



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Arbeit

Empathie und Emotionsregulation bei sozialen Berufen

Verfasserin

Martina Pühringer

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, im April 2012

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuer: ao. Univ.-Prof. Mag. DDr. Andreas Hergovich Bakk.

Danksagung

Bei Herrn ao. Univ.- Prof. Mag. DDr. Andreas Hergovich Bakk. möchte ich mich an dieser Stelle ganz herzlich für die kompetente Betreuung und fachliche Unterstützung während der Bearbeitung meiner Diplomarbeit bedanken sowie dafür, dass es möglich war, an diesem Thema zu arbeiten.

Mein besonderer Dank gilt meinen Eltern, die mir das Studium ermöglicht haben und mir zu jeder Zeit liebevoll und unterstützend zur Seite standen.

Vielen lieben Dank auch an meinen Freund fürs Motivieren, Ablenken, Ermutigen und Unterstützen sowie für die wertvollen Anregungen.

Zuletzt möchte ich mich noch bei allen Teilnehmern dieser Studie fürs Mitmachen und für die zahlreichen Rückmeldungen bedanken.

Inhaltsverzeichnis

A) THEORETISCHER TEIL	1
1 Einleitung.....	3
2 Empathie.....	5
2.1 Definition Empathie.....	5
2.2 Verwandte Konstrukte	6
2.2.1 Nachahmung	6
2.2.2 Emotionale Ansteckung	6
2.2.3 Mitgefühl.....	7
2.2.4 Empathische Anteilnahme	7
2.2.5 Empathischer Distress.....	8
2.3 Komponenten von Empathie.....	8
2.3.1 Affektive Komponente.....	9
2.3.2 Kognitive Komponente	9
2.3.3 Motorische Komponente.....	9
2.3.4 Emotionale Komponente.....	10
2.4 Voraussetzungen für Empathie	10
2.4.1 Emotionserkennung	10
2.4.2 Selbst-Andere-Unterscheidung	10
2.4.3 Perspektivenübernahme	11
2.4.4 Geteilte emotionale Erfahrungen	11
2.5 Erfassung der Empathie als multidimensionales Konstrukt	12
2.6 Unterschiede in der Empathiefähigkeit.....	13
2.6.1 Altersunterschiede.....	14
2.6.2 Geschlechtsunterschiede	16
2.7 Ist die Empathiefähigkeit ein Persönlichkeitsmerkmal oder von der Situation abhängig?.....	16
2.8 Auswirkungen der Empathie.....	17
2.9 Empathie bei sozialen Berufen	18
2.9.1 Psychologen und Psychotherapeuten	18
2.9.1.1 Empathie im therapeutischen Prozess.....	18

2.9.1.2	Empathie von Psychologen und Psychotherapeuten	20
2.9.1.3	Einfluss der Berufserfahrung auf die Empathie	21
2.9.2	Berater	22
3	Emotionsregulation	23
3.1	Definition Emotionsregulation	24
3.2	Verwandte Konstrukte	25
3.2.1	Bewältigung.....	25
3.2.2	Psychologische Abwehr	26
3.2.3	Stimmungsregulation.....	26
3.2.4	Affektregulation.....	26
3.3	Formen der Emotionsregulation	26
3.3.1	Automatische und kontrollierte Emotionsregulation.....	27
3.3.2	Kognitive und verhaltensorientierte Emotionsregulation.....	28
3.4	Prozessmodell der Emotionsregulation	29
3.5	Unterschiede in der Emotionsregulation	31
3.5.1	Altersunterschiede	32
3.5.2	Geschlechtsunterschiede.....	33
3.6	Ist die Emotionsregulationsfähigkeit ein Persönlichkeitsmerkmal oder von der Situation abhängig?	34
3.7	Auswirkungen der Emotionsregulation	35
3.8	Emotionsregulation bei sozialen Berufen.....	36
3.8.1	Psychologen und Psychotherapeuten.....	36
4	Zusammenhang von Empathie und Emotionsregulation	38
B)	EMPIRISCHER TEIL	41
5	Planung der Untersuchung.....	43
5.1	Zielsetzung.....	43
5.2	Fragestellungen.....	44
5.3	Hypothesen	45
5.3.1	Hypothesen bezüglich Empathie	45
5.3.2	Hypothesen bezüglich Emotionsregulation	47

6 Methode.....	53
6.1 Untersuchungsdesign	53
6.2 Variablen.....	53
6.2.1 Unabhängige und abhängige Variablen	53
6.2.2 Kontrollvariablen	53
6.2.3 Störvariablen	53
6.3 Stichprobenkonstruktion.....	54
6.4 Beschreibung der Messinstrumente	56
6.4.1 Fragebögen zur Erfassung der soziodemographischen Daten	56
6.4.2 Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen SPF	57
6.4.3 Emotionsregulations-Inventar ERI	58
6.4.4 Reading the Mind in the Eyes Test – deutsche Fassung	59
6.5 Durchführung.....	60
7 Auswertung.....	62
7.1 Statistische Auswertung und Verfahren.....	62
7.2 Datenaufbereitung.....	63
8 Ergebnisse.....	64
8.1 Deskriptivstatistik	64
8.2 Reliabilitätsanalysen und Trennschärfekoeffizienten	67
8.3 Ergebnisse bezüglich Empathie	70
8.4 Ergebnisse bezüglich Emotionsregulation.....	78
9 Zusammenfassung der Ergebnisse mit Bezugnahme auf die Hypothesen.....	90
10 Diskussion und Interpretation	94
11 Kritik und Ausblick	100
12 Zusammenfassung.....	101
13 Abstract.....	102
14 Empathy and emotion regulation in social professions	103

15 Literaturverzeichnis.....	126
16 Abbildungsverzeichnis.....	137
17 Tabellenverzeichnis.....	138
18 Anhang	139
19 Curriculum Vitae.....	157

A) THEORETISCHER TEIL

1 Einleitung

Empathy is without question an important ability. It allows us to tune into how someone else is feeling, or what they might be thinking. Empathy allows us to understand the intentions of others, predict their behavior, and experience an emotion triggered by their emotion. In short, empathy allows us to interact effectively in the social world. It is also the “glue” of the social world, drawing us to help others and stopping us from hurting others (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004, S. 163).

Nach langen Diskussionen werden Empathie inzwischen sowohl affektive als auch kognitive Komponenten zugeschrieben (Paulus, 2009a), in der vorliegenden Arbeit wird Empathie als komplexes, multidimensionales Konstrukt verstanden (siehe z.B. Davis 1980; 1983). Sie ist mit den Begriffen Nachahmung, emotionale Ansteckung, Mitgefühl und empathischer Distress verwandt (Singer & Lamm, 2009) und erfordert unter anderem das Erkennen und Verstehen der Emotionen anderer (Friedlmeier & Trommsdorff, 1992). Bedeutend für das Empfinden von Empathie ist aber auch, seine eigenen Gefühle regulieren zu können, um von den Emotionen anderer nicht überwältigt zu werden und infolge dessen Distress zu verspüren (Decety & Lamm, 2006). Dieser Prozess des Beeinflussens der eigenen Gefühle wird als Emotionsregulation bezeichnet und kann mithilfe unterschiedlicher Strategien gelingen, wie beispielsweise der kognitiven Umbewertung einer Situation oder dem Unterdrücken von Gefühlen (Gross, 1998a; 1998b). In sozialen Berufen konnten Empathie und Emotionsregulation als essentielle Elemente identifiziert werden, wie beispielsweise bei der Interaktion von Therapeuten und Beratern mit ihren Klienten (z.B. Burns & Nolen-Hoeksema, 1992; Clark, 2010; Lamm, Batson & Decety, 2007).

Das Ziel der vorliegenden Arbeit besteht darin, die beiden sozialen Berufsgruppen Klinische Psychologen und Berater sowie Psychologiestudenten, die einen Beruf im sozialen Setting anstreben und Personen, die in keinem sozialen Beruf tätig sind, bezüglich ihrer Empathie- und Emotionsregulationsfähigkeit zu vergleichen. Es wird neben Definitionen der beiden Konstrukte Empathie und Emotionsregulation ein Überblick über den Forschungsstand gegeben, im weiteren Verlauf werden Komponenten und verwandte Konstrukte beschrieben, Voraussetzungen erläutert, Auswirkungen angeführt sowie individuelle Unterschiede in der Empathie- und Emotionsregulationsfähigkeit diskutiert. In weiterer Folge wird näher auf das

Prozessmodell der Emotionsregulation von Gross (1998a) eingegangen, welches die theoretische Grundlage für die Behandlung der Emotionsregulation in der vorliegenden Arbeit bildet. Darüber hinaus werden Ergebnisse von Studien präsentiert, die sich mit Empathie und Emotionsregulation bei sozialen Berufen befassen. Der empirische Teil soll einen Einblick in die durchgeführte Untersuchung geben, dabei werden die Planung der empirischen Studie, die Methoden, die Auswertung mit der Beschreibung der verwendeten Verfahren und den Ergebnissen sowie eine Diskussion und Interpretation der Ergebnisse ausgeführt.

An dieser Stelle soll noch angemerkt werden, dass aus Gründen der besseren Lesbarkeit im Text die männliche Form gewählt wurde, die Angaben beziehen sich jedoch auf Angehörige beider Geschlechter.

2 Empathie

Die wissenschaftliche Bedeutung von Empathie hat eine relativ kurze Geschichte, die auf ihre Verwendung in der philosophischen Ästhetik zurückdatiert werden kann (Singer & Lamm, 2009). Verschiedene Philosophen sprachen ab der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts sowie während des 19. Jahrhunderts von Empathie als eine Fähigkeit, sich in Kunstwerke und in die Natur hineinzufühlen. Der Philosoph Robert Visser (1873, zitiert nach Stüber, 2008) war der erste, der das deutsche Wort *Einfühlung* verwendete, er bezeichnete es als Gegenstand philosophischer Analysen. Theodor Lipps, ein deutscher Psychologe und Philosoph, untersuchte das Einfühlungsvermögen genauer. Für ihn spielte es nicht nur in der ästhetischen Beurteilung von Objekten eine Rolle, es sollte auch als Fähigkeit verstanden werden, andere Personen als vernünftige Wesen wahrzunehmen (Lipps, 1903a, zitiert nach Stüber, 2008). Im Jahr 1909 übersetzte der englische Psychologe Edward Titchener das Wort *Einfühlung* ins Englische und bezeichnete es als „empathy“ (Titchener, 1909, S. 21), dabei berücksichtigte er das Konzept von Lipps über das Einfühlungsvermögen (Stüber, 2008). Nach dieser ersten philosophisch motivierten Periode wurde die weitere Untersuchung von Empathie von Entwicklungs- und Sozialpsychologen in Angriff genommen. Ein Großteil der sozialpsychologischen Forschung wurde der Frage gewidmet, welche affektiven, kognitiven und wahrnehmungsbezogenen Mechanismen uns dazu befähigen, sich in eine andere Person hineinzufühlen (Singer & Lamm, 2009).

2.1 Definition Empathie

Das Wort *Empathie* stammt ursprünglich vom griechischen Wort *empathia* (Leidenschaft) ab, was sich aus „en“ (in) und „pathos“ (Gefühl) zusammensetzt (Singer & Lamm, 2009). Zu Beginn der Forschungsarbeiten über Empathie war die Definition des Begriffes noch sehr breit gefächert, viele unterschiedliche Emotionen wie beispielsweise Neid, Ärger, Verzweiflung, Erleichterung, Mitleid und Schadenfreude wurden zu den empathischen Reaktionen gezählt. Seit den 1980er Jahren haben Psychologen ihr Verständnis von Empathie jedoch genauer definiert und zwischen verschiedenen Aspekten der emotionalen Reaktionen auf eine andere Person unterschieden (Stüber, 2008), auf welche im folgenden Kapitel 2.2 eingegangen wird. Bis heute existiert jedoch keine allgemein gültige Definition von Empathie (Singer & Lamm, 2009). Laut Davis (1983) bezieht sich Empathie im weitesten Sinne auf die Reaktionen eines Individuums auf die beobachteten Erfahrungen anderer. Johnson,

Cheek und Smither (1983) bezeichnen Empathie als “the tendency to apprehend another person's condition or state of mind“ (S. 1299). Eisenberg und Miller (1987) definieren Empathie als „an affective state that stems from the apprehension of another's emotional state or condition, and that is congruent with it“ (S. 91). Singer und Lamm (2009) verstehen darunter das Teilen der Gefühle anderer und sehen Empathie als eine affektive Antwort auf einen unmittelbar wahrgenommenen oder vorgestellten Gefühlszustand einer anderen Person. Wenn beispielsweise jemand eine traurige Person beobachtet und sich infolge dessen auch traurig fühlt, spricht man demzufolge von Empathie. Sie meinen auch, dass Empathie nur einen Teil eines großen Spektrums der möglichen Reaktionen auf andere darstellt.

2.2 Verwandte Konstrukte

In den meisten Fällen gehen laut Singer und Lamm (2009) Nachahmung oder emotionale Ansteckung der Empathie voraus, was dann zu Mitgefühl und sozialer Anteilnahme führen und prosoziales Verhalten bzw. empathischen Distress hervorrufen kann.

2.2.1 Nachahmung

Unter Nachahmung versteht man die Tendenz, bei Interaktionen automatisch die Gesichtsausdrücke, Bewegungen, Körperhaltungen und Betonungen des Gegenübers zu imitieren (Hatfield, Rapson & Le, 2009). Singer und Lamm (2009) bezeichnen Nachahmung als „low-level mechanism contributing to empathy“ (S.83). Dimberg und Öhman (1996) berichten in ihrer Literaturübersicht, dass durch elektromyografische Messungen der Aktivität der Gesichtsmuskeln gezeigt werden konnte, dass beim Anblick von Gesichtsausdrücken diese schnell und unbewusst im Gesicht des Betrachters gespiegelt werden, was üblicherweise von dem dazugehörigen Gefühl begleitet wird. Sonny-Borgström (2002) konnte zeigen, dass die Nachahmung früh und automatisch bei der Empfindung von Empathie beteiligt ist und uns ermöglicht, die Gefühle anderer zu verstehen.

2.2.2 Emotionale Ansteckung

Emotionale Ansteckung besteht aus den drei Stufen Nachahmung, Feedback und Ansteckung und bedeutet, dass die Emotionen einer anderen Person „eingefangen“ werden. Das heißt, dass man sich selbst in das emotionale Erleben anderer hineinfühlen kann (Hatfield et al., 2009). Hsee, Hatfield, Carlsson und Chetomb (1990) definieren

emotionale Ansteckung als „the tendency to mimic the verbal, physiological and/or behavioral aspects of another person’s emotional experience, and thus to express/experience the same emotions oneself“ (S. 328). Sie tritt auf, wenn Personen lediglich durch das Zusammensein mit anderen ähnliche Gefühle verspüren, wie das Empfinden von Freude wenn man von glücklichen Menschen umgeben ist oder das Auftreten von Panik, wenn man sich in einer aufgewühlten und hektischen Menschenmenge befindet (Stüber, 2008). Bereits Babys zeigen ein solches Verhalten, da sie zu schreien beginnen, wenn sie andere Babys schreien hören - lange bevor sie die Fähigkeit entwickeln, sich selbst von anderen unterscheiden zu können (Singer & Lamm, 2009).

Trotz der großen Überlappung von Nachahmung und emotionaler Ansteckung ist zu beachten, dass es sowohl Situationen gibt, in denen Nachahmung ohne einer emotionalen Komponente auftritt, als auch solche, in denen Gefühle ohne Nachahmung automatisch vom emotionalen Befinden einer anderen Person ausgelöst werden (Singer & Lamm, 2009).

2.2.3 Mitgefühl

Im Gegensatz zu Empathie ist Mitgefühl nicht mit der Emotion oder Situation einer anderen Person kongruent (Stüber, 2008). Der Unterschied zwischen Empathie und Mitgefühl besteht darin, dass bei Empathie - zumindest teilweise - die gleichen Gefühle wie die der beobachteten Person empfunden werden, während Mitgefühl nicht notwendigerweise geteilte Gefühle beinhaltet. Wenn man zum Beispiel mit einer traurigen Person mitfühlt, resultiert dies bei Mitgefühl in Bedauern oder mitfühlender Zuneigung, jedoch nicht in Traurigkeit, wie es bei Empathie der Fall wäre (Singer & Lamm, 2009).

2.2.4 Empathische Anteilnahme

Bei der empathischen Anteilnahme treten Gefühle wie Wärme, Mitleid und Besorgnis für andere Personen auf, die sich in einer negativen Situation befinden (Davis, 1980). Ähnlich wie beim Mitgefühl werden hier ebenfalls nicht die gleichen Emotionen wie die der beobachteten Person empfunden (Singer & Lamm, 2009). Empathische Anteilnahme ist oft mit prosozialem Verhalten verbunden und kann als ausschlaggebend für Altruismus angesehen werden (Decety & Lamm, 2006).

Mitgefühl und empathische Anteilnahme haben laut Singer & Lamm (2009) gemeinsam, dass bei ihnen die Emotionen des Beobachters von Natur aus fremdorientiert sind bzw. sie Gefühle für die andere Person beinhalten („etwas für jemanden fühlen“). Bei Empathie hingegen geht es um das Teilen von Gefühlen („mit jemandem mitfühlen“).

2.2.5 Empathischer Distress

Empathischer Distress („empathic distress“ bei Hoffmann, 1984, S. 112, „personal distress“ z.B. bei Batson, Fultz & Schoenrade, 1987, S. 21; Singer & Lamm, 2009, S. 83) kann entstehen, wenn bei der Wahrnehmung einer Person in einer unangenehmen Situation zu viel Empathie empfunden wird und dies zu einer Übererregung und infolge dessen zu Unwohlsein führt. Empathischer Distress bezeichnet also einen Zustand des sehr intensiven Wahrnehmens der Gefühle anderer (Singer & Lamm, 2009) und beinhaltet Gefühlszustände wie beunruhigt, aufgeregt, erschüttert und/oder verstört (Batson et al., 1987). Eine emotionale Erregung, die durch die Wahrnehmung des Gefühlszustandes einer anderen Person entsteht, kann entweder zu Mitgefühl, empathischem Distress, oder auch zu beidem führen (Hoffmann, 1984).

2.3 Komponenten von Empathie

In der Literatur wird Empathie laut Duan und Hill (1996) häufig als affektives oder kognitives Konstrukt bezeichnet, manche Autoren sehen sie auch als ein Phänomen, das sowohl affektive, als auch kognitive Elemente beinhaltet (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004; Feshbach, 1987; Hoffmann, 1984). Hoffmann (1984) meint, dass Empathie, obwohl sie eine affektive Reaktion darstellt, auch kognitive Elemente beinhaltet, für Feshbach (1987) ist Empathie das Ergebnis von kognitiven und affektiven Prozessen, welche gemeinsam operieren. Baron-Cohen und Wheelwright (2004) sprechen sich dafür aus, dass beide Ansätze wichtig für eine Definition von Empathie sind und meinen, dass in den meisten Fällen die kognitiven und affektiven Elemente nicht so leicht zu trennen sind. Duan und Hill (1996) schlagen vor, statt kognitiver und affektiver Empathie die Begriffe *intellektuelle Empathie* und *empathische Emotionen* zu verwenden. Intellektuelle Empathie bezieht sich dabei auf die kognitiven, empathische Emotionen betreffen die affektiven Aspekte von Empathie. Laut Blair (2005) gliedert sich Empathie zusätzlich in einen motorischen und einen emotionalen Bereich.

2.3.1 Affektive Komponente

Der affektive Ansatz beschreibt Empathie als die emotionale Antwort eines Beobachters auf den affektiven Gefühlszustand einer anderen Person und betont dabei die Angemessenheit dieser emotionalen Reaktion (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004). Es geht dabei vor allem um das Fühlen und Teilen der Gefühle anderer (Berg, Majdan, Berg, Veloski & Mohammadreza, 2011). Laut Gladstein (1983) bedeutet affektive Empathie, sich genauso wie eine andere Person zu fühlen, Stüber (2008) bezeichnet sie als stellvertretendes Teilen eines Affektes. Für Hoffman (2000) ist affektive Empathie „the involvement of psychological processes that make a person have feelings that are congruent with another’s situation than with his own situation“ (S. 30).

2.3.2 Kognitive Komponente

Der kognitive Ansatz bezeichnet Empathie als Repräsentation des internen mentalen Zustandes einer anderen Person (Blair, 2005), dabei geht es hauptsächlich um das Verstehen der Gefühle anderer (Berg et al., 2011). Gladstein (1983) definiert kognitive Empathie als eine intellektuelle Perspektivenübernahme, also als die Fähigkeit, die Welt so zu sehen, wie eine andere Person sie wahrnimmt. Blair (2005) bezeichnet kognitive Empathie gewissermaßen als *Theory of Mind*. Die Theory of Mind besagt, dass ein Individuum in der Lage ist, sich selbst und anderen mentale Zustände zuzuschreiben, um Verhalten zu erklären und vorauszusagen (Premack & Woodruff, 1978).

2.3.3 Motorische Komponente

Motorische Empathie bedeutet, dass die motorischen Reaktionen einer Person widergespiegelt werden. Dieser Ansatz ist zu einem großen Teil auf Mechanismen der Spiegelneurone zurückzuführen (Blair, 2005). Spiegelneurone sind Neurone, welche bei der Ausführung und Beobachtung aktueller Handlungen aktiviert sind (Rizzolatti, Fogassi & Gallese, 2001). Der Ansatz besagt, dass die Wahrnehmung des Gefühlszustandes einer anderen Person entsprechende Repräsentationen davon im Beobachter aktiviert, was wiederum zu somatischen Reaktionen führt (Blair, 2005). Schulte-Rüther, Markowitsch, Fink und Piefke (2007) konnten in ihrer Studie zeigen, dass Spiegelneurone mit Empathie in Zusammenhang stehen, indem sie Personen Bilder von Gesichtsausdrücken zeigten. Die Studienteilnehmer hatten die Aufgabe, sich bei der Betrachtung der Bilder entweder auf ihre eigenen oder auf die Gefühle der Person auf dem Bild zu konzentrieren. Eine empathische Reaktion auf diese Gesichtsausdrücke

aktivierte Areale im Gehirn, die mit Spiegelneuronen und der Theory of Mind in Verbindung stehen.

2.3.4 Emotionale Komponente

Batson et al. (1987) definieren emotionale Empathie als „other-focused feelings evoked by perceiving another person in need“ (S. 19). Bei diesem Ansatz lassen sich zwei Formen unterscheiden: (1) die Reaktion auf die emotionale Darstellung, also den Gesichtsausdruck, die Stimme und Körperbewegungen einer Person, sowie (2) die Reaktion auf andere emotionale Stimuli, wie z.B. auf die Information, ein Freund hätte gerade sein Haus verloren (Blair, 2005).

2.4 Voraussetzungen für Empathie

Für die Entstehung empathischer Reaktionen ist das Erkennen und Verstehen der Emotionen anderer eine wichtige Voraussetzung (Friedlmeier & Trommsdorff, 1992). Laut Schulte-Rüther et al. (2007) gibt es drei Kernaspekte, die bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Empathie eine Rolle spielen: (1) die Fähigkeit, sich selbst während zwischenmenschlichen Interaktionen von anderen unterscheiden zu können, (2) kognitive Mechanismen der Perspektivenübernahme sowie (3) das intuitive Gefühl, etwas mit der anderen Person gemein zu haben, was auf geteilten emotionalen Erfahrungen basiert.

2.4.1 Emotionserkennung

Durch die kognitiven Prozesse Erkennen und Verstehen von Emotionen können Gefühlsreaktionen überhaupt erst ausgelöst und vermittelt werden. Für das Erkennen der Gefühle anderer sind bereits sehr einfache Lernmechanismen ausreichend, dazu gehören beispielsweise die Nachahmung wie auch die klassische Konditionierung (Friedlmeier & Trommsdorff, 1992).

2.4.2 Selbst-Andere-Unterscheidung

„Die Selbst-Andere-Unterscheidung ist eine wichtige Voraussetzung für das Auftauchen der empathischen Reaktion, weil der miterlebte Affekt als repräsentativ für die Lage des anderen bewertet wird und sich der Beobachter damit auch vom eigenen emotionalen Nacherleben distanzieren kann“ (Friedlmeier & Trommsdorff, 1992, S. 142). Auch die Art der Beziehung, die man zu der betroffenen Person hat, kann einen Einfluss auf die empathische Reaktion haben. Je stärker die Art und Weise, wie man

sich selbst sieht, andere miteinbezieht, desto eher kommt es zu Empathie, da dann der Zustand der anderen Person in einem höheren Ausmaß zum eigenen Wohlbefinden gehörig empfunden wird (Friedlmeier & Trommsdorff, 1992). Singer, Seymour, O’Doherty, Kaube, Dolan und Frith (2004) konnten in ihrem Artikel zeigen, dass bei der Entstehung von Empathie die Unterscheidung zwischen dem Selbst und anderen eine wichtige Rolle spielt. Sie fügten dabei den Teilnehmern schmerzhaft stimuli in Form von schwachen elektrischen Impulsen zu und ließen sie in einer zweiten Bedingung beobachten, wie ihre Partner diese Impulse erhielten. Mittels funktionaler Magnetresonanztomografie wurden die bei den Teilnehmern aktivierten Gehirnregionen abgebildet. Es zeigte sich, dass bei der eigenen Empfindung der schmerzhaften Impulse ein Netzwerk im Gehirn aktiviert wurde, das mit Schmerzen in Verbindung steht, wohingegen bei der Beobachtung des leidenden Partners nur diejenigen Areale dieses Netzwerks eine erhöhte Aktivierung zeigten, die auch mit Empathie in Zusammenhang stehen.

2.4.3 Perspektivenübernahme

Die Fähigkeit, sich in die Situation einer anderen Person hineinzudenken, also ihre Perspektive zu übernehmen, steht laut Decety und Lamm (2006) mit der Entwicklung von Empathie in Zusammenhang. Auch Friedlmeier und Trommsdorff (1992) meinen, dass „die Rollenübernahmefähigkeit sicherlich für die Entwicklung von Empathie zu berücksichtigen“ ist (S.141). Batson et al. (1987) schreiben in ihrem Artikel, dass die Perspektivenübernahme als Bedingung von Empathie gesehen werden kann. Laut Underwood und Moore (1982) ist Empathie als ein Spezialfall der Perspektivenübernahme zu betrachten, da die Fähigkeit zu einer sozialen und affektiven Rollenübernahme eine notwendige Bedingung für Empathie darstellt. Singer und Lamm (2009) sind der Ansicht, dass Empathie zu einem bedeutsamen Teil von der Fähigkeit zur Unterscheidung zwischen einer Selbst- und einer Fremdperspektive abhängig ist. Die Selbstperspektive umfasst dabei die Vorstellung der Gedanken bzw. Gefühle, die man haben könnte, wenn man sich selbst in einer bestimmten Situation befinden würde. Als Fremdperspektive wird die Vorstellung bezeichnet, wie jemand anderer in einer bestimmten Situation denken oder fühlen würde.

2.4.4 Geteilte emotionale Erfahrungen

Wenn durch das Beobachten einer Person in einer bestimmten Situation Empathie ausgelöst wird, kann dies zu Empfindungen führen, die man in einer ähnlichen Situation

selbst bereits erlebt hat. Wenn man nichts über den Betroffenen weiß, kann es passieren, dass diese Empfindungen auf den anderen übertragen werden, auch wenn der sich in dieser Situation in Wirklichkeit gar nicht so fühlt. Man setzt also bei wenigen Informationen über den Betroffenen seine eigenen erinnerten Gefühle mit denen der anderen Person gleich, dieser Vorgang kann auch als Projektion bezeichnet werden (Friedlmeier & Trommsdorff, 1992).

2.5 Erfassung der Empathie als multidimensionales Konstrukt

In Anbetracht der Tatsache, dass Empathie immer mehr als komplexes, multidimensionales Konzept gesehen wird, das sowohl affektive als auch kognitive Elemente beinhaltet, entwickelte Davis (1980) den Interpersonal Reactivity Index (IRI), einen Selbstbeurteilungsfragebogen, um individuelle Unterschiede in der Empathiefähigkeit differenziert erfassen zu können. Das Grundprinzip dahinter liegt in der Annahme, dass Empathie aus mehreren Konstrukten besteht, welche zwar alle die Reaktionen auf andere beeinflussen, sich jedoch auch deutlich voneinander unterscheiden (Davis, 1983). Bei der Fragebogenkonstruktion war Davis (1980) wichtig, dass die kognitiven Fähigkeiten zur Perspektivenübernahme sowie die emotionale Reaktivität einer Person separat gemessen werden, da nur durch eine getrennte Erfassung die individuellen Effekte auf das Verhalten untersucht werden können. Persönlichkeitsfragebögen, die nicht zwischen diesen beiden Charakteristiken unterscheiden, können Probleme bei der Interpretation der Effekte von Empathie auf das menschliche Verhalten bereiten, da sowohl die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme als auch die emotionale Reaktivität einer Person Reaktionen auf andere beeinflussen können, ohne der separaten Betrachtung kann jedoch nicht abgeschätzt werden, wie hoch die unabhängige Beteiligung dieser Qualitäten ist und wie sehr sie sich wechselseitig beeinflussen. Der Fragebogen besteht aus 28 Items mit den folgenden vier Skalen zu je sieben Items (Davis, 1980; 1983):

- **Fantasie:** Als Fantasie-Empathie wird die Tendenz bezeichnet, sich gedanklich in eine fiktive Situation zu begeben, wie es beispielsweise beim Tagträumen der Fall ist. Diese Skala erfasst, wie gut man sich in Charaktere in Büchern oder Filmen hineinversetzen kann und dient zusätzlich als Maß der Emotionalität. Personen, die hohe Werte in dieser Skala erreichen, weisen auch tendenziell eine höhere Sensibilität auf.

