sind“ (Petzold 2003a, 872).

Empathie ist *„die Erfahrung, unmittelbar der Gefühlslage eines Anderen teilhaftig zu werden und sie dadurch zu verstehen“ (Bischof-Köhler 1989, 89)*. Es geht darum, die soziale Situation in der sich der andere befindet zu verstehen, ihre Bedeutung und Struktur zu erfassen aus unterschiedlichen Blickwinkeln (*atmosphärisches, szenisches Erfassen*) und der Situation dadurch Sinn zu verleihen. Dies ist ein intuitiver Vorgang und Menschen unterscheiden sich hinsichtlich ihres intuitiven Vermögens. Es gibt jedoch keine Eindeutigkeit im Bezug auf den Sinn einer Situation, sondern eine Vielfalt an Sinn (*Petzold, Orth 2005a*). Wenn zum Beispiel ein Mensch in einer Selbsterfahrungsgruppe auf einen anderen einen niedergeschlagenen Eindruck macht, kann sich der andere einen Sinn daraus machen und damit richtig oder falsch liegen. Er schlussfolgert, dass er traurig sei durch eine Rückmeldung der Gruppe. Dies ist ein intuitiver Vorgang der anderen Person. Er kann nun empathisch reagieren, ihn ansprechen, fragen, ob alles in Ordnung sei, also prosoziales Verhalten zeigen.

Empathie hat eine kognitive und eine emotionale Komponente, wobei besonders die emotionale Komponente Erkenntnisse über den Gefühlszustand des Anderen vermittelt (*Bischof-Köhler 2006*). Doch soll die Trennung zwischen kognitiv und emotional hier nicht vorgenommen werden, da beide (und mehr) Komponenten beteiligt sind. Ohne ein Verstehen

der Situation des Anderen und ohne ein Antizipieren und Identifizieren ist kein Mitfühlen möglich und umgekehrt. Emotionale und kognitive Entwicklungsschritte müssen gegeben sein, damit sich ein Kind empathisch verhalten kann (siehe Kapitel 3). Darüber hinaus gehen wir in der Integrativen Therapie von einem ganzheitlichen und differentiellen Verständnis des Menschen aus als sogenanntes *Leib-Subjekt*, in der Dualitäten wie kognitiv-emotional, Leib-Seele etc. aufgehoben werden. „*Der Mensch [als Frau und Mann, sc.] ist Leib-Subjekt in der Lebenswelt, das bedeutet, er ist ein Körper-Seele-Geist-Subjekt in Kontext und Kontinuum...*“ (Petzold 1970c cit. Petzold 2002j, 1062). Der Genderaspekt ist seit 1988 in der Formel explizit gemacht worden (Petzold, Orth 2011). Auf das Kernkonzept des *Leib-Subjektes* oder auch des *informierten Leibes* werde ich in Kapitel 2.1 näher eingehen, da es als Grundlage der Empathie (-entwicklung) angenommen wird.

Empathie ist der erste therapeutische Wirkfaktor in der Integrativen Therapie (vgl. Petzold 2003a, 1036f). Unter dem ersten Wirkfaktor *Einführendes Verstehen (EV)* werden Mitgefühl, Empathie, Takt, Wertschätzung, Menschenliebe (Petzold, Sieper 2011) zusammengefasst. Die Wirkfaktoren wurden durch die Psychotherapieforschung gewonnen und sind schulen- und therapieübergreifende Faktoren mit einem großen heilenden Potential. Man sollte die therapeutischen Wirkfaktoren und speziell den ersten Faktor *Einführendes Verstehen* nicht verstehen als technisch eingesetztes Instrument. Es wird dafür ein philosophisches Argument ins Feld geführt. Mit *Gabriel Marcel* unterscheidet Petzold „**intersubjektive Beziehungen**“ (Seins-Beziehungen) von **Objekt-Beziehungen** (Haben-Beziehungen, Objekte, die man besitzen kann, Menschen werden da zu „Fällen“) und **funktionale Beziehungen** (Machen-Beziehungen, sachliche Beziehungen, etwa beim Kauf von Waren, die allerdings intersubjektiv unterfangen sein müssen, sonst werden sie verdinglicht?). Therapeutische Beziehungen müssen in diesem Rahmen strikt intersubjektiv sein, anders als das bei *Freud* der Fall ist, der die „Arbeitsbeziehung“ (die sachlich-funktionale Form) in das Zentrum der Therapie stellt, neben der Übertragung, versteht sich. Damit praktiziert er „Einführung“ als Technik, nutzt Beziehung „technisch“, wodurch sie vom „Mitfühlen“ abgelöst wird (Petzold 1980g; Petzold, Sieper 2011). Im Integrativen Ansatz fühlt hingegen der Therapeut mit dem Klienten, versetzt sich in seine Lage, nimmt Teil an seinem Leben. Wobei er den Leitsätzen und dem Stil der *partiellen Teilnahme* und der *selektiven Offenheit* (Petzold 1980g) folgt. Ohne eine mitfühlende Sympathie ist nach *Ferenczi* (1988) keine Heilung möglich. Ein Mensch kann nur Empathie entwickeln und sich selbst und andere einführend verstehen, wenn er selbst empathisiert worden ist. Empathie ist keine „Einbahnstraße“, d.h. nicht nur der

Therapeut fühlt sich in den Klienten ein, sondern auch der Klient kann mit dieser Erfahrung sich in den Therapeuten einfühlen. Der Therapeut muss es zulassen, so *Petzold*, selbst empathiert zu werden (*Renz, Petzold 2006*). Den beschriebenen intersubjektiven, wechselseitigen Aspekt der Empathie nennt man auch *Mutualität* (*Ferenczi 1988*). Die Annahme einer „wechselseitigen Empathie“ ist von großer Bedeutung in der Integrativen Therapie.

Das Erfahren von Empathie in der Therapie kann als *korrigierende* (emotionale und kognitive) *Erfahrung* wirksam werden, wenn der Klient keine mitfühlende Qualität in der Beziehung zu seinen Eltern oder anderen *significant caring adults* erleben konnte (*Petzold 1988d*). Diese Erfahrungen können verinnerlicht, **interiorisiert** werden (siehe unter Punkt 2.2). Empathie ermöglicht prosoziales Verhalten, hat also auch eine motivierende Funktion (*Bischof-Köhler 1989*). Ein solidarisches Miteinander wird durch die Förderung von Empathie unterstützt. Da wir in der Integrativen Therapie davon ausgehen, dass alle Lebensbereiche auf Makro-, Meso- und Mikroebene (*Petzold 1974k*) miteinander zusammenhängen, alles Sein Mit-Sein bedeutet, ist ein engagiertes Eintreten für Andere und Solidarität ein Ziel Integrativer Therapie (*Petzold et al. 1998*). Empathie ist daher von entscheidender Bedeutung für den therapeutischen Prozess und das menschliche Miteinander. Ihre Förderung sollte ein gesellschaftliches Ziel sein, da eine Reduzierung auf den therapeutischen Kontext zu kurz greift und allein nicht wirksam sein kann.

1.2 Begriffliche Abgrenzung zu verwandten Begriffen

Unterschieden werden sollte Empathie von *Gefühlsansteckung*, z.B. bei Panik, Begeisterung oder einem ansteckendem Lachen (*Bischof-Köhler 1989*). Hier wird die Stimmung des Anderen vom Beobachter übernommen und wird zum eigenen Gefühl. Im experimentellen Design beginnen Kinder beim Beobachten eines emotional betroffenen Modells selbst zu weinen (*eadem 2006*). Schon Neugeborene fangen an zu schreien, wenn sie ein anderes Baby hören. Der Unterschied zur Empathie besteht darin, dass der empathische Beobachter bei sich bleibt und nicht in einen konfluenten Zustand verfällt, also keine Grenze mehr zwischen sich und der Umwelt fühlt (siehe Kapitel 3). Ein Therapeut, der mit Gefühlsansteckung auf seinen Klienten reagiert, wäre für ihn nicht wirksam (siehe auch *Perls 1976*, der Empathie mit Konfluenz gleichsetzte). Ein Therapeut braucht ausreichend *Exzentrizität*, die Möglichkeit

sich selbst von außen zu betrachten, also emotionale und fachliche Distanz zum Geschehen, die indes intersubjektiv unterfangen sein muss, um den therapeutischen Prozess zu gestalten und zu lenken. Er kann mit exzentrischem Überblick arbeiten, aber doch empathisch sein, also zwischen den Polen emotionale Anteilnahme und Distanz hin und her wechseln.

Auch von der *Perspektivenübernahme* sollte Empathie unterschieden werden. Ein Prozess, bei dem sich die Person in die Lage des anderen versetzt, wobei die emotionale Beteiligung fehlt bzw. nicht im Vordergrund steht (*Bischof-Köhler* 2006). Die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme ist allerdings nötig, um empathisch reagieren zu können. *Petzold* (2003a) spricht hier von *projektiv-persönlicher* Identifikation im Gegensatz zur *empathisch-intuierenden* Identifikation. Bei der *projektiv-persönlichen* Identifikation nimmt der Therapeut die Stelle des Betroffenen ein und versucht aus seinem Blickwinkel die fremde Situation zu verstehen. Bei der *empathisch-intuierenden* Identifikation setzt sich der Therapeut an die Stelle des Gegenübers und versucht die fremde Sicht der Dinge nachzuempfinden.

Empathie unterscheidet sich des weiteren von *Intuition* dadurch, dass Empathie bereits ein Mitschwingen und Engagement impliziert (*Petzold* 1970c). Wie bereits in der Definition unter Kapitel 1.1 festgehalten, setzt Empathie Intuition voraus. Empathie wohnt bereits einen Handlungsimpuls inne, im Gegensatz zur Intuition.

Nahe liegt Empathie den Begriffen *Mitgefühl*, *Mitleid*, *Mitmenschlichkeit* und *Einfühlung*. Von einigen Autoren werden diese Begriffe klar von der Empathie abgegrenzt (z.B. *Staemmler* 2009). Diese Konstrukte betonen die emotionale Komponente der Empathie und die so wichtige übergreifende soziale, altruistische Dimension, der hier aber nicht weiter nachgegangen werden kann (vgl. hierzu *Petzold, Sieper* 2011; *Petzold, Orth, Sieper* 2010).

2 Theoretische Grundlagen

Ich werde in den kommenden Kapiteln als theoretische Grundlage der Entwicklung von Empathie, das Konzept des *informierten Leibes* in Kontext und Kontinuum von *Petzold* darstellen, sowie das Konzept der *Interiorisierung* von *L. S. Vygotskij*. Als neurophysiologische Grundlage wird das Konzept der Spiegelneurone beschrieben.