- **Perspektivenübernahme:** Diese Skala untersucht die Fähigkeit, spontan in die Sichtweise anderer wechseln zu können, die Items beziehen sich dabei auf reale Situationen. Werte dieser Skala korrelieren negativ mit sozialen Dysfunktionen sowie positiv mit Extraversion und hängen mit dem Selbstwertgefühl zusammen. Des Weiteren zeigte sich ein Zusammenhang zwischen der Perspektivenübernahme-Skala und Sensibilitätsmaßen anderer Fragebögen. Das bedeutet, dass Personen, denen es leicht fällt, die Perspektive anderer einzunehmen, eine hohe Empfindsamkeit anderen gegenüber besitzen.
- **empathische Anteilnahme:** Die Items dieser Skala versuchen zu erfassen, wie sehr eine Person Gefühle von Wärme, Mitgefühl und Anteilnahme für andere in unangenehmen Situationen empfinden kann. Hohe Werte in dieser Skala korrelieren schwach positiv mit Schüchternheit und Angst, sowie negativ mit Prahlucht und Egoismus. Ein positiver Zusammenhang wurde zwischen empathischer Anteilnahme und Messungen der Emotionalität gefunden.
- **empathischer Distress:** Die Distress-Skala dient der Messung des Ausmaßes der Gefühle Angst, Besorgnis und Unwohlsein beim Miterleben negativer Erfahrungen anderer und korreliert negativ mit Messungen sozialer Fertigkeiten sowie geringem Selbstwertgefühl.

Bei Betrachtung der Interkorrelationen der einzelnen Items konnte gezeigt werden, dass die Skalen Perspektivenübernahme und empathische Anteilnahme eine positive, Perspektivenübernahme und empathischer Distress eine negative Korrelation aufweisen. Eine weitere positive Korrelation ergab sich zwischen den Skalen Fantasie und empathische Anteilnahme (Davis, 1980).

2.6 Unterschiede in der Empathiefähigkeit

Unterschiede in der Empathiefähigkeit konnten zwischen jüngeren und älteren Personen sowie zwischen Männern und Frauen gefunden werden. Bei der Untersuchung der selbstbeurteilten Empathie anhand von Längsschnittstudien zeigte sich, dass die Empathiefähigkeit über die Jahre hin stabil bleibt (Eisenberg et al., 2002; Grün, Rebucal, Diehl, Lumley & Labouvie-Vief, 2008), in anderen Studien konnte jedoch ein Rückgang (Helson, Jones & Kwan, 2002) bzw. eine Zunahme (Davis & Franzoi, 1991) der Empathie gefunden werden. Die Ergebnisse von Querschnittstudien deuten darauf hin, dass jüngere Erwachsene Empathie in einem höheren Ausmaß verspüren können

als ältere (Grühn et al., 2008; Schiemann & van Gundy, 2000). López-Pérez und Fernández-Pinto (2010) konnten dies bei der kognitiven Komponente von Empathie feststellen, Diehl, Coyle und Labouvie-Vief (1996) fanden jedoch keine Altersunterschiede bezüglich selbstbeurteilter Empathiefähigkeit. Bei der objektiven Erfassung der Empathie konnte gezeigt werden, dass jüngere Personen die Emotionen anderer leichter erkennen können als ältere (Isaacowitz, Löckenhoff, Lane, Wright, Sechrest & Riedel, 2007; Ruffman, Henry, Livingstone & Phillips, 2008), Richter und Kunzmann (2011) fanden, dass Empathie bei Älteren im Vergleich zu Jüngeren besser ausgeprägt ist. In Selbstbeurteilungsstudien beschrieben sich Frauen im Vergleich zu Männern als empathischer (Baron-Cohen & Weelwright, 2004; Berg et al., 2011; Eisenberg & Lennon, 1983; Hall, Davis & Connelly, 2000; Hansen, 2011; Rueckert & Naybar, 2008). Im Folgenden soll näher auf individuelle Unterschiede in der Empathiefähigkeit eingegangen werden.

2.6.1 Altersunterschiede

In Studien, in denen Empathie mittels Selbstbeurteilungsfragebögen untersucht wurde, konnten unterschiedliche Ergebnisse bezüglich Stabilität der Empathie über die Zeit gefunden werden. Bei Eisenberg et al. (2002) hatten Teilnehmer im Alter zwischen 9 und 10 Jahren die Aufgabe, sieben Items des Interpersonal Reactivity Index von Davis (1980) zu insgesamt acht unterschiedlichen Zeitpunkten auszufüllen, zuletzt 16 Jahre nach der ersten Bearbeitung. Die Daten lieferten einen signifikanten Zusammenhang der Ergebnisse pro Teilnehmer in allen Messzeitpunkten. Dies könnte laut den Autoren ein Hinweis darauf sein, dass sich in der Kindheit stabile, individuelle Unterschiede in der Empathiefähigkeit entwickeln und über die Zeit hin konstant bleiben. Grühn et al. (2008) führten mit Personen zwischen 10 und 87 Jahren eine Querschnitt-, sowie eine Längsschnittstudie durch und fanden dabei zwei gegensätzliche Muster. Während die Querschnittuntersuchung darauf hindeutet, dass ältere Erwachsene niedrigere Empathiewerte erreichen als jüngere, konnte in der Längsschnittstudie, welche sich auf einen Zeitraum von 12 Jahren erstreckte, kein altersbedingter Rückgang der Empathie gefunden werden. Bei Davis und Franzoi (1991) konnten höhere Empathiewerte über die Zeit beobachtet werden. In ihrer Studie hatten 205 High-School Studenten die Aufgabe, den Interpersonal Reactivity Index von Davis (1980) zu bearbeiten und wurden zu drei weiteren Zeitpunkten mit jeweils einem Jahr Unterschied erneut gebeten, den Fragebogen auszufüllen. Die Ergebnisse zeigten, dass die Werte der

Skalen Perspektivenübernahme und empathische Anteilnahme von Jahr zu Jahr höher wurden, die Werte der Distress-Skala jedoch mit der Zeit zurückgingen. López-Pérez und Fernández-Pinto (2010) befragten Personen im Alter zwischen 16 und 66 Jahren und konnten zeigen, dass die affektive Komponente von Empathie über die Jahre stabil bleibt, die kognitive Komponente jedoch im Laufe der Zeit abnimmt. Schieman und van Gundy (2000) fanden in ihrer Studie einen starken, negativen Zusammenhang von Alter und Empathie. Untersucht wurde die selbstbeurteilte Empathiefähigkeit von Erwachsenen zwischen 22 und 92 Jahren mittels acht empathiebezogener Items. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die meisten Querschnittstudien auf einen altersbasierten Rückgang der Empathiefähigkeit hindeuten, wohingegen Längsschnittstudien vermehrt zu dem Ergebnis kommen, dass Empathie über die Jahre hin stabil bleibt. Diese gegensätzlichen Erkenntnisse lassen vermuten, dass die querschnittbasierten Altersunterschiede eher aus Kohorten- denn aus Alterseffekten resultieren, wobei ältere Kohorten von geringeren Empathiewerten berichten als jüngere (Richter & Kunzmann, 2011).

Um Altersunterschiede in der leistungsorientierten Empathiefähigkeit zu untersuchen, wurden bisher fast ausschließlich Aufgaben zur Emotionserkennung herangezogen, eine Ausnahme stellt dabei die Studie von Richter und Kunzmann (2011) dar. Die Autoren untersuchten Altersunterschiede in kognitiven und affektiven Facetten von Empathie: (1) die Fähigkeit, Emotionen anderer richtig wahrzunehmen, (2) die Fähigkeit, Gefühle anderer zu teilen sowie (3) die Fähigkeit, Mitgefühl zu empfinden. Die Teilnehmer hatten dabei die Aufgabe, acht Filmclips anzusehen, in denen entweder eine jüngere oder eine ältere Person über ein emotionales Thema sprach. Nach jedem Video sollten sie ihre eigenen sowie die Gefühle der Person aus dem Video bewerten. Die Daten zeigten, dass ältere Personen generell ein höheres Maß an Mitgefühl aufweisen und besser dazu in der Lage sind, die Gefühle anderer zu teilen, wenn es um ein für sie relevantes Thema geht. Altersabhängige Defizite in der Fähigkeit, Emotionen anderer richtig wahrzunehmen, zeigten sich nur, wenn die Person in dem Video über ein Thema sprach, das für die älteren Teilnehmer wenig bedeutungsvoll war. Isaacowitz et al. (2007) konnten Altersunterschiede in der Emotionserkennung bei Erwachsenen zwischen 18 und 85 Jahren aufzeigen. Jüngere Teilnehmer waren demnach besser dazu in der Lage, lexikalische Stimuli als Freude, Trauer und Überraschung sowie Gesichtsausdrücke als Ekel und Angst zu erkennen als ältere. Ruffman et al. (2008)

fanden in ihrer Metaanalyse ebenfalls Altersunterschiede in der Fähigkeit, Emotionen zu erkennen. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass ältere Erwachsene mehr Schwierigkeiten dabei haben, Basisemotionen – insbesondere Ärger und Trauer – zu erkennen als jüngere. Eine Ausnahme stellt dabei die Erkennung von Ekel dar, denn hier schnitten ältere Personen tendenziell besser ab als jüngere.

2.6.2 Geschlechtsunterschiede

In ihrer Metaanalyse fanden Eisenberg und Lennon (1983) moderate Geschlechtsunterschiede zugunsten der Frauen, wenn Empathie anhand von Selbstbeurteilungen gemessen wurde. Keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen zeigten sich jedoch, wenn Empathie physiologisch oder durch heimliche Beobachtung der nonverbalen Reaktionen auf den Gefühlszustand einer anderen Person erfasst wurde.

2.7 Ist die Empathiefähigkeit ein Persönlichkeitsmerkmal oder von der Situation abhängig?

Für manche Wissenschaftler stellt Empathie ein Persönlichkeitsmerkmal dar (Buir, 1981; Davis, 1983; Leibetseder, Laireiter, Riepler & Köller, 2001) und wird beispielsweise von Davis (1983) als „dispositional empathy“ (S. 113) bezeichnet. Dieser Annahme unterliegt die Sichtweise, dass manche Individuen - entweder von Natur aus oder infolge ihrer Entwicklung - empathischer sind als andere (Duan & Hill, 1996). Buir (1981) meint, dass Empathie in einem zwischenmenschlichen Setting bei denjenigen Personen auftritt „who remain aware of their separateness, yet in essence it is an intrapsychic phenomenon based in a human capacity to know another person's inner experience from moment to moment“ (S. 282). Andere Autoren, wie Barrett-Lennard (1981) oder Rogers (1957), sehen Empathie als situationspezifischen Gefühlszustand. Barrett-Lennard (1981) schreibt beispielsweise in seinem Artikel, dass zwischenmenschliche Empathie von einer Sequenz von Prozessen abhängt, was er als „Cyclical Model of Empathy“ (S. 93) bezeichnet. Die Theorie, die dieser Ansicht zugrunde liegt, besagt, dass dieses Gefühl unabhängig von der individuellen Entwicklung der Empathie einer Person auftritt und an die jeweilige Situation gebunden ist (Duan & Hill, 1996). Wissenschaftler, die sich damit befassen, wie Empathie von Therapeuten und ihren Klienten in bestimmten Situationen wahrgenommen wird, haben Empathie laut Duan und Hill (1996) als einen mehrphasigen, auf Erfahrung beruhenden

Prozess definiert. Ramson, Morelli und Lieberman (2011) konnten in ihrer Untersuchung eine Interaktion von Empathie als Persönlichkeitsmerkmal und Empathie als situationsspezifischen Gefühlszustand finden. Personen, die angaben, sehr empathisch zu sein, zeigten auch bei der Betrachtung von Fotos mit Personen in schlimmen Situationen mehr Empathie sowie eine stärkere neuronale Aktivität als Teilnehmer, die sich selbst als eher wenig empathisch beschrieben. Dieser Effekt trat jedoch nur dann auf, wenn die Teilnehmer sich während der Betrachtung der Fotos eine Zahlenreihe merken sollten, nicht aber ohne dieser zusätzlichen Instruktion. Die Autoren schließen daraus, dass Personen mit einer hohen Fähigkeit zur Empfindung von Empathie sich in ihrer Tendenz, spontan Empathie zu empfinden, unterscheiden.

2.8 Auswirkungen der Empathie

Empathie wird als erster notwendiger Schritt in einer Kette verstanden, welche mit dem Teilen von Affekten beginnt, gefolgt vom Verstehen der Gefühle anderer, was Anteilnahme und schließlich prosoziales Verhalten hervorrufen kann (Singer & Lamm, 2009). Prosoziales Verhalten wiederum kann sowohl egoistische, als auch altruistische Motive haben. Eine Person ist egoistisch motiviert, wenn es ihr endgültiges Ziel ist, ihr eigenes Wohl zu verbessern. Altruistisch ist ihr Verhalten dann, wenn das Ziel in der Erhöhung des Wohlergehens einer anderen Person liegt. Das Empfinden von Distress kann zu der egoistischen Motivation führen, den eigenen unbehaglichen Zustand zu verringern, Empathie hingegen kann das altruistische Motiv, jemandem zu helfen, hervorrufen (Batson et al., 1987). Ob Empathie sich als Anteilnahme oder Unbehagen auswirkt, kann maßgeblich von der Einnahme einer Fremd- bzw. einer Selbstperspektive abhängen. Sich selbst anstelle einer anderen Person in einer negativen Situation vorzustellen, kann zu empathischer Anteilnahme führen, während die Konzentration auf die Gefühle einer leidenden Person sowohl Anteilnahme, als auch empathischen Distress zur Folge haben kann. Wenn die Wahrnehmung einer Person, die emotional oder physisch Schmerz empfindet, empathischen Distress hervorruft, könnte dies daran liegen, dass der Beobachter seine Aufmerksamkeit nicht vollständig auf das Erleben der anderen Person richtet, und sich infolge dessen auch nicht prosozial verhält (Decety & Lamm, 2006). Auch Lamm et al. (2007) konnten zeigen, dass die Unterscheidung zwischen der Selbst- und der Fremdperspektive daran beteiligt ist, ob es zu Mitgefühl oder empathischem Distress kommt. In ihrer Studie sahen Teilnehmer Videos von Tinnitus-Patienten, die einer schmerzvollen Behandlung durch laute

Geräusche via Kopfhörer unterzogen wurden. Den Probanden wurde entweder gesagt, die Behandlung der Patienten sei effektiv, oder aber, sie sei wirkungslos. In einer Bedingung sollten sich die Probanden vorstellen, an der Stelle der Patienten zu sein und selbst diese schmerzvollen Geräusche zu hören, in der anderen Bedingung hatten sie die Aufgabe, sich zu vergegenwärtigen, wie der Patient sich gerade fühlt, also seine Perspektive zu übernehmen. Es konnte gezeigt werden, dass Antworten von Personen auf Schmerzen anderer durch kognitive und motivationale Prozesse moduliert werden, welche beeinflussen, ob man empathische Anteilnahme oder empathischen Distress empfindet. Gefühle von Mitgefühl bzw. empathischer Anteilnahme waren bei der Perspektivenübernahme stärker vorhanden, wohingegen die Vorstellung der eigenen Person anstelle des Patienten zu höherem empathischen Distress führte. Eine vermeintlich ineffektive Behandlung löste darüber hinaus mehr Unbehagen bei der Perspektivenübernahme aus, als bei der Vorstellung der eigenen Person in Behandlung.

2.9 Empathie bei sozialen Berufen

Bei vielen sozialen Berufen, wie beispielsweise Therapeuten (Burns & Nolan-Hoeksema, 1992), Beratern (Clark, 2010), Ärzten (Adler, 2007), medizinischem Pflegepersonal (Olson, 1995) und Sozialarbeitern (King, 2011) wurde Empathie als essentielle Komponente identifiziert. In diesem Kapitel soll im Besonderen auf die Berufsgruppen der Psychologen und Psychotherapeuten sowie Berater eingegangen werden.

2.9.1 Psychologen und Psychotherapeuten

Empathie spielt bei der psychologischen und psychotherapeutischen Behandlung ohne Zweifel eine große Rolle, sie verhilft zu einem guten Arbeitsbündnis zwischen Therapeut und Klient (Duan & Hill, 1996) und trägt maßgeblich zu einer erfolgreichen Behandlung bei (Burns & Nolan-Hoeksema, 1992; Hall et al., 2000).

2.9.1.1 Empathie im therapeutischen Prozess

Martin, Garske und Davis (2000) konnten in ihrer Metaanalyse einen Zusammenhang zwischen dem sogenannten therapeutischen Bund und dem Ergebnis der Therapie feststellen. Als therapeutischen Bund verstehen sie „the collaborative and affective bond between therapist and patient“ (S. 438), welcher als essentielles Element des therapeutischen Prozesses gesehen wird. Die Qualität der Beziehung zwischen Therapeut und Klient steht zu einem großen Teil mit den Persönlichkeitseigenschaften

und der Kommunikationsfähigkeit des Therapeuten in Zusammenhang (Wynn & Wynn, 2006). Von einigen Wissenschaftlern wird Empathie als Komponente des therapeutischen Bundes gesehen (Duan & Hill, 1996). Rogers (1957) beschreibt Empathie als eine von sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen, um therapeutisch eine Persönlichkeitsveränderung zu bewirken. Unter einer Veränderung der Persönlichkeit versteht er „[a] change in personality structure of the individual, at both surface and deeper levels, in a direction which clinicians would agree means greater integration, less internal conflict, more energy utilizable for effective living“ (S. 95). Als Bedingungen nennt Rogers (1) eine zumindest minimale Beziehung zwischen Therapeut und Klient, (2) die Tatsache, dass der Klient sich in einem Zustand der Inkongruenz befindet und verletzlich und ängstlich ist, (3) ein aufrichtiger und ganzheitlicher Therapeut, (4) eine an keine Bedingungen gebundene, positive Achtung des Klienten durch den Therapeuten, (5) Empathie des Therapeuten für die Gefühle des Klienten, sowie (6), dass der Klient die Akzeptanz und Empathie wahrnimmt, die der Therapeut für den Klienten verspürt. Wynn und Wynn (2006) konnten zeigen, dass Empathie unter anderem als ein interaktional erreichtes Phänomen verstanden werden kann und durch das Zusammenspiel von Therapeut und Klient entsteht. Burns und Nolan-Hoeksema (1992) fanden heraus, dass die Empathie des Therapeuten eine wichtige Rolle in der Behandlung von Depressionen spielt und einen positiven Effekt auf die Erholung von dieser Erkrankung hat. In ihrer Studie sollten Patienten einschätzen, wie warmherzig, fürsorglich und empathisch sie ihre Therapeuten empfinden. Diejenigen Patienten, die von den Therapeuten mit den höchsten Empathiewerten behandelt wurden, profitierten mehr von der Therapie als Patienten von Therapeuten mit den niedrigsten Einschätzungen. Die Autoren fanden auch heraus, dass Patienten von Therapeuten mit geringerer Berufserfahrung weniger Nutzen aus der Therapie ziehen konnten als diejenigen von erfahreneren. Es wurde von den Autoren aber nicht untersucht, ob unerfahrenere Therapeuten auch als weniger empathisch eingeschätzt wurden und dies ein Grund für den besseren Therapieerfolg bei erfahreneren Therapeuten sein könnte. Hall et al. (2000) konnten zeigen, dass es einen Zusammenhang zwischen dispositionaler Empathie und der wahrgenommenen Effektivität des Berufes als Klinischer Psychologe gibt. Die subjektive Effektivität ihres Berufes sowie ihre Zufriedenheit damit wurde anhand einer siebenstufigen Skala von „extrem zufrieden“ bis „extrem unzufrieden“ in Bezug auf die sechs Bereiche Therapie, Diagnostik, Beratung, Lehre, Forschung und Administration gemessen. Unter den

Psychologen, die angaben, Therapie anzubieten, waren höhere Werte bei empathischem Distress mit weniger Zufriedenheit mit ihrem Beruf und geringerer wahrgenommener Effektivität verbunden. Psychologen mit höherer empathischer Anteilnahme sowie Perspektivenübernahme gaben an, zufriedener mit ihrem Beruf zu sein. Psychologen, die dazu tendieren, Mitleid mit unglücklichen Personen zu haben, ohne dass sie sich selbst dabei unglücklich fühlen, sind demnach zufriedener und nehmen sich auch als effektivere Therapeuten wahr.

2.9.1.2 Empathie von Psychologen und Psychotherapeuten

In der Studie von Hassenstab, Dziobek, Rogers, Wolf und Convit (2007) wurden die empathischen Fähigkeiten von Psychotherapeuten anhand objektiver und subjektiver Verfahren untersucht. Die Ergebnisse wurden mit denen von Personen verglichen, die keine Erfahrung in sozialen Berufen aufweisen konnten. In dem eingesetzten Selbstbeurteilungsfragebogen beschrieben die Therapeuten sich im Vergleich zur Kontrollgruppe als besser fähig, in angespannten Situationen ihre Emotionen zu kontrollieren. Die Daten der objektiven Verfahren deuten darauf hin, dass empathisches Urteilsvermögen, welches auf nonverbalen Wahrnehmungshinweisen beruht, bei beiden Gruppen gleich ausgeprägt ist. Dies könnte laut den Autoren bedeuten, dass die Übung und Ausbildung als Therapeut die Fähigkeit zur Emotionserkennung nicht erhöht. Psychotherapeuten erzielten jedoch bessere Ergebnisse bezüglich kognitiver Empathie, was auf eine erhöhte Fähigkeit zur richtigen Erkennung der mentalen Gefühlszustände anderer schließen lässt. Das könnte bedeuten, dass das richtige Deuten der Feinheiten der Sprache, wie Intonation und Artikulation, mit der Erfahrung als Psychotherapeut in Zusammenhang steht. Machado, Beutler und Greenberg (1999) gingen der Frage nach, ob es einen Unterschied in der Erkennung von Emotionen zwischen Psychologiestudenten und Psychotherapeuten gibt. Die beiden Vergleichsgruppen repräsentierten dabei zwei unterschiedliche Stufen von Erfahrung mit gleichen beruflichen Interessen. Den Teilnehmern wurde eine von drei verschiedenen Arten von Stimuli vorgegeben: (1) acht ausgewählte Video-Sequenzen einer echten Therapiesitzung (verbal und nonverbal), (2) die gleichen acht Sequenzen ohne Ton (nonverbal), oder (3) ein Transkript der acht Sequenzen (verbal). Anschließend sollten die Teilnehmer zwei Skalen bearbeiten, womit sie zum einen die emotionale Qualität sowie die Intensität der emotionalen Erregung und zum anderen den Grad des emotionalen Bewusstseins der Klienten aus den Video-Sequenzen beurteilen konnten.

Die Ergebnisse zeigten, dass die Erfahrung als Therapeut mit einer höheren Fähigkeit einhergeht, das emotionale Erleben von Klienten zu erfassen, wobei es keine Rolle spielte, welches Stimulusmaterial verwendet wurde. Hall et al. (2000) untersuchten, ob Psychologen, die eine wissenschaftliche Karriere eingeschlagen hatten und in Lehre und Forschung tätig waren, sich von Psychologen, die einer Arbeit in der klinischen Praxis nachgingen, bezüglich selbstbeurteilter Empathie unterscheiden. Die Ergebnisse zeigten systematische Unterschiede in der dispositionalen Empathie zwischen Wissenschaftlern und praktizierenden Klinischen Psychologen. Klinische Psychologen waren im Gegensatz zu Wissenschaftlern eher dazu geneigt, die Perspektive anderer einzunehmen, an den Gefühlen anderer Anteil zu nehmen und geringen Distress zu verspüren, wenn sie mit leidenden Personen konfrontiert wurden. Die Unterschiede zwischen Wissenschaftlern und Klinischen Psychologen in den beiden Skalen empathische Anteilnahme und Perspektivenübernahme galten darüber hinaus in einem höheren Ausmaß für Frauen als für Männer. Conway (1988) konnte Unterschiede in der Persönlichkeit zwischen praktizierenden Klinischen Psychologen, Wissenschaftlern im klinischen Bereich sowie praktizierenden Psychologen, welche auch als Wissenschaftler tätig waren, feststellen. Wissenschaftler legten in ihrem Selbstkonzept einen höheren Wert auf ihre Erfolgsorientierung (Durchhaltevermögen, Zielstrebigkeit und Energie) und ihre kognitiven Stärken (Offenheit für Erfahrungen und spezielle kognitive Fähigkeiten, die mit empirischer Forschung zu tun haben). Praktizierende Psychologen nannten hingegen interpersonale Stärke, Fürsorglichkeit und Wärme in Bezug auf ihre Persönlichkeit. Diejenigen Psychologen, die sowohl praktizierend als auch wissenschaftlich tätig waren, zeigten einige Persönlichkeitseigenschaften der Wissenschaftler, tendierten aber dazu, mehr Gewicht auf ihre interpersonalen Fähigkeiten zu legen.

2.9.1.3 Einfluss der Berufserfahrung auf die Empathie

Hat die Erfahrung als Klinischer Psychologe bzw. Psychotherapeut einen positiven Einfluss auf die Empathiefähigkeit? Die Ergebnisse der bisherigen Studien lassen keine eindeutige Beantwortung dieser Frage zu. Wie bereits beschrieben, verbessert laut Hassenstab et al. (2007) die Erfahrung als Therapeut die Fähigkeit, Intonation und Artikulation richtig zu deuten, Emotionen können jedoch nicht besser erkannt werden. Machado et al. (1999) kamen zu dem gegensätzlichen Ergebnis, dass die Erfahrung als Therapeut mit einer verbesserten Fähigkeit, das emotionale Erleben von Klienten zu

erfassen, in Zusammenhang steht. Ein interessantes Ergebnis der Studie von Conway (1988) ist, dass für die Gruppe der sowohl praktizierenden als auch wissenschaftlich tätigen Psychologen, für die zwischen jünger und älter differenziert wurde, kein Unterschied in den Persönlichkeitseigenschaften gefunden wurde. Dadurch schließen die Autoren, dass die Berufserfahrung keine Rolle in Bezug auf die Entwicklung von Persönlichkeitseigenschaften spielen dürfte. Holland (1996) postuliert, dass Personen am meisten mit ihrem Beruf zufrieden sind, wenn er zu ihrer Persönlichkeit passt. Er meint auch, dass Personen dazu tendieren, einer Arbeit nachzugehen, die mit ihren Interessen im Einklang steht. Die Kongruenz zwischen einer Person und ihrem Arbeitsumfeld führt zu Arbeitszufriedenheit, einem stabilen Karriereweg und Erfolg. Die Autoren Hall et al. (2000) meinen, dass laut dieser Theorie die Arbeit im klinischen Setting für diejenigen zukünftigen Psychologen mit hoher empathischen Anteilnahme, einer hohen Fähigkeit zur Perspektivenübernahme und geringem empathischen Distress attraktiver sein dürfte. Diese Interpretation basiert auf der Annahme, dass Persönlichkeitsvariablen einen kausalen Effekt auf die Wahl des Berufes haben. Sie betonen aber, dass es durchaus sein kann, dass die Unterschiede in den Empathiewerten, die sie in ihrer Untersuchung gefunden hatten, durch Training und Berufserfahrung der praktizierenden Psychologen im klinischen Setting entstanden sind. Die Überlegenheit Klinischer Psychologen in der Übernahme der Perspektive anderer gegenüber wissenschaftlich tätiger Psychologen könnte demnach daher rühren, dass sie in ihrem Beruf gelernt haben, andere Sichtweisen zu beachten.

2.9.2 Berater

Emotionale Empathie konnte als wichtige Eigenschaft von Personen identifiziert werden, die eine Ausbildung zum Berater absolvieren (Trusty, Ng & Watts, 2005). Beniley und Cashwell (2009) fanden heraus, dass Achtsamkeit bei auszubildenden Beratern mit den Ergebnissen der Beratung und ihrer wahrgenommenen Effektivität in Zusammenhang steht und einen Prädiktor für Empathie darstellt. Empathie kann aber auch als wesentliche Komponente des Beratungsprozesses selbst fungieren. Wenn ein Berater ein empathisches Verständnis für den Klienten entwickelt, kann dies zu einer erfolgreichen Formulierung und Ausführung einer Reihe von Interventionen führen. In diesem Sinne kann Empathie dazu dienen, die Aktivität des Beraters zu lenken (Clark, 2010).

3 Emotionsregulation

Der enorme Anstieg an Forschungsarbeiten hat das Studium der Emotionsregulation zu einem überaus spannenden Bereich der Psychologie gemacht. Die Notwendigkeit einer Integration der sich schnell ansammelnden Erkenntnisse und Einsichten wird durch den multidisziplinären Charakter der Erforschung der Emotionsregulation gefördert, welche sich über die Entwicklungs-, Kognitive, Soziale, Persönlichkeits- und Klinische Psychologie sowie in jüngerer Zeit auch über die kognitiven und affektiven Neurowissenschaften erstreckt (Koole, 2009). Dieses Thema war jedoch nicht immer so populär, denn vor Mitte der 1980er Jahre befassten sich Psychologen noch kaum mit Emotionen, umso seltener waren Studien über die Emotionsregulation zu finden (Eisenberg, Champion & Ma, 2004). Arbeiten zum Thema Emotionsregulation entstanden dennoch nicht aus dem Nichts, denn schon Freud (1997; zitiert nach Eisenberg et al., 2004) meinte, dass das *Ich* Impulse und Triebe reguliert, welche dem *Es* entspringen. Im Jahr 1988 beschrieben Derryberry und Rothbart (1988) Selbstregulation, Emotion und Erregung als die drei Hauptkomponenten des Temperaments. Den anfänglichen Anstoß für ein Interesse an der Erforschung der Emotionsregulation gab aber der Bereich der Entwicklungspsychologie des Kindesalters (Eisenberg et al., 2004), zum Beispiel von Dodge (1989) oder Campos, Campos und Barrett (1989). Mittlerweile hat die Forschung zur Emotionsregulation sowohl an Qualität als auch an Quantität zugenommen (Eisenberg et al., 2004) und wurde auch auf das Erwachsenenalter ausgeweitet (Gross, 2001).