2.1 „Der informierte Leib“

Mit der anthropologischen Formel der Integrativen Therapie wird der *Leib* (gendersensibel als männlicher und weiblicher, *Petzold, Orth* 2011) beschrieben als „*Körper-Seele-Geist-Wesen verschränkt mit dem sozialen und ökologischen Kontext/Kontinuum...*“ (*Petzold* 2003a, 409). Wir gehen in der Integrativen Therapie davon aus, dass der Mensch nicht isoliert betrachtet werden kann, sondern mit seiner Lebenswelt untrennbar verbunden ist (*Ko-respondenz*). Der Kontext, also seine soziale und ökologische Umwelt und das Kontinuum, die zeitliche Perspektive, wirken auf ihn ein und der Mensch gestaltet sie mit. Er ist als *informiertes Leib-Subjekt* eingebettet in seine Lebenswelt, seine soziale und ökologische Welt, deren Qualitäten er aufnimmt (*embedded*) und er verleibtlicht/verkörpert die erfahrenen Qualitäten mit seinem Leib (*embodied*). Mit wem ein Mensch sein Leben verbringt, was er tut und erlebt, wo und wie er lebt, haben demnach einen entscheidenden Einfluss auf sein Leben und seinen Leib. Aus neuropsychologischer Sicht wird dies durch *Neuroplastizität* beschrieben, d.h.

„dass jede intensiv betriebene Tätigkeit sich in Form struktureller neuronaler Besonderheiten manifestiert (...). Man kann das Gehirn durch genügend intensive Einflüsse so verändern, dass sich selbst tragende neue Strukturen entstehen, die Grundlage für dauerhaft verändertes Erleben und Verhalten sein können“ (*Grawe* 2004, 137).

Dabei geht es nicht nur um einzelne Tätigkeiten, sondern auch um unsere ganze Art zu leben, die „kortikale Landkarten“ hinterlässt, Synapsenbildung fördert oder hemmt. Das Gehirn ist also formbar, je nachdem wie intensiv bestimmte Hirnareale stimuliert oder deaktiviert werden.

Eine Veränderung der Lebenswelt kann neue neuronalen Landkarten bilden, also synaptische Verbindungen herzustellen und verändern.

Der Mensch ist ein von seiner sozialen Umwelt beeinflusstes Wesen und Kontakte, Begegnungen, Beziehungen, Bindungen sind extrem wichtige Bestandteile seiner Existenz. Er lebt in *Zwischenleiblichkeit*. Diese Erkenntnis beruht auf dem 6. Axiom des Korrespondenzmodells (Petzold 2003a). Es besagt u.a., dass der Mensch auf Mitmenschen gerichtet ist. Menschen werden von kollektiven Kognitionen, Emotionen und Volitionen, durch geteilten Sichtweisen auf die Welt beeinflusst und sie bilden die geteilte Weltsicht. Diese nennt man auch *komplexe soziale Repräsentationen* oder *kollektiv-mentale Repräsentationen* (Petzold 2003a).

„In den kollektiven Repräsentationen sind Kollektive von Individuen mit ihrerer ‚intermentalalen Wirklichkeit‘ (Vygotskij) repräsentiert und in der intramentalalen Wirklichkeit von Individuen ist das Denken, Fühlen und und Wollen von Kollektiven präsent. Das im Integrativen Ansatz so wesentliche Konzept der ‚Verkörperlichung/Verleiblichung‘ (...) erweist sich in dieser Perspektive als ein durch und durch sozial bestimmtes“ (Petzold 2003a, 1052)

Wir können gar nicht anders, als in der Psychotherapie stets das Soziale Atom (Moreno), das Netzwerk, den Konvoi (Hass, Petzold 1999; Brühlmann-Jecklin, Petzold 2004) mitzubetrachten, wenn wir die Lebensgeschichte von Klienten anhören. In ihren Geschichten, ihren *komplexen persönlichen Repräsentationen*, die für den einzelnen Menschen charakteristischen Bilder und Sichtweisen über die Welt, ist stets auch das Kollektive enthalten (Petzold 2003a).

Wir sprechen von einem „*informierten Leib*“, weil ein Mensch mit seinem Leib alles oben Beschriebene, alles Wichtige speichert. Alles, was ihm in seinem Leben passiert ist, wie er in der Gegenwart lebt, sowie seine Lebensentwürfe bilden seinen Leib. Er steht lebendig in der Welt, ist also „*ein beseelter lebendiger Körper, (...) der erlebende und sich erlebende Körper*“ (Rahm et al. 1999, 75) in seinem sozioökologischen Kontext und seinem „Konvoi“, dem Netzwerk über die Zeit – so die **integrativ-systemische** Perspektive (Petzold 2010g). Er speichert, wie verständnisvoll und empathisch Menschen auf ihn zugegangen sind. Er speichert, wie z.B. seine Familie in seiner Kindheit mit ihm umgegangen ist und verleiblicht dies in Prozessen „komplexen Lernens“ (Sieper, Petzold 2002; Chudy, Petzold 2011). Das in Leibarchiven gespeicherte Wissen ist durch vielfältige Stimulierung wieder abrufbar. Durch diese Informationen beeinflusst verhält er sich in seiner Lebenswelt. Doch bedeuten die

gemachten Erfahrungen, wenn sie z.B. belastend und eher widrig waren, kein schicksalshaftes Leiden bis ans Lebensende. Wie wir oben festgestellt haben, ist das Gehirn formbar und unser Leib lernt bis zum Tod (*life span developmental approach*). So können in der Therapie (und nicht nur dort) Lernerfahrungen gemacht werden. Ein Mensch kann seine Erfahrungen korrigieren durch die Empathie, die ihm entgegengebracht wird durch den Therapeuten oder eine andere Person. Der Therapeut kann ein „innerer Beistand“ (*Petzold 1985*) des Klienten werden. Die empathischen Qualitäten des Therapeuten können internalisiert und innerlich repräsentiert werden. Womit wir beim Konzept der *Interiorisierung* angelangt wären.

2.2 Interiorisierung

Das Konzept der *Interiorisierung* von *Lev S. Vygotskij* (1992, 331ff), ein wichtiger Referenztheoretiker der Integrativen Therapie (*Petzold, Sieper 2005*), ist in der Integrativen Therapie, besonders in der Integrativen Kinderbehandlung seit ihren Anfängen ein wichtiges Element gewesen. Es kommt besonders in Verbindung mit den neuropsychologischen Überlegungen seines Schülers *Alexandre R. Lurija* (1992) zu dynamischen Regulationen von Emotionen, Kognitionen und Volitionen und den damit verbundenen Handlungen für die Integrative Therapie zum Tragen (*Petzold, Sieper 2008; Petzold, Michailowa 2008*). Interiorisierung geht davon aus, dass jede innerpsychische Funktion einstmals sozialer Natur war. Er greift dabei auf einen anderen zentralen Referenzautor der IT zurück, auf *Pierre Janet* (*Petzold 2007b*), auf sein „psychologisches Grundgesetz“ (*Janet 1926*). „*Es besagt, dass das Kind im Entwicklungsprozess jene Verhaltensformen sich selbst gegenüber anzuwenden beginnt, die zunächst andere ihm gegenüber praktiziert haben*“ (*Vygotskij 1992, 230*). *Staemmler* (2009, 254) nimmt neuerlich diese Idee in seiner Entwicklung eines vorgeblich „neuen“ Empathiebegriffes auf, der im Kern vorträgt, was der Integrative Ansatz schon lange zur „empathischen Grundfunktion“ vertritt (*Petzold, Müller 2005/2007, 205ff*) und durch eigene Säuglingsforschung abgestützt hat (*Petzold, van Beek, van der Hoek 1994*). Er beachtet auch den *Janet*-Bezug und die Querverbindungen zu *Lurija* nicht und zeigt insgesamt eine sehr oberflächlichen *Vygotskij*-Rezeption (vgl. kritisch *Petzold 2009k/2010, Anmerk. 78 u. 79*), die die relevanten Diskussionen und Entwicklungen nicht aufgenommen hat (vgl. *Jantzen 2008*). Nach *Vygotskij* und *Janet* gibt es jede Form des Verhaltens zweimal, einmal außen (also im sozialen Bereich) und einmal innen (im Bezug auf sich selbst). Das Sprechen wird dabei als vermittelnde Instanz zwischen außen und innen, zwischen inter- und intrapsychischen Prozessen aufgefasst (*Vygotskij 1992, 232*). Sprachtheoretische Positionen werden hier erforderlich, wie sie in der *Vygotskij*-Tradition und mit Bezug auf *Lurija, Bakhtin*

u.a. im Integrativen Ansatz entwickelt wurden, hier aber nicht näher dargestellt werden können (vgl. *Petzold* 2010f).

Kinder und Jugendliche können in Lebenswelten aufwachsen, die nicht zu ihnen passen oder die sie nicht verstehen oder falsch verstehen. Durch solche misslungenen Passungen von Umwelten und Bezugspersonen können „Dissonanzräume“ entstehen (siehe dazu „Das Dilemma der Passung“, *Petzold* 2010p, 8). Erleben Kinder keine „stimmige reziproke Einfühlung“, sondern Ablehnung und negative Kommunikation in Beziehungen, entsteht „affiliärer Stress“ (*Petzold, Müller* 2005/2007). Jeder Mensch sucht menschliche Zuneigung und Nähe, sucht also Affiliation. Er braucht ein Milieu und eine Umgebung, in der er sich wohl und geborgen fühlt. Wird dieses Milieu nicht gefunden und keine Passung erlebt, werden gemachte Negativerfahrungen gegen sich selbst gelenkt. Im Leib werden Sätze oder *Narrative* (*Petzold* 2003g) interiorisiert, wie „du gehörst nicht zu uns“ oder „du bist nichts wert“. Gelungene oder misslungene Interiorisierungsprozesse hängen also ab von den gemachten Affiliationserfahrungen in der Familie und im nahen sozialen Netzwerk. Doch wo das „Dilemma der Passung“ nicht gelöst werden kann, sind „alternative“ und „korrigierende“ kognitive und emotionale Erfahrungen möglich, die neue Interiorisierungen erlauben (z.B. in der Therapie).

Bei gelungenen Affiliationsprozessen erleben Kinder und Jugendliche „mentale Synchronisierung“, d. h. das Empfinden einer intermentalen ähnlichen Sicht auf die Welt (siehe auch Punkt 2.1). So können sie ein mehr an „Sinnerfassungskapazität, Sinnverarbeitungs- und Sinnschöpfungskapazität“ entwickeln (*Petzold* 1975h, 2003a). „Mein Gegenüber denkt und empfindet so ähnlich wie ich“, wäre die Resonanz der Erfahrung. In einer empathischen, wohlwollenden Umgebung und aufgrund von einer gelungenen Passung von Lebenswelt und Individuum kann diese Qualität erfahren werden und ein Mensch kann sich weiterentwickeln. Das konkrete Erlebnis wird von einer Person aufgenommen und in mentale Information transformiert (*Petzold* 2008b). So wird aus einem ursprünglich sozialen Erlebnis eine Verhaltensform sich selbst gegenüber.

„...alle höheren psychischen Funktionen (z.B. das Denken oder Fühlen, Anmerkung der Autorin) sind internalisierte soziale Beziehungen. Diese höheren psychischen Funktionen bilden die Basis für die soziale Struktur des Individuums...Selbst wenn wir

geistige Prozesse betrachten, bleibt ihr Wesen quasi-sozial (Vygotskij 1981 cit. nach Staemmler, 2009, 261).

Empathische Erfahrungen im Nahraum eines Kindes sind der Nährboden auf dem es gedeihen können. Diese Erfahrungen fördern benigne Interiorisierungen, die Individuen stärken und voranbringen. Die Person wird in seiner Vielfältigkeit erfasst (*personengerichtete/personale Empathie*) und seine soziale Situation wird erkannt (*soziale Empathie*), sowie seine subjektiven und kollektiven mentalen Repräsentationen (*Petzold 2002b*). Wechselseitige Empathie bedeutet, den anderen vor dem Hintergrund des eigenen Standpunktes auf eine differenzierte Art und Weise zu erfassen. Bezogen auf die Therapie meint dies, dass ein junger Mensch in einer Therapie im Idealfall einfühlende Qualitäten erfährt, diese Erfahrung internalisieren kann und darauf hin lernt, diesen Umgang auch mit sich selbst und anderen zu praktizieren.

Der vorgestellte Ansatz stellt hohe Anforderungen an den Therapeuten. Ein gespieltes Verstehen oder oberflächliches Zuhören und Anteilnahme kann die oben beschriebene Wandlung zum guten Umgang mit sich selbst nicht ermöglichen. Es fordert vom Therapeuten viel Kenntnis über sich selbst und seine eigenen Themen und Verletzungen, um Übertragungen zu vermeiden. Diese sollte der Therapeut durch eigene Analyse während der Ausbildung „im Blick“ haben und reflektieren können. Nach *Petzolds* Definition der Empathie (siehe unter 1.1) können wir davon ausgehen, dass Empathie und Intuition genetisch angelegt sind und durch Vergangenes und aktuelle bewusste und unbewusste Wahrnehmungen beeinflusst werden. Empathie und Intuition sollten durch eine therapeutische Ausbildung, egal welcher Therapierichtung, gefördert und gestärkt werden.

2.3 Die Bedeutung der Spiegelneurone

Die Spiegelneurone, die Anfang der 1990er Jahre von *Rizzolatti* und *Gallese* und Mitarbeitern entdeckt wurden, haben eine wichtige Funktion für das *atmosphärische Erfassen*, das intuitiven Verstehen von sozialen Situationen. Dieses intuitive Verstehen ist ein Bestandteil der Empathie, deshalb soll es hier kurz dargestellt werden. Die Forscher entdeckten im prämotorischen Cortex eines Affens Nervenzellen, die nicht nur aktiv wurden, wenn das Tier

selbst motorisch tätig war, sondern auch dann, wenn es zusah wie ein anderes eine bestimmte motorische Tätigkeit ausführte, hier das Essen einer Rosine (*Gallese* 2001). Es handelt sich um ein neurobiologisches Resonanzphänomen: Nervenzellen, die beim Wahrnehmen einer Handlung genauso aktiviert werden wie beim selbständigen Ausüben einer Handlung. Auch beim Menschen konnten Spiegelneurone mit bildgebenden Verfahren festgestellt werden. Der Vorgang der Spiegelung passiert ungewollt, simultan und ohne jedes Nachdenken. Diese neurobiologische Entdeckung kann erklären, warum Menschen Empathie entwickeln und warum sie eine *theory of mind* ausbilden, also Gedanken und Absichten von Menschen „lesen“ können. Ein intuitiver Vorgang, dessen Bedeutung für die Synchronisierung unseres Zusammenlebens erst deutlich wird, wenn er Menschen nicht selbstverständlich zur Verfügung steht (z.B. bei Menschen mit autistischen Störungen).

Spiegelneurone ermöglichen uns, Vorgänge durch reines Beobachten oder Zuhören (alle anderen Sinne können ebenfalls beteiligt sein) an einem Modell zu lernen (*Bandura*) oder nach *Petzold* durch Synchronisierung zu lernen. Wir müssen nicht alles selbst durchführen, sondern verstehen einander, weil ein „inneres Simulationsprogramm“ (*Bauer* 2005, 27) in uns mitläuft. Dieses Simulationsprogramm aktiviert die gleichen neuronalen Aktionsmuster, als würden wir etwas selbst erleben. „Wir fühlen, was der andere fühlt“ (*ibid.*), formuliert *Bauer* grob vereinfachend, ja eigentlich falsch, denn es handelt es sich allenfalls um Annäherungen an den empathisch erfassten Zustand des Anderen. Es sind qualitative Selbstempfindungen, die gerade dadurch gekennzeichnet sind, dass sie von anderen nicht exakt erfasst werden können (*Petzold, Sieper* 2008a; *Beckermann* 2001). Aber diese *annähernd* erfassten Zustände erlauben uns, mit den Menschen, mit denen wir leben, zu kooperieren. Man kann sogar von „durch komplexe Lernprozesse sich synchronisierenden Gehirnen“ sprechen (*Petzold* 2003a, 1085). „Nah beieinander wird der eine wie der andere“ sagt der Volksmund und heutige Forschungsergebnisse geben ihm recht.

Spiegelneurone sind als *eine* neurologische Grundlage von Empathie und Intuition anzusehen, andere zerebrale Prozessen müssen hinzu kommen, etwa hippokampal als Szenen und Atmosphären abgespeichertes, kulturelles Wissen. Nur in „polyzentrisch vernetzen, synergetisch fungierenden, cerebralen Prozessen sind hinreichend prägnante empathisch Leistungen möglich“ (vgl. *Petzold* 2009k). *Bauer* reduziert diese Komplexität durch eine einseitige Fokussierung auf die Spiegelneurone, die zweifellos wichtig sind, aber mit einem reichen zwischenmenschlichen Erfahrungsschatz sozialen Lernens verbunden sein müssen.

Das von den „sozialen Neurowissenschaften“ (Decety, Ickes 2009) zunehmend erschlossene Wissen wird künftig noch viele neue Erkenntnisse eröffnen. Die „cerebralen Synchronisierungen“ ermöglichen einen reibungslosen Alltag, da Menschen das Verhalten ihrer Mitmenschen erspüren können und über implizite Annahmen verfügen, wie die momentan erlebte Situation weiter verläuft.

3 Entwicklungspsychologische Betrachtung der Empathie

Im folgenden Kapitel möchte ich aus entwicklungspsychologischer Perspektive auf die Empathie schauen. Eine Grunderfahrung des Menschen ist es in der Welt aufgehoben zu sein, die *prim-ordiale Ko-respondenz* oder Grundvertrauen. Sie entspringt der Einheit von Mutter und Kind im Uterus. Hier ist der Fötus geschützt und geborgen. Des weiteren basiert das Grundvertrauen auf einem anstrengungslosen, selbstverständlichen Funktionieren des Organismus.

„Diese prim-ordiale Ko-respondenz bleibt die „Lebensader“ des Menschen, differenziert sich aber im Laufe der Entwicklung. Beziehungen werden komplexer. Aus diesen Beziehungen entwickeln sich im Laufe unseres Lebens unsere Persönlichkeitsstrukturen: sie sind letztlich verdichtete Erfahrungen mit anderen“
(Rahm et al. 1993, 80).

Die oben beschriebene vorgeburtliche Phase wird nach Petzold (2003a) auch *Phase der Konfluenz* genannt und kennzeichnet die intensiv verbundene, unabgegrenzte Daseinsform eines Menschen. Es gibt für den Fötus noch keine Differenzierung in „Ich“ und „der Andere“ und zunächst nur ein rudimentäres Differenzierungsvermögen. In der nachgeburtlichen Phase, der Phase des *Kontaktes* findet diese Unterscheidung in „Ich“ und „Andere“ statt. Sie ist nach Bischof-Köhler (2006) wichtig, um Empathie entwickeln zu können. Das Kind hat bis Mitte des zweiten Lebensjahres genügend Vorstellungskraft entwickelt um sich selbst ansatzweise zu erkennen und eine Vorstellung des eigenen Selbsts zu bilden (ibid.). In der Integrativen Therapie sprechen wir bei diesem Schritt von der Entwicklung des *Ichs* aus dem *Selbst*. Das *Ich* ist in der Lage bewusst wahrzunehmen, zu denken, zu handeln, zu fühlen, zu werten und

zu wollen. Es wird sich seiner selbst bewusst, ist also reflektionsfähig. Das Kind muss demnach wissen, dass es eine eigene Person ist, die sich von anderen unterscheidet.

Getestet wird das Erkennen seiner selbst mit dem sog. *Rougetest* (Amsterdam 1972): Ein Kind bekommt einen roten Fleck auf die Nase getupft und es wird beobachtet, wie es sich gegenüber einem aufgestellten Spiegel verhält. Erkennt sich ein Kind im Spiegel, fängt es an, sich an die Nase zu fassen oder zeigt im Spiegel darauf. Die richtige Lokalisation des wahrgenommenen Fleckes tritt bei Kindern zwischen 18 und 24 Monaten auf (Bischof-Köhler 1989) und wird als Zeichen von Selbsterkennen gewertet. In einem anderen Experiment beobachten Kinder, wie jemandem ein Missgeschick passiert und etwas kaputt geht, bzw. der Person von einer dritten Person etwas kaputt gemacht wird (eadem 2006). Die betroffene Person reagiert mit emotionalem Ausdruck von Trauer (weinen und schluchzen, Verbalisation von Trauer). Einige Kinder helfen der Person, trösten sie, bieten ihr ein Ersatzobjekt an (vgl. auch Tomasello 2010), mobilisieren ihre Mütter als Helfer. Andere reagieren verwirrt und ratlos. Eine weitere Gruppe bleibt unbeteiligt und eine Vierte reagiert mit Gefühlsansteckung, weint mit und sucht selbst Trost. Bischof-Köhler findet einen hohen korrelativen Zusammenhang zwischen der Gruppe der empathisch Reagierenden und der Gruppe, die fähig ist, sich selbst im Spiegel zu erkennen. Identifiziert ein Kind im Rougetest den Fleck im Gesicht richtig, gehört es mit großer Wahrscheinlichkeit zur Gruppe der empathisch und hilfreich reagierenden Kinder.

Wie hängen Selbsterkennen nun mit Empathie zusammen? Selbsterkennen ist eine frühe Form der *Selbstobjektivierung*. Selbstobjektivierung ist nötig um sich mit seinem Gegenüber identifizieren zu können, so wie ein Kind wissen muss, dass es ein anderer ist als sein Gegenüber (ich-andere-Unterscheidung). Es entwickelt sich ein *Ichbewusstsein*. Petzold (2003a) spricht von einem Maß an *Subjekthaftigkeit* statt Selbstobjektivierung, das erreicht sein muss, um empathisch zu reagieren. Ein Kind ist dadurch eine Persönlichkeit geworden, ein Leibsubjekt, das sich als „Mitspieler“ in einer Situation empfindet und aktiv wird, wenn jemand leidet.