Emotionen können im Zuge der Regulation entweder (1) vermindert, (2) aufrechterhalten oder (3) verstärkt werden. Vermindert werden sie dann, wenn sie (a) verhaltensorientierte Antworten erfordern, die nicht mehr nützlich sind, (b) von einer zu einfachen Abschätzung einer Situation stammen, wie das Verwechseln eines Stockes mit einer Schlange oder (c) die emotionale Antwort mit anderen wichtigen Zielen konkurriert. Aufrechterhalten oder verstärkt werden Emotionen, wenn man (a) gedanklich abgelenkt ist oder (b) eine negative Emotion durch eine positivere ersetzt (Gross, 1999). Bisher stützten sich die meisten Studien in diesem Bereich auf die Regulation negativer Emotionen (Giuliani, McRae & Gross, 2008). Es wurden zum Beispiel die Regulation kurzfristiger emotionaler Antworten auf unangenehme visuelle Stimuli (Jackson, Malmstadt, Larson & Davidson, 2000), die kognitive Neubewertung negativer Bilder (Ochsner, Bunge, Gross & Gabrieli, 2002), Strategien zur

Angstreduzierung bei negativen Reizen (Kalish et al., 2005) und selbstbeurteilte kognitive Regulationsstrategien bei stressbesetzten Ereignissen (Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2001) untersucht, um nur einige zu nennen. Es konnte aber auch gezeigt werden, dass Untersuchungsteilnehmer ihre emotionalen Reaktionen nicht nur in Folge negativer, sondern auch im Zuge positiver Stimuli regulieren können (Driscoll, Tranel & Anderson, 2009, Gross & Levenson, 1997; Kim & Hamann, 2007; Mak, Hu, Zhang, Xiao & Lee, 2009), in Konfrontation mit negativem Stimulusmaterial werden die Gefühle jedoch öfter reguliert als bei positivem (Volokhov & Demaree, 2010). Die Regulation angenehmer Gefühle fällt darüber hinaus tendenziell leichter als diejenige unangenehmer (Kim & Hamann, 1997; Mak et al., 2009). Miyamoto und Ma (2011) schlagen den Begriff „hedonic emotion regulation“ (S. 1346) für das Verstärken positiver Gefühle vor. Giuliani et al. (2008) untersuchten die Verstärkung und Verminderung des positiven Gefühls Vergnügen, Quoidbach, Berry, Hansenne und Mikolajczak (2010) befassten sich mit Auswirkungen einer positiven Emotionsregulation auf das Wohlbefinden. Tugade und Fredrickson (2006) vermuten, dass die Förderung positiver Emotionen besonders für die Stärkung der Widerstandsfähigkeit gegen belastende Ereignisse nützlich sein kann.

3.1 Definition Emotionsregulation

Um Emotionsregulation definieren zu können, muss man zuerst verstehen, was das Wort *Emotion* bedeutet (Gross, 1998a; Mauss, Bunge & Gross, 2007). Der Begriff entwickelte sich aus dem lateinischen Wort *emovere*, was mit „herausbewegen“ oder „hervorrufen“ übersetzt werden kann (Hargreaves, 1998). Izard (2010, S. 367) beschreibt Emotion folgendermaßen:

Emotion consists of neural circuits (that are at least partially dedicated), response systems, and a feeling state/process that motivates and organizes cognition and action. Emotion also provides information to the person experiencing it, and may include antecedent cognitive appraisals and ongoing cognition including an interpretation of its feeling state, expressions or social-communicative signals, and may motivate approach or avoidant behavior, exercise control/regulation of responses, and be social or relational in nature.

Mauss et al. (2007) definieren Emotionen als „multifaceted, whole-body responses that involve coordinated changes in the domains of subjective experience, behavior, and

peripheral physiology“ (S. 2).

Die Regulation von Emotionen besteht für Cicchetti, Ganiban und Barnett (1991) aus intra- und extraorganismischen Faktoren, durch die emotionale Erregungen umgeleitet, kontrolliert, verändert und angepasst werden, um sich in emotionalen Situationen angemessen verhalten zu können. Thomson (1994) beschreibt Emotionsregulation als einen extrinsischen und intrinsischen Prozess, welcher für die Überwachung, Bewertung und Anpassung emotionaler Reaktionen verantwortlich ist. Gross (1998a) definiert Emotionsregulation wie folgt: „Emotion regulation refers to the processes by which individuals influence which emotions they have, when they have them, and how they experience and express these emotions“ (S. 275). Für Eisenberg und Spinrad (2004) bezieht sich Emotionsregulation auf einen Prozess, der die Form, Intensität, Dauer oder das Auftreten von Gefühlszuständen, Motiven, Aufmerksamkeitsprozessen und verhaltensbezogenen Begleiterscheinungen von Emotionen anregen, verhindern, hemmen, aufrechterhalten oder anpassen kann, um das Erreichen individueller Ziele zu ermöglichen. Koole (2009) sieht Emotionsregulation als „the set of processes whereby people seek to redirect the spontaneous flow of their emotions“ (S. 6).

3.2 Verwandte Konstrukte

Eng mit der Emotionsregulation verbunden sind die Konstrukte (Stress-)Bewältigung, psychologische Abwehr, Stimmungsregulation und Affektregulation (Gross, 1998a; Koole, 2009; Rottenberg & Gross, 2007).

3.2.1 Bewältigung

Bewältigung wird von Gross (1998a) durch ihren primären Fokus auf die Verringerung der Empfindung negativer Emotionen sowie durch eine verzögerte Interaktion des Organismus mit der Situation von der Emotionsregulation abgegrenzt. Garnefski et al. (2001) sehen Bewältigung jedoch als einen Aspekt der Emotionsregulation. Sie gehen von der Definition von Monat und Lazarus (1991) aus, welche Bewältigung als Versuch sehen, schwierige Anforderungen zu meistern, und meinen, dass alle Bewältigungsmechanismen einer Person unter die breite Definition der Emotionsregulation fallen. Laut Rottenberg und Gross (2007) überlappen sich Bewältigung und Emotionsregulation, die Bewältigung beinhaltet aber auch nichtemotionale Handlungen, um nichtemotionale Ziele zu erreichen. Im Gegensatz

dazu sind bei der Emotionsregulation immer Emotionen beteiligt, wobei es egal ist, in welchem Zusammenhang sie entstehen.

3.2.2 Psychologische Abwehr

Die psychologische Abwehr hat ähnlich wie die Bewältigung ihren Schwerpunkt auf die Regulation negativer Emotionen – insbesondere Angst – gerichtet (Gross, 1998a). Rottenberg und Gross (2007) betrachten Abwehrmechanismen als auf relativ stabile Charaktereigenschaften einer Person bezogen, welche unbewusst die subjektive Erfahrung von Angst oder anderen negativen Affekten verringern.

3.2.3 Stimmungsregulation

Stimmungen sind wenig intensive, diffuse und relativ lang andauernde affektive Gefühlszustände, die ohne offensichtlichen Grund auftreten können (z.B. sich gut oder schlecht fühlen). Emotionen hingegen sind intensiver, kurzlebiger und haben meist eine bestimmte Ursache und klare kognitive Inhalte, wie zum Beispiel Ärger oder Angst (Forgas, 1992). Die Stimmung kann also von der Emotion durch ihre weniger gut definierten verhaltensbezogenen Antworttendenzen unterschieden werden (Gross, 1998a). Der Fokus der Forschung zur Stimmungsregulation richtet sich auf Handlungen, welche negative Stimmungszustände verringern (Rottenberg & Gross, 2007).

3.2.4 Affektregulation

Die Affektregulation kann als Oberbegriff von Bewältigungs- und Verteidigungsmechanismen sowie der Emotions-, und Stimmungsregulation gesehen werden. In manchen Bereichen werden die Begriffe Affekt und Emotion synonym verwendet (Gross, 1998a), Rottenberg und Gross (2007) sehen eine Emotion als Spezialfall eines Affektes. Westen (1994) definiert Affektregulation als „conscious and unconscious procedures used to maximize pleasant and minimize unpleasant emotions“ (S. 641).

3.3 Formen der Emotionsregulation

Die Regulation von Emotionen kann sowohl automatisch als auch kontrolliert, vorsätzlich bzw. beabsichtigt erfolgen (Gross, 1998a; Jackson et al., 2003; Koole, 2009; Mauss et al., 2007; Rottenberg & Gross, 2007), in der Literatur werden synonym die Bezeichnungen bewusst – unbewusst (Garnefski et al., 2001; Gross, 1998a) sowie aktiv

– passiv (Blanchard-Fields & Coats, 2008) dafür verwendet. Darüber hinaus kann man zwischen kognitiver und verhaltensorientierter Emotionsregulation unterscheiden (Ochsner & Gross, 2005).

3.3.1 Automatische und kontrollierte Emotionsregulation

Jackson et al. (2003) definieren diejenigen Regulationsprozesse als automatisch, welche spontan und in Abwesenheit jeder spezifischen Instruktion entstehen. Bei der vorsätzlichen Regulation werden die Teilnehmer gezielt dazu angehalten, ihre emotionalen Antworten zu regulieren, wie beispielsweise in der Studie von Jackson et al. (2000). Zu den unbewussten Regulationsprozessen zählen zum Beispiel selektive Aufmerksamkeit, Gedächtnisverzerrungen, Verleugnung und Schutz. Die bewusste Regulation umfasst beispielsweise Selbst- bzw. Fremdbeschuldigungen, Grübeln sowie Katastrophisieren (Garnefski et al., 2001). Viele Autoren stellen laut Mauss et al. (2007) in ihren Modellen automatische Prozesse kontrollierten Prozessen gegenüber. Strack und Deutsch (2004) sprechen dabei von reflexartigen und beherrschten Prozessen, welche das soziale Verhalten kontrollieren. Kontrollierte Prozesse verlangen ein gewisses Maß an Aufmerksamkeit, sie sind gewollt und werden durch explizite Ziele hervorgerufen. Im Gegensatz dazu treten automatische Prozesse lediglich durch das Registrieren sensorischer Reize auf, wodurch Strukturen wie Schemata, Verhaltensskripts oder Konzepte aktiviert werden, welche wiederum andere psychische Funktionen auslösen (Mauss et al., 2007). Es kann jedoch auch vorkommen, dass Ziele unbewusst aktiviert und verfolgt werden, was Bargh, Gollwitzer, Lee-Chai, Barndollar und Trötschel (2001) in ihrer Studie aufzeigen konnten. Sie führten eine Reihe von Experimenten durch, bei denen die Teilnehmer bei einem Spiel entweder selbst möglichst gut abschneiden oder mit anderen kooperieren sollten, was sie auch tatsächlich taten. Sie waren sich dieser Ziele jedoch nicht bewusst, da im Vorfeld subtile Reize die Motive „Kooperation“ bzw. „Leistung erbringen“ aktiviert hatten. Es zeigte sich also, dass Personen nach einem Ziel streben, ohne sich dessen bewusst zu sein. In Beachtung dieser Ergebnisse beschreiben Mauss et al. (2007) die automatische Emotionsregulation als „goal-driven change to any aspect of one’s emotions without making a conscious decision to do so, without paying attention to the process of regulating one’s emotions, and without engaging in deliberate control“ (S. 3), sie basiert demnach auf der automatischen Bestrebung, den Verlauf einer Emotion zu ändern. Die Autoren betonen, dass automatische und kontrollierte Prozesse zwei Enden eines

Kontinuums darstellen und in vielen Fällen die Emotionsregulation zwischen diesen beiden Extrempunkten liegt. Koole (2009) meint, dass die beabsichtigte Emotionsregulation das Ziel hat, spontane emotionale Reaktionen außer Kraft zu setzen. Für Tice und Bratlavsky (2000) ist die Emotionsregulation ein spezifisches Beispiel für allgemeine Selbstregulationsmechanismen. Unter Selbstregulation verstehen sie einen Prozess, der versucht, Impulse zu unterdrücken. Garnefski et al. (2001) bezeichnen die bewusste Regulation als kognitive Bewältigung bzw. kognitive Emotionsregulation (siehe auch Kap. 3.3.2).

3.3.2 Kognitive und verhaltensorientierte Emotionsregulation

Laut Ochsner und Gross (2005) kann zwischen kognitiver (z.B. Umbewertung einer Situation) und verhaltensorientierter (z.B. Unterdrückung von Gefühlen) Emotionsregulation unterschieden werden. Kognitive Regulation kann die emotionale Erfahrung und den Ausdruck des Verhaltens vermindern und beeinflusst die Erinnerung nicht. Die verhaltensorientierte Regulation schafft es zwar, den Ausdruck des Verhaltens zu mindern, verringert die emotionale Erfahrung jedoch nicht und hat einen negativen Einfluss auf die Erinnerung (Gross, 2002). Garnefski et al. (2001) konzentrierten sich in ihrer Studie auf den bewussten, kognitiven Bereich der Emotionsregulation, was sie auch als kognitive Bewältigung bezeichnen. Sie gehen dabei von der Definition der Emotionsregulation nach Thomson (1994) aus (siehe Kapitel 3.1) und sind der Meinung, dass sich die Regulation von Emotionen auf biologische (z.B. Puls, Atmung, Schwitzen), soziale (z.B. zwischenmenschliche Unterstützung) und verhaltensmäßige (z.B. Schreien, Weinen, Rückzug) kognitive Prozesse bezieht. Kognitionen bzw. kognitive Prozesse können dabei helfen, Emotionen oder Gefühle zu regulieren und Kontrolle über sie zu erhalten, sie bewahren uns auch davor, von ihnen überwältigt zu werden. Die Autoren identifizierten folgende neun Dimensionen bzw. Strategien der kognitiven Emotionsregulation und konstruierten den Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ), um diese kognitiven Regulationsstrategien erfassen zu können:

- **Selbstbeschuldigung:** Selbstbeschuldigung bedeutet, dass eine Person sich selbst für ihre eigenen Erlebnisse verantwortlich sieht.
- **Fremdbeschuldigung:** Bei der Fremdbeschuldigung werden andere Personen für die eigenen Erlebnisse verantwortlich gemacht.

- **Akzeptanz:** Bei dieser Strategie akzeptiert die Person das Erlebte findet sich mit dem Geschehenen ab.
- **Neuausrichtung der Planung:** Wenn über bevorstehende Schritte nachgedacht wird sowie darüber, wie mit dem negativen Erlebnis umgegangen werden soll, spricht man von einer Neuausrichtung der Planung.
- **positive Neuausrichtung:** Bei der positiven Neuausrichtung wird über angenehme Themen anstatt dem negativen Ereignis nachgedacht.
- **Grübeln oder Fokussierung auf Gedanken:** Bei dieser Strategie wird über Gefühle oder Gedanken nachgedacht, die mit dem negativen Ereignis in Verbindung stehen.
- **positive Umbewertung:** Wenn einem Ereignis eine positive Bedeutung zugeschrieben wird, sprechen die Autoren von einer positiven Umbewertung.
- **Relativieren:** Beim Relativieren werden die Schwere oder die Bedeutung des Ereignisses heruntergespielt.
- **Katastrophisieren:** Katastrophisieren bedeutet, dass sich eine Person auf die negativen Aspekte einer Erfahrung konzentriert.

3.4 Prozessmodell der Emotionsregulation

Das Prozessmodell der Emotionsregulation von Gross (1998a, 1998b) unterscheidet verschiedene Strategien, welche die Entstehung einer Emotion beeinflussen können. Diese Regulationsstrategien unterscheiden sich darin, wann sie in den Entstehungsprozess eingreifen. Das Modell besagt, dass zu Beginn emotionale Hinweisreize bewertet werden, welche zu unterschiedlichen Antworttendenzen führen können. Diese Antworttendenzen erleichtern die Reaktion auf wahrgenommene Herausforderungen und Möglichkeiten und können verändert werden, was zu einer endgültigen Ausformung der emotionalen Antwort führt. Gross (1998a) identifizierte fünf Strategien bzw. Prozesse der Emotionsregulation: (1) Auswahl der Situation, (2) Veränderung der Situation, (3) Verschiebung der Aufmerksamkeit, (4) kognitive Umstrukturierung sowie (5) Antwortmodulation. Diese Strategien unterscheiden sich wie schon erwähnt darin, wann sie den Prozess der Emotionsgenerierung beeinflussen. Sie können die Emotion regulieren, indem sie entweder den Input (vorangehende Emotionsregulation) oder den Output (antwortfokussierte Emotionsregulation) verändern (Gross, 1998b). Die vorangehende Emotionsregulation bezieht sich auf Dinge, die wir unternehmen, bevor emotionale Antworten gänzlich aktiviert wurden

und unser Verhalten beeinflussen konnten. Als Beispiel dafür nennen die Autoren den Versuch, ein Vorstellungsgespräch nicht als Einstellungstest zu sehen, sondern als Möglichkeit, mehr über das Unternehmen zu erfahren. Die antwortfokussierte Regulation betrifft Dinge, die wir unternehmen, wenn die Antwort bereits generiert wurde und „unterwegs“ ist, wie etwa das Verbergen der eigenen Angst, sein Kind zum ersten Mal in den Kindergarten zu schicken (Gross, 2002). Die ersten vier Prozesse zählen zu den vorangehenden Strategien, die Antwortmodulation ist eine antwortfokussierte Strategie (Gross, 1998b; 2001). Nachfolgend werden die unterschiedlichen Regulationsstrategien beschrieben:

- **Auswahl der Situation:** Bei der Strategie der Auswahl der Situation werden bestimmte Personen, Orte oder Objekte aufgesucht oder vermieden (Gross, 1998a). Ein Beispiel dazu ist, sich am Abend vor einer großen Prüfung mit einem Freund zu treffen, um auf andere Gedanken zu kommen, anstatt mit anderen nervösen Kommilitonen den Stoff noch einmal durchzugehen (Gross, 2001).
- **Veränderung der Situation:** Wenn eine Situation erst einmal ausgewählt wurde, kann sie so verändert werden, dass sie den emotionalen Einfluss modifiziert. Wenn man zum Beispiel am Tag vor einer Prüfung von einem Freund gefragt wird, ob man sich auf den Test gut vorbereitet hat, kann man ihm klar machen, dass man lieber über etwas anderes sprechen möchte (Gross, 2001).
- **Verschiebung der Aufmerksamkeit:** Eine Situation besteht aus verschiedenen Aspekten, und bei der Verschiebung der Aufmerksamkeit geht es darum, sich gezielt auf einzelne dieser Aspekte zu konzentrieren (Gross, 2001). Zu den Strategien zur Verschiebung der Aufmerksamkeit gehören **Ablenkung**, **Konzentration** und **Grübeln** (Gross, 1998a). Mithilfe der Ablenkung kann die Aufmerksamkeit von Stimuli, die Emotionen auslösen, gerichtet werden, indem man sich auf eine andere Situation konzentriert (Derryberry & Rothbart, 1988). Von einem unangenehmen Gespräch lässt sich beispielsweise durch Zählen der Fliesen an der Decke ablenken (Gross, 2001). Durch Konzentration kann die Aufmerksamkeit bewusst auf Auslöser einer emotionalen Reaktion gelenkt werden, diese Strategie kann auch als interne Version der Auswahl der Situation gesehen werden. Beim Grübeln wird die Aufmerksamkeit auf Gefühle und deren

Konsequenzen gerichtet (Gross, 1998a).

- **kognitive Umstrukturierung:** Nachdem man sich auf einen bestimmten Aspekt einer Situation konzentriert hat, geht es darum, welche Bedeutung man dem Aspekt zuschreibt. Wenn zum Beispiel in einem Gespräch die anstehende Prüfung erwähnt wird, kann man sich selbst daran erinnern, dass es lediglich ein Test ist, anstatt die Prüfung als ein Kriterium für den eigenen Wert als Menschen zu sehen. Die Bedeutung, die man einer Situation zuschreibt, ist äußerst wichtig, weil dadurch bestimmt wird, welche physiologischen, verhaltensorientierten und auf Erfahrung beruhenden Antworten generiert werden. Eine bedeutsame Strategie der kognitiven Umstrukturierung stellt die **Umbewertung** dar, bei welcher eine Situation, die eine Emotion hervorruft, kognitiv neu eingeschätzt und neutralisiert wird (Gross, 2001).
- **Antwortmodulation:** Bei der Antwortmodulation werden Emotionen, die bereits hervorgerufen wurden, beeinflusst, indem sie zum Beispiel nicht gezeigt werden. Diese Strategie könnte sich etwa darin bemerkbar machen, dass die Enttäuschung über einen nicht bestandenen Test verborgen wird. Eine Form der Antwortmodulation ist die **Unterdrückung**, bei welcher der Ausdruck von Emotionen gehemmt wird (Gross, 2001).

Gross und John (2003) konzentrierten sich auf die Untersuchung der beiden Strategien Umbewertung und Unterdrückung und entwickelten dazu den Emotion Regulation Questionnaire (ERQ), einen Selbstbeurteilungsfragebogen, der aus 10 Items besteht.

3.5 Unterschiede in der Emotionsregulation

In Studien zur Regulation und zum Ausdruck von Emotionen durch Selbstbeurteilung der Teilnehmer zeigte sich ein Rückgang der Empfindung negativer Emotionen (Blanchard-Fields & Coats, 2008; Gross, Carstensen, Pasupathi, Tsai, Skorpen & Hsu, 1997) sowie ein Anstieg der Emotionsregulation (Gross et al., 1997) mit dem Alter. Bei Nolen-Hoeksema und Aldao (2011) konnte ein Rückgang der Regulation von Emotionen bei älteren Personen gefunden werden, Lawton (2001) zufolge besitzen ältere Personen eine bessere Regulationsfähigkeit als jüngere. Studien zur leistungsorientierten Emotionsregulation konnten keine Altersunterschiede (Langeslang & Van Strien, 2010) sowie eine bessere Leistung älterer Erwachsener (Phillips, Henry, Hosie & Milne, 2008) finden. Bei der Untersuchung von Geschlechtsunterschieden konnte gezeigt werden, dass Frauen und Männer sich in der Anwendung von

Regulationsstrategien unterscheiden (McRae, Ochsner, Mauss, Gabrieli & Gross, 2008; Nolen-Hoeksema & Aldao, 2011; Thomsen, Mehlsen, Viidik, Sommerlund & Zachariae, 2005; Zlomke & Hahn, 2010). Im Folgenden soll näher auf individuelle Unterschiede in der Emotionsregulation eingegangen werden.

3.5.1 Altersunterschiede

John und Gross (2004) untersuchten, ob es eine entwicklungsbedingte Veränderung in der Anwendung der Emotionsregulationsstrategien Umbewertung und Unterdrückung gibt. Frauen im späten Erwachsenenalter wurden dabei gebeten, den Emotion Regulation Questionnaire von Gross und John (2003) zu bearbeiten. Als nächstes sollten sie die Fragen ein zweites Mal beantworten, und zwar so, wie sie im Alter von 20 Jahren geantwortet hätten. Es zeigte sich, dass die Frauen laut ihren Angaben mit 20 öfter die Strategie Unterdrückung und seltener die Strategie Umbewertung angewandt hatten als mit 60 Jahren. Zuletzt wurden die Antworten der 60-jährigen Frauen mit denen von 20-jährigen Studentinnen verglichen, wobei hier ebenfalls ein Rückgang der Unterdrückung sowie eine Zunahme der Umbewertung mit dem Alter zu beobachten war. Gross et al. (1997) untersuchten Altersunterschiede bezüglich emotionaler Erfahrungen, emotionalem Ausdruck und emotionaler Kontrolle. Verglichen mit jüngeren Teilnehmern gaben ältere Personen an, weniger negative Emotionen zu erleben sowie ihre Emotionen in einem höheren Maße zu kontrollieren, sie berichteten auch über einen geringeren emotionalen Ausdruck. Nolen-Hoeksema und Aldao (2011) kamen zu dem Ergebnis, dass die kognitiven Regulationsstrategien Grübeln, Umbewertung, Problemlösung, Akzeptanz und Suche nach sozialer Unterstützung mit zunehmendem Alter seltener angewandt werden, Unterdrückung wurde jedoch häufiger verwendet. Da die Autoren zusätzlich zwischen Männern und Frauen differenziert hatten, zeigten sich zwei Ausnahmen: die Anwendung der Strategie Unterdrückung wurde nur bei Frauen mit der Zeit mehr, Akzeptanz ging nur bei Männern zurück. In der Studie von Orgeta (2009) gaben jüngere im Vergleich zu älteren Erwachsenen an, mehr Schwierigkeiten dabei zu haben, ihre Emotionen zu regulieren. Höheres Alter war dabei generell mit einem besseren Zugang zu Regulationsstrategien verbunden. Blanchard-Fields und Coats (2008) untersuchten die Empfindung und Regulation von Ärger und Trauer bei jüngeren und älteren Erwachsenen. Es zeigte sich, dass ältere im Unterschied zu jüngeren Personen weniger Ärger und Trauer im täglichen Leben verspüren sowie mehr passive und weniger aktive Emotionsregulationsstrategien

einsetzen.

Langeslang und Van Strien (2010) konnten keine Unterschiede zwischen älteren und jüngeren Untersuchungsteilnehmern bezüglich leistungsbasierter Emotionsregulation finden, als diese dazu aufgefordert wurden, die Empfindung ihrer Emotionen zu verstärken. Phillips et al. (2008) gaben ihren Untersuchungsteilnehmern Videos mit unterschiedlichen Instruktionen vor, um so die Regulation der Emotionen experimentell zu manipulieren. Es zeigte sich, dass ältere im Vergleich zu jüngeren Personen besser dazu in der Lage sind, negative Emotionen abzuschwächen.

3.5.2 Geschlechtsunterschiede

Nolen-Hoeksema und Aldao (2011) gingen der Frage nach, ob Männer und Frauen unterschiedliche Regulationsstrategien einsetzen. Es zeigte sich, dass Frauen eine breite Palette an Strategien zur Emotionsregulation öfter anwenden als Männer, darunter fallen Grübeln, Umbewertung, aktive Bewältigung, Akzeptanz sowie soziale Unterstützung. Die Studie von Zlomke und Hahn (2010) untersuchte die Anwendung von kognitiven Emotionsregulationsstrategien bei Männern und Frauen mithilfe des CERQ von Garnefski et al. (2001). Anhand der Ergebnisse konnte festgestellt werden, dass Frauen in Stresssituationen öfter die Strategien Grübeln und Relativieren anwenden als Männer, wohingegen Männer bei Stress öfter die Strategie Fremdbeschuldigung einsetzen. In der Studie von Thomsen et al. (2005) gaben jüngere Frauen an, mehr zu grübeln und deshalb Trauer und Angst im täglichen Leben in einem höheren Ausmaß zu verspüren als ältere Frauen und Männer. McRae et al. (2008) untersuchten Geschlechtsunterschiede bei der Umbewertung von als negativ wahrgenommenen Bildern. Männer wiesen dabei im Vergleich zu Frauen eine weniger starke Aktivität in Gehirnregionen auf, welche mit Umbewertung in Beziehung stehen sowie eine geringere Beteiligung von Regionen, die mit Belohnungsprozessen zusammenhängen. Ein erhöhter Rückgang der Aktivität zeigte sich bei Männern in der Amygdala, welche mit emotionalen Antworten verbunden wird, was für ein stärkeres Abschwächen der Emotionen spricht. Die Autoren bieten dafür zwei Erklärungen: Zum einen könnte es sein, dass Männern die Regulation von Emotionen leichter fällt, weil sie Emotionen öfter automatisch regulieren als Frauen. Zum anderen könnten Frauen im Vergleich zu Männern positive Emotionen in einem höheren Ausmaß dazu verwenden, negative Emotionen neu zu interpretieren.