Werden Eltern von ihren Kindern erfasst und ermöglichen sie wechselseitiges Erfassen, sind das erste, *Konfluenz* differenzierende und *Kontakt* überschreitende *Begegnungen* (Petzold 2003a, 794f), die von Empathie gekennzeichnet sind. Der Erwachsene wird vom Kind mit seiner Geschichte und Einzigartigkeit erfasst und empathiert. Die Fähigkeit den anderen zu

empathieren, beginnt in der frühen Kindheit und wird stärker, je mehr an *Wechselseitigkeit, Mutualität* (Ferenczi 1988) entwickelt wurde. Der Mensch

„(...) *lernt sich zu verstehen, weil er verstanden worden ist, vermag sich zu begreifen, weil er begriffen worden ist, kann Selbstempathie entwickeln, weil er empathisch erfasst worden ist*“ (Petzold 2003a, 872).

Wichtig ist im Bezug auf die Eltern-Kind-Beziehung, sowie für die therapeutische Beziehung, dass ein Kind in seiner empathischen Fähigkeit bestärkt wird. Fragt ein Kind nach, ob es dem Erwachsenen nicht gut geht, muss dieser die Frage in „angemessener Passung“ zum Sinnerfassungsvermögen des Kindes beantworten. Für die kindliche Entwicklung ist es von zentraler Bedeutung, reziproke Einfühlungsleistungen des Kindes zu unterstützen.

Hoffmann (1987 cit. *Resch* 1999, 198) unterscheidet vier Stadien der Empathieentwicklung in einer heuristischen Klassifizierung, heuristisch, weil sie nicht durch sorgfältige Forschung abgesichert ist.

1. Stadium: *Globale Empathie*. (Babyalter). Entspricht der Gefühlsansteckung, siehe unter 1.2
2. Stadium: *Egozentrische Empathie* (Beginn mit ca. 1 ½ Jahre): Kennzeichnet die Wiedererkennung eines Gefühlszustandes des Kindes bei sich selbst. (Das Stadium gehört laut unserer Definition zur Gefühlsansteckung).
3. Stadium: *Emotionale Perspektivenübernahme* (ab Kindergartenalter): Das Kind unterscheidet eigene Gefühle von denen anderer und zeigt Einfühlung für Gefühle anderer. Die Forschungen von *Tomasello* (2010) zeigen indes, dass diese Fähigkeiten schon im vorigen Stadium 2 vorhanden sind. Hier in 3 spielt aber die Sprachentwicklung eine große Rolle, da das Kind u.a. auf sprachlich vermittelte Informationen reagiert. (Dies gilt nach unserer Definition als Teilaspekt der Empathie).
4. Stadium: *Soziale Perspektivenübernahme* (ab Vorschul- und Grundschulalter): Das Kind erfasst die Lebenssituation des anderen und denkt sich in diese ein. Das Ausmaß an *Mutualität* (s.o.) wird größer und die identifikatorische Leistung stärker. (Dieses Stadium wäre nach unserer Definition jedoch auch nur ein Teilaspekt, nämlich die Perspektivenübernahme bzw. Identifikation).

Zur Frage, ob Empathie und Altruismus angeboren sind oder kulturell vermittelt wird, lassen sich folgende Forschungsergebnisse des Entwicklungspsychobiologen *Michael Tomasello* (2010) darstellen. Seine These lautet: Menschen sind zur Kooperation geboren. Sie helfen, geben Informationen weiter und teilen. Ihr altruistisches Verhalten ist Menschen also angeboren. Er belegt seine These mit mehreren Beobachtungen:

Hilfsbereites Verhalten, das empathische Leistungen voraussetzt, zeigt sich auf natürliche Weise bei Kindern von ca. 14-18 Monaten, wenn sie zu laufen und zu sprechen beginnen. Das prosoziale Verhalten entwickelt sich noch bevor Eltern ernsthaft versucht haben, ihre Kinder zu diesem Verhalten zu erziehen. Belohnungen und Ermutigungen zum prosozialem Verhalten können das Verhalten des Kindes nicht steigern. In einer Studie *Tomasellos* wird Kindern allein und in Begleitung der Mütter die Möglichkeit gegeben zu helfen, wobei die Mutter das Kind anspricht zu helfen. Das Ergebnis ist, dass das Verhalten der Kinder durch den mütterlichen Ansporn nicht beeinflusst wird. Sie helfen in beiden Situationen genauso oft. Wird Kindern eine Belohnung für ihre Hilfsbereitschaft gegeben, nimmt das gewünschte Verhalten sogar ab. Erklärt wird dieses Forschungsergebnis mit dem Zusammenhang zwischen intrinsisch motivierten Handlungen und extrinsischen Belohnungen. Wird eine intrinsisch motivierte Handlung belohnt, verliert die Handlung ihre motivierende Kraft. Das eigene Verhalten wird auf die Belohnung externalisiert.

Weiter belegt *Tomasello* seine Auffassung durch die Beobachtung, dass Kinder durch ihr natürliches Mitgefühl zum Helfen ermutigt werden. In einer hierzu durchgeführten Studie beobachten 18-24 Monate alte Kinder zwei Erwachsene. Ein Erwachsener zerreißt absichtlich das selbstgemalte Bild des anderen. Das Kind blickt in das Gesicht des „Opfers“, das keine Gefühlsregung zeigt. Das Kind reagiert mit einem besorgten Blick. Diese Reaktion zeigen die Kinder häufiger in der oben beschriebenen Situation, als wenn der Erwachsene nur ein leeres Papier zerreisst. Danach wird den Kindern die Möglichkeit gegeben zu helfen. Das Ergebnis ist, dass die Kinder häufiger helfen, wenn der Erwachsene in der Opferrolle ist, also wenn ein selbstgemaltes Bild zerstört wird.

Tomasello beobachtet das Auftreten dieses Verhalten bei Menschen mit unterschiedlichem Kulturhintergrund zu vergleichbaren Zeitpunkten, bei Menschenaffen fand er Entsprechungen. All das sind für ihn Belege, dass es eine natürliche Eigenschaft bzw. Verhaltensweise von Kindern gibt, helfen zu wollen und dass dies nicht durch elterlichen

Einfluss oder Sozialisation veranlasst wird. Diese kommen, *Tomasellos* Ergebnissen zufolge, erst später zum Tragen. Durch ihre Erfahrungen fangen Kinder im Alter von ca. 3 Jahren an zu differenzieren, wem sie helfen und wägen ab, ob eine Person ihre Hilfe verdient.

Verschiedene eigene Studien *Tomasellos* zeigen, dass Kinder dieses Alters besonders denjenigen helfen, die vorher nett zu ihnen waren (*Olsen, Spelke 2008*) oder sich vorher hilfreich anderen gegenüber gezeigt haben (*Vaish et al., in Druck*). Außerdem beginnen Kinder im Alter von ca. 3 Jahren sich an sozialen Normen und Standards zu orientieren. Sie reflektieren ansatzweise, dass andere über sie urteilen und versuchen dieses Urteil zu beeinflussen. Hilfsbereitschaft gilt als sozial erwünschtes Verhalten. Hier handelt es sich also klar um einen kulturellen Einfluss, der durch die Sozialisation vermittelt wird.

Diese Ergebnisse sprechen für die These, dass Altruismus angeboren und als eine zentrale menschliche Fähigkeit über die Lebensspanne hin wirksam bleibt, kommt es nicht zu massiven Beschädigungen dieses Potentials (*Petzold, Sieper 2011*). Die empathische Leistung und Perspektivenwechsel wird dabei vorausgesetzt, da Kinder sonst nicht wüssten, was zu tun ist. Durch Empathie und Mitgefühl werden Kinder motiviert, sich aktiv einzusetzen (s.o.). Natürlich sind Lernerfahrungen genauso wichtig für die Entwicklung von Empathie und Altruismus, sonst gäbe es auch keine Möglichkeiten sie zu fördern. Menschen orientieren sich an Vorbildern, Werten und Normen und lernen durch ihre Erfahrungen. Nur entstehen Empathie und Altruismus nach *Tomasello* natürlich und müssen nicht erlernt werden. Später wird das Verhalten durch komplexe soziale Kognitionen, Normen und erwarteter Reziprozität beeinflusst.

4 Möglichkeiten der Förderung von Empathie im therapeutischen Setting

In der Integrativen Kindertherapie geht es darum, Entwicklungs- und Reifungsschritte zu fördern, wofür ein Kind eine fördernde Umwelt, *facilitating environment* (Winnicott) braucht (Petzold, Ramin 1987). Diese als Therapeut bereitzustellen, ist keine leichte Aufgabe. Ein Mensch und besonders ein Kind, das sich noch stärker in Abhängigkeit befindet, ist ein Teil seiner Lebenswelt: seiner Familie, seiner Spielkameraden, einer bestimmten Kultur und eines Milieus, aus dem es stammt, so die integrativ-systemische Sicht (Petzold 2010g). Der Kindertherapeut muss stets die das Kind umgebende Lebenswelt im Auge behalten. Seine Arbeit muss sich in die Lebenswelt des Kindes oder Jugendlichen einfügen bzw. diese mitberücksichtigen.

Die Förderung von Empathie ist ein Ziel und Heilfaktor der Therapie zugleich. Fühlt sich ein junger Mensch angenommen und verstanden, kann er diese Erfahrung weitergeben und -leben und wird dadurch mehr Integration in seiner Lebenswelt erfahren. Gerade in der Therapie mit Kindern und Jugendlichen ist die Persönlichkeit des Therapeuten von besonderer Bedeutung. Wenn zwischen Therapeut und Klient eine Bezogenheit, „...*diese Ebene prim-ordialer Koexistenz zum Schwingen kommt, ist Heilung möglich*“ (Petzold 1980f, 232). Ein Therapeut muss in der Lage sein, *Intersubjektivität* (nach Marcel 1978) herzustellen, ein gegenseitiges empathisches Erfassen im Hier-und-Jetzt. Dabei ist er nicht allein für das Gelingen verantwortlich, der Klient trägt Mitverantwortung.

4.1 Förderung von Empathie durch Nach- bzw. Neubeelterung

Bei der Förderung von Empathie steht der zweite Weg der Heilung und Förderung (Petzold 1988n, 2000h) im Vordergrund: *die Nach- und Neusozialisation*. Ziel dieses Weges ist es das Grundvertrauen (die Ebene *prim-ordialer Ko-responzenz*) zu kräftigen. Durch *korrigierende, alternative Erfahrungen* werden Defizite ausgeglichen und das emotionale Erlebens-, Ausdrucks- und Mitteilungsspektrum erweitert (Petzold 2003a). Es handelt sich um eine Nachbeelterung (Parenting/Reparenting) von emotionalen, kognitiven und volitiven Mängeln. Ein Therapeut stellt gute elterliche Qualitäten, wie das empathische Erfassen des Kindes zur

Verfügung. Das heißt nicht, dass ein Therapeut nur „lieb und nett“ auf das Kind reagieren sollte. Er entscheidet sich für einen Stil, je nach dem, was das Kind braucht, bzw. was es in ihm auslöst nach dem Konzept der *Übertragung* bzw. *Gegenübertragung*. Er orientiert sich am Stil der *selektiven Offenheit* und der *partiellen Teilnahme* (siehe *Petzold 1980f*). Die *emotionale Adoption* (*Ferenczi*) und Nachbeelterung durch den Therapeuten ermöglicht dem Kind oder Jugendlichen, bestimmte „gute“ haltgebende Szenen, sowie die Beziehung zum Therapeuten zu internalisieren (siehe unter 2.2). Das Kind muss die Defizite erst wahrnehmen, die im Leibgedächtnis archiviert sind. Die Erinnerung der alten Szenen sollte jedoch dosiert und begrenzt werden, so dass sie für die Person ertragbar und kontrollierbar sind. Ein Retraumatisierungsrisiko sollte ausgeschlossen werden können (siehe *Otte 2002*). In dieser „neuen-alten“ Situation ist ein Therapeut anwesend, der das Kind hält und auffängt. So wird eine Korrektur der alten, im Leib gespeicherten Szenen und Atmosphären ermöglicht.

Petzold und *Orth* (1999) weisen bezüglich der „Nachbeelterung“ darauf hin, dass ein Therapeut nie nur in der Elternrolle ist, sondern er auch andere Rollen, wie die des fachlichen Beraters, Mitkämpfers, Freundes (...) annimmt. Die einseitige Umsorgung eines Patienten mit klaren Rollenzuteilungen, Vater-Kind oder Mutter-Kind, ist nicht entwicklungsfördernd oder identitätsstiftend, sondern bekräftigt Abhängigkeiten. Vielmehr müssen auch bei belasteten Patienten, die sich in sehr regressiven Zuständen befinden, vorsichtig Grenzen gesetzt werden. „*Personale Identität wird durch die Erfahrung von Berührung und Grenze in intersubjektiven Prozessen gewonnen*“ (*Petzold, Orth, 1999, 198*). Auch bei einem Therapieprozess, in dem der Therapeut elterliche Qualitäten zur Verfügung stellt oder Atmosphären mit solch einer Qualität entstehen, handelt es sich um einen intersubjektiven Prozess, in dem es um das „**Aushandeln von Grenzen**“ (*Petzold*), das Regulieren von **Angrenzungs- und Abgrenzungsprozessen** geht. PatientInnen bzw. KlientInnen werden als gleichwertige Personen angenommen. Wenn sie sehr geschwächt und instabil sind, sollten sie so behandelt werden, wie sie es wohl bei einer besseren Konstitution gewollt und befürwortet hätten (*unterstellte Intersubjektivität*). In Therapieprozessen dienen Therapeuten dem Patienten als benigne Autorität, z.B. als Elternersatz oder Lehrer. Diese Rolle reflektiert anzunehmen, ist nötig, um dem Patienten neue Erfahrungen bezüglich Autoritätspersonen zu ermöglichen. Die neuen Erfahrungen können **interiorisiert** und anstelle der alten „schlechten“ Erfahrungen gespeichert und sich selbst gegenüber angewendet werden (*sensu Vygotskij*).

Für viele Menschen ist eine (Autoritäts-) Person, die ihnen zuhört, Respekt und Wertschätzung gegenüber zeigt, etwas Neues. Hat ein Therapeut während seiner Ausbildung den Wert der *Intersubjektivität* verinnerlicht und ist der Klient gewillt und lässt sich auf den Prozess und die Person des Therapeuten ein, wird der Therapieprozess zu einem Ko-responzenzphänomen. Damit wird eine Interaktion möglich, die auf Augenhöhe geführt wird und in der sich der junge Klient altersentsprechend und wohlwollend behandelt fühlt. Dazu nötig ist die Empathie bzw. Intuition des Therapeuten, der fühlen muss, was ein Kind altersspezifisch und ggf. auch genderspezifisch braucht und will. Er gibt dem Kind somit diese Erfahrungsqualität weiter.

4.1.1 Blickdialoge

Empathie wird über verbales und nonverbales Verhalten vermittelt, z.B. über Blickdialoge. Mütter und Väter, sowie andere Bezugspersonen eines Kindes verfügen in der Interaktion mit Säuglingen bereits über ein angeborenes Verhaltensmuster, das sie intuitiv und unbewusst einsetzen (*Papoušek 2007*), weshalb es *intuitive parenting* genannt wird. Sie regulieren ihren Abstand zum Dialog, präsentieren dem Baby ihr Gesicht, sprechen langsam und rhythmisch, wiederholen Wörter etc.. Die Blickdialoge von Neugeborenen und ihren Eltern sind ein Teil dieses Verhaltensmusters. Vor allem Mütter kommunizieren mit ihrem Säugling stark durch Blicke, und die Häufigkeit der Blicke sagt etwas über die Qualität der Interaktion aus (*Petzold 2003a; Petzold, van Beek, van der Hoek 1994*). In der Therapie hat der Augenkontakt diese wichtige Funktion. Er schafft *Begegnung* und vermittelt Wertschätzung und Achtung. Umgekehrt kann ein Blick dem Anderen auch Abwertung und Nichtigkeit widerspiegeln. Ein Blick zeigt dem Gegenüber, wie er wahrgenommen wird. Deshalb hat das Blickverhalten viel Bedeutung für die Selbsterkenntnis im Babyalter, aber auch in der Therapie. Ein freundlicher und dem Klienten wohlgesonnener Therapeut vermittelt dem Klient über sein Blickverhalten, dass dieser sich akzeptiert und anerkannt fühlt. Der Therapeut schaut den Klienten häufig an, ohne ihn anzustarren. Das Kind oder der Jugendliche kann sich entspannen und öffnen, da sein Gegenüber an seinem Wohlergehen interessiert ist und sich „als Mensch“ präsent und anwesend zeigt.

„Das Suchen des Blickes und die Erwidern des Blickes im Sinne eines ‚Angeschaut-Werdens` mit einem Blick der ‚identifiziert`...“ (*Petzold 2003a, 593*) ist etwas typisch Menschliches. Es gibt zwischen Menschen „Blicke, die töten können“ und liebevolle Blicke.

Wenn ein Kind sich „gesehen fühlt“, wird Empathie vermittelt. Es fühlt sich in seiner Einzigartigkeit als Person erkannt.

4.2 Förderung von Empathie durch Bewusstseinsarbeit

Die Förderung von Empathie im Sinne des 1. Weges der Heilung und Förderung, der Bewusstseinsarbeit, erfolgt durch Einsicht des Kindes oder Jugendlichen in seine Biographie. Wobei die empathische Nachbeelterung, wie unter 4.1 beschrieben, diesem Weg voraus geht. Das Kind muss zuerst die Empathie des Gegenübers wahrnehmen, um selbst Empathie zu entwickeln, da nach *Vygotskij* alle innerpsychischen Prozesse einst interpsychische Prozesse waren. Es lernt über das Wissen um seine eigenen Verletzungen (*Traumata, Defizite, Störungen, Konflikte*) und durch die Orientierung auf *Probleme, Ressourcen und Potentiale* (*Petzold 1997p*) mehr über sich und seine Umwelt. Das Kind schreibt bestimmten Ereignissen Bedeutungen zu und gibt ihnen zusammen mit dem Therapeuten einen Sinn. Hier wird nach der *hermeneutischen Spirale* vorgegangen, Wahrnehmen-Erfassen-Verstehen-Erklären (*Petzold 1988p, 1988n*). Wobei Empathie vor allem beim Erfassen zum Tragen kommt. Dadurch wächst ein mehr an *Exzentrizität*, „...*die Fähigkeit sich selbst und seine Situation von außen zu betrachten*“ (*Rahm et al. 1999, 139*). Durch das mehr an Wissen über sich selbst und seine Lebenswelt, erhält das Kind mehr Freiheitsgrade in seinem Verhalten. Ihm ist nun bewusst, wie und warum ihn z.B. das Verhalten seiner Eltern so oft wütend macht. Es lernt auch den Hintergrund seiner Eltern zu verstehen und so wächst seine Empathiefähigkeit. Es löst sich daraus, Opfer seiner Familie oder seiner Umwelt zu sein und gestaltet sein Leben aktiver mit. Ein Therapeut schafft Bewusstsein beim Klienten, indem er ihn z.B. zum Erzählen ermutigt, um in der Narration die Dinge beim Namen zu nennen. Er übt mit dem Kind Perspektivenübernahme und vergrößert somit den Blickwinkel des Kindes, seinen Sinn für *Mehrperspektivität*.

Der Therapeut spiegelt dem Kind sein Verhalten und hilft ihm sich selbst zu erkennen. Dieses Spiegelungsprozesse finden bereits bei sehr kleinen Säuglingen und ihren Eltern statt. Eltern bieten ihrem Kind eine Art „*biologischen Spiegel*“ (*Papoušek und Papoušek 1977, 1987*), was es dem Kind ermöglicht, seinen eigenen Ausdruck wahrzunehmen. Auch imitieren bereits wenige Tage alte Säuglinge die Mimik ihrer Eltern. Dieses wechselseitige Spiegeln, meint *Bauer* (2005), sei u.a. wichtig, damit ein Säugling seine Spiegelneurone „einspiegelt“. Ein

Säugling hat eine genetische Grundausstattung von Spiegelneuronen, die benutzt werden müssen, damit sie funktionieren (siehe auch Kap. 2.3). Das Gehirn entledigt sich nichtgenutzter Neurone und Nervenzellverbindungen. Es „schneidet“ sie weg, sogenanntes *neuron pruning* oder *synaptic pruning*. Aber Spiegelprozesse, wie oben beschrieben, sind nicht nur (rein biologisch) für die Ausbildung von Spiegelneuronen wichtig, sondern sie vermitteln dem Kind: „...*ich verhalte mich wie du; du verhältst dich wie ich; und – in Analogie- du empfindest wie ich*“ (Meltzoff 1999 cit. nach M. Papousek 2007, 617). Hier sind wir wieder bei der Empathie. Der Kindertherapeut erfüllt ähnliche Aufgaben wie die Eltern eines Kindes. Er bezieht sich mit seinem Verhalten auf das des Kindes und gibt ihm dadurch eine Rückmeldung. Zum Beispiel kann er das Verhalten des Kindes nachahmen, seine desinteressierte, unfreundliche Art imitieren und ihm somit zeigen, welche Reaktionen sein Verhalten heraufruft. Diese Intervention wäre schon eine konfrontierende und der Therapeut muss wissen, ob diese angebracht ist und ob die therapeutische Beziehung bereits ausreichend stark und gefestigt ist, um sie auszuhalten.