3.6 Ist die Emotionsregulationsfähigkeit ein Persönlichkeitsmerkmal oder von der Situation abhängig?

Einige Forscher sehen die Fähigkeit, Emotionen zu regulieren, als ein Persönlichkeitsmerkmal an, andere wiederum sind der Meinung, dass es sich dabei um einen momentanen Zustand handelt, der sich ändern kann (Cole, Martin & Dennis, 2004). Die dispositionale Emotionsregulation wird mittels Selbstbeurteilungsverfahren erhoben, wohingegen bei der Erfassung der situationsspezifischen Regulation Teilnehmer in Situationen beobachtet werden, in denen sie auf emotionale Stimuli reagieren sollen (Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizer, 2010). Tamir (2009) konnte in ihrer Studie zeigen, dass die Emotionsregulation nicht ausschließlich von kurzfristigen, hedonistischen Erwägungen getrieben wird, sondern dass Individuen sich in ihren Regulationsmotiven unterscheiden. Gresham und Gallone (in Druck) konnten in ihrer Studie anhand von 682 Kindern und Jugendlichen zwischen 10 und 18 Jahren einen Hinweis darauf finden, dass Extraversion und Offenheit mit der Strategie Umbewertung in Zusammenhang steht, wohingegen Neurotizismus positiv mit Unterdrückung korrelierte. Ng und Diener (2009) fanden heraus, dass Extraversion mit einer erhöhten Fähigkeit verbunden ist, positive Emotionen aufrecht zu erhalten, Neurotizismus hingegen mit einer verminderten Fähigkeit korreliert, negative Emotionen zu verringern. Als mögliche Erklärung für Persönlichkeitsunterschiede in der Regulation von Emotionen führen sie die sogenannte „trait-congruency“ Theorie an, wonach Personen danach streben, Stimmungen zu empfinden und aufrecht zu erhalten, die mit ihrem Charakter übereinstimmen. Darüber hinaus können Genvariationen in bestimmten Neurotransmitter-Systemen wie Serotonin und Dopamin die emotionale Reaktivität und Emotionsregulation beeinflussen. Laut Davidson (2003) könnten individuelle Unterschiede in der Aktivität präfrontaler Hirnregionen eine wichtige Rolle in der Regulation von Emotionen spielen. Personen, die eine negative Affektivität aufweisen und eine erhöhte Reaktion auf stressende Ereignisse zeigen, haben mit einer höheren Wahrscheinlichkeit Schwierigkeiten damit, negative Affekte zu regulieren. Er bezieht sich dabei unter anderem auf die Ergebnisse der Studien von Schaefer, Jackson, Davidson, Aguirre, Kimberg und Thomposn-Schill (2002) sowie Jackson, Burghy, Hanna, Larson und Davidson (2000, zitiert nach Davidson, 2003). Schaefer et al. (2002) konnten zeigen, dass Personen, die bei der Aufrechterhaltung negativer Emotionen eine erhöhte Aktivität der Amygdala aufweisen, auch ein höheres Maß an

dispositionaler negativer Affektivität zeigen. Jackson et al. (2000, zitiert nach Davidson, 2003) fanden heraus, dass Personen mit höherer präfrontaler Aktivität negative Affekte besser regulieren können.

3.7 Auswirkungen der Emotionsregulation

Studien zufolge kann die Emotionsregulation die psychische Gesundheit fördern, eine zu strenge Kontrolle negativer Emotionen könnte der physischen Gesundheit jedoch eher schaden (Gross, 1998b). Es konnte zum Beispiel gezeigt werden, dass die Veränderung kognitiver Bewertungen Stresssymptome verringert (Lazarus & Alfert, 1964), die Unterdrückung von Emotionen jedoch zu einer erhöhten Aktivität des kardiovaskulären Systems führt (Gross & Levenson, 1997), was auf Dauer kardiovaskuläre Erkrankungen hervorrufen kann (Krantz & Manuck, 1984). Die drei Emotionsregulationsstrategien Umbewertung, Problemlösen und Akzeptanz konnten als schützend vor psychopathologischen Erkrankungen identifiziert werden, wohingegen die Strategien Unterdrückung, Vermeidung und Grübeln als Risikofaktoren gelten. Zu beachten ist dabei, dass die Strategien Unterdrückung, Vermeidung, Grübeln und Problemlösen stärker mit der psychischen Gesundheit korrelieren als Umbewertung und Akzeptanz. Das bedeutet, dass das Vorhandensein einer ungesunden Strategie schwerwiegender ist als das Nichtvorhandensein einer gesunden (Aldao et al., 2010). Eine Umbewertung der Situation vermindert das Erleben und den Ausdruck von negativen Emotionen und hat keine beobachtbaren physiologischen Konsequenzen oder negative Auswirkungen auf das Gedächtnis oder den Interaktionspartner. Im Gegensatz dazu führt Unterdrückung zur Verminderung des Ausdrucksverhaltens negativer sowie positiver Emotionen, hat jedoch keinen Einfluss auf das Emotionserleben. Diese Strategie beeinträchtigt auch das Gedächtnis und steigert die physiologische Antwort des Regulators sowie des Interaktionspartners (Gross, 2001). Personen, welche die Strategie Unterdrückung anwenden, zeigen ihre Gefühle in einem geringeren Ausmaß und empfinden mehr negative Emotionen. Im Gegensatz dazu empfinden Personen, welche die Strategie Umbewertung anwenden, mehr Emotionen, neigen eher dazu, ihre Gefühle mit anderen zu teilen und haben engere Beziehungen zu ihren Freunden. Anwender der Strategie Umbewertung weisen geringere depressive Symptome, mehr Optimismus, ein höheres Selbstwertgefühl, besseres zwischenmenschliches Agieren, mehr Wohlbefinden und eine höhere Lebenszufriedenheit auf. Personen, die ihre Emotionen vermehrt unterdrücken, zeigen hingegen schlechteres zwischenmenschliches

Agieren, sind abgeneigt davon, ihre Gefühle mit anderen zu teilen, vermeiden enge Beziehungen, haben ein geringeres Selbstwertgefühl, sind weniger zufrieden mit ihrem Leben und weisen mehr depressive Symptome auf (Gross & John, 2003). Der positive Effekt der Strategie Umbewertung konnte auch von Kalisch et al. (2005) gezeigt werden. Die Teilnehmer hatten dabei die Aufgabe, sich vor jedem Durchgang des Experiments, der in einem schmerzvollen elektrischen Stimulus resultieren konnte, vorzustellen, sich an einem angenehmen und sicheren Ort zu befinden. In der Kontrollbedingung sollten sich die Teilnehmer bewusst machen, gerade an dem Experiment teilzunehmen. Bei der Antizipation des schmerzvollen Stimulus wurden die subjektive Empfindung von Angst, die Erregung und die Reaktion auf Schmerz reduziert, wenn die Teilnehmer die Situation neu bewerteten.

3.8 Emotionsregulation bei sozialen Berufen

Medizinstudenten lernen in ihrem Studium, sich emotional von ihren zukünftigen Patienten zu distanzieren und gleichzeitig eine gewisse Sensibilität für sie zu empfinden, was auch *distanziertes Mitgefühl* genannt wird (Fox, 2006). Maslach, Schaufeli und Leiter (2001) definieren distanziertes Mitgefühl als „a way of protecting oneself from intense emotional arousal that could interfere with functioning effectively on the job“ (S. 400) und bezeichnen es als „detached concern“ (S. 400). Gross (1998a) zufolge handelt es sich hierbei um eine kognitive Regulationsstrategie, bei der versucht wird, negative Emotionen zu unterdrücken. Medizinstudenten lernen dabei durch den Einsatz von Abwehrmechanismen wie Unterdrückung und Verdrängung der Gefühle, sich vor emotionsgeladenen Erlebnissen zu schützen (Fox, 2006). Allerdings kann ein Ungleichgewicht von übermäßiger Distanz und geringem Mitgefühl dazu führen, dass negativ und gefühllos auf die Patienten reagiert wird (Maslach et al., 2001). Auch psychiatrisches Pflegepersonal wendet die Strategie des distanzierten Mitgefühls an (Flutters, van Meijel, Nijman, Bjørkly & Grypdonck, 2010), ebenso Psychologen und Psychotherapeuten (Hall et al., 2000), worauf im folgenden Kapitel 3.8.1 näher eingegangen wird.

3.8.1 Psychologen und Psychotherapeuten

Das Verleugnen der Relevanz einer Situation und das Einnehmen einer losgelösten Beobachterrolle, wie es auch im Experiment von Kalisch et al. (2005) der Fall war, dürfte laut Lamm et al. (2007) für die Interaktion von Therapeuten und ihren Klienten

von zentraler Bedeutung sein. Ausgehend von dem Ergebnis, dass die Zufriedenheit von Psychologen mit ihrer klinischen Tätigkeit positiv mit empathischer Anteilnahme und negativ mit empathischem Distress in Zusammenhang steht, schließen Hall et al. (2000), dass Klinische Psychologen und Psychotherapeuten zwar fürsorglich, aber auch gleichzeitig distanziert sein sollten. Sie sind der Meinung, dass sie am besten Anteil an den Gefühlszuständen ihrer Klienten nehmen und zugleich versuchen sollen, die negative Erregung, die dabei in ihnen entsteht und zu Distress führen kann, zu verhindern. Es sollte also eine therapeutische Haltung eingenommen werden, welche Mitgefühl für die Patienten und gleichzeitig Distanz zu ihnen beinhaltet, damit der Therapeut nicht von den negativen Gefühlen der Klienten überwältigt wird. Um Mitgefühl anstatt Distress zu empfinden, ist es wichtig, seine Emotionen auf einem optimalen Niveau regulieren zu können (Eisenberg, 2000), was im folgenden Kapitel 4 genauer ausgeführt wird.

4 Zusammenhang von Empathie und Emotionsregulation

Damit es zu Empathie kommen kann, ist es wichtig, die eigenen Gefühle regulieren zu können (Decety & Lamm, 2006), denn Personen, welche die Fähigkeit zur optimalen Emotionsregulation besitzen, verspüren mit hoher Wahrscheinlichkeit Mitgefühl anstelle von empathischem Distress (Eisenberg, 2000). In verschiedenen Studien konnte gezeigt werden, dass moderate (Eisenberg et al., 1994) bzw. hohe (Eisenberg & Okun, 1996; Okun, Shepard & Eisenberg, 2000) Emotionsregulation bei Erwachsenen positiv mit Mitgefühl korreliert. Ähnliche Ergebnisse zeigten sich bei Studien mit Kindern (Eisenberg, Fabes, Murphy, Karbon, Smith & Maszk, 1996; Murphy, Shepard, Eisenberg, Fabes & Guthrie, 1999). Baron-Cohen und Wheelwright (2004) sehen die Distress-Skala des IRI von Davis (1980) sogar als Maß für die emotionale Selbstkontrolle, welche zwar mit empathischen Fähigkeiten in Beziehung steht, jedoch nicht Empathie direkt abbildet, Hassenstab et al. (2007) stimmen mit dieser Meinung überein. Eisenberg et al. (1994) konnten zeigen, dass die Fähigkeit zur Emotionsregulation bei Erwachsenen eher zu empathischer Anteilnahme bzw. Mitgefühl als zu empathischem Distress führt. Niedrige Emotionsregulation stand mit erhöhtem Unbehagen in Zusammenhang, wohingegen eine moderate Regulation eher in Mitgefühl bzw. empathischer Anteilnahme resultierte, was sich besonders bei der Regulationsstrategie Verlagerung der Aufmerksamkeit zeigte. Eine hohe Regulation der Emotionen korrelierte bei den Untersuchungsteilnehmern positiv mit der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme. Eisenberg und Okun (1996) fanden einen Zusammenhang zwischen dispositionalem Mitgefühl und hoher Regulation bei Erwachsenen, wobei sich Regulation hier auf die Emotions-, Aufmerksamkeits- und Hemmkontrolle bezieht. Es zeigte sich auch, dass empathischer Distress mit geringer, Perspektivenübernahme mit hoher Regulation in Beziehung steht. Bei Okun et al. (2000) erwies sich das Ausmaß der Regulation von Erwachsenen ebenfalls als positiver Prädiktor für ihre Fähigkeit, Mitgefühl zu empfinden sowie die Perspektive anderer einzunehmen, empathischer Distress korrelierte hingegen negativ mit der Regulationsfähigkeit. Eisenberg et al. (1996) fanden heraus, dass Mitgefühl bei Kindern mit hoher Regulation in Zusammenhang steht. Kinder, die ihre Emotionen hingegen nur wenig regulierten, zeigten auch ein geringes Maß an Mitgefühl. Die Regulationsfähigkeit der Kinder wurde durch die Befragung von Erwachsenen erfasst und bezieht sich in dieser Studie auf eine Kombination der Aufmerksamkeitsregulation, Impulsivität, Hemmkontrolle,

globaler Selbstkontrolle sowie des vagalen Tonus. Der vagale Tonus hängt mit der Herzratenvariabilität zusammen und wird als Index der physiologischen Emotionsregulation angesehen (Eisenberg, 2000).

B) EMPIRISCHER TEIL

5 Planung der Untersuchung

5.1 Zielsetzung

In der vorliegenden Untersuchung soll die Fähigkeit zur Empathie und Emotionsregulation von Psychologiestudenten, Klinischen Psychologen, Beratern und Angehörigen nicht-sozialer Berufe untersucht werden. In zahlreichen Studien konnte festgestellt werden, dass Empathie eine wichtige Rolle im therapeutischen Prozess spielt (z.B. Duan & Hill, 1996; Martin et al., 2000; Rogers, 1957), jedoch gibt es noch keine eindeutigen Ergebnisse darüber, ob die Berufserfahrung von Therapeuten einen positiven Einfluss auf die Empathiefähigkeit hat. Dieser Frage soll mit dem Vergleich von Psychologiestudenten und Personen, die bereits im sozialen Setting arbeiten (Klinische Psychologen, Berater), nachgegangen werden. Den Ergebnissen von Machado et al. (1999) zufolge sollten Klinische Psychologen und Berater aufgrund ihrer Erfahrung bessere Ergebnisse aufweisen als Psychologiestudenten. Da eine Arbeit im klinischen Setting eher von denjenigen Personen mit hoher empathischer Anteilnahme, einer hohen Fähigkeit zur Perspektivenübernahme und geringem empathischen Distress angestrebt wird (Hall et al. 2000), sollten Psychologiestudenten empathischer sein sowie über eine bessere Emotionsregulation verfügen als Angehörige nicht-sozialer Berufe. Bis jetzt wurden entweder Psychotherapeuten mit Angehörigen nicht-sozialer Berufsgruppen (Hassenstab et al., 2007), Klinische mit wissenschaftlich tätigen Psychologen (Conway, 1988; Hall et al., 2000) sowie Psychologiestudenten mit Psychotherapeuten (Machado et al., 1999) bezüglich Empathie verglichen. Es gibt jedoch noch keine Studie, die Unterschiede zwischen Klinischen Psychologen, Psychologiestudenten und Angehörigen nicht-sozialer Berufe untersucht. Auch ein Vergleich mit Beratern, einer nicht-psychologischen Gruppe, bei welcher Empathie auch eine Rolle zu spielen scheint (vgl. Clark, 2010; Trusty et al., 2005), wurde bis jetzt noch nicht durchgeführt. Da Empathie und Emotionsregulation in engem Zusammenhang stehen (z.B. Decety & Lamm, 2006; Eisenberg, 2000; Eisenberg et al., 1994; Eisenberg & Okun, 1996), stellt die Emotionsregulation ein zentrales Thema bei Angehörigen sozialer Berufe dar, wie etwa bei Ärzten und medizinischem Pflegepersonal (Fluttert et al., 2010; Fox, 2006; Maslach et al., 2001), aber auch bei Psychotherapeuten und Psychologen (Hall et al., 2000; Lamm et al., 2007). Bisher wurden noch keine Berufsgruppen bezüglich Regulationsstrategien verglichen, auch gibt es noch keine Untersuchungen darüber, ob die Berufserfahrung einen positiven

Einfluss auf die Emotionsregulation haben könnte. Bezüglich eines möglichen Effektes des Alters auf die Empathie gibt es in der Literatur teilweise widersprüchliche Ergebnisse. Bei Selbstbeurteilungen konnten ein Rückgang (Helson et al., 2002), eine Zunahme (Davis & Franzoi, 1991) wie auch ein Gleichbleiben (Eisenberg et al., 2002; Grünh et al., 2008) der Empathiefähigkeit bei denselben Personen über die Zeit beobachtet werden. Bei Querschnittstudien wurde zum einen eine Überlegenheit von jüngeren Personen bezüglich der Empathiefähigkeit gefunden (Grünh et al., 2008; Schiemann & van Gundy, 2000), zum anderen konnten keine Unterschiede zwischen Altersgruppen festgestellt werden (Diehl et al., 1996). Bei leistungsorientierten Aufgaben zeigten ältere Personen bessere Empathiewerte als jüngere (Richter & Kunzmann, 2011), sie schnitten jedoch bei der Emotionserkennung tendenziell schlechter ab (Isaacowitz et al., 2007; Ruffman et al., 2008). Die Ergebnisse zu Altersunterschieden in der Emotionsregulationsfähigkeit waren etwas eindeutiger. Bei Gross et al. (1997) konnte ein Anstieg der Emotionsregulation mit zunehmendem Alter gefunden werden, Lawton (2001) zufolge besitzen ältere Personen eine bessere Regulationsfähigkeit als jüngere. In der vorliegenden Studie wird daher auch das Alter der Teilnehmer berücksichtigt, um mögliche Veränderungen von Empathie und Emotionsregulation aufgrund des Alters beachten zu können.

5.2 Fragestellungen

Der vorliegenden Arbeit liegen somit folgende Hauptfragestellungen zugrunde:

- Haben Angehörige sozialer Berufe (Klinische Psychologen, Berater) höhere Empathie- und bessere Emotionsregulationswerte als Angehöriger nicht-sozialer Berufsgruppen?
- Haben Psychologiestudenten, welche einen sozialen Beruf anstreben, höhere Empathie- und bessere Emotionsregulationswerte als Angehörige nicht-sozialer Berufsgruppen?
- Hat die Erfahrung als Klinischer Psychologe bzw. Berater einen positiven Einfluss auf Empathie und Emotionsregulation und erreichen deshalb Psychologiestudenten geringere Empathie- und weniger gute Emotionsregulationswerte als Klinische Psychologen und Berater?
- Unterscheiden sich Klinische Psychologen und Berater bezüglich Empathie und Emotionsregulation?

- Hat das Alter einen Einfluss auf die Empathie? Haben ältere Personen eine bessere Emotionsregulation als jüngere?

5.3 Hypothesen

Aus den Fragestellungen ergeben sich folgende Hypothesen (zur besseren Übersicht wird jeweils nur die Alternativhypothese H_1 angeführt, für die Beschreibung der im Folgenden erwähnten Verfahren und Skalen siehe Kapitel 6.3):

5.3.1 Hypothesen bezüglich Empathie

Hypothese 1: Psychologiestudenten sind empathischer als Angehörige nicht-sozialer Berufe.

- H_1 (1.1): Psychologiestudenten weisen in der Skala **Perspektivenübernahme** des SPF höhere Werte auf als Angehörige nicht-sozialer Berufe.
- H_1 (1.2): Psychologiestudenten weisen in der Skala **Fantasie** des SPF höhere Werte auf als Angehörige nicht-sozialer Berufe.
- H_1 (1.3): Psychologiestudenten weisen in der Skala **empathische Anteilnahme** des SPF höhere Werte auf als Angehörige nicht-sozialer Berufe.
- H_1 (1.4): Psychologiestudenten weisen in der Skala **empathischer Distress** des SPF niedrigere Werte auf als Angehörige nicht-sozialer Berufe.
- H_1 (1.5): Psychologiestudenten weisen im **Eyes Test** höhere Werte auf als Angehörige nicht-sozialer Berufe.

Hypothese 2: Klinische Psychologen sind empathischer als Angehörige nicht-sozialer Berufe.

- H_1 (2.1): Klinische Psychologen weisen in der Skala **Perspektivenübernahme** des SPF höhere Werte auf als Angehörige nicht-sozialer Berufe.
- H_1 (2.2): Klinische Psychologen weisen in der Skala **Fantasie** des SPF höhere Werte auf als Angehörige nicht-sozialer Berufe.
- H_1 (2.3): Klinische Psychologen weisen in der Skala **empathische Anteilnahme** des SPF höhere Werte auf als Angehörige nicht-sozialer Berufe.
- H_1 (2.4): Klinische Psychologen weisen in der Skala **empathischer Distress** des SPF niedrigere Werte auf als Angehörige nicht-sozialer Berufe.
- H_1 (2.5): Klinische Psychologen weisen im **Eyes Test** höhere Werte auf als Angehörige nicht-sozialer Berufe.

Hypothese 3: Klinische Psychologen sind empathischer als Psychologiestudenten.

- H₁ (3.1): Klinische Psychologen weisen in der Skala **Perspektivenübernahme** des SPF höhere Werte auf als Psychologiestudenten.
- H_{1a} (3.2): Klinische Psychologen weisen in der Skala **Fantasie** des SPF höhere Werte auf als Psychologiestudenten.
- H_{1a} (3.3): Klinische Psychologen weisen in der Skala **empathische Anteilnahme** des SPF höhere Werte auf als Psychologiestudenten.
- H_{1a} (3.4): Klinische Psychologen weisen in der Skala **empathischer Distress** des SPF niedrigere Werte auf als Psychologiestudenten.
- H₁ (3.5): Klinische Psychologen weisen im **Eyes Test** höhere Werte auf als Psychologiestudenten.

Hypothese 4: Berater sind empathischer als Psychologiestudenten.

- H₁ (4.1): Berater weisen in der Skala **Perspektivenübernahme** des SPF höhere Werte auf als Psychologiestudenten.
- H₁ (4.2): Berater weisen in der Skala **Fantasie** des SPF höhere Werte auf als Psychologiestudenten.
- H₁ (4.3): Berater weisen in der Skala **empathische Anteilnahme** des SPF höhere Werte auf als Psychologiestudenten.
- H₁ (4.4): Berater weisen in der Skala **empathischer Distress** des SPF niedrigere Werte auf als Psychologiestudenten.
- H₁ (4.5): Berater weisen im **Eyes Test** höhere Werte auf als Psychologiestudenten.

Hypothese 5: Es gibt einen Unterschied zwischen Klinischen Psychologen und Beratern bezüglich Empathie.

- H₁ (5.1): Es gibt einen Unterschied zwischen Klinischen Psychologen und Beratern in der Skala **Perspektivenübernahme** des SPF.
- H₁ (5.2): Es gibt einen Unterschied zwischen Klinischen Psychologen und Beratern in der Skala **Fantasie** des SPF.
- H₁ (5.3): Es gibt einen Unterschied zwischen Klinischen Psychologen und Beratern in der Skala **empathische Anteilnahme** des SPF.

- H₁ (5.4): Es gibt einen Unterschied zwischen Klinischen Psychologen und Beratern in der Skala **empathischer Distress** des SPF.
- H₁ (5.5): Es gibt einen Unterschied zwischen Klinischen Psychologen und Beratern im **Eyes Test**.

Hypothese 6: Berater sind empathischer als Angehörige nicht-sozialer Berufe.

- H₁ (6.1): Berater weisen in der Skala **Perspektivenübernahme** des SPF höhere Werte auf als Angehörige nicht-sozialer Berufe.
- H₁ (6.2): Berater weisen in der Skala **Fantasie** des SPF höhere Werte auf als Angehörige nicht-sozialer Berufe.
- H₁ (6.3): Berater weisen in der Skala **empathische Anteilnahme** des SPF höhere Werte auf als Angehörige nicht-sozialer Berufe.
- H₁ (6.4): Berater weisen in der Skala **empathischer Distress** des SPF geringere Werte auf als Angehörige nicht-sozialer Berufe.
- H₁ (6.5): Berater weisen im **Eyes Test** höhere Werte auf als Angehörige nicht-sozialer Berufe.

Hypothese 7: Es gibt einen Unterschied zwischen älteren und jüngeren Personen bezüglich Empathie.

- H₁ (7.1): Es gibt einen Unterschied zwischen älteren und jüngeren Personen in der Skala **Perspektivenübernahme** des SPF.
- H₁ (7.2): Es gibt einen Unterschied zwischen älteren und jüngeren Personen in der Skala **Fantasie** des SPF.
- H₁ (7.3): Es gibt einen Unterschied zwischen älteren und jüngeren Personen in der Skala **empathische Anteilnahme** des SPF.
- H₁ (7.4): Es gibt einen Unterschied zwischen älteren und jüngeren Personen in der Skala **empathischer Distress** des SPF.
- H₁ (7.5): Es gibt einen Unterschied zwischen älteren und jüngeren Personen im **Eyes Test**.

5.3.2 Hypothesen bezüglich Emotionsregulation

Hypothese 8: Psychologiestudenten haben eine bessere Emotionsregulation als Angehörige nicht-sozialer Berufe.

- H₁ (8.1): Psychologiestudenten weisen in der Skala **kontrollierter Ausdruck** des ERI-NE höhere Werte auf als Angehörige nicht-sozialer Berufe.
- H₁ (8.2): Psychologiestudenten weisen in der Skala **unkontrollierter Ausdruck** des ERI-NE niedrigere Werte auf als Angehörige nicht-sozialer Berufe.
- H₁ (8.3): Psychologiestudenten weisen in der Skala **empathische Unterdrückung** des ERI-NE höhere Werte auf als Angehörige nicht-sozialer Berufe.
- H₁ (8.4): Psychologiestudenten weisen in der Skala **Ablenkung** des ERI-NE höhere Werte auf als Angehörige nicht-sozialer Berufe.
- H₁ (8.5): Psychologiestudenten weisen in der Skala **Umbewertung** des ERI-NE höhere Werte auf als Angehörige nicht-sozialer Berufe.
- H₁ (8.6): Psychologiestudenten weisen in der Skala **kontrollierter Ausdruck** des ERI-PE höhere Werte auf als Angehörige nicht-sozialer Berufe.
- H₁ (8.7): Psychologiestudenten weisen in der Skala **unkontrollierter Ausdruck** des ERI-PE niedrigere Werte auf als Angehörige nicht-sozialer Berufe.
- H₁ (8.8): Psychologiestudenten weisen in der Skala **empathische Unterdrückung** des ERI-PE höhere Werte auf als Angehörige nicht-sozialer Berufe.
- H₁ (8.9): Psychologiestudenten weisen in der Skala **Ablenkung** des ERI-PE höhere Werte auf als Angehörige nicht-sozialer Berufe.
- H₁ (8.10): Psychologiestudenten weisen in der Skala **Unterdrückung** des ERI-PE niedrigere Werte auf als Angehörige nicht-sozialer Berufe.

Hypothese 9: Klinische Psychologen haben eine bessere Emotionsregulation als Angehörige nicht-sozialer Berufe.

- H₁ (9.1): Klinische Psychologen weisen in der Skala **kontrollierter Ausdruck** des ERI-NE höhere Werte auf als Angehörige nicht-sozialer Berufe.
- H₁ (9.2): Klinische Psychologen weisen in der Skala **unkontrollierter Ausdruck** des ERI-NE niedrigere Werte auf als Angehörige nicht-sozialer Berufe.
- H₁ (9.3): Klinische Psychologen weisen in der Skala **empathische Unterdrückung** des ERI-NE höhere Werte auf als Angehörige nicht-sozialer Berufe.
- H₁ (9.4): Klinische Psychologen weisen in der Skala **Ablenkung** des ERI-NE höhere Werte auf als Angehörige nicht-sozialer Berufe.
- H₁ (9.5): Klinische Psychologen weisen in der Skala **Umbewertung** des ERI-NE höhere Werte auf als Angehörige nicht-sozialer Berufe.

- H₁ (9.6): Klinische Psychologen weisen in der Skala **kontrollierter Ausdruck** des ERI-PE höhere Werte auf als Angehörige nicht-sozialer Berufe.
- H₁ (9.7): Klinische Psychologen weisen in der Skala **unkontrollierter Ausdruck** des ERI-PE niedrigere Werte auf als Angehörige nicht-sozialer Berufe.
- H₁ (9.8): Klinische Psychologen weisen in der Skala **empathische Unterdrückung** des ERI-PE höhere Werte auf als Angehörige nicht-sozialer Berufe.
- H₁ (9.9): Klinische Psychologen weisen in der Skala **Ablenkung** des ERI-PE höhere Werte auf als Angehörige nicht-sozialer Berufe.
- H₁ (9.10): Klinische Psychologen weisen in der Skala **Unterdrückung** des ERI-PE niedrigere Werte auf als Angehörige nicht-sozialer Berufe.

Hypothese 10: Klinische Psychologen haben eine bessere Emotionsregulation als Psychologiestudenten.

- H₁ (10.1): Klinische Psychologen weisen in der Skala **kontrollierter Ausdruck** des ERI-NE höhere Werte auf als Psychologiestudenten.
- H₁ (10.2): Klinische Psychologen weisen in der Skala **unkontrollierter Ausdruck** des ERI-NE niedrigere Werte auf als Psychologiestudenten.
- H₁ (10.3): Klinische Psychologen weisen in der Skala **empathische Unterdrückung** des ERI-NE höhere Werte auf als Psychologiestudenten.
- H₁ (10.4): Klinische Psychologen weisen in der Skala **Ablenkung** des ERI-NE höhere Werte auf als Psychologiestudenten.
- H₁ (10.5): Klinische Psychologen weisen in der Skala **Umbewertung** des ERI-NE höhere Werte auf als Psychologiestudenten.
- H₁ (10.6): Klinische Psychologen weisen in der Skala **kontrollierter Ausdruck** des ERI-PE höhere Werte auf als Psychologiestudenten.
- H₁ (10.7): Klinische Psychologen weisen in der Skala **unkontrollierter Ausdruck** des ERI-PE niedrigere Werte auf als Psychologiestudenten.
- H₁ (10.8): Klinische Psychologen weisen in der Skala **empathische Unterdrückung** des ERI-PE höhere Werte auf als Psychologiestudenten.
- H₁ (10.9): Klinische Psychologen weisen in der Skala **Ablenkung** des ERI-PE höhere Werte auf als Psychologiestudenten.

H₁ (10.10): Klinische Psychologen weisen in der Skala **Unterdrückung** des ERI-PE niedrigere Werte auf als Psychologiestudenten.

Hypothese 11: Berater haben eine bessere Emotionsregulation als Psychologiestudenten.

H₁ (11.1): Berater weisen in der Skala **kontrollierter Ausdruck** des ERI-NE höhere Werte auf als Psychologiestudenten.

H₁ (11.2): Berater weisen in der Skala **unkontrollierter Ausdruck** des ERI-NE niedrigere Werte auf als Psychologiestudenten.

H₁ (11.3): Berater weisen in der Skala **empathische Unterdrückung** des ERI-NE höhere Werte auf als Psychologiestudenten.

H₁ (11.4): Berater weisen in der Skala **Ablenkung** des ERI-NE höhere Werte auf als Psychologiestudenten.

H₁ (11.5): Berater weisen in der Skala **Umbewertung** des ERI-NE höhere Werte auf als Psychologiestudenten.

H₁ (11.6): Berater weisen in der Skala **kontrollierter Ausdruck** des ERI-PE höhere Werte auf als Psychologiestudenten.

H₁ (11.7): Berater weisen in der Skala **unkontrollierter Ausdruck** des ERI-PE niedrigere Werte auf als Psychologiestudenten.

H₁ (11.8): Berater weisen in der Skala **empathische Unterdrückung** des ERI-PE höhere Werte auf als Psychologiestudenten.

H₁ (11.9): Berater weisen in der Skala **Ablenkung** des ERI-PE höhere Werte auf als Psychologiestudenten.

H₁ (11.10): Berater weisen in der Skala **Unterdrückung** des ERI-PE niedrigere Werte auf als Psychologiestudenten.

Hypothese 12: Es gibt einen Unterschied zwischen Klinischen Psychologen und Beratern bezüglich Empathie.

H₁ (12.1): Es gibt einen Unterschied zwischen Klinischen Psychologen und Beratern in der Skala **kontrollierter Ausdruck** des ERI-NE.

H₁ (12.2): Es gibt einen Unterschied zwischen Klinischen Psychologen und Beratern in der Skala **unkontrollierter Ausdruck** des ERI-NE.

- H₁ (12.3): Es gibt einen Unterschied zwischen Klinischen Psychologen und Beratern in der Skala **empathische Unterdrückung** des ERI-NE.
- H₁ (12.4): Es gibt einen Unterschied zwischen Klinischen Psychologen und Beratern in der Skala **Ablenkung** des ERI-NE.
- H₁ (12.5): Es gibt einen Unterschied zwischen Klinischen Psychologen und Beratern in der Skala **Umbewertung** des ERI-NE.
- H₁ (12.6): Es gibt einen Unterschied zwischen Klinischen Psychologen und Beratern in der Skala **kontrollierter Ausdruck** des ERI-PE.
- H₁ (12.7): Es gibt einen Unterschied zwischen Klinischen Psychologen und Beratern in der Skala **unkontrollierter Ausdruck** des ERI-PE.
- H₁ (12.8): Es gibt einen Unterschied zwischen Klinischen Psychologen und Beratern in der Skala **empathische Unterdrückung** des ERI-PE.
- H₁ (12.9): Es gibt einen Unterschied zwischen Klinischen Psychologen und Beratern in der Skala **Ablenkung** des ERI-PE.
- H₁ (12.10): Es gibt einen Unterschied zwischen Klinischen Psychologen und Beratern in der Skala **Unterdrückung** des ERI-PE.

Hypothese 13: Berater haben eine bessere Emotionsregulation als Angehörige nicht-sozialer Berufe.

- H₁ (13.1): Berater weisen in der Skala **kontrollierter Ausdruck** des ERI-NE höhere Werte auf als Angehörige nicht-sozialer Berufe.
- H₁ (13.2): Berater weisen in der Skala **unkontrollierter Ausdruck** des ERI-NE niedrigere Werte auf als Angehörige nicht-sozialer Berufe.
- H₁ (13.3): Berater weisen in der Skala **empathische Unterdrückung** des ERI-NE höhere Werte auf als Angehörige nicht-sozialer Berufe.
- H₁ (13.4): Berater weisen in der Skala **Ablenkung** des ERI-NE höhere Werte auf als Angehörige nicht-sozialer Berufe.
- H₁ (13.5): Berater weisen in der Skala **Umbewertung** des ERI-NE höhere Werte auf als Angehörige nicht-sozialer Berufe.
- H₁ (13.6): Berater weisen in der Skala **kontrollierter Ausdruck** des ERI-PE höhere Werte auf als Angehörige nicht-sozialer Berufe.
- H₁ (13.7): Berater weisen in der Skala **unkontrollierter Ausdruck** des ERI-PE niedrigere Werte auf als Angehörige nicht-sozialer Berufe.

- H₁ (13.8): Berater weisen in der Skala **empathische Unterdrückung** des ERI-PE höhere Werte auf als Angehörige nicht-sozialer Berufe.
- H₁ (13.9): Berater weisen in der Skala **Ablenkung** des ERI-PE höhere Werte auf als Angehörige nicht-sozialer Berufe.
- H₁ (13.10): Berater weisen in der Skala **Unterdrückung** des ERI-PE niedrigere Werte auf als Angehörige nicht-sozialer Berufe.

<i>Hypothese 14: Ältere Personen haben eine bessere Emotionsregulation als jüngere.</i>

- H₁ (14.1): Ältere Personen weisen in der Skala **kontrollierter Ausdruck** des ERI-NE höhere Werte auf als jüngere.
- H₁ (14.2): Ältere Personen weisen in der Skala **unkontrollierter Ausdruck** des ERI-NE niedrigere Werte auf als jüngere.
- H₁ (14.3): Ältere Personen weisen in der Skala **empathische Unterdrückung** des ERI-NE höhere Werte auf als jüngere.
- H₁ (14.4): Ältere Personen weisen in der Skala **Ablenkung** des ERI-NE höhere Werte auf als jüngere.
- H₁ (14.5): Ältere Personen weisen in der Skala **Umbewertung** des ERI-NE höhere Werte auf als jüngere.
- H₁ (14.6): Ältere Personen weisen in der Skala **kontrollierter Ausdruck** des ERI-PE höhere Werte auf als jüngere.
- H₁ (14.7): Ältere Personen weisen in der Skala **unkontrollierter Ausdruck** des ERI-PE niedrigere Werte auf als jüngere.
- H₁ (14.8): Ältere Personen weisen in der Skala **empathische Unterdrückung** des ERI-PE höhere Werte auf als jüngere.
- H₁ (14.9): Ältere Personen weisen in der Skala **Ablenkung** des ERI-PE höhere Werte auf als jüngere.
- H₁ (14.10): Ältere Personen weisen in der Skala **Unterdrückung** des ERI-PE niedrigere Werte auf als jüngere.

6 Methode

6.1 Untersuchungsdesign

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine Querschnittstudie, da mehrere Stichproben zur selben Zeit untersucht wurden. Des Weiteren kann sie als eine quasiexperimentelle Untersuchung beschrieben werden, da natürliche Gruppen untersucht wurden und eine Randomisierung, also eine zufällige Zuordnung der Teilnehmer zu den verschiedenen Bedingungen, nicht möglich war (vgl. Bortz & Döring, 2006).

6.2 Variablen

In der vorliegenden Untersuchung ergeben sich folgende zu untersuchende Variablen:

6.2.1 Unabhängige und abhängige Variablen

Wenn Veränderungen der einen Variable durch den Einfluss einer anderen Variable erklärt werden können, spricht man von einer abhängigen und einer unabhängigen Variable (Bortz & Döring, 2006). In der vorliegenden Untersuchung stellen die Variablen Beruf und Alter die unabhängigen Variablen dar, die Skalen der jeweiligen Verfahren fungieren als abhängige Variablen.

6.2.2 Kontrollvariablen

Als Kontrollvariablen werden diejenigen Merkmale bezeichnet, welche die abhängige Variable vermutlich beeinflussen werden und schon während der Untersuchung erhoben wurden (Bortz & Döring, 2006). In der Literatur gibt es Hinweise darauf, dass sich Frauen als empathischer beschreiben als Männer (siehe Baron-Cohen & Weelwright, 2004; Berg et al., 2011; Eisenberg & Lennon, 1983; Hall et al., 2000; Hansen, 2011; Rueckert & Naybar, 2008). Die Untersuchung von Unterschieden zwischen Männern und Frauen ist jedoch kein wichtiger Teil der experimentellen Manipulation, deshalb wurde das Geschlecht nicht als unabhängige Variable sondern als Kontrollvariable miteinbezogen.

6.2.3 Störvariablen

Störvariablen können einen Einfluss auf die abhängige Variable haben, kommen in der Hypothese jedoch nicht als unabhängige Variablen vor. Wenn eine Kontrollvariable nicht beachtet oder übersehen wird, kann sie als Störvariable bezeichnet werden (Bortz

& Döring, 2006). In dieser Untersuchung könnte ein sozial erwünschtes Antwortverhalten einen Einfluss auf die Testergebnisse haben und somit als Störvariable fungieren. Um dem entgegenzuwirken, wurde neben den beiden subjektiven Verfahren SPF und ERI auch der objektive Eyes Test zur Messung der Emotionserkennung angewandt (für die Beschreibung der Verfahren siehe Kapitel 6.3). Jedoch kann dieser Test nur für die Erfassung der Empathiefähigkeit, nicht aber zur Untersuchung der Emotionsregulation eingesetzt werden. Laut Bortz und Döring (2006) stellt die Zusicherung der absoluten Anonymität der Ergebnisse, die auch in der vorliegenden Studie gegeben wurde, eine Methode dar, sozial erwünschtes Antwortverhalten zu verhindern.

6.3 Stichprobenkonstruktion

In der vorliegenden Untersuchung wurde eine geschichtete Stichprobe mit vier Gruppen gewählt. Für einen kleinen Effekt, einem α von .05 und einer Power von .8 ergibt sich pro Gruppe ein optimaler Stichprobenumfang von mindestens 80 Personen. Errechnet wurde der Stichprobenumfang mittels G*Power Version 3.1 von Faul, Erdfelder, Buchner und Lang (2009). Die Stichprobe besteht aus Studenten der Psychologie, Klinischen Psychologen, Beratern sowie Angehörige nicht-sozialer Berufsrichtungen. Die Rekrutierung der Psychologiestudenten der Universität Wien erfolgte anhand ihrer studentischen E-Mail Adressen der Universität. Zusätzlich wurde der Link zum Fragebogen in diversen Psychologiestudium-Foren in ganz Österreich gepostet. Die Klinischen Psychologen wurden zufällig von der Liste der beim Bundesministerium für Gesundheit eingetragenen Klinischen Psychologen ausgewählt und via E-Mail kontaktiert. Die Gruppe der Berater wurde von diversen im Internet öffentlich zugänglichen Berater-Listen zufällig ausgewählt und ebenfalls per E-Mail angeschrieben. Um die Angehörigen nicht-sozialer Berufe zu rekrutieren, musste zunächst definiert werden, welche Berufe als nicht-sozial bezeichnet werden können. Die Homepage des Instituts der Bildungsforschung der Wirtschaft (2011, „Berufsinformationscomputer“) listet Berufe nach Wirtschaftsbereichen in Gruppen auf. Als wichtige Anforderungen an die Berufsgruppen der Sparte Erziehung/Bildung/Soziales/Religion werden vom BIC menschliches Verständnis, Einfühlungsvermögen und Verantwortungsbewusstsein angegeben. Arbeitsbereiche sind beispielsweise Kinderbetreuung und -erziehung, Sozialarbeit, Beratungsstellen, Betreuung von behinderten und alten Menschen, geistliche und Seelsorgeberufe sowie

pädagogische Berufe. Für die vorliegende Untersuchung wurden zufällig Berufe ausgewählt, welche nicht in die Sparte Erziehung/Bildung/Soziales/Religion des BIC (2011, "Berufsinformationscomputer") eingeordnet werden können. Anschließend wurde im Internet nach Homepages von Firmen, Organisationen, Instituten und Universitäten gesucht, welche Angehörige dieser nicht-sozialen Berufe beschäftigten, sowie nach Personen, welche einen dieser Berufe selbstständig ausführten. In weiterer Folge wurden entweder direkt die gesuchten Personen angeschrieben oder eine E-Mail mit dem Link zum Fragebogen an das jeweilige Büro gesendet. Zu Beginn des Fragebogens wurden soziodemographische Daten erhoben, anhand derer einige Teilnehmer von der Untersuchung im Nachhinein ausgeschlossen werden mussten, da die Probanden einige Kriterien zu erfüllen hatten, damit ihre Ergebnisse auch in die endgültigen Berechnungen miteinfließen konnten. Nachfolgend werden diese Kriterien pro Gruppe näher beschrieben.

Psychologiestudenten

Um an der Studie teilnehmen zu können, sollten die Psychologiestudenten einen Beruf als praktizierender Klinischer Psychologe anstreben und durften keinerlei Berufserfahrung im sozialen Bereich aufweisen, die länger als ein Jahr andauert hatte, um eventuelle Trainingseffekte bezüglich Empathie und Emotionsregulation ausschließen zu können.

Klinische Psychologen

Die Klinischen Psychologen sollten eine Berufserfahrung von mindestens zwei Jahren aufweisen, um mögliche Trainingseffekte bezüglich Empathie und Emotionsregulation klar erfassen zu können. Sie sollten hauptsächlich praktizierend beschäftigt sein oder zumindest in der Praxis sowie in Lehre bzw. Forschung zu gleichen Teilen arbeiten. Ausgeschlossen wurden diejenigen Teilnehmer, die angegeben hatten, zum Großteil in Lehre bzw. Forschung tätig zu sein.

Berater

Die Berater, welche für die vorliegende Studie keine zusätzliche psychologische oder psychotherapeutische Tätigkeit ausüben durften, sollten eine Berufserfahrung von mindestens zwei Jahren sowie zumindest einen Schulabschluss mit Matura bzw. Abitur aufweisen können.

Angehörige nicht-sozialer Berufe

Die Angehörigen nicht-sozialer Berufsrichtungen sollten keine über ein Jahr dauernde Tätigkeit im sozialen Bereich ausgeübt haben und in Bezug auf das Bildungsniveau der Gruppe der Klinischen Psychologen und Berater möglichst ähnlich sein. Es wurde deshalb darauf geachtet, dass sie mindestens einen Schulabschluss mit Matura bzw. Abitur aufweisen konnten.

6.4 Beschreibung der Messinstrumente

6.4.1 Fragebögen zur Erfassung der soziodemographischen Daten

Allen vier Gruppen wurde ein Fragebogen zur Erfassung der soziodemographischen Daten vorgegeben, dieser kam in vier verschiedenen Versionen zur Anwendung:

Psychologiestudenten

Mithilfe des Fragebogens für Psychologiestudenten wurden folgende Variablen erfasst:

- Geschlecht
- Alter
- Universität (Wien, Graz, Salzburg, Klagenfurt, Innsbruck)
- eventuelle Berufstätigkeit während des Studiums über mindestens ein Jahr im sozialen Bereich sowie Beschreibung des Berufes
- eventuelles Vorhaben, nach Abschluss des Studiums den Beruf des Klinischen Psychologen zu ergreifen

Klinische Psychologen

Mithilfe des Fragebogens für Klinische Psychologen wurden folgende Variablen erfasst:

- Geschlecht
- Alter
- hauptsächlicher Tätigkeitsbereich (als praktizierender Klinischer Psychologe, in Lehre/Forschung, in beiden Bereichen in etwa gleich)
- bisherige Dauer der Berufsausübung
- eventueller Zusatzberuf als Psychotherapeut

Berater

Der Fragebogen für Berater erfasste die Variablen:

- Geschlecht

- Alter
- höchste abgeschlossene Ausbildung (kein Abschluss, Volks- bzw. Grundschule, Hauptschule, Realschule, Lehrabschluss, Fachschule, Matura/Abitur, Collegabschluss, Hochschule/Fachhochschule, Sonstige)
- bisherige Dauer der Berufsausübung
- Art der angebotenen Beratung (Lebens- und Sozialberatung, Ehe- und Familienberatung, Kinder- und Jugendberatung, Ernährungsberatung, Bildungs- und Berufsberatung, Mediation, Coaching, PR- und Werbeberatung, Rechtsberatung, Unternehmensberatung, Sonstige)
- eventueller Zusatzberuf (Klinischer Psychologe, Psychotherapeut, Sonstige)

Angehörige nicht-sozialer Berufe

Der Fragebogen für Personen, die einen Beruf im nicht-sozialen Bereich nachgingen, erfasste die Variablen:

- Geschlecht
- Alter
- höchste abgeschlossene Ausbildung (kein Abschluss, Volks- bzw. Grundschule, Hauptschule, Realschule, Lehrabschluss, Fachschule, Matura/Abitur, Collegabschluss, Hochschule/Fachhochschule, Sonstige)
- Berufsbezeichnung
- eventuelle frühere Berufserfahrung im sozialen Bereich für mindestens ein Jahr sowie Angabe des Berufes

6.4.2 Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen SPF

Der Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen SPF (IRI) zur Messung von Empathie von Paulus (2009a; 2009b, „Saarbrücker Persönlichkeits-Fragebogen zu Empathie“) ist die deutsche Übersetzung und Überarbeitung des Interpersonal Reactivity Index (IRI) von Davis (1980). Der IRI von Davis (1980) zählt laut Paulus (2009a) zu den in der Praxis am häufigsten verwendeten Empathiefragebögen, jedoch sind seine psychometrischen Daten nicht immer ausreichend. Die deutsche Übersetzung weist ähnliche Schwächen in den thestheoretischen Kennwerten auf. In der nun verkürzten und teilweise umformulierten deutschen Version des IRI von Davis (1980) können die Reliabilität, die faktorielle Validität sowie die Itemtrennschärfe als gut angesehen werden. Die interne und externe Validität konnte aufgrund des Vergleiches mit anderen - bereits als

valide geltenden - Fragebögen zur Erfassung von Empathie, sowie mit einer Selbsteinschätzung von 745 Probanden bezüglich ihrer Empathie gezeigt werden. Der IRI von Davis (1980) enthält in seiner Originalversion laut Paulus (2009a) einige negativ formulierte Fragen, welche einigen Versuchsteilnehmern in der Vergangenheit Probleme bereitet hatten und in der deutschen Übersetzung deshalb weggelassen wurden. Daraus resultierten schließlich 16 positiv formulierte Items, dadurch konnte auch die Auswertung vereinfacht werden. Die Items können wie bei Davis (1980) den folgenden vier Subskalen zugeordnet werden, wobei ein kognitiver (PÜ) sowie drei emotionale (EA, FA, ED) Empathie-Faktoren unterschieden werden können (für die Beschreibung der Skalen siehe Kapitel 2.5):

- **Perspektivenübernahme (PÜ)**
- **Fantasie (FA)**
- **empathische Anteilnahme (EA)**
- **empathischer Distress (ED)**

6.4.3 Emotionsregulations-Inventar ERI

Das Emotionsregulations-Inventar (ERI) wurde von König und Jagsch (2008) entwickelt. Emotionsregulation wird dabei laut König (2010, „Emotionsregulations-Inventar ERI“) in Anlehnung an Gross (1998b) definiert, die Strategien zur Emotionsregulation werden in einer noch differenzierteren Weise betrachtet. Der Fragebogen besteht überdies aus zwei Teilen, einem für negative (ERI-NE) und einem für positive (ERI-PE) Emotionen. Hinsichtlich der Faktorenstruktur und der internen Konsistenz wurde der Fragebogen bereits im Rahmen von zwei Vorstudien an studentischen Stichproben überprüft. Der Fragebogen soll jeweils folgende fünf Emotionsregulationsstrategien erfassen:

ERI-NE:

- kontrollierter Ausdruck (KA)
- unkontrollierter Ausdruck (UA)
- empathische Unterdrückung (EU)
- Ablenkung (AB)
- Umbewertung (UB)

ERI-PE:

- kontrollierter Ausdruck (KA)
- unkontrollierter Ausdruck (UA)
- empathische Unterdrückung (EU)
- Ablenkung (AB)
- Unterdrückung (UN)

Empathische Unterdrückung bezieht sich dabei auf das Verbergen eigener Gefühle, um andere Personen nicht zu belasten. Ein Beispielitem dazu aus dem ERI-NE (König & Jagsch, 2008) lautet: „Wenn ich negative Gefühle habe, versuche ich, mir nichts anmerken zu lassen, um auf die Stimmung anderer Rücksicht zu nehmen“. Die Skala kontrollierter Ausdruck wird im ERI-NE mit Items wie „Wenn ich negative Gefühle habe, spreche ich mit jemandem darüber“ erfasst, ein Beispiel für die Skala unkontrollierter Ausdruck aus dem ERI-PE lautet: „Wenn ich positive Gefühle habe, zeige ich diese in heftiger Art und Weise“ (König & Jagsch, 2008). Für die Beschreibung der Regulationsstrategien Ablenkung, Umbewertung und Unterdrückung siehe Kapitel 3.4. Der ERI besteht aus insgesamt 47 Items (24 davon für die Version mit negativen Emotionen) mit einer fünfstufigen Antwortskala (von 0 = „trifft nie zu“ bis 4 = „trifft immer zu“) und gliedert sich jeweils in die oben erwähnten fünf Faktoren. Die Reliabilitätswerte der Faktoren können als zufriedenstellend angesehen werden (König, 2010, „Emotionsregulations-Inventar ERI“).

6.4.4 Reading the Mind in the Eyes Test – deutsche Fassung

Der Reading the Mind in the Eyes Test, kurz Eyes Test genannt, wurde entwickelt, um die Fähigkeit der Theory of Mind bei Erwachsenen mit Autismus im Vergleich zu gesunden Probanden zu untersuchen. Die Aufgabe besteht darin, 25 Fotografien der Augenpartien verschiedener Person zu betrachten und sich jeweils zu entscheiden, welche von zwei möglichen Begriffen am besten beschreibt, was die Personen auf dem Foto denken oder fühlen könnten. Für das Lösen dieser Aufgabe benötigt man die Fähigkeit, sich in die Personen auf den Bildern hineinzusetzen, ihren mentalen Zustand zu verstehen und ihn mit dem Gesicht (bzw. Teilen davon) abzugleichen (Baron-Cohen, Jolliffe, Mortimore & Robertson, 1997). Genau genommen beinhaltet der Reading the Mind in the Eyes Test nur die erste Stufe der Theory of Mind, nämlich die Zuschreibung des relevanten mentalen Zustandes (z.B. Mitgefühl). Nicht inkludiert ist dabei die zweite Stufe, das Schließen auf den Inhalt des geistigen Zustandes (z.B.

Mitgefühl wegen des Verlustes einer geliebten Person). Die Ergebnisse des Tests zeigten, dass Männer signifikant weniger Punkte erzielen als Frauen, Autisten erreichten signifikant schlechtere Ergebnisse als gesunde Probanden und Erwachsene mit Tourette-Syndrom (Baron-Cohen, Wheelwright, Hill, Raste & Plumb, 2001). Baron-Cohen et al. (2001) entwickelten eine revidierte Fassung, welche einige Modifikationen beinhaltet, um individuelle Unterschiede hinsichtlich sozialer Intelligenz noch genauer erfassen zu können. Unter anderem wurden die Antwortmöglichkeiten von zwei auf vier sowie die Anzahl der Items von 25 auf 36 erhöht, darüber hinaus wurde auf ein ausgewogenes Verhältnis von männlichen und weiblichen Gesichtern geachtet. In dieser revidierten Version wurden keine signifikanten Geschlechtsunterschiede bei gesunden Probanden gefunden, jedoch war ein Trend in Richtung weiblicher Überlegenheit zu erkennen. Wie in der ersten Version erzielten Personen mit Autismus signifikant schlechtere Ergebnisse als gesunde Probanden. Der Erwartungswert der drei verschiedenen unauffälligen Kontrollgruppen (Studenten, Allgemeinbevölkerung, IQ-parallele Probanden) liegt zwischen 26.2 und 30.9 ($SD = 3.0 - 3.6$), was laut Bölte (2005) als Vergleichswert für die Interpretation von Einzelfällen für eine grobe Einschätzung der Leistung verwendet werden kann. Die deutsche Übersetzung und Bearbeitung des revidierten Reading the Mind in the Eyes Test erfolgte von Bölte (2005). Derzeit ist die Skala lediglich ein Forschungsinstrument, Normen für die Einzelfalldiagnostik liegen nicht vor.

6.5 Durchführung

Am Anfang der Untersuchung wurden vier verschiedene Online-Versionen der in Kapitel 6.3 vorgestellten Fragebögen erstellt und die zugehörigen Links an die Teilnehmer per E-Mail gesendet. Dabei erhielt jede Gruppe eine andere Version des Fragebogens, wobei jeweils nur die einzelnen Teile zur Erfassung der soziodemographischen Daten unterschiedlich waren. Zu Beginn des Fragebogens wurde auf die Anonymität und den vertraulichen Umgang mit den Daten hingewiesen, dann wurden die demographischen Daten der Probanden erhoben. Anschließend wurde der Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen zur Messung von Empathie (Paulus, 2009a) vorgegeben, gefolgt von den beiden Fragebögen zur Emotionsregulation (König & Jagsch, 2008) ERI-NE (für negative Emotionen) und ERI-PE (für positive Emotionen) sowie dem Reading the Mind in the Eyes Test – deutsche Version (Bölte, 2005). Das

Ausfüllen des Fragebogens nahm in etwa zwölf Minuten in Anspruch. Die Datenerhebung erfolgte in einem Zeitraum von Mitte Juni bis Ende September 2011.

7 Auswertung

7.1 Statistische Auswertung und Verfahren

Die statistische Auswertung der Daten wurde mittels SPSS Statistics für Mac Version 19.0 vollzogen. Die Hypothesenprüfung erfolgte zweiseitig, das Signifikanzniveau wurde auf $p = .05$ festgelegt. Um den Alpha-Fehler zu verringern, wurden alle Signifikanzwerte nach Bonferroni-Holm korrigiert. Da in einigen Studien Geschlechtsunterschiede in der Empathie- und Emotionsregulationsfähigkeit festgestellt wurden (siehe z.B. Baron-Cohen & Wheelwright, 2004; Berg et al., 2011; Eisenberg & Lennon, 1983, Nolen-Hoeksema & Adao, 2011; Zlomke & Hahn, 2010), wurde das Geschlecht als Kovariate berücksichtigt. Zur Beschreibung der Stichprobe wurden die deskriptivstatistischen Kennwerte Mittelwert (M), Standardabweichung (SD) sowie absolute Häufigkeiten errechnet, zur Prüfung der Hypothesen kamen folgende Verfahren zum Einsatz:

Multivariate Kovarianzanalyse (MANCOVA)

Mithilfe einer kovarianzanalytischen Auswertung ist es möglich, Kontrollvariablen statistisch zu kontrollieren, indem ihr Einfluss aus der abhängigen Variable herausgerechnet wird. Wenn mehrere abhängige Variablen überprüft werden sollen, wie es in der vorliegenden Untersuchung der Fall war, kommt ein multivariates Verfahren zum Einsatz (Bortz und Döring, 2006). Eine Kovarianzanalyse setzt homogene Varianzen, unabhängige Beobachtungen, homogene Regressionsgeraden, die Unabhängigkeit der Kontrollvariable vom experimentellen Effekt, Intervallskalenniveau der abhängigen Variable sowie Normalverteilung innerhalb der Gruppen voraus. Für eine multivariate Kovarianzanalyse sind zusätzlich eine multivariate Normalverteilung sowie eine homogene Kovarianzmatrix notwendig (Field, 2009).

Kovarianzanalyse (ANCOVA)

Die Kovarianzanalyse wurde im Anschluss an eine MANCOVA mit signifikantem Ergebnis gerechnet, um zu untersuchen, zwischen welchen Gruppen die signifikanten Unterschiede bestehen.

Trotz heterogener Varianzen bzw. einer heterogenen Kovarianzmatrix und fehlender (multivariater) Normalverteilung der Daten wurden MANCOVAs und ANCOVAs

berechnet, da sich die Varianzanalyse bei gleichgroßer Gruppengröße als relativ robust hinsichtlich der Verletzung ihrer Voraussetzungen erweist (Field, 2009).

7.2 Datenaufbereitung

Um zu ermitteln, ob es Unterschiede zwischen älteren und jüngeren Teilnehmern gibt, wurde die Stichprobe anhand des Medians von 38 getrennt, daraus resultierte eine Gruppe mit jüngeren (19-38) sowie eine mit älteren Personen (39-70). Die Ergebnisse des SPF (Paulus, 2009b, „Saarbrücker Persönlichkeits-Fragebogen zu Empathie“) wurden pro Skala aufsummiert, höhere Werte bedeuten in den Skalen Perspektivenübernahme, Fantasie und empathische Anteilnahme mehr Empathie, in der Skala empathischer Distress verhält es sich umgekehrt. Für die Auswertung des ERI (König & Jagsch, 2008) wurden zunächst die Summenwerte der Daten berechnet. Da die Anzahl der Items pro Skala variiert, ergeben sich für jede Skala unterschiedliche Gesamtwerte. Im nächsten Schritt mussten die Werte auf den Wertebereich 0-100 standardisiert werden, um die einzelnen Skalen vergleichen zu können. Der errechnete Gesamtwert pro Skala (x) wurde dazu mit 100 multipliziert und durch den Skalenwert dividiert, der maximal zu erreichen war – bei einer Skala mit 4 Items wäre das z.B. $x * 100 / 16$ (König, 2010, „Emotionsregulations-Inventar ERI“). Beim Reading the Mind in the Eyes – Test deutsche Fassung (Bölte, 2005) wurde für jede richtig erkannte Emotion ein Punkt vergeben und zu einer Gesamtskala aufsummiert.

8 Ergebnisse

8.1 Deskriptivstatistik

Insgesamt wurden 725 Personen befragt, jedoch mussten 325 davon ausgeschlossen werden, da sie die formalen Stichprobenkriterien dieser Studie nicht erfüllten (siehe Beschreibung der Stichprobe, Kapitel 2.1). Die endgültige Stichprobe bestand deshalb aus 400 Personen, davon waren 123 männlich (30.8%) und 277 weiblich (69.3%). Das durchschnittliche Alter betrug 37.9 Jahre ($SD = 12.15$), die jüngste Person war zum Zeitpunkt der Befragung 19, die älteste 70 Jahre alt. Die Stichprobe gliederte sich in 109 Psychologiestudenten (27.3%), 99 Klinische Psychologen (24.8%), 95 Berater (23.8%) sowie 97 Angehörige nicht-sozialer Berufe (24.3%) (siehe Abbildung 1).

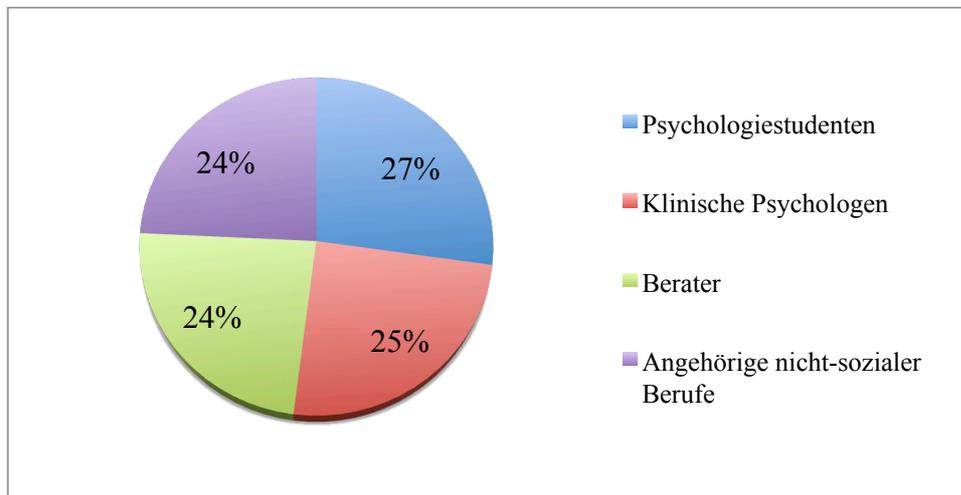


Abbildung 1. Prozentuelle Verteilung der Berufsgruppen.

Psychologiestudenten

Von den 109 Psychologiestudenten, welche alle an der Universität Wien studierten, waren 32 männlich (29.4%) und 77 weiblich (70.6%). Das durchschnittliche Alter betrug 25.3 Jahre ($SD = 3.86$).

Klinische Psychologen

Die Teilstichprobe der insgesamt 99 Psychologen bestand aus 34 Männern (34.3%) und 65 Frauen (65.7%), das durchschnittliche Alter betrug 41.9 Jahre ($SD = 11.19$). 85% der Befragten gaben an, hauptsächlich praktizierend als Klinische Psychologen tätig zu sein, 14.1% arbeiteten in den Bereichen Lehre/Forschung und in der Praxis in etwa zu gleichen Teilen. 41.4% gaben an, nicht nur als Klinische Psychologen, sondern auch als

Psychotherapeuten tätig zu sein. Die durchschnittliche Berufserfahrung betrug 10.7 Jahre ($SD = 9.32$).

Berater

Zur Teilstichprobe der 95 Berater zählten 28 Männer (29.5%) und 67 Frauen (70.5%), das durchschnittliche Alter betrug 47.7 Jahre ($SD = 6.53$). 17.9% gaben als höchste abgeschlossene Ausbildung Matura bzw. Abitur, 8.4% Collegabschluss, 67.4% Hochschule bzw. Fachhochschule und 6.3% Sonstige (Supervision, Sozialakademie, Diplom-Lebensberatung) an. Die Berufserfahrung betrug im Durchschnitt 11,5 Jahre ($SD = 7.99$). Bei der Frage nach der Art von Beratung waren Mehrfachnennungen möglich. Am häufigsten wurden Lebens- und Sozialberatung sowie Coaching angegeben (52x), gefolgt von Mediation (37x), Ehe- und Familienberatung (33x), Kinder- und Jugendberatung (21x), Unternehmensberatung (21x), Bildungs- und Berufsberatung (13x), Ernährungsberatung (6x), Rechtsberatung (6x) sowie Werbe- und PR-Beratung (2x). Die Kategorie Sonstige wurde 18 Mal gewählt, dazu wurden Sexualberatung, hellsichtige Beratung, Steuerberatung, Beratung für Organisationen, die mit Freiwilligen arbeiten, Pflegeberatung, Paarberatung sowie 3rd-Age-Beratung angegeben.

Angehörige nicht-sozialer Berufe

Die Teilstichprobe der 97 Angehörigen nicht-sozialer Berufe bestand aus 29 Männern (29.9%) und 68 Frauen (70.1%) mit einem durchschnittlichen Alter von 38.4 Jahren ($SD = 11.62$). 32% der Befragten hatten einen Matura- bzw. Abitur-, 68% einen Collegabschluss. Die Untersuchungsteilnehmer gaben an, als Angestellte, Architekten, Assistenten, Manager, wissenschaftliche Mitarbeiter, Dolmetscher bzw. Übersetzer, administrative Kräfte, Universitätsbedienstete, PR bzw. Marketing-Beauftragte, Biologen, Immobilienverwalter, Geschäftsführer, Techniker, Buchhalter, Office-Mitarbeiter, Personalentwickler, Physiker, Selbstständige, Rektoren, Vertragsbedienstete, Marktforscher, Apotheker, Croupiers, Ingenieure, Systemoperatoren, Regisseure, Rechtsanwälte, Archäologen, Projektentwickler, Landwirte, Sachverständige, Beamte, Hausverwalter, Kompaniekommandanten, medizinisch-technisch Angestellte, Praktikanten und Immobilienmakler tätig zu sein. In Tabelle 1 sind Art und Anzahl der von den Teilnehmern angegebenen Tätigkeiten aufgelistet.

Tabelle 1

Art und Anzahl der nicht-sozialen Berufe

Beruf	Anzahl
Angestellter	13
Architekt	8
Assistent (Team-, Organisations-, Hotelassistent)	7
Manager (Office-, Projektmanager)	6
wissenschaftlicher Mitarbeiter	5
Übersetzer/Dolmetscher	4
administrative Kraft	4
Universitätsbediensteter	4
PR- bzw. Marketing- Beauftragter	4
Biologe	3
Immobilienverwalter	3
Geschäftsführer	3
Techniker	3
Buchhalter	2
Office – Mitarbeiter	2
Personalentwickler	2
Physiker	2
Selbstständig	2
Rektor	2
Vertragsbediensteter	1
Marktforscher	1
Apotheker	1
Croupier	1
Ingenieur	1
Systemoperator	1
Regisseur	1
Rechtsanwalt	1
Archäologe	1
Projektentwickler	1
Landwirt	1
Sachverständiger	1
Beamter	1
Hausverwalter	1
Kompaniekommandant	1
medizinisch-technischer Angestellter	1
Praktikant	1
Immobilienmakler	1

8.2 Reliabilitätsanalysen und Trennschärfekoeffizienten

Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen SPF

Der SPF wies eine Reliabilität von .76 (Cronbach's Alpha) auf. In Tabelle 2 werden die Reliabilitäten der Skalen, in Tabelle 3 die Trennschärfekoeffizienten der einzelnen Items dargestellt.

Tabelle 2

Reliabilitätskoeffizienten der Skalen des SPF

Skalen	Reliabilitätskoeffizienten (Cronbach's Alpha)	Items
Perspektivenübernahme	.71	4, 10, 14, 16
Fantasie	.69	2, 7, 12, 15
empathische Anteilnahme	.57	1, 5, 9, 11
empathischer Distress	.75	3, 6, 8, 13

Tabelle 3

Korrigierte Item-Skala-Korrelation der Items des SPF

Skalen	Items	korrigierte Item-Skala-Korrelation
Perspektivenübernahme	4	.45
	10	.51
	14	.51
	16	.53
Fantasie	2	.43
	7	.47
	12	.59
	15	.43
empathische Anteilnahme	1	.39
	5	.31
	9	.36
	11	.36
empathischer Distress	3	.46
	6	.63
	8	.64
	13	.49

Emotionsregulations-Inventar ERI

Der ERI-NE wies eine Reliabilität von .70 (Cronbach's Alpha) auf. In Tabelle 4 werden die Reliabilitäten der Skalen, in Tabelle 5 die Trennschärfekoeffizienten der einzelnen

Items dargestellt. Die Reliabilität des ERI-PE betrug .73. Die Reliabilitäten der Skalen werden in Tabelle 6, die Trennschärfekoeffizienten der einzelnen Items in Tabelle 7 wiedergegeben.

Tabelle 4

Reliabilitätskoeffizienten der Skalen des ERI-NE

Skalen	Reliabilitätskoeffizienten (Cronbach's Alpha)	Items
kontrollierter Ausdruck	.95	3, 9, 13, 19, 24
empathische Unterdrückung	.88	6, 10, 17, 23
Ablenkung	.84	2, 7, 12, 16, 20
unkontrollierter Ausdruck	.82	1, 5, 11, 14, 18, 22
Umbewertung	.81	4, 8, 15, 21

Tabelle 5

Korrigierte Item-Skala-Korrelation der Items des ERI-NE

Skalen	Items	korrigierte Item-Skala-Korrelation
kontrollierter Ausdruck	3	.84
	9	.85
	13	.85
	19	.87
	24	.85
empathische Unterdrückung	6	.70
	10	.71
	17	.77
	23	.79
Ablenkung	2	.58
	7	.68
	12	.77
	16	.47
	20	.73
unkontrollierter Ausdruck	1	.56
	5	.52
	11	.68
	14	.56
	18	.63
	22	.51
Umbewertung	4	.67
	8	.69
	15	.49
	21	.67

Tabelle 6

Reliabilitätskoeffizienten der Skalen des ERI-PE

Skalen	Reliabilitätskoeffizienten (Cronbach's Alpha)	Items
kontrollierter Ausdruck	.90	3, 7, 14, 19
empathische Unterdrückung	.85	6, 11, 16, 20
Ablenkung	.86	1, 5, 9, 12, 15, 18, 22
unkontrollierter Ausdruck	.81	2, 8, 13, 21
Unterdrückung	.74	4, 10, 17, 23

Tabelle 7

korrigierte Item-Skala-Korrelation der Items des ERI-PE

Skalen	Items	korrigierte Item-Skala-Korrelation
kontrollierter Ausdruck	3	.76
	7	.80
	14	.75
	19	.82
empathische Unterdrückung	6	.68
	11	.74
	16	.66
	20	.66
Ablenkung	1	.51
	5	.58
	9	.60
	12	.66
	15	.72
	18	.73
	22	.73
unkontrollierter Ausdruck	2	.48
	8	.66
	13	.76
	21	.64
Unterdrückung	4	.58
	10	.57
	17	.46
	23	.55

Reading the Mind in the Eyes Test

Die Reliabilität des Eyes Test betrug .58 (Cronbach's Alpha).

8.3 Ergebnisse bezüglich Empathie

Die Empathiefähigkeit wurde mittels SPF, welcher aus vier Skalen besteht, sowie mittels Eyes Test, für den eine Gesamtskala errechnet werden kann, erhoben. Um einen möglichen Einfluss des Berufes auf die Empathiefähigkeit mit Berücksichtigung des Geschlechts zu überprüfen, wurde eine multivariate Kovarianzanalyse (MANCOVA) berechnet. Es zeigte sich, dass die Kovariate Geschlecht die einzelnen Skalenwerte signifikant vorhersagt, $V = .05$, $F(5, 391) = 3.68$, $p = .012$, $\eta^2 = .045$. Des Weiteren konnte ein signifikanter Effekt des Berufes auf die einzelnen Skalenwerte gefunden werden, nachdem der Effekt des Geschlechts kontrolliert wurde, $V = .30$, $F(15, 1179) = 8.74$, $p < .001$, $\eta^2 = .100$ (siehe Tabelle 8).

Tabelle 8

MANCOVA mit dem Faktor Beruf und der Kovariate Geschlecht (SPF und Eyes Test)

Effekt		Wert	F	Hypothese df	Fehler df	Sig.	Partielles Eta- Quadrat
Geschlecht	Pillai- Spur	.05	3.68	5.00	391.00	.012*	.045
Beruf	Pillai- Spur	.30	8.74	15.00	1179.00	.000**	.100

* $p < .05$

** $p < .01$

Anschließend wurden die einzelnen Skalen des SPF sowie die Gesamtskala des Eyes Test mittels univariater Kovarianzanalysen (ANCOVAs) hinsichtlich möglicher Unterschiede zwischen den Berufen untersucht. Es zeigte sich, dass das Geschlecht die Werte der Skala empathischer Distress, $F(1, 395) = 7.52$, $p = .024$, $\eta^2 = .019$ sowie der Gesamtskala des Eyes Test, $F(1, 395) = 8.07$, $p = .025$, $\eta^2 = .020$ signifikant vorhersagt. Nachdem der Effekt des Geschlechts kontrolliert wurde, konnten in allen Skalen des SPF sowie in der Gesamtskala des Eyes Test signifikante Unterschiede zwischen Psychologiestudenten, Klinischen Psychologen, Beratern und Angehörige nicht-sozialer Berufe gefunden werden (alle $ps < .001$, $\eta^2 = .047 - .095$) (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9

ANCOVAs mit dem Faktor Beruf und der Kovariate Geschlecht (SPF und Eyes Test)

Quelle der Variation	Skala	SS	df	MS	F	Sig.	Partiell- es Eta- Quadrat
Geschlecht	PÜ	11.57	1	11.57	2.11	.294	.005
	FA	1.97	1	1.97	0.30	.583	.001
	EA	11.70	1	11.70	2.40	.366	.006
	ED	50.39	1	50.39	7.52	.024*	.019
	EYES	125.94	1	125.94	8.07	.025*	.020
Beruf	PÜ	206.17	3	68.73	12.55	.000**	.087
	FA	208.58	3	69.53	10.65	.000**	.075
	EA	95.37	3	31.79	6.51	.000**	.047
	ED	276.61	3	92.07	13.75	.000**	.095
	EYES	542.36	3	180.79	11.58	.000**	.081
Fehler	PÜ	90470.00	395	5.48			
	FA	69044.00	395	6.53			
	EA	80801.00	395	4.88			
	ED	40458.00	395	6.70			
	EYES	241576.00	395	15.61			

Anmerkungen. PÜ = Perspektivenübernahme, FA = Fantasie, EA = empathische Anteilnahme, ED = empathischer Distress, EYES = Gesamtskala Eyes Test

* $p < .05$

** $p < .01$

Um zu untersuchen, zwischen welchen Berufsgruppen die signifikanten Unterschiede bestanden, wurden anschließend Kontraste berechnet (siehe Tabelle 10). Signifikante Unterschiede konnten zwischen **Psychologiestudenten und Klinischen Psychologen** in den Skalen Fantasie ($p < .001$), empathische Anteilnahme ($p < .001$) und empathischer Distress ($p < .001$) des SPF sowie in der Eyes Test Gesamtskala ($p = .016$) gefunden werden. Zwischen **Psychologiestudenten und Beratern** zeigten sich ebenfalls in den Skalen Fantasie ($p < .001$), empathische Anteilnahme ($p = .005$) und empathischer Distress ($p < .001$) des SPF sowie in der Gesamtskala des Eyes Test ($p < .001$) signifikante Unterschiede. **Psychologiestudenten und Angehörige nicht-sozialer Berufe** unterschieden sich in den Skalen Perspektivenübernahme ($p < .001$) und Fantasie ($p < .001$) des SPF wie auch in der Eyes Test Gesamtskala ($p < .001$) signifikant voneinander. Zwischen **Klinischen Psychologen und Beratern** lieferten die Ergebnisse einen signifikanten Unterschied in der Skala Perspektivenübernahme ($p < .001$) des SPF sowie in der Gesamtskala des Eyes Test ($p = .042$), zwischen **Klinischen**

Psychologen und Angehörige nicht-sozialer Berufe in den Skalen empathische Anteilnahme ($p = .024$) und empathischer Distress ($p < .001$) des SPF. **Berater und Angehörige nicht-sozialer Berufe** unterschieden sich in den Skalen Perspektivenübernahme ($p < .001$), empathische Anteilnahme ($p = .027$) und empathischer Distress ($p < .001$) des SPF.

Tabelle 10

Signifikanzwerte der Kontraste (SPF und Eyes Test)

Beruf	PÜ	FA	EA	ED	EYES
1 vs. 2	.071	.000**	.000**	.000**	.016*
1 vs. 3	.110	.000**	.005**	.000**	.000**
1 vs. 4	.000**	.000**	.986	.585	.000**
2 vs. 3	.000**	.765	.913	.802	.042*
2 vs. 4	.075	1.000	.024*	.000**	.228
3 vs. 4	.000**	1.000	.027*	.000**	.370

Anmerkungen. 1 = Psychologiestudenten, 2 = Klinische Psychologen, 3 = Berater, 4 = Angehörige nicht-sozialer Berufe; PÜ = Perspektivenübernahme, FA = Fantasie, EA = empathische Anteilnahme, ED = empathischer Distress, EYES = Gesamtskala Eyes Test

* $p < .05$

** $p < .01$

Um herauszufinden, bei welchen Berufen, bei denen signifikante Unterschiede in den Skalen des SPF bzw. in der Gesamtskala des Eyes Test gefunden wurden, höhere bzw. niedrigere Werte vorlagen, wurden im Anschluss die adjustierten Mittelwerte (M) sowie die Standardfehler (SE) der signifikanten Kontraste betrachtet. **Psychologiestudenten** zeigten in der Skala Perspektivenübernahme höhere Werte ($M = 15.16$, $SE = 0.22$) als Angehörige nicht-sozialer Berufe ($M = 13.82$, $SE = 0.24$). In der Fantasie-Skala konnten bei ihnen höhere Werte ($M = 14.04$, $SE = 0.25$) als bei Klinische Psychologen ($M = 12.29$, $SE = 0.26$), Beratern ($M = 12.40$, $SE = 0.26$) und Angehörige nicht-sozialer Berufe ($M = 12.62$, $SE = 0.26$) beobachtet werden. In der Skala empathische Anteilnahme erreichten Psychologiestudenten höhere Werte ($M = 14.60$, $SE = 0.21$) als Klinische Psychologen ($M = 13.52$, $SE = 0.22$) und Berater ($M = 13.55$, $SE = 0.23$). In der Gesamtskala des Eyes Test erzielten Psychologiestudenten höhere Werte ($M = 25.95$, $SE = 0.38$) als Klinische Psychologen ($M = 24.34$, $SE = 0.40$), Berater ($M = 22.93$, $SE = 0.41$) und Angehörige nicht-sozialer Berufe ($M = 23.44$, $SE = 0.40$). **Klinische Psychologen** erzielten in der Skala empathischer Distress geringere Werte

($M = 8.99$, $SE = 0.26$) als Psychologiestudenten ($M = 10.38$, $SE = 0.25$) und Angehörige nicht-sozialer Berufe ($M = 10.58$, $SE = 0.26$). In der Gesamtskala des Eyes Test konnten bei ihnen höhere Werte ($M = 25.95$, $SE = 0.38$) als bei der Gruppe der Berater ($M = 22.93$, $SE = 0.41$) beobachtet werden. **Berater** erreichten in der Skala Perspektivenübernahme höhere Werte ($M = 15.79$, $SE = 0.24$) als Klinische Psychologen ($M = 14.57$, $SE = 0.24$) und Angehörige nicht-sozialer Berufe ($M = 13.82$, $SE = 0.24$). In der Skala empathischer Distress erlangten sie geringere Werte ($M = 8.67$, $SE = 0.27$) als Psychologiestudenten ($M = 10.38$, $SE = 0.25$) und Angehörige nicht-sozialer Berufe ($M = 10.58$, $SE = 0.26$). **Angehörige nicht-sozialer Berufe** erreichten in der Skala empathische Anteilnahme höhere Werte ($M = 14.39$, $SE = 0.22$) als Berater ($M = 13.55$, $SE = 0.23$) und Klinische Psychologen ($M = 13.52$, $SE = 0.22$). In Tabelle 11 sind die geschätzten Randmittel der Berufsgruppen pro Skala des SPF sowie für die Gesamtskala des Eyes Test ersichtlich, Abbildung 2 und 3 zeigen die grafische Darstellung der adjustierten Mittelwerte der Skalen des SPF bzw. des Eyes Test.

Tabelle 11

Geschätzte Randmittel pro Berufsgruppe (SPF und Eyes Test)

Beruf	Skala	95%-Konfidenzintervall		M	SE
		Untergrenze	Obergrenze		
Psychologiestudenten	PÜ	14.72	15.60	15.16	0.22
	FA	13.55	14.52	14.04	0.25
	EA	14.18	15.02	14.60	0.21
	ED	9.90	10.87	10.38	0.25
	EYES	25.20	26.69	25.95	0.38
Klinische Psychologen	PÜ	14.11	15.04	14.57	0.24
	FA	11.78	12.79	12.29	0.26
	EA	13.08	13.96	13.52	0.22
	ED	8.48	9.50	8.99	0.26
	EYES	23.56	25.12	24.34	0.40
Berater	PÜ	15.32	16.27	15.79	0.24
	FA	11.88	12.91	12.40	0.26
	EA	13.12	14.00	13.55	0.23
	ED	8.15	9.20	8.67	0.27
	EYES	22.14	23.73	22.93	0.41
Angehörige nicht-sozialer Berufe	PÜ	13.35	14.29	13.82	0.24
	FA	12.12	13.13	12.62	0.26
	EA	13.95	14.83	14.39	0.22
	ED	10.07	11.10	10.58	0.26
	EYES	22.65	24.23	23.44	0.40

Anmerkungen. PÜ = Perspektivenübernahme, FA = Fantasie, EA = empathische Anteilnahme, ED = empathischer Distress, EYES = Gesamtskala Eyes Test

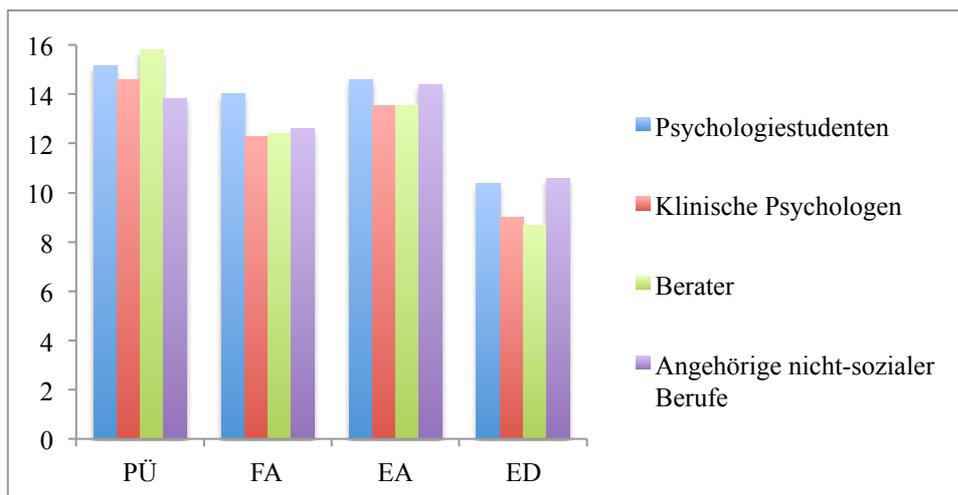


Abbildung 2. Grafische Darstellung der adjustierten Mittelwerte pro Berufsgruppe (SPF). PÜ = Perspektivenübernahme, FA = Fantasie, EA = empathische Anteilnahme, ED = empathischer Distress

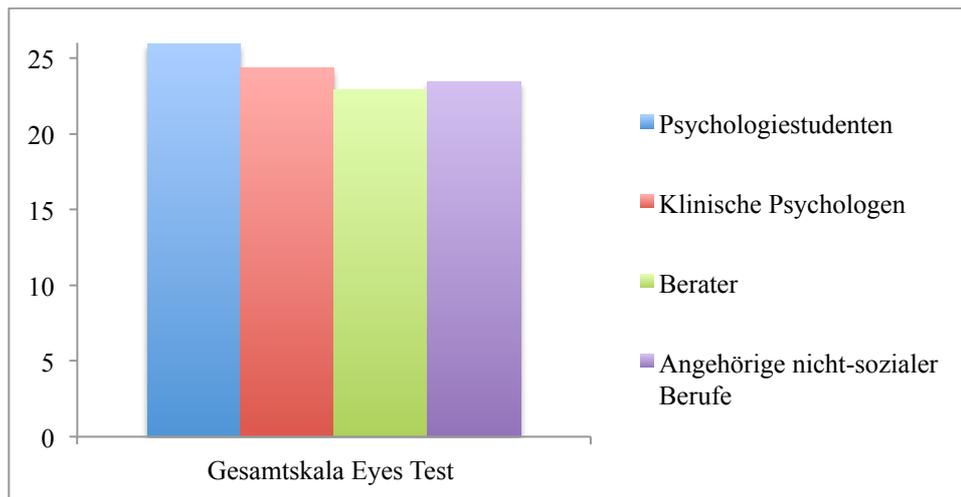


Abbildung 3. Grafische Darstellung der adjustierten Mittelwerte pro Berufsgruppe (Eyes Test).

Um einen möglichen Einfluss des Alters auf die Empathiefähigkeit mit Berücksichtigung des Geschlechts der Teilnehmer zu untersuchen, wurde eine multivariate Kovarianzanalyse (MANCOVA) berechnet. Es zeigte sich, dass die Kovariate Geschlecht die einzelnen Skalenwerte nicht signifikant vorhersagt ($p = .051$). Des Weiteren konnte ein signifikanter Effekt des Alters auf die einzelnen Skalenwerte gefunden werden, nachdem der Effekt des Geschlechts kontrolliert wurde, $V = .12$, $F(5, 393) = 10.75$, $p < .001$, $\eta^2 = .120$ (siehe Tabelle 12).

Tabelle 12

MANCOVA mit dem Faktor Alter und der Kovariate Geschlecht (SPF und Eyes Test)

Effekt		Wert	F	Hypothese df	Fehler df	Sig.	Partiell- es Eta- Quadrat
Geschlecht	Pillai- Spur	.03	2.19	5.00	393.00	.051	.027
Alter	Pillai- Spur	.12	10.75	5.00	393.00	.000**	.120

** $p < .01$

Anschließend wurden die einzelnen Skalen des SPF sowie die Gesamtskala des Eyes Test mittels univariater Kovarianzanalysen (ANCOVAs) hinsichtlich Unterschiede zwischen den beiden Altersgruppen untersucht. Dabei zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen jüngeren und älteren Personen in den Skalen Fantasie, $F(1, 397) = 13.69$, $p < .001$, $\eta^2 = .033$ und empathischer Distress, $F(1, 397) = 16.56$, $p <$

.001, $\eta^2 = .040$ des SPF wie auch in der Gesamtskala des Eyes Tests, $F(1, 397) = 27.74$, $p < .001$, $\eta^2 = .065$, nachdem der Effekt des Geschlechts kontrolliert wurde (siehe Tabelle 13).

Tabelle 13
ANCOVAs mit dem Faktor Alter (SPF und Eyes Test)

Quelle der Variation	Skala	SS	df	MS	F	Sig.	Partiell-es Eta-Quadrat
Alter	PÜ	19.37	1	19.37	3.27	.071	.008
	FA	92.89	1	92.89	13.69	.000**	.033
	EA	19.11	1	19.11	3.79	.104	.009
	ED	116.99	1	116.90	16.56	.000**	.040
	EYES	438.15	1	438.15	27.74	.000**	.065
Fehler	PÜ	2350.04	397	5.92			
	FA	2693.34	397	6.78			
	EA	2003.90	397	5.05			
	ED	2804.74	397	7.07			
	EYES	6271.41	397	15.80			

Anmerkungen. PÜ = Perspektivenübernahme, FA = Fantasie, EA = empathische Anteilnahme, ED = empathischer Distress, EYES = Gesamtskala Eyes Test

** $p < .01$

In der Skala Fantasie wiesen jüngere Personen ($M = 13.36$, $SE = 0.19$) einen höheren Mittelwert auf als ältere ($M = 12.39$, $SE = 0.19$), in der Skala empathischer Distress erreichten ältere Personen ($M = 9.14$, $SE = 0.19$) einen geringeren Mittelwert als jüngere ($M = 10.23$, $SE = 0.19$). Jüngere Personen erzielten in der Gesamtskala des Eyes Test einen höheren Mittelwert ($M = 25.29$, $SE = 0.28$) als ältere ($M = 23.18$, $SE = 0.28$). In Tabelle 14 sind die geschätzten Randmittel pro Altersgruppe der Skalen des SPF sowie der Gesamtskala des Eyes Test ersichtlich. In Abbildung 4 und 5 werden die adjustierten Mittelwerte der Skalen des SPF bzw. der Gesamtskala des Eyes Test grafisch dargestellt.