4.3 Förderung von Empathie durch Ressourcenaktivierung

Beim dritten Weg der Heilung und Förderung geht es darum, den Erlebens- und Ausdrucksspielraum und das Ressourcenpotential des Kindes zu erweitern, sowie deren Nutzung zu optimieren. Es handelt sich um internale und externale Ressourcen, wie z.B. Kreativität oder Humor (internal) bzw. Freundschaften oder Sportangebote (external). Der Mensch braucht vielfältige Stimulierungen und Gestaltungsmöglichkeiten, um sich in seiner Vielfalt zu erfahren und um *persönliche Souveränität* zu entwickeln (Petzold, Orth 1998a). Zu diesen multiplen Stimulierungsmöglichkeiten gehören u.a. das Spiel, die Bewegung und die Arbeit mit kreativen Medien. Sie sind Schwerpunkte in der therapeutischen Ausbildung in Integrativer Therapie. Im Falle der Empathieförderung kann man z.B. mit Kindern Musik machen und ihnen das Beherrschen eines Instrument beibringen. Diese Idee wurde an Grundschulen des Ruhrgebiets aufgenommen. Die Kampagne „Jedem Kind ein Instrument“ hat es sich zur Aufgabe gemacht, jedem Kind ein Instrument beizubringen, welches es sich selbst aussuchen darf. Ein anschließendes Spielen im Orchester steht im Mittelpunkt. Dieses Programm fördert Vieles: z.B. wächst das Selbstvertrauen der Kinder. Stolz präsentieren sie ihr Instrument und führen ein Musikstück vor. Aber das Lernen eines Instruments hat auch viel mit Empathie und Intuition zu tun. Durch das Musizieren im Orchester fügt sich eine

Stimme in ein größeres Ganzes ein. Das Kind darf weder zu laut noch zu leise spielen, weder zu langsam noch zu schnell. Die Sinne werden geschult und verfeinert. Das Kind lernt dadurch auch besser „zwischenmenschliche Töne“ wahrzunehmen, die nötig sind für das einführende Verstehen.

Aber nicht nur das Spielen eines Instruments hilft, einen guten Zugang zu sich selbst und zu anderen zu entwickeln. Auch Malen oder Schauspielerei können solche Wachstumsprozesse fördern. Diese Medien und Techniken steigern die Kreativität, Empathie und Intuition, wenn sie im therapeutischen Rahmen gezielt eingesetzt werden, was schon sehr früh möglich ist (Petzold 1972a) allerdings entwicklungspezifisch erfolgen muss (Sieper 2007a). Besonders wirksam ist ihr Einsatz in therapeutischen Gruppen. Von einer reinen Gesprächsgruppe ist besonders bei Kindern und Jugendlichen abzuraten, da viele Kinder nicht in der Lage sind, lange still zu sitzen und sich auf das Zuhören zu konzentrieren bzw. sich nicht ausreichend verbal ausdrücken können. Außerdem arbeitet Integrative Therapie stets multimodal, um Menschen auf verschiedenen Ebenen vielseitig anzusprechen. Die Arbeit mit kreativen Medien ermöglicht es eher gehemmten Kindern, „weniger von sich preiszugeben“ (so wird es jedenfalls häufig erlebt). Das Kind kann sich über ein Übergangs- und Intermediärobjekt (Meili, Petzold 2000) bzw. nonverbal ausdrücken.

Auch die Vermittlung von Aufgaben kann einem Kind oder Jugendlichen helfen, mehr Intuition und Empathie zu entwickeln. Hierbei wird „das Pferd von hinten aufgezäumt“, d.h. man übergibt Kindern verantwortungsvolle Aufgaben, die sie mit anderen Menschen und Lebenswelten konfrontieren. Dadurch ergibt sich die *Chance der Begegnung* (Petzold 2003a, 781f). Die Übernahme von sozialer Verantwortung stellt nach vielen Forschungsarbeiten einen Hauptprädiktor prosozialen Verhaltens dar (z.B. Moschner 1998). *Engagierte Verantwortung* geht schon einen Schritt weiter als die Empathie. Sie impliziert ein engagiertes Eintreten für die Integrität des „...gesamten Lebenszusammenhanges, und dieser ist die Welt und die menschliche Gemeinschaft als ganze...“ (Petzold 2003a, 99).

Man kann z.B. einem Kind, das aggressiv auffällt, einen neuen Schulkameraden zuweisen. Das aggressiv auffallende Kind wird Pate des neuen Kindes und ist in dessen Orientierungsphase zuständig, ihn mit der neuen Schule vertraut zu machen. Es soll sich von nun an um das neue Kind kümmern. Es muss sich Gedanken darum machen, was das andere Kind braucht. So kann ein Kind einen Menschen kennenlernen und für ihn Empathie

entwickeln, den es ohne eine solche Aufgabe nicht kennengelernt hätte. Außerdem fühlt es sich geschätzt, dass es ausgesucht wurde.

Auch ein Besuchsdienst von älteren oder kranken Menschen kann ein Weg sein, junge Menschen aus ihrer Isolation und Selbstzentrierung zu lösen. Junge Menschen werden so mit der Situation von Hilfebedürftigen konfrontiert und setzen sich mit ihr auseinander.

4.4 Förderung von Empathie durch Solidaritätserfahrungen und exzentrische Überschau

Im Sinne des 4. Weges der Heilung und Förderung geht es darum, den Menschen in seiner *persönlichen Souveränität* zu stärken und um die Bildung von psycho-sozialen Netzwerken, die Solidaritätserfahrungen ermöglichen. Persönliche Souveränität bedeutet eine Prägnanz im Selbst- und Identitätserleben und positive selbstreferentielle Gefühle und Kognitionen.

„Ziel ist es, die Patienten/Klienten bei der Bewältigung von Alltagsproblemen zu unterstützen sowie Erfahrungen der sozialen Zugehörigkeit und der Eingebundenheit zu ermitteln“ (Ebert, Könnecke-Ebert 2007, 197f).

Therapieziele, die aus diesem 4. Weg herausgehen, sind alltagspraktische Hilfen, die es dem Menschen ermöglichen ein „normales Leben“ zu führen. Man kann von Kindern und Erwachsenen keine große Entwicklungsschritte erwarten, wenn sie sich in *prekären Lebenslagen* (Petzold 2000h) befinden und nicht ein Minimum an Stabilität und Sicherheit gegeben ist.

Wird z.B ein Kind oder Jugendlicher in der Schule täglich schikaniert und „gemobbt“ (z.B. Schäfer, Frey 1999) muss erst dieses Mobbing aufhören, damit eine Förderung von Empathie möglich wird. Die tägliche Angst eines Schülers vor Übergriffen macht es nötig, sich erst dem Abstellen der Übergriffe zu widmen, bevor andere Behandlungsziele verfolgt werden können. Der Schüler braucht zunächst Hilfe und Schutz im Lebensalltag. Diese Hilfe könnte eine erwachsene Person sein, die sich in den Pausen um das Kind kümmert, bzw. ihm erlaubt in seiner Nähe zu bleiben. Es kann in diesem Fall auch sein, dass der Schüler ohne es zu merken, durch seine überhebliche Arts andere Mitschüler provoziert. Dies gilt es herauszufinden.

Kennzeichnend für den vierten Weg der Heilung und Förderung ist die solidarische Haltung des Therapeuten seinem anvertrauten Klienten gegenüber. Im Beispiel wäre es Aufgabe der therapeutischen Dyade, dem Kind wohlgesonnene Netzwerke auszukundschaften. Andere Schüler müssten gefunden werden, die sich mit dem Kind solidarisieren, ihm Unterstützung und Eingebundenheit vermitteln. Erst in dieser „*Identität in der Ko-existenz*“ (Petzold 1980f/1996, 231) kann ein Kind Empathie lernen. Da Kinder und Jugendliche sich vor allem an ihren *peers*, der Gruppe der Gleichaltrigen orientieren, wiegt die erfahrene Solidarität untereinander schwer und hinterlässt einen Eindruck. Wobei der unterstützende Beistand eines Therapeuten, der einen *safe place* zur Verfügung stellt, damit in seiner Bedeutung nicht abgewertet werden soll. Der Therapeut wird zu einem Netzwerkarbeiter, da ein tragfähiges, gutes Netzwerk an Bezugspersonen die beste Prävention gegen psychische Erkrankungen ist (Petzold et al. 1998). Er fördert in seinen Stunden die Entwicklung von Freundschaften und Beziehungen, indem er diesem Thema Aufmerksamkeit und Wichtigkeit schenkt. Er fördert in therapeutischen Gruppen Empathie und Intuition, indem er u.a. Schikane und Gewalt in diesen Gruppen anspricht und unterbindet. Er stellt einen Raum zur Verfügung, in dem Kinder und Jugendliche angstfrei kommunizieren und sich selbstoffenbaren können, um so zu erleben, dass sie mit ihren Sorgen und Nöten nicht allein sind. „Coole Schauspielerei“ der Kinder lässt er nicht zu, indem er moderierend und erziehend eingreift.

Der Therapeut ist Vorbild für die Kinder und Jugendlichen. Seine Persönlichkeit und seine empathischen Qualitäten geben Orientierung und zeigen, wie ein Mensch mit anderen umgehen kann. Er muss dabei gar nicht intervenieren wollen, sondern ist schon durch seine Präsenz eine Intervention.

„Der Therapeut wird mit seiner ganzen Person zur Intervention, nicht nur mit seinen Worten oder Gesten. Er verkörpert ganzheitlich das, was er dem Klienten vermitteln will: The medium is the message“ (Petzold 1980g/1996, 278).

5 Abschlussgedanken und Überblick

Empathie ist ein „*menschliches Potential*“ (Bischof-Köhler 2006, 20) ein Geschenk, das uns Teilhabe ermöglicht am Leben anderer Menschen. Eine Gesellschaft wird von menschlichen Qualitäten wie Empathie und Mitgefühl getragen, sonst zerbricht sie. Aus integrativer Sicht wurde das am Beispiel *Henry Dunants*, dem Begründer des „Roten Kreuzes“ nachdrücklich verdeutlicht (Petzold, Sieper 2011). Empathie spielt eine große Rolle bei moralischen Fragestellungen und der gesellschaftlichen Solidarität. In Zeiten leerer öffentlicher Kassen und einem Auseinanderdriften von Gesellschaftsschichten gerät die Frage, wie wollen wir miteinander leben, immer häufiger in den Fokus. Es ist bedeutsam, Kindern und Jugendlichen Empathie weiterzugeben und zu vermitteln, da wir als Leib-Subjekte nicht unabhängig von Lebens- und Weltzusammenhängen unser Glück finden können (siehe auch Kapitel 2.1).

Empathie hat für den Betroffenen nicht nur positive Konsequenzen (ibid.). Ein empathischer Mensch, z.B. ein Therapeut, erlebt auch viel Leid und Traurigkeit, was nicht unmittelbar zu ihm gehört und was er auch ignorieren könnte (wenn es ihm möglich wäre). Er braucht eine eigene starke Persönlichkeit und *stabile Säulen der Identität* (Petzold 2001p), ein stabiles soziales Netz, eventuell auch spirituelle Dimensionen, die ihm helfen, nicht an seinem Mitgefühl zu zerbrechen, sondern sie als motivierende Kraft zu nutzen.

Im Buddhismus gibt es den „Bodhisattva“. Dieses Wesen ist „*geleitet vom Mitleid (karuna), dem Wunsch, ohne Eigennutz andere glücklich zu machen*“ (Schumann 2005, 160). Er gelobt in die Tiefen des Elends hinabzusteigen, um alle Wesen zu retten, bevor er selbst erlöst wird.

„Ich nehme die Last des Leidens auf mich, ich bin (dazu entschlossen, ich ertrage es. Und warum?- Unbedingt muss ich allen Wesen die (Leidens-) Last abnehmen. Die Veranlassung (zu diesem Entschluss) ist nicht, dass ich Lust daran hätte. (Vielmehr) habe ich das Flehen aller Wesen um Rettung (gehört). Alle Wesen muss ich zur Erlösung führen, die ganze Welt muss ich retten, ich bin entschlossen, in jedem einzelnen Elendszustand ungezählte Zehnmillionen von Weltzeitalter zu verweilen. Es ist ja fürwahr besser, dass ich allein mit Leiden (beschwert) sei, als dass alle diese Wesen in Elendswelten gerieten. (Siksamuccaya cit. nach Schumann 2005, 161)

In diesem Sinne und im Sinne des Koexistenzaxioms („*Alles Sein ist Mit-Sein...*“ (Petzold 2003a, 116)) gibt es für uns Menschen als Mitmenschen viel zu tun. Gerade in der therapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen können starke Impulse für die weitere Lebensführung gesetzt werden. Ihr neurozerebrales Wachstum bietet besondere Möglichkeiten der Einflussnahme (Petzold 2009l). Sie sind noch im Aufbau ihrer Identität und durch Personen und Umwelten stark beeinflussbar. Empathieförderung im Jugendalter ist eine zentrale Variable in der therapeutischen Arbeit. Sie ist Mittel bzw. Weg und Ziel der Therapie zugleich. Empathiefähigkeit kann auch als Indikator einer erfolgreichen Therapie angesehen werden. Sie sollte nach Abschluss einer gelungenen Therapie gestiegen sein. Entscheidendes Element dieses Gelingens bleibt die Therapeut-Klient-Beziehung und deren Passung. Qualitäten und Atmosphären, die in diesem Setting erlebt werden, sind ausschlaggebend für ihre Heilsamkeit (z.B. Petzold 1980f/1996).

Zusammenfassung: Förderung von Empathie in der Integrativen Kinder- und Jugendlichentherapie

Der vorliegende Text behandelt Möglichkeiten der Förderung von Empathie in der Integrativen Kinder- und Jugendtherapie. Als theoretischer Hintergrund wird das Konzept des *informierten Leibes* (Petzold) und das *Interiorisierungskonzept Vygotskijs* angenommen. Entwicklungspsychologische Grundlagen der Empathie werden erörtert. Als entscheidende Variable der Empathieförderung bildet sich die therapeutische Beziehung heraus, über die Empathie vermittelt wird. Durch die Erfahrung eines empathischen Gegenübers kann das Kind für sich und andere Empathie entwickeln.

| **Schlüsselwörter:** Empathie, Entwicklungspsychologie, informierter Leib, Interiorisierung, therapeutische Beziehung, Integrative Therapie.

Summary: Fostering of Empathy in Integrative Child and Adolescent Psychotherapy

This text describes possibilities to promote empathy in Integrative Therapy with adolescents and children. Petzold's informed body and Vygotskij's interiorisation concepts are the assumed theoretical background in this discussion of the developmental psychological basics of empathy. The promotion of empathy's decisive variable is the therapeutic relationship which transmits empathy. The empathic experience of the child's therapist helps the child to develop its own empathy for himself and others.

| **Keywords:**

Empathy, developmental psychology, informed body, internalization, therapeutic relationship, Integrative Therapy

Literatur

- Amsterdam, B.K* (1972): Mirror self-image reactions before age two. *Developmental Psychobiology*, 5, 297-305.
- Bauer, J.* (2005): Warum ich fühle, was du fühlst. München: Heyne.
- Beckermann, A.* (2001): Analytische Einführung in die Philosophie des Geistes. 2. Auflage. Berlin: De Gruyter.
- Bischof-Köhler, D.* (1989): Empathie und Spiegelbild. Die Anfänge der sozialen Kognition. Bern: Verlag Hans Huber
- Bischof-Köhler, D.* (2006): Empathie – Mitgefühl - Grausamkeit. Und wie sie zusammenhängen. Berliner Debatte Initial 17 (1/2), 14-20.
- Brühlmann-Jecklin, E, Petzold, H.G.* (2004): Die Konzepte ‚social network‘ und ‚social world‘ und ihre Bedeutung für Theorie und Praxis der Supervision im Integrativen Modell. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - *SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* - 5/2005 und in *Gestalt* 51(Schweiz) 37-49.
- Chudy, M., Petzold, H. G.* (2011): „Komplexes Lernen“ und Supervision – Integrative Perspektiven.: www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm *Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* – 3/2011
- Decety, J., Ickes, W.* (2009): The social neuroscience of empathy. Cambridge MA: MIT.
- Ebert, W., Könnecke-Ebert, B.*(2007): Einführung in die Integrative Beratung und Therapie mit Suchtkranken. In: *Petzold, H., Schay, P. Ebert, W.*. Integrative Suchttherapie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 2. überarbeitete Auflage.
- Ferenczi, S.* (1988): Ohne Sympathie keine Heilung. Das klinische Tagebuch von 1932. Frankfurt/M.: Fischer.
- Gallese, V.* (2001): The shared manifold hypothesis: From mirror neurons to empathy. *Journal of Consciousness Studies* 8/5-7, 33-50.
- Grawe, K.* (2004): Neuropsychotherapie. Bern: Hogrefe.
- Hass, W., Petzold, H.G.* (1999): Die Bedeutung der Forschung über soziale Netzwerke, Netzwerktherapie und soziale Unterstützung für die Psychotherapie - diagnostische und therapeutische Perspektiven. In: *Petzold, H.G., Märten, M.* (1999a) (Hrsg.): Wege zu effektiven Psychotherapien. Psychotherapieforschung und Praxis.: Modelle, Konzepte, Settings. Opladen: Leske + Budrich, S. 193-272.
- Janet, P.* (1926): Les stades de l'évolution psychologique. Paris: Chahine.
- Jantzen, W.* (2008). Kulturhistorische Psychologie heute – Methodologische Erkundungen zu L.S. Vygotskij. Berlin: Lehmanns Media.

- Lurija, A.R.* (1992): Das Gehirn in Aktion. Einführung in die Neuropsychologie. Reinbek: Rowohlt. 6. Aufl. 2001.
- Lurija, A.R.* (1970): Die höheren kortikalen Funktionen des Menschen und ihre Störungen bei örtlichen Hirnschädigungen. Berlin. (orig. 1962).
- Marcel, G.* (1978). Leibliche Begegnung, in *Kraus, A.* (Hrsg.): Leib, Geist, Geschichte, Hüthing. Heidelberg. Und in *Petzold* (1985g) 15-46.
- Meili, E., Petzold, H.G.* (2000): Aus der Praxis für die Praxis: Übergangsobjekte und Intermediärobjekte in der Kindertherapie. *Integrative Therapie* 1, 118-123.
- Moschner, B.* (1998): Ehrenamtliches Engagement und soziale Verantwortung. In: *Reichle, B und Schmitt, M.* (Hrsg.): Verantwortung, Gerechtigkeit und Moral. Weinheim, München: Juventa Verlag. 73-86.
- Olson, K. R., Spelke E. S.* (2008): Foundations of cooperation in preschool children. *Cognition* 108, 222-231.
- Otte, H.,* (2002): Mögliche Risiken und Nebenwirkungen der Integrativen Therapie. Überlegungen zu risikosensiblen Arbeitsformen. In: *Märtens, M., Petzold, H.G.,* (Hrsg.). Therapieschäden- Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Mainz: Grünewald. 181-215.
- Papoušek, M.* (2007): „Augenblicke“ der Begegnung in den frühen Eltern-Kind-Beziehungen. Entwicklung, Störungen und frühe Hilfen. In: *Sieper, J., Orth, I., Schuch, H.W.* (Hrsg.). Neue Wege Integrativer Therapie. Bielefeld: Edition Sirius, Aisthesis Verlag 607-642.
- Papoušek, H., Papoušek, M.* (1977): Mothering and the cognitive head-start: Psychobiological considerations. In: *Schaffer, H.D.* (ed.). Studies in the mother-infant-interaction. New York: Academic Press. 3-85.
- Papoušek, H., Papoušek, M.* (1982/1987): Intuitive parenting: a dialectic counterpart to the infants integrative competence. In: *Osofsky, J.D.,* A handbook of infant development. New York: Wiley. 669-720.
- Perls, F. S.* (1976): Grundlagen der Gestalttherapie – Grundlagen und Sitzungsprotokolle. München: Pfeiffer.
- Petzold, H. G.* (1970c): Thérapie du mouvement, training relaxatif, thymopratique et éducation corporelle comme integration, Paris, Inst. St. Denis, Semin. Psychol. Prof. Vladimir Iljine; auszugsweise dtsch. in: (1992b) 841 ff.
- Petzold, H.G.* (1972e): Komplexes Kreativitätstraining mit Vorschulkindern. *Schule und Psychologie* 3, 146-157.
- Petzold, H. G.* (1974k): Integrative Bewegungstherapie. In: *Petzold* (1974j), 285-404; revid. in Bd.I. 1(1996a [S.59-172]).
- Petzold, H. G.* (1975h): Integrative Therapie ist kreative Therapie. Fritz Perls Institut, Düsseldorf.