Tabelle 14

Geschätzte Randmittel pro Altersgruppe (SPF und Eyes Test)

Alter	Skala	95%-Konfidenzintervall		M	SE
		Untergrenze	Obergrenze		
jüngere Personen	PÜ	14.28	14.96	14.62	0.17
	FA	12.99	13.72	13.36	0.19
	EA	13.94	14.57	14.26	0.16
	ED	9.86	10.60	10.23	0.19
	EYES	24.73	25.85	25.29	0.28
ältere Personen	PÜ	14.72	15.40	15.06	0.17
	FA	12.02	12.75	12.39	0.19
	EA	13.50	14.13	13.81	0.16
	ED	8.77	9.51	9.14	0.19
	EYES	22.62	23.73	23.18	0.28

Anmerkungen. PÜ = Perspektivenübernahme, FA = Fantasie, EA = empathische Anteilnahme, ED = empathischer Distress, EYES = Gesamtskala Eyes Test

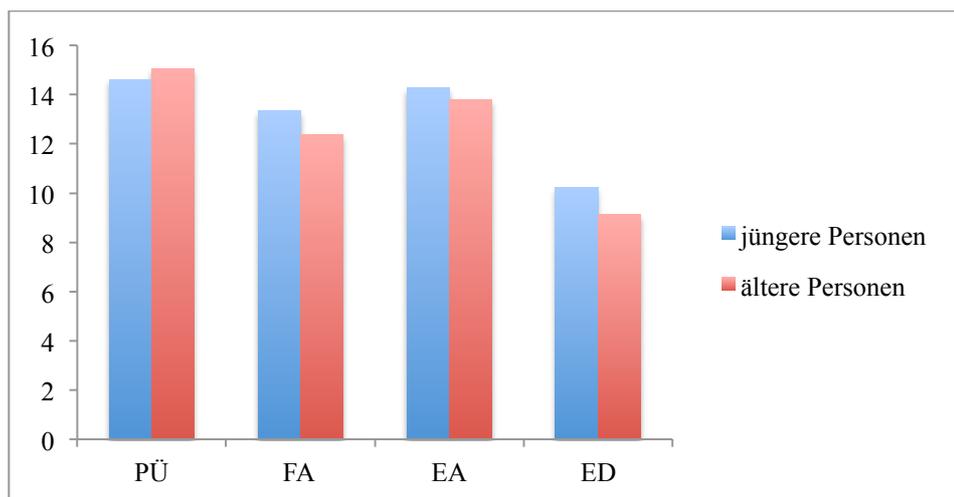


Abbildung 4. Grafische Darstellung der adjustierten Mittelwerte pro Altersgruppe (SPF). PÜ = Perspektivenübernahme, FA = Fantasie, EA = empathische Anteilnahme, ED = empathischer Distress

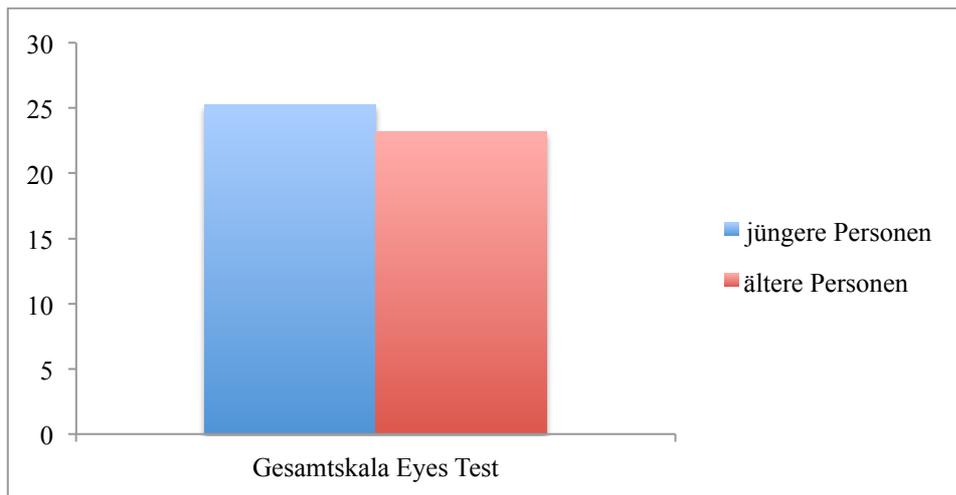


Abbildung 5. Grafische Darstellung der adjustierten Mittelwerte pro Altersgruppe (Eyes Test).

8.4 Ergebnisse bezüglich Emotionsregulation

Die Emotionsregulation wurde mittels ERI-NE und ERI-PE erhoben, welche jeweils aus fünf Skalen bestehen. Um einen möglichen Einfluss des Berufes auf die Emotionsregulation mit Berücksichtigung des Geschlechts zu überprüfen, wurde eine multivariate Kovarianzanalyse (MANCOVA) berechnet. Es zeigte sich, dass die Kovariate Geschlecht die einzelnen Skalenwerte signifikant vorhersagt, $V = .10$, $F(10, 386) = 4.38$, $p < .001$, $\eta^2 = .102$. Des Weiteren konnte ein signifikanter Effekt des Berufes auf die einzelnen Skalenwerte gefunden werden, nachdem der Effekt des Geschlechts kontrolliert wurde, $V = .24$, $F(30, 1164) = 3.37$, $p < .001$, $\eta^2 = .80$ (siehe Tabelle 15).

Tabelle 15

MANCOVA mit dem Faktor Beruf und der Kovariate Geschlecht (ERI-NE und ERI-PE)

Effekt		Wert	F	Hypothese df	Fehler df	Sig.	Partielles Eta- Quadrat
Geschlecht	Pillai-Spur	.10	4.38	10.00	386.00	.000**	.102
Beruf	Pillai-Spur	.24	3.37	30.00	1164.00	.000**	.080

** $p < .01$

Anschließend wurden die einzelnen Skalen mittels univariater Kovarianzanalysen (ANCOVAs) hinsichtlich möglicher Unterschiede zwischen den Berufen untersucht. Es

zeigte sich, dass das Geschlecht die Werte der Skalen kontrollierter Ausdruck, $F(1, 395) = 11.06, p = .008, \eta^2 = .027$ und unkontrollierter Ausdruck, $F(1, 395) = 10.07, p = .014, \eta^2 = .025$ des ERI-NE sowie der Skalen kontrollierter Ausdruck, $F(1, 395) = 13.54, p < .001, \eta^2 = .033$ und unkontrollierter Ausdruck, $F(1, 395) = 18.84, p < .001, \eta^2 = .046$ des ERI-PE signifikant vorhersagt. In der Skala Umbewertung, $F(3, 395) = 4.93, p = .018, \eta^2 = 0.036$ des ERI-NE wie auch in der Skala empathische Unterdrückung, $F(3, 395) = 7.97, p < .001, \eta^2 = 0.057$ des ERI-PE konnten signifikante Unterschiede zwischen Psychologiestudenten, Klinischen Psychologen, Beratern und Angehörige nicht-sozialer Berufe gefunden werden, nachdem der Effekt des Geschlechtes kontrolliert wurde (siehe Tabelle 16).

Tabelle 16

ANCOVAs mit dem Faktor Beruf und der Kovariate Geschlecht (ERI-NE und ERI-PE)

Quelle der Variation	Skala	SS	df	MS	F	Sig.	Partiell- es Eta- Quadrat
Geschlecht	NE-KA	4143.40	1	4143.40	11.06	.008*	.027
	NE-EU	8.35	1	8.35	0.02	.880	.000
	NE-AB	917.11	1	917.11	3.49	.378	.009
	NE-UA	2401.01	1	2401.01	10.07	.014*	.025
	NE-UB	32.82	1	32.82	0.10	1.000	.000
	PE-KA	3843.12	1	3843.12	13.54	.000**	.033
	PE-EU	637.16	1	637.16	2.26	.670	.006
	PE-AB	116.51	1	116.51	0.60	1.000	.002
	PE-UA	6778.71	1	6778.71	18.84	.000**	.046
	PE-UN	196.96	1	196.96	0.91	1.000	.002
Beruf	NE-KA	4614.27	3	1538.09	4.11	.056	.030
	NE-EU	1922.59	3	640.86	1.75	.780	.013
	NE-AB	2811.63	3	937.21	3.57	.098	.026
	NE-UA	1481.92	3	493.97	2.07	.618	.015
	NE-UB	4891.96	3	1630.65	4.93	.018*	.036
	PE-KA	522.37	3	174.12	0.61	1.000	.005
	PE-EU	6753.53	3	2251.18	7.97	.000**	.057
	PE-AB	148.429	3	49.48	0.25	.859	.002
	PE-UA	632.86	3	210.95	0.59	1.000	.004
	PE-UN	858.32	3	286.11	1.32	1.000	.010
Fehler	NE-KA	374.56	395				
	NE-EU	366.30	395				
	NE-AB	262.97	395				
	NE-UA	238.50	395				
	NE-UB	330.78	395				
	PE-KA	283.84	395				
	PE-EU	282.64	395				
	PE-AB	195.35	395				
	PE-UA	359.89	395				
	PE-UN	216.48	395				

Anmerkungen. NE-KA = kontrollierter Ausdruck (ERI-NE), NE-EU = empathische Unterdrückung (ERI-NE), NE-AB = Ablenkung (ERI-NE), NE-UA = unkontrollierter Ausdruck (ERI-NE), NE-UB = Umbewertung (ERI-NE), PE-KA = kontrollierter Ausdruck (ERI-PE), PE-EU = empathische Unterdrückung (ERI-PE), PE-AB = Ablenkung (ERI-PE), PE-UA = unkontrollierter Ausdruck (ERI-PE), PE-UN = Unterdrückung (ERI-PE)

*p < .05

**p < .01

Um zu untersuchen, zwischen welchen Gruppen diese signifikanten Unterschiede bestanden, wurden anschließend Kontraste berechnet (siehe Tabelle 17 und 18). Signifikante Unterschiede konnten zwischen **Psychologiestudenten und Klinischen Psychologen** in der Skala empathische Unterdrückung ($p = .005$) des ERI-PE gefunden werden. Zwischen **Psychologiestudenten und Beratern** zeigten sich in der Skala Ablenkung ($p = .030$) des ERI-NE sowie in der Skala empathische Unterdrückung ($p < .001$) des ERI-PE signifikante Unterschiede. **Psychologiestudenten und Angehörige nicht-sozialer Berufe** unterschieden sich in der Skala kontrollierter Ausdruck ($p = .040$) des ERI-NE signifikant voneinander. Zwischen **Klinischen Psychologen und Angehörige nicht-sozialer Berufe** lieferten die Ergebnisse einen signifikanten Unterschied in der Skala kontrollierter Ausdruck ($p = .018$) des ERI-NE. **Berater und Angehörige nicht-sozialer Berufe** zeigten in der Skala Umbewertung ($p < .001$) des ERI-NE wie auch in der Skala empathische Unterdrückung ($p = .016$) des ERI-PE einen signifikanten Unterschied.

Tabelle 17

Signifikanzwerte der Kontraste (ERI-NE)

Beruf	KA	EU	AB	UA	UB
1 vs. 2	.676	.432	.064	.949	.474
1 vs. 3	.258	.327	.030*	.220	.056
1 vs. 4	.040*	1.000	.055	1.000	.440
2 vs. 3	.152	.990	1.000	.228	.303
2 vs. 4	.018*	.618	.875	1.000	.050
3 vs. 4	.716	.520	1.000	.180	.000**

Anmerkungen. 1 = Psychologiestudenten, 2 = Klinische Psychologen, 3 = Berater, 4 = Angehörige nicht-sozialer Berufe; KA = kontrollierter Ausdruck, EU = empathische Unterdrückung, AB = Ablenkung, UA = unkontrollierter Ausdruck, UB = Umbewertung

* $p < .05$

** $p < .01$

Tabelle 18

Signifikanzwerte der Kontraste (ERI-PE)

Beruf	KA	EU	AB	UA	UN
1 vs. 2	1.000	.005*	1.000	1.000	1.000
1 vs. 3	.858	.000**	1.000	1.000	1.000
1 vs. 4	1.000	.315	1.000	1.000	.576
2 vs. 3	1.000	.193	.859	1.000	.942
2 vs. 4	1.000	.214	1.000	1.000	.498
3 vs. 4	1.000	.016*	1.000	.972	.505

Anmerkungen. 1 = Psychologiestudenten, 2 = Klinische Psychologen, 3 = Berater, 4 = Angehörige nicht-sozialer Berufe; KA = kontrollierter Ausdruck, EU = empathische Unterdrückung, AB = Ablenkung, UA = unkontrollierter Ausdruck, UN = Unterdrückung

* $p < .05$

** $p < .01$

Um herauszufinden, bei welchen Berufen, bei denen signifikante Unterschiede in den Skalen des ERI-NE bzw. des ERI-PE gefunden wurden, höhere bzw. niedrigere Werte vorlagen, wurden im Anschluss die adjustierten Mittelwerte (M) sowie die Standardfehler (SE) der signifikanten Kontraste betrachtet. **Psychologiestudenten** wiesen im ERI-NE in der Skala kontrollierter Ausdruck höhere Werte ($M = 95.59$, $SE = 1.85$) auf als Angehörige nicht-sozialer Berufe ($M = 88.34$, $SE = 1.97$), in der Skala Ablenkung erreichten sie höhere Werte ($M = 79.95$; $SE = 1.55$) als Berater ($M = 73.48$, $SE = 1.66$). In der Skala empathische Unterdrückung des ERI-PE erzielten Psychologiestudenten höhere Mittelwerte ($M = 61.20$, $SE = 1.61$) als Klinische Psychologen ($M = 53.51$, $SE = 1.69$) und Berater ($M = 50.36$, $SE = 1.73$). **Klinische Psychologen** erzielten im ERI-NE in der Skala kontrollierter Ausdruck höhere Werte ($M = 96.72$, $SE = 1.95$) als Angehörige nicht-sozialer Berufe ($M = 88.34$, $SE = 1.97$). **Berater** erreichten in der Skala Umbewertung des ERI-NE höhere Werte ($M = 86.32$, $SE = 1.87$) als Angehörige nicht-sozialer Berufe ($M = 76.94$, $SE = 1.85$). **Angehörige nicht-sozialer Berufe** erzielten in der Skala empathische Unterdrückung des ERI-PE höhere Werte ($M = 57.39$, $SE = 1.71$) als Berater ($M = 50.36$, $SE = 1.73$). In Tabelle 19 sind die geschätzten Randmittel des ERI-NE ersichtlich, Tabelle 20 zeigt die geschätzten Randmittel des ERI-PE. In Abbildung 6 und 7 werden die adjustierten Mittelwerte der Skalen des ERI-NE bzw. der Skalen des ERI-PE grafisch dargestellt.

Tabelle 19

Geschätzte Randmittel pro Berufsgruppe (ERI-NE)

Beruf	Skala	95%-Konfidenzintervall		M	SE
		Untergrenze	Obergrenze		
Psychologiestudenten	KA	91.95	99.24	95.59	1.85
	EU	69.79	77.00	73.40	1.83
	AB	76.90	83.01	79.95	1.55
	UA	58.03	63.84	60.94	1.48
	UB	76.63	83.48	80.06	1.74
Klinische Psychologen	KA	92.89	100.54	96.72	1.95
	EU	65.33	72.90	69.12	1.93
	AB	71.31	77.72	74.51	1.63
	UA	57.74	63.85	60.98	1.55
	UB	80.03	87.22	83.63	1.83
Berater	KA	87.01	94.82	90.91	1.99
	EU	65.22	72.94	69.08	1.96
	AB	70.21	76.76	73.48	1.66
	UA	53.44	59.67	56.56	1.59
	UB	82.66	90.00	86.32	1.87
Angehörige nicht-sozialer Berufe	KA	84.48	92.21	88.34	1.97
	EU	69.77	77.41	73.59	1.94
	AB	70.91	77.38	74.15	1.65
	UA	58.34	64.51	61.42	1.57
	UB	73.31	80.57	76.94	1.85

Anmerkungen. KA = kontrollierter Ausdruck, EU = empathische Unterdrückung, AB = Ablenkung, UA = unkontrollierter Ausdruck, UB = Umbewertung

Tabelle 20

Geschätzte Randmittel pro Berufsgruppe (ERI-PE)

Beruf	Skala	95%-Konfidenzintervall		M	SE
		Untergrenze	Obergrenze		
Psychologiestudenten	KA	91.52	97.86	94.69	1.61
	EU	58.03	64.37	61.20	1.61
	AB	43.499	48.75	46.12	1.34
	UA	83.00	90.15	86.57	1.82
	UN	40.37	45.91	43.14	1.41
Klinische Psychologen	KA	94.32	100.99	97.65	1.70
	EU	50.18	56.83	53.51	1.69
	AB	42.84	48.37	45.61	1.41
	UA	79.40	86.90	83.15	1.91
	UN	39.59	45.41	42.50	1.48
Berater	KA	91.71	98.51	95.11	1.73
	EU	46.97	53.75	50.36	1.73
	AB	42.43	48.07	45.25	1.43
	UA	80.66	88.32	84.49	1.95
	UN	39.68	45.62	42.65	1.51
Angehörige nicht-sozialer Berufe	KA	92.65	99.38	96.01	1.71
	EU	54.03	60.74	57.39	1.71
	AB	44.11	49.69	46.90	1.42
	UA	80.61	88.18	84.40	1.93
	UN	43.21	49.08	46.15	1.49

Anmerkungen. KA = kontrollierter Ausdruck, EU = empathische Unterdrückung, AB = Ablenkung, UA = unkontrollierter Ausdruck, UN = Unterdrückung

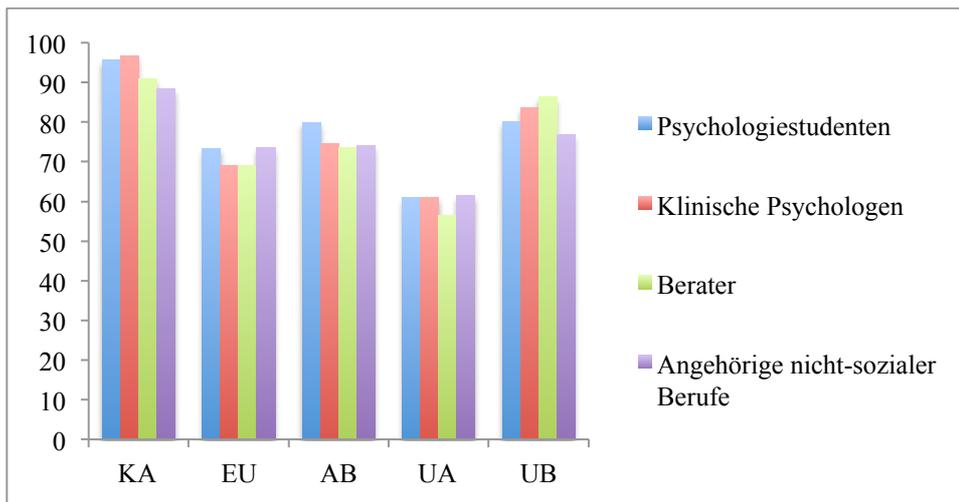


Abbildung 6. Grafische Darstellung der adjustierten Mittelwerte pro Berufsgruppe (ERI-NE). KA = kontrollierter Ausdruck, EU = empathische Unterdrückung, AB = Ablenkung, UA = unkontrollierter Ausdruck, UB = Umbewertung

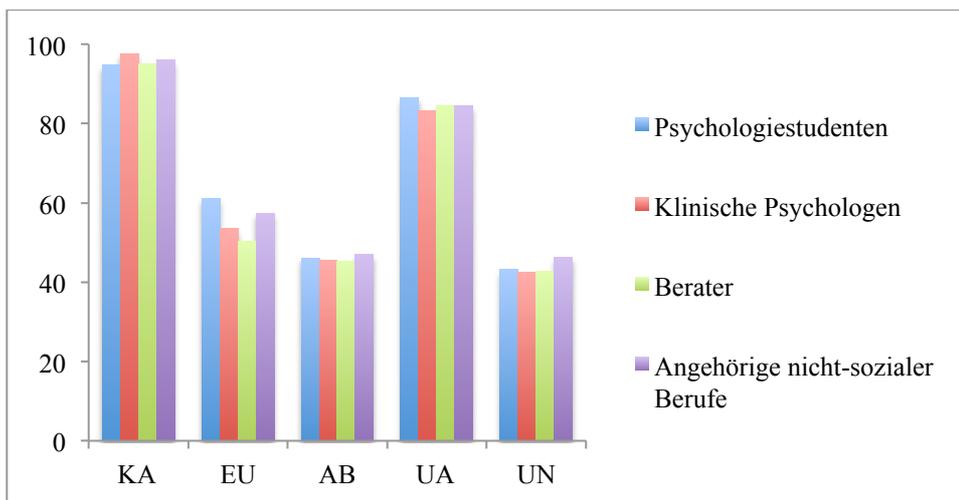


Abbildung 7. Grafische Darstellung der adjustierten Mittelwerte pro Berufsgruppe (ERI-PE). KA = kontrollierter Ausdruck, EU = empathische Unterdrückung, AB = Ablenkung, UA = unkontrollierter Ausdruck, UN = Unterdrückung

Um einen möglichen Einfluss des Alters auf die Fähigkeit zur Emotionsregulation mit Berücksichtigung des Geschlechts der Teilnehmer zu untersuchen, wurde eine multivariate Kovarianzanalyse (MANCOVA) berechnet. Es zeigte sich, dass die Kovariate Geschlecht die einzelnen Skalenwerte signifikant vorhersagt, $V = .08$, $F(10, 388) = 3.51$, $p < .001$, $\eta^2 = .083$. Des Weiteren konnte ein signifikanter Effekt des Alters auf die einzelnen Skalenwerte gefunden werden, nachdem der Effekt des Geschlechts kontrolliert wurde, $V = .13$, $F(10, 388) = 5.88$, $p < .001$, $\eta^2 = .132$ (siehe Tabelle 21).

Tabelle 21

MANCOVA mit dem Faktor Alter und der Kovariate Geschlecht (ERI-NE und ERI-PE)

Effekt		Wert	F	Hypothese df	Fehler df	Sig.	Partielles Eta- Quadrat
Geschlecht	Pillai- Spur	.08	3.51	10.00	388.00	.000**	.083
Alter	Pillai- Spur	.13	5.88	10.00	388.00	.000**	.132

**p < .01

Anschließend wurden die einzelnen Skalen des ERI mittels univariater Kovarianzanalysen (ANCOVAs) hinsichtlich möglicher Unterschiede zwischen den beiden Altersgruppen untersucht. Es zeigte sich, dass die Kovariate Geschlecht die Werte der Skalen kontrollierter Ausdruck, $F(1, 397) = 13.69, p = .016, \eta^2 = .024$ und unkontrollierter Ausdruck, $F(1, 397) = 16.56, p = .028, \eta^2 = .020$ des ERI-NE wie auch der Skalen kontrollierter Ausdruck, $F(1, 397) = 13.69, p < .001, \eta^2 = .033$ und unkontrollierter Ausdruck, $F(1, 397) = 16.56, p < .001, \eta^2 = .024$ des ERI-PE signifikant vorhersagt. Des Weiteren konnten signifikante Unterschiede zwischen jüngeren und älteren Personen in der Skala Ablenkung, $F(3, 397) = 15.87, p < .001, \eta^2 = .038$ des ERI-NE wie auch in der Skala empathische Unterdrückung, $F(3, 397) = 18.30, p < .001, \eta^2 = .044$ des ERI-PE gefunden werden, wenn der Effekt der Kovariate Geschlecht kontrolliert wurde (siehe Tabelle 22).

Tabelle 22

ANCOVAs mit dem Faktor Alter und der Kovariate Geschlecht (ERI-NE und ERI-PE)

Quelle der Variation	Skala	SS	df	MS	F	Sig.	Partiell- es Eta- Quadrat
Geschlecht	NE-KA	3681.04	1	3681.04	9.59	.016*	.024
	NE-EU	84.75	1	84.75	0.23	1.000	.001
	NE-AB	465.22	1	465.22	1.80	1.000	.005
	NE-UA	1978.26	1	1978.26	8.26	.028*	.020
	NE-UB	3.28	1	3.28	0.01	.922	.000
	PE-KA	3805.72	1	3805.72	13.42	.000**	.033
	PE-EU	251.87	1	251.87	0.88	1.000	.002
	PE-AB	67.50	1	67.50	0.35	1.000	.001
	PE-UA	6280.82	1	6280.82	17.52	.000**	.042
	PE-UN	191.10	1	191.10	0.88	1.000	.002
Alter	NE-KA	98.69	1	98.69	0.26	1.000	.001
	NE-EU	2702.88	1	2702.88	7.46	.056*	.018
	NE-AB	4100.80	1	4100.80	15.87	.000**	.038
	NE-UA	632.37	1	632.37	2.64	.630	.007
	NE-UB	1075.43	1	1075.43	3.18	.532	.008
	PE-KA	74.15	1	74.15	0.26	1.000	.001
	PE-EU	5216.68	1	5216.68	18.30	.000**	.044
	PE-AB	338.51	1	338.51	1.75	.935	.004
	PE-UA	488.75	1	488.75	1.36	.976	.003
	PE-UN	6.65	1	6.65	0.03	.861	.000
Fehler	NE-KA	152465.51	397	384.04			
	NE-EU	143906.30	397	362.48			
	NE-AB	102585.06	397	258.40			
	NE-UA	95056.92	397	239.44			
	NE-UB	134474.31	397	338.73			
	PE-KA	112565.72	397	283.54			
	PE-EU	113180.40	397	285.09			
	PE-AB	76971.22	397	193.88			
	PE-UA	142300.43	397	358.44			
	PE-UN	86361.26	397	217.54			

Anmerkungen. NE-KA = kontrollierter Ausdruck (ERI-NE), NE-EU = empathische Unterdrückung (ERI-NE), NE-AB = Ablenkung (ERI-NE), NE-UA = unkontrollierter Ausdruck (ERI-NE), NE-UB = Umbewertung (ERI-NE), PE-KA = kontrollierter Ausdruck (ERI-PE), PE-EU = empathische Unterdrückung (ERI-PE), PE-AB = Ablenkung (ERI-PE), PE-UA = unkontrollierter Ausdruck (ERI-PE), PE-UN = Unterdrückung (ERI-PE)

*p < .05

**p < .01

In der Skala empathische Unterdrückung des ERI-NE wiesen jüngere Personen ($M = 74.00$, $SE = 1.36$) einen höheren Mittelwert auf als ältere ($M = 68.75$, $SE = 1.35$), in der Skala Ablenkung des ERI-NE erreichten jüngere Personen ($M = 78.91$, $SE = 1.15$) einen höheren Mittelwert als ältere ($M = 72.44$, $SE = 1.14$). Jüngere Teilnehmer erzielten in der Skala empathische Unterdrückung des ERI-PE einen höheren Mittelwert ($M = 59.46$, $SE = 1.20$) als ältere ($M = 52.17$, $SE = 1.20$). In Tabelle 23 sind die geschätzten Randmittel pro Altersgruppe ersichtlich, in Abbildung 9 und 10 werden die adjustierten Mittelwerte der Skalen des ERI-NE bzw. des ERI-PE grafisch dargestellt.

Tabelle 23

Geschätzte Randmittel pro Altersgruppe (ERI-NE und ERI-PE)

Beruf	Skala	95%-Konfidenzintervall		M	SE
		Untergrenze	Obergrenze		
jüngere Personen	NE-KA	90.76	96.25	93.50	1.40
	NE-EU	71.33	76.67	74.00	1.36
	NE-AB	76.66	81.17	78.91	1.15
	NE-UA	59.09	63.42	61.26	1.10
	NE-UB	77.43	82.59	80.00	1.31
	PE-KA	93.05	97.77	95.41	1.20
	PE-EU	57.10	61.83	59.46	1.20
	PE-AB	44.96	48.86	46.91	0.99
	PE-UA	83.17	88.48	85.83	1.35
	PE-UN	41.66	45.79	43.73	1.05
ältere Personen	NE-KA	89.77	95.23	92.50	1.39
	NE-EU	66.09	71.40	68.75	1.35
	NE-AB	70.23	74.69	72.44	1.14
	NE-UA	56.56	60.87	58.72	1.01
	NE-UB	80.75	85.89	83.32	1.31
	PE-KA	93.93	98.62	96.28	1.19
	PE-EU	49.81	54.52	52.17	1.20
	PE-AB	43.11	46.99	45.05	0.99
	PE-UA	80.95	86.23	83.59	1.34
	PE-UN	41.41	45.52	43.46	1.05

Anmerkungen. NE-KA = kontrollierter Ausdruck (ERI-NE), NE-EU = empathische Unterdrückung (ERI-NE), NE-AB = Ablenkung (ERI-NE), NE-UA = unkontrollierter Ausdruck (ERI-NE), NE-UB = Umbewertung (ERI-NE), PE-KA = kontrollierter Ausdruck (ERI-PE), PE-EU = empathische Unterdrückung (ERI-PE), PE-AB = Ablenkung (ERI-PE), PE-UA = unkontrollierter Ausdruck (ERI-PE), PE-UN = Unterdrückung (ERI-PE)

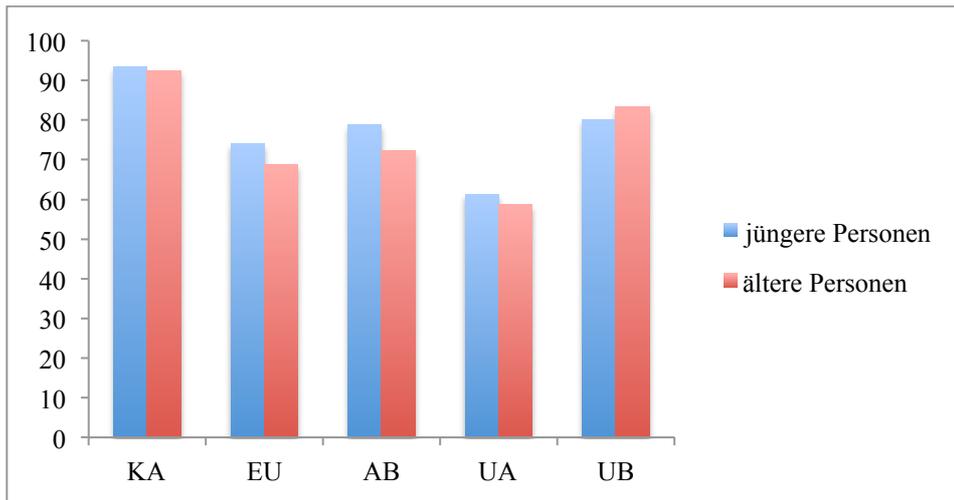


Abbildung 8. Grafische Darstellung der adjustierten Mittelwerte pro Altersgruppe (ERI-NE). KA = kontrollierter Ausdruck, EU = empathische Unterdrückung, AB = Ablenkung, UA = unkontrollierter Ausdruck, UB = Umbewertung

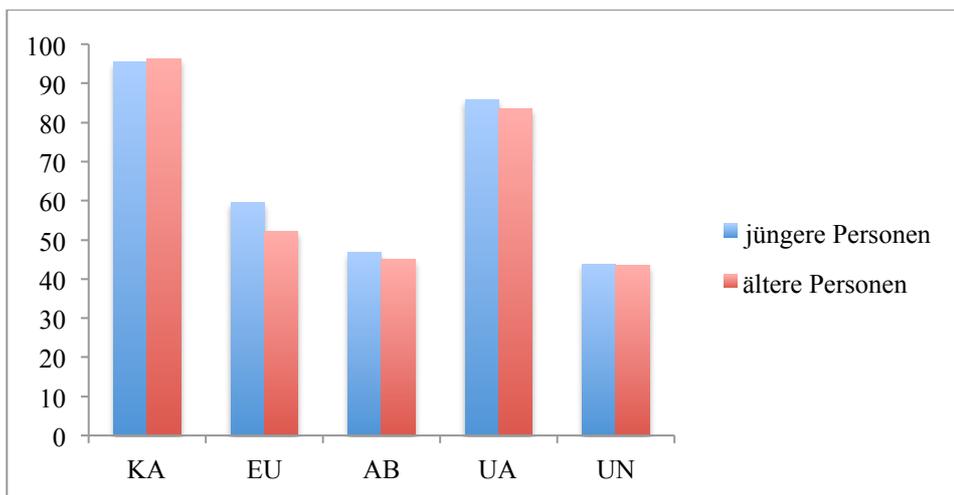


Abbildung 9. Grafische Darstellung der adjustierten Mittelwerte pro Altersgruppe (ERI-PE). KA = kontrollierter Ausdruck, EU = empathische Unterdrückung, AB = Ablenkung, UA = unkontrollierter Ausdruck, UN = Unterdrückung

9 Zusammenfassung der Ergebnisse mit Bezugnahme auf die Hypothesen

Hypothese 1: Psychologiestudenten sind empathischer als Angehörige nicht-sozialer Berufe.

In den Skalen **Perspektivenübernahme** und **Fantasie** des SPF sowie in der Gesamtskala des **Eyes Test** zeigten Psychologiestudenten signifikant höhere Werte als Angehörige nicht-sozialer Berufe (alle $p < .001$). In den Skalen **empathische Anteilnahme** und **empathischer Distress** des SPF konnten keine signifikanten Ergebnisse in Richtung höherer Empathie von Psychologiestudenten gegenüber Angehörigen nicht-sozialer Berufe gefunden werden, somit kann die Hypothese 1 nur teilweise angenommen werden.

Hypothese 2: Klinische Psychologen sind empathischer als Angehörige nicht-sozialer Berufe.

In der Skala **empathischer Distress** des SPF erzielten Klinische Psychologen signifikant geringere Werte als Angehörige nicht-sozialer Berufe ($p < .001$). In den Skalen **Perspektivenübernahme**, **Fantasie** und **empathische Anteilnahme** des SPF sowie in der Gesamtskala des **Eyes Test** konnten keine signifikanten Ergebnisse in Richtung höherer Empathie von Klinischen Psychologen gegenüber Angehörigen nicht-sozialer Berufe gefunden werden, somit kann die Hypothese 2 nur teilweise angenommen werden.

Hypothese 3: Klinische Psychologen sind empathischer als Psychologiestudenten.

In der Skala **empathischer Distress** des SPF erzielten Klinische Psychologen signifikant geringere Werte als Psychologiestudenten ($p < .001$). In den Skalen **Perspektivenübernahme**, **Fantasie** und **empathische Anteilnahme** des SPF sowie in der Gesamtskala des **Eyes Test** konnten keine signifikanten Ergebnisse in Richtung höherer Empathie von Klinischen Psychologen gegenüber Psychologiestudenten gefunden werden, somit kann die Hypothese 3 nur teilweise angenommen werden.

Hypothese 4: Berater sind empathischer als Psychologiestudenten.

In der Skala **empathischer Distress** erreichten Berater signifikant geringere Werte als Psychologiestudenten ($p < .001$). In den Skalen **Perspektivenübernahme**, **Fantasie**

und **empathische Anteilnahme** des SPF sowie in der Gesamtskala des **Eyes Test** konnten keine signifikanten Ergebnisse in Richtung höherer Empathie von Beratern gegenüber Psychologiestudenten gefunden werden, somit kann die Hypothese 4 nur teilweise angenommen werden.

Hypothese 5: Es gibt einen Unterschied zwischen Klinischen Psychologen und Beratern bezüglich Empathie.

In der Gesamtskala des **Eyes Test** erreichten Klinische Psychologen signifikant höhere Werte als Berater ($p = .042$). Berater erzielten in der Skala **Perspektivenübernahme** des SPF signifikant höhere Werte als Klinische Psychologen ($p < .001$). In den Skalen **Fantasie**, **empathische Anteilnahme** und **empathischer Distress** des SPF konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen Klinischen Psychologen und Beratern gefunden werden, somit kann die Hypothese 5 nur teilweise angenommen werden.

Hypothese 6: Berater sind empathischer als Angehörige nicht-sozialer Berufe.

In der Skala **Perspektivenübernahme** erreichten Berater signifikant höhere Werte als Angehörige nicht-sozialer Berufe ($p < .001$). In der Skala **empathischer Distress** erzielten sie signifikant geringere Werte als Angehörige nicht-sozialer Berufe ($p < .001$). In den Skalen **Fantasie** und **empathische Anteilnahme** des SPF sowie in der Gesamtskala des **Eyes Test** konnten keine signifikanten Ergebnisse in Richtung höherer Empathie von Beratern gegenüber Angehörigen nicht-sozialer Berufe gefunden werden, somit kann die Hypothese 6 nur teilweise angenommen werden.

Hypothese 7: Es gibt einen Unterschied zwischen älteren und jüngeren Personen bezüglich Empathie.

In der Skala **Fantasie** des SPF wiesen jüngere Personen signifikant höhere Werte auf als ältere ($p < .001$), in der Skala **empathischer Distress** des SPF erreichten ältere Personen signifikant geringere Werte als jüngere ($p < .001$). Jüngere Personen erzielten in der Gesamtskala des **Eyes Test** signifikant höhere Werte als ältere ($p < .001$). In den Skalen **Perspektivenübernahme** und **Fantasie** des SPF konnten keine signifikanten Unterschiede gefunden werden, somit kann die Hypothese 7 nur teilweise angenommen werden.

Hypothese 8: Psychologiestudenten haben eine bessere Emotionsregulation als Angehörige nicht-sozialer Berufe.

In der Skala **kontrollierter Ausdruck** des ERI-NE wiesen Psychologiestudenten signifikant höhere Werte auf als Angehörige nicht-sozialer Berufe ($p = .040$). Bei allen anderen Skalen des ERI-NE (**empathische Unterdrückung, Ablenkung, unkontrollierter Ausdruck, Umbewertung**) sowie bei den Skalen des ERI-PE (**kontrollierter Ausdruck, empathische Unterdrückung, Ablenkung, unkontrollierter Ausdruck, Unterdrückung**) konnten für Psychologiestudenten keine signifikanten Ergebnisse in Richtung besserer Emotionsregulation gegenüber Angehörigen nicht-sozialer Berufe gefunden werden, somit kann die Hypothese 8 nur teilweise angenommen werden.

Hypothese 9: Klinische Psychologen haben eine bessere Emotionsregulation als Angehörige nicht-sozialer Berufe.

In der Skala **kontrollierter Ausdruck** des ERI-NE erzielten Klinische Psychologen höhere Werte als Angehörige nicht-sozialer Berufe ($p = .018$). Bei allen anderen Skalen des ERI-NE (**empathische Unterdrückung, Ablenkung, unkontrollierter Ausdruck, Umbewertung**) sowie bei den Skalen des ERI-PE (**kontrollierter Ausdruck, empathische Unterdrückung, Ablenkung, unkontrollierter Ausdruck, Unterdrückung**) konnten für Klinische Psychologen keine signifikanten Ergebnisse in Richtung besserer Emotionsregulation gegenüber Angehörigen nicht-sozialer Berufe gefunden werden, somit kann die Hypothese 9 nur teilweise angenommen werden.

Hypothese 10: Klinische Psychologen haben eine bessere Emotionsregulation als Psychologiestudenten.

Für Klinische Psychologen konnten keine signifikanten Ergebnisse in Richtung besserer Emotionsregulation gegenüber Psychologiestudenten gefunden werden, somit kann die Hypothese 10 nicht angenommen werden.

Hypothese 11: Berater haben eine bessere Emotionsregulation als Psychologiestudenten.

Für Berater konnten keine signifikanten Ergebnisse in Richtung besserer Emotionsregulation gegenüber Psychologiestudenten gefunden werden, somit kann die Hypothese 11 nicht angenommen werden.

Hypothese 12: Es gibt einen Unterschied zwischen Klinischen Psychologen und Beratern bezüglich Emotionsregulation.

Es konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen Klinischen Psychologen und Beratern in der Emotionsregulation gefunden werden, somit kann die Hypothese 12 nicht angenommen werden.

Hypothese 13: Berater haben eine bessere Emotionsregulation als Angehörige nicht-sozialer Berufe.

In der Skala **Umbewertung** des ERI-NE erreichten Berater höhere Werte als Angehörige nicht-sozialer Berufe ($p < .001$). Bei allen anderen Skalen des ERI-NE (**kontrollierter Ausdruck, empathische Unterdrückung, Ablenkung, unkontrollierter Ausdruck**) sowie bei den Skalen des ERI-PE (**kontrollierter Ausdruck, empathische Unterdrückung, Ablenkung, unkontrollierter Ausdruck, Unterdrückung**) konnten für Berater keine signifikanten Ergebnisse in Richtung besserer Emotionsregulation gegenüber Angehörigen nicht-sozialer Berufe gefunden werden, somit kann die Hypothese 13 nur teilweise angenommen werden.

Hypothese 14: Ältere Personen haben eine bessere Emotionsregulation als jüngere.

Für ältere Personen konnten keine signifikanten Ergebnisse in Richtung besserer Emotionsregulation gegenüber jüngeren gefunden werden, somit kann die Hypothese 14 nicht angenommen werden.

10 Diskussion und Interpretation

In der vorliegenden Arbeit wurde die Empathie- und Emotionsregulationsfähigkeit von Psychologiestudenten, Klinischen Psychologen, Beratern und Angehörigen nicht-sozialer Berufe untersucht.

Da Empathie durch das Zusammenspiel von Therapeut und Klient entstehen kann (Wynn & Wynn, 2006), einen Teil des therapeutischen Bundes ausmacht (Duan & Hill, 1996), welcher mit einem guten Ergebnis der Therapie in Zusammenhang steht (Martin et al., 2000) und generell als wichtiger Faktor im therapeutischen- (Burns & Nolen-Hoeksema, 1992; Rogers, 1957) sowie im Beratungsprozess (Clark, 2010) identifiziert wurde, wurde angenommen, dass Klinische Psychologen und Berater zwei Berufsgruppen mit einer erhöhten Empathiefähigkeit darstellen. Da Empathie eng mit der Emotionsregulation in Zusammenhang steht (Decety & Lamm, 2006; Eisenberg, 1994; 2000) und die Emotionsregulation ebenfalls in sozialen Berufen wichtig ist (Fluttert et al., 2010; Fox, 2006; Hall et al., 2000), wurde weiters hypothetisiert, dass Klinische Psychologen und Berater empathischer sind und eine bessere Emotionsregulation besitzen als Personen, die einer Tätigkeit im nicht-sozialen Bereich nachgehen. Insgesamt zeigte sich jedoch, dass Angehörige sozialer Berufe (Klinische Psychologen, Berater) nur zum Teil eine höhere Empathie- und bessere Emotionsregulationsfähigkeit besitzen als Angehörige nicht-sozialer Berufe.

Klinische Psychologen beschrieben im Vergleich zu Angehörigen nicht-sozialer Berufe wie erwartet, weniger Distress beim Miterleben negativer Erfahrungen anderer zu verspüren, sie scheinen jedoch überraschenderweise seltener empathische Anteilnahme für Personen in negativen Situationen zu empfinden. In den Skalen Perspektivenübernahme und Fantasie sowie im Eyes Test konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen gefunden werden. Dieses Ergebnis ist insofern verwunderlich, da die Skala Perspektivenübernahme mit empathischem Distress korreliert (Davis, 1983) und somit zu erwarten wäre, dass Personen mit geringem empathischem Distress eine hohe Fähigkeit zur Perspektivenübernahme besitzen. Bei genauerer Betrachtung der Mittelwerte lässt sich jedoch erkennen, dass Klinische Psychologen in der Skala Perspektivenübernahme zwar höhere Werte als Angehörige nicht-sozialer Berufe erreichten, der Unterschied aber keine statistische Signifikanz erreichte ($p = .075$). Bei der Untersuchung der Empathiefähigkeit von Klinischen und wissenschaftlich tätigen Psychologen von Hall et al. (2000) fanden die

Autoren, dass Klinische Psychologen eher die Perspektive anderer einnehmen sowie öfter empathische Anteilnahme und seltener empathischen Distress verspüren als die Vergleichsgruppe. Sie interpretieren diese Ergebnisse dahingehend, dass Persönlichkeitsvariablen einen kausalen Effekt darauf haben könnten, für welchen Beruf man sich entscheidet, dass es aber auch sein kann, dass die Unterschiede in der Empathiefähigkeit auf Training bzw. Arbeitserfahrung der Klinischen Psychologen zurückzuführen sind. Die Ergebnisse können jedoch nicht direkt miteinander verglichen werden, da die Wissenschaftler bei Hall et al. (2000) sich zwar für eine nicht-soziale Berufslaufbahn entschieden hatten, der Beruf als Psychologe jedoch laut dem Institut der Bildungsforschung der Wirtschaft (2011, „Berufsinformationscomputer“) zur Sparte Erziehung/Bildung/soziales/Religion gehört und somit als sozial betrachtet werden kann. In der Studie von Hassenstab et al. (2007), in welcher Psychotherapeuten mit einer nicht-sozialen Kontrollgruppe verglichen wurden, zeigte sich wie in der vorliegenden Arbeit eine nur geringe Überlegenheit der Therapeuten bezüglich selbstbeurteilter Empathie, welche ebenfalls in der Skala empathischer Distress gefunden wurde. Auf den ersten Blick könnten die geringeren Werte der Distress-Skala den Autoren zufolge den Anschein erwecken, dass Therapeuten weniger sensibel auf die emotionalen Gefühlszustände anderer reagieren. Die genauere Betrachtung dieser Skala lässt jedoch vermuten, dass damit mehr als die reine emotionale Empathie gemessen wird. In Anlehnung an Baron-Cohen und Wheelwright (2004) interpretieren sie empathischen Distress als Maß der Emotionsregulation und meinen, dass der berufsbedingte häufige Kontakt ausgebildeter Therapeuten zu affektiv geladenen Interaktionen die Fähigkeit beeinflussen kann, das Ausmaß des Unwohlseins in emotionalen Situationen zu mildern. In den Skalen Perspektivenübernahme und Fantasie sowie im Eyes Test fanden die Autoren wie in der vorliegenden Untersuchung keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Daraus schließen sie auf ähnliche Fähigkeiten bei der richtigen Erkennung der mentalen Gefühlszustände einer anderen Person, der Übernahme anderer Perspektiven sowie der Fähigkeit, sich in fiktive Situationen hineinzufühlen. Bezüglich der Emotionsregulation beschrieben sich Klinische Psychologen als besser fähig, negative Emotionen in einer kontrollierten Art und Weise auszudrücken, bei der Regulation positiver Gefühle konnten keine signifikanten Unterschiede gefunden werden.

Berater gaben im Vergleich zu Angehörigen nicht-sozialer Berufe und im Unterschied zu Klinischen Psychologen an, öfter die Sichtweise einer anderen Person zu übernehmen. Alle weiteren Ergebnisse, welche die Empathie betreffen, gehen mit denen der Klinischen Psychologen konform: Sie beschrieben, geringeres Unbehagen und seltener empathische Anteilnahme bei Personen in negativen Situationen zu verspüren als Angehörige nicht-sozialer Berufe, keine signifikanten Unterschiede konnten in der Fantasie-Empathie sowie im Eyes Test gefunden werden. Die geringen Werte der Skala empathische Anteilnahme der Klinischen Psychologen und Berater könnten daran liegen, dass die Skala empathische Anteilnahme eine positive Korrelation mit der Skala empathischer Distress aufweist (Davis, 1983) und somit Personen, die nicht so viel Mitleid mit anderen in negativen Situationen empfinden, auch nicht so leicht von den dadurch auftretenden negativen Emotionen überwältigt werden. Bezüglich der Emotionsregulation gaben Berater an, Situationen, die negative Emotionen hervorrufen, öfter kognitiv neu zu definieren als Angehörige nicht-sozialer Berufe. Bei der Regulation positiver Emotionen konnten, bis auf die Überlegenheit der Berater in der Skala empathische Unterdrückung, keine signifikanten Unterschiede gefunden werden. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass in sozialen Berufen eine höhere Perspektivenübernahmefähigkeit, mehr empathische Anteilnahme sowie geringerer empathischer Distress vorhanden sind als in nicht-sozialen Berufen, die Fantasie-Empathie sowie die objektive Fähigkeit zur Emotionserkennung scheinen jedoch gleich ausgeprägt zu sein. Des Weiteren zeigte sich, dass die Regulation positiver Emotionen, mit Ausnahme der besseren empathischen Unterdrückung von Beratern, bei sozialen Berufsgruppen nicht besser ausgeprägt ist als bei nicht-sozialen. Die Regulation negativer Emotionen scheint in den Bereichen kontrollierter Ausdruck bei Klinischen Psychologen sowie Umbewertung bei Beratern besser zu sein als bei nicht-sozialen Berufen.

Um zu untersuchen, ob es einen Unterschied zwischen Klinischen Psychologen und der ebenfalls sozialen, aber nicht-psychologischen Berufsgruppe der Berater gibt, wurden die beiden Gruppen anhand ihrer Empathie- und Emotionsregulationsfähigkeit verglichen. Klinische Psychologen und Berater unterschieden sich in der Fähigkeit, ihre positiven und negativen Emotionen zu regulieren, nicht von einander. Bei der Emotionserkennung des Eyes Test erwiesen sich Klinische Psychologen als besser, Berater gaben dafür an, öfter fremde Perspektiven übernehmen zu können. Das

bedeutet, dass Berater aufgrund der höheren Werte in der Skala Perspektivenübernahme eine geringfügig bessere selbstbeurteilte Empathiefähigkeit besitzen, objektiv betrachtet Klinische Psychologen den Beratern jedoch zumindest in der Emotionserkennung überlegen sind. Für die Ausprägung der Emotionsregulation scheint es keine Rolle zu spielen, ob man einen psychologischen oder einen nicht-psychologischen Beruf ausübt.

Die Frage, ob die Berufserfahrung im sozialen Bereich einen positiven Einfluss auf Empathie und Emotionsregulation hat, kann anhand der vorliegenden Ergebnisse nicht eindeutig beantwortet werden. Bezüglich Empathie beschrieben sich Klinische Psychologen und Berater zwar als weniger mit empathischem Distress konfrontiert, es zeigte sich jedoch, dass Psychologiestudenten scheinbar eine höhere Fantasie-Empathie und empathische Anteilnahme aufweisen sowie Emotionen besser erkennen können als die beiden sozialen Berufsgruppen. Dies steht den Ergebnissen der objektiven Messung der Empathie von Therapeuten und Psychologiestudenten von Machado et al. (1999) entgegen, da sie herausfanden, dass Therapeuten durch Training bzw. Berufserfahrung leichter das emotionale Erleben anderer beurteilen können als Studenten, welche kein solches Training erfahren hatten. Bei der Emotionsregulation konnte keine selbstbeschriebene Überlegenheit der beiden sozialen Berufsgruppen gegenüber den Studenten gefunden werden, bei der Regulation negativer Emotionen erreichten Psychologiestudenten sogar höhere Werte in den Items zur empathischen Unterdrückung als Klinische Psychologen. Sie gaben weiters an, sich bei negativen Emotionen öfter abzulenken als Berater. Das bedeutet, dass die Berufserfahrung im sozialen Bereich eventuell dazu beitragen kann, sich von den Sorgen anderer nicht so sehr betroffen zu fühlen, auf die Fähigkeit zur Emotionserkennung, Perspektivenübernahme, empathischen Anteilnahme und Emotionsregulation scheint sie jedoch keinen fördernden Einfluss zu haben.

Da Holland (1996) zufolge Personen dazu tendieren, eine Arbeit zu wählen, die mit ihrer Persönlichkeit in Einklang steht, wurde untersucht, ob Psychologiestudenten, die den Beruf des Klinischen Psychologen anstreben, empathischer sind und eine bessere Emotionsregulation aufweisen als Angehörige nicht-sozialer Berufe. Dies kann aber anhand der Daten nicht eindeutig beantwortet werden, da Psychologiestudenten zwar laut ihren Angaben wie erwartet öfter andere Perspektiven einnehmen, sich besser in fiktive Situationen hinein fühlen können und auch bei der Erkennung der Emotionen anderer eine bessere Leistung erbrachten als Angehörige nicht-sozialer Berufe, bei den

Skalen empathische Anteilnahme und empathischer Distress konnten jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen gefunden werden. Bezüglich der Emotionsregulation zeigte sich anhand der Selbsteinschätzungen, dass Psychologiestudenten positive Emotionen nicht besser regulieren können als Angehörige nicht-sozialer Berufe, bei negativen Emotionen wiesen sie lediglich einen besser kontrollierten Ausdruck auf. Das bedeutet, dass Personen, die einen sozialen Beruf anstreben, eine hohe Fähigkeit zur Perspektivenübernahme und viel Fantasie-Empathie aufweisen, keine Schwierigkeiten damit haben, die Emotionen anderer zu erkennen sowie negative Emotionen kontrolliert ausdrücken können. Dies deckt sich jedoch nicht gänzlich mit der Meinung von Hall et al. (2000), wonach die Arbeit im klinischen Setting für diejenigen Personen attraktiver ist, welche eine hohe Perspektivenübernahmefähigkeit, hohe empathische Anteilnahme und geringen empathischen Distress aufweisen.

In der vorliegenden Arbeit konnte ein geringer Einfluss des Alters auf die Empathiefähigkeit gefunden werden. Jüngere Personen wiesen in der Skala Fantasie des SPF sowie im Eyes Test signifikant höhere Werte auf als ältere, ältere Personen erreichten wiederum in der Skala empathischer Distress des SPF signifikant geringere Werte als jüngere. Das Ergebnis des Eyes Test geht mit den Ergebnissen von Ruffman et al. (2008) und Isaacowitz et al. (2007) konform, da hier jüngere Personen ebenfalls besser dazu in der Lage waren, die Emotionen anderer richtig zu erkennen. Ruffman et al. (2008) bieten mehrere Erklärungsansätze für dieses Ergebnis. Sie meinen, dass die schlechtere Leistung älterer Erwachsener auf einen generellen Rückgang der kognitiven Fähigkeiten sowie auf strukturelle Veränderungen im Gehirn zurückzuführen sein könnte. Als weitere Erklärung für das schlechtere Erkennen negativer Emotionen führen sie an, dass ältere Personen sich vorwiegend an Positives erinnern und auch mehr Aufmerksamkeit auf positive Ereignisse und Stimuli richten als auf negative. Der letzte Erklärungsansatz der Autoren könnte auch für das Ergebnis der Distress-Skala der vorliegenden Arbeit sprechen, und zwar dahingehend, dass ältere Personen sich deshalb von negativen Erlebnissen anderer nicht so sehr beunruhigt fühlen als jüngere, weil sie ihren Fokus eher auf positive Ereignisse gerichtet haben. Bei der Querschnittuntersuchung von Schieman und van Gundy (2000) sowie Grünh et al. (2008) erreichten ältere Personen geringere selbstbeurteilte Empathiewerte als jüngere, was sich in der vorliegenden Arbeit lediglich in den Werten der Skala Fantasie

wiederspiegelt. Schieman und van Gundy (2000) erfassten zusätzlich sozioökonomische Faktoren wie Ausbildung und Einkommen, welche positiv mit Empathie und negativ mit dem Alter korrelierten und somit den negativen Zusammenhang zwischen Alter und Empathie zum Teil beeinflussten. In der vorliegenden Arbeit wurde die Variable Ausbildung kontrolliert, indem für alle Teilnehmer ein ähnliches Bildungsniveau vorausgesetzt wurde, was ein Grund dafür sein kann, dass ein solcher Zusammenhang in nur einer Skala gefunden wurde.

Anhand der Daten konnte gezeigt werden, dass ältere Personen ihre Emotionen nicht besser regulieren können als jüngere. Im Gegensatz dazu wurde eine höhere Regulationsfähigkeit jüngerer Personen in den Skalen empathische Unterdrückung (ERI-NE, ERI-PE) und Ablenkung (ERI-NE) gefunden. Nolen-Hoeksema und Aldao (2011) fanden ebenfalls, dass ältere Personen ihre Emotionen in einem geringeren Ausmaß regulieren als jüngere und führen dies u.a. darauf zurück, dass ältere Personen in einer konservativeren Zeit aufgewachsen sind, in der Gefühlen nicht so viel Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Das Ergebnis der vorliegenden Untersuchung steht den Ergebnissen von Blanchard-Field und Coats (2008), John und Gross (2004), Gross et al. (1997) sowie Orgeta (2009) entgegen, wo eine bessere Emotionsregulationsfähigkeit bei älteren Personen gefunden wurde. Die Vergleichbarkeit der Ergebnisse ist jedoch eingeschränkt, da in den zitierten Studien die Altersgruppen zum Teil anders eingeteilt wurden als in der vorliegenden Arbeit. Bei Blanchard-Field und Coats (2008) wurden zum Beispiel vier Gruppen im Alter von 15-18, 19-30, 31-59 und 60-84 Jahren verglichen, John und Gross (2004) untersuchten Personen im Alter von 19-56 und 58-69 Jahren, bei Orgeta wurden die Personen in Altersgruppen von 17-34 und 61-81 Jahren, bei Nolen-Hoeksema und Aldao (2011) wurden sie in Gruppen von 25-35, 45-55 und 65-75 Jahren eingeteilt. Im Gegensatz dazu wurde das Alter in der vorliegenden Arbeit nach einem Median von 38 geteilt und die resultierenden jüngeren (19-38) mit den älteren (39-70) Teilnehmern verglichen.

11 Kritik und Ausblick

Die Erhebung von Empathie und Emotionsregulation anhand Selbstbeurteilungsfragebögen unterliegt einigen Einschränkungen. Zum einen kann Empathie sowohl aus Persönlichkeits- als auch Situationsmerkmalen bestehen und auch innerhalb einer Person variieren. Das bedeutet, dass durch momentane Gefühle wie beispielsweise Ärger die Fähigkeit zur Einnahme der Perspektive einer anderen Person eingeschränkt sein kann, da man in diesem Zustand eventuell nur fähig ist, die eigene Sichtweise zu betrachten. Es ist unwahrscheinlich, dass Selbstbeurteilungsverfahren für solche Veränderungen des momentanen Zustandes empfindsam sind (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004). Da die vorliegende Studie online durchgeführt wurde, konnte das momentane emotionale Befinden der Teilnehmer nicht beurteilt werden. Zukünftige Untersuchungen sollten deshalb face-to-face durchgeführt werden, wobei auch Hintergrundgeräusche etc. kontrolliert werden können. Ein zusätzlich vorgegebener Fragebogen zu den momentanen Gefühlen wäre auch eine Möglichkeit, das Befinden zu kontrollieren. Zum anderen wurden in der vorliegenden Arbeit die individuellen Vorstellungen bezüglich der eigenen Empathie- und Emotionsregulationsfähigkeit erhoben. Laut Baron-Cohen und Wheelwright (2004) kann es vorkommen, dass Teilnehmer dabei so antworten, wie sie sich selbst sehen oder wie sie gerne sein würden, was jedoch davon abweichen kann, wie sie sich in der Realität verhalten. Zukünftige Arbeiten sollten daher die individuellen Selbsteinschätzungen mit den Beurteilungen nahestehender Personen vergleichen. Einen weiteren Kritikpunkt der vorliegenden Arbeit stellt die soziale Erwünschtheit dar (siehe auch Kapitel 6.2.3). Die sozialen Berufsgruppen sowie generell Frauen könnten sich demnach empathischer dargestellt haben, da von ihnen hohe Empathie erwartet wird und sie möglicherweise diesem Vorurteil gerecht werden wollten. Darüber hinaus wird Empathie als wichtige Eigenschaft angesehen, um sozial kompetent handeln zu können (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004), was auch ein Grund dafür sein kann, sich möglichst empathisch darzustellen. Weitere Studien sollten deshalb sowohl subjektive als auch objektive Verfahren zur Erfassung der Empathie sowie der Emotionsregulation einsetzen. Gross und John (2003) schlagen vor, in zukünftigen Untersuchungen der Emotionsregulation mit Tagebucheintragen oder Experience-Sampling-Methoden zu arbeiten, um die individuelle Anwendung von Regulationsstrategien zu erforschen.

12 Zusammenfassung

Empathie, also das Hineinfühlen in eine andere Person, hilft uns dabei, fremde Perspektiven zu übernehmen und an den Gefühlen anderer Anteil zu nehmen. Um