- Petzold, H. G. (1979c):* Zur Veränderung der sozialen Mikrostruktur im Alter - eine Untersuchung von 40 "sozialen Atomen" alter Menschen. *Integrative Therapie* 1/2, 51-78.
- Petzold, H. G. (1980f) (Hrsg.):* Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung. 3. Auflage, 1996. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. G. (1980g):* Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der integrativen Therapie. In: *Petzold (1980f)* 223-290.
- Petzold, H.G. (1985l):* Über innere Feinde und innere Beistände. In: *Bach, G., Torbet, W., Ich liebe mich - ich hasse mich*, Rowohlt, Reinbek, 11-15.
- Petzold, H. G. (1988d):* Die "vier Wege der Heilung und Förderung" in der "Integrativen Therapie" und ihre anthropologischen und konzeptuellen Grundlagen - dargestellt an Beispielen aus der "Integrativen Bewegungstherapie", Teil I, *Integrative Therapie* 4, 325-364; Teil II, IT 1 (1989) 42-96; revid. als „Die vier Wege der Heilung und Förderung“, in: Bd. I, 1 (1996a [S.173-283]).
- Petzold, H. G. (1988n):* Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke Bd. I, 1 und I, 2 Junfermann, Paderborn, 3. revid. und überarbeitete Auflage 1996a.
- Petzold, H. G. (1988p):* Beziehung und Deutung in der Integrativen Bewegungstherapie Bd. I, 1 1988n, S. 285 - 340, erw. in: *Petzold (1996a)* 285-340.
- Petzold, H. G. (1997p):* Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie und Systemberatung. *Integrative Therapie* 4 (1997) 435-471 und in: *Petzold (1998a)* 353-394.
- Petzold, H. G. (2000h):* Wissenschaftsbegriff, Erkenntnistheorie und Theorienbildung in der „Integrativen Therapie“ für ihre biopsychosoziale Praxis der Hilfe in „komplexen Lebenslagen“ (Chartacolloquium III). Düsseldorf/Hückeswagen: Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit. Überarbeitet 2002 in: Düsseldorf/Hückeswagen. Bei <http://www.fpi-publikationen.de/polyloge> POLYLOGE 01/2002.
- Petzold, H. G. (2001p/2004):* „Transversale Identität und Identitätsarbeit“. Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie – Perspektiven „klinischer Sozialpsychologie“. Düsseldorf/Hückeswagen, bei <http://www.fpipublikationen.de/polyloge> POLYLOGE 10/2001, Update 02/2004, *Integrative Therapie* 4 (2004) 395-422, 4 (2005) 374-397.
- Petzold, H. G. (2002b):* Zentrale Modelle und Kernkonzepte der „Integrativen Therapie“. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei <http://www.fpi-publikationen.de/polyloge> POLYLOGE 02/2002. Überarbeitete Version, Kernkonzepte II, 2006.
- Petzold, H. G. (2002j):* Das Leibsubjekt als „informierter Leib“ – embodied and embedded. Leibgedächtnis und performative Synchronisationen. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei

- <http://www.fpi-publikationen.de/polyloge> POLYLOGE 07/2002 und in 2003a, 1051-1092.
- Petzold, H. G.* (2003a): Integrative Therapie. 3 Bde. Paderborn: Junfermann, überarb. und ergänzte Neuauflage von 1991a/1992a/1993a.
- Petzold, H.G.* (2003g): Lebensgeschichten erzählen. Biographiearbeit, narrative Therapie, Identität. Paderborn: Junfermann
- Petzold, H.G.* (2007b): Pierre Janet (1855 –1947) Ideengeber für Freud, Referenztheoretiker der Integrativen Therapie *Integrative Therapie* 1, 59 – 86 und in *Leitner, A., Petzold, H.G.* (2009): Sigmund Freud heute. Der Vater der Psychoanalyse im Blick der Wissenschaft und der psychotherapeutischen Schulen. Wien: Edition Donau-Universität - Krammer Verlag Wien, S. 369-397; gekürzt in: *Psychologische Medizin* 2 (2007) 11-16
- Petzold, H. G.* (2008b): „Mentalisierung“ an den Schnittflächen von Leiblichkeit, Gehirn, Sozialität: „Biopsychosoziale Kulturprozesse“. Geschichtsbewusste Reflexionsarbeit zu „dunklen Zeiten“ und zu „proaktivem Friedensstreben“ – ein Essay. Bei <http://www.fpi-publikationen.de/polyloge> POLYLOGE 28/2008.
- Petzold, H. G.* (2009k): Transversale Erkenntnisprozesse der Integrativen Therapie für eine Ethik und Praxis „melioristischer Humantherapie und Kulturarbeit“ durch Multi- und Interdisziplinarität, Metahermeneutik und „dichte Beschreibungen“ Bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 15/2009; repr. in: *Petzold, H.G., Sieper, J.* (2011).
- Petzold, H.G.* (2009l): Integrative Therapy with adolescents - a biopsychosocial developmental approach. Bei <http://www.fpi-publikationen.de/polyloge>
- Petzold, H. G.* (2010f): Sprache, Gemeinschaft, Leiblichkeit und Therapie“ Materialien zu polylogischen Reflexionen, intertextuellen Collagierungen und melioristischer Kulturarbeit – Hermeneutica. Bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 7/2010.
- Petzold, H. G.* (2010g, Hrsg.): **Integrativ-systemische Arbeit mit Familien**. Integrativ-systemische Entwicklungs- und Netzwerktherapie. Integrative Therapie, Schwerpunktthema 3/2010. Wien: Krammer Verlag.
- Petzold, H. G.* (2010p): „Brain wizards“, Hochbegabte Kinder – Chance und Schicksal. Über Neugier, poetische Gestaltungskraft, „creating styles“. Überlegungen aus der Integrativ-Systemischen Kindertherapie. *Integrative Therapie* 2-3, 2010. Wien: Krammer Verlag.
- Petzold, H.G., Beek, Y van, Hoek, A.-M. van der* (1994a): Grundlagen und Grundmuster "intimer Kommunikation und Interaktion" - "Intuitive Parenting" und "Sensitive Caregiving" von der Säuglingszeit über die Lebensspanne. In: *Petzold, H.G.* (1994j): Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung Bd. 2:. Paderborn: Junfermann, 491-646.

- Petzold, H.G., Feuchtner, C., König, G. (2009): Für Kinder engagiert – mit Jugendlichen auf dem Weg. Wien: Krammer.*
- Petzold, H. G., Leuenberger, R., Steffan, A. (1998): Ziele in der Integrativen Therapie. In: Ambühl, H., Strauß, B. (Hrsg.). Therapieziele. Göttingen: Hogrefe.*
- Petzold, H.G., Michailowa, N. (2008a): Alexander Lurija – Neurowissenschaft und Psychotherapie. Integrative und biopsychosoziale Modelle. Wien: Krammer.*
- Petzold, H.G., Müller, M. (2005/2007): MODALITÄTEN DER RELATIONALITÄT – Affiliation, Reaktanz, Übertragung, Beziehung, Bindung – in einer „klinischen Sozialpsychologie“ für die Integrative Supervision und Therapie. Hückeswagen: Europäische Akademie und in: Petzold, H.G., Integrative Supervision, 2. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. 2007a, 367-431.*
- Petzold, H. G., Orth, I. (1998a): Wege zu "fundierter Kollegialität" - innerer Ort und äußerer Raum der Souveränität. In: Slembek, E., Geissner, H. (1998). Feedback. Das Selbstbild im Spiegel der Fremdbilder. St. Ingbert: Röhrig Universitätsverlag. 107-126.*
- Petzold, H. G., Orth, I. (1999): Die Mythen der Psychotherapie. Ideologien, Machtstrukturen und Wege kritischer Praxis. Paderborn: Junfermann.*
- Petzold, H. G., Orth, I. (2005a): Sinn, Sinnerfahrung, Lebenssinn in Psychologie und Psychotherapie. 2 Bände. Bielefeld: Edition Sirius beim Aisthesis Verlag.*
- Petzold, H. G., Orth, I. (2011): „Genderintegrität“ – ein neues Leitparadigma für Supervision und Coaching in vielfältigen Kontexten. In: Abdul-Hussain, S. (2011): Genderkompetente Supervision. Wiesbaden: VS Verlag (im Druck).*
- Petzold, H. G., Orth, I. Sieper, J. (2010a): Gewissensarbeit, Weisheitstherapie, Geistiges Leben - Themen und Werte moderner Psychotherapie. Wien: Krammer.*
- Petzold, H. G., Ramin, G. (1987): Integrative Therapie mit Kindern. In Petzold (2003a) 809-850.*
- Petzold, H.G., Sieper, J. (2005): Lev Vygotskij - ein Referenztheoretiker der Integrativen Therapie. In. Stumm, G. et al. (2005): Personenlexikon der Psychotherapie. Wien: Springer. 488-491.*
- Petzold, H.G., Sieper, J. (2008a): Der Wille, die Neurowissenschaften und die Psychotherapie. 2 Bände. Bielefeld: Sirius.*
- Petzold, H. G., Sieper, J. (2011): Menschenliebe heilt. Altruismus und Engagement. Potentialorientierte Psychotherapie - Die Aktualität des HENRY DUNANT 1828 – 1910. Wien: Krammer.*
- Renz, H., Petzold, H.G. (2006): Therapeutische Beziehungen – Formen „differentieller Relationalität“ in der integrativen und psychodynamisch-konflikttherapeutischen Behandlung von Suchtkranken. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit - Jg. 13/2006*

- Resch, F. et al.* (1999): Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters. 2. überarbeitete und erw. Auflage. Weinheim :Beltz, Psychologie Verlags Union.
- Rahm, D., Otte, H., Bosse, S., Ruhe-Hollenbach, H.* (1999): Einführung in die Integrative Therapie. Paderborn: Junfermann. 4. Auflage.
- Schäfer, M.; Frey, D.* (Hrsg.) (1999): Aggression und Gewalt unter Kindern und Jugendlichen
Görringen: Hogrefe.
- Schumann, H.W.* (2005): Buddhismus. Stifter, Schulen und Systeme. Diederichs Gelbe Reihe.
- Sieper, J.* (2007b): Integrative Therapie als „Life Span Developmental Therapy“ und “klinische Entwicklungspsychologie der Bezogenheit“ mit Säuglingen, Kindern, Adoleszenten, Erwachsenen und alten Menschen, *Gestalt & Integration*, Teil I 60, 14-21, Teil II 61 (2008) 11-21. Update 2011, in: . Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit – Jg. 2011*
- Sieper, J., Petzold, H.G.* (2002): Der Begriff des „Komplexen Lernens“ und seine neurowissenschaftlichen und psychologischen Grundlagen – Dimensionen eines „behavioralen Paradigmas“ in der Integrativen Therapie. Lernen und Performanzorientierung, Behaviourdrama, Imaginationstechniken und Transfertraining. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 10/2002* und gekürzt in *Leitner, A.* (2003): *Entwicklungsdynamiken der Psychotherapie.* Wien: Kramer, Edition Donau-Universität. S. 183-251.
- Staemmler, F.-M.* (2009): Das Geheimnis des Anderen - Empathie in der Psychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Tomasello, M.* (2010): Warum wir kooperieren. Berlin: Suhrkamp Verlag.
- Vaish, A., Carpenter, M. & Tomasello, M.* (in Druck): Young children selectively avoid helping people with harmful intentions. *Child Development*.
- Vygotskij, L. S.* (1992): Geschichte der höheren psychischen Funktionen. Münster: Lit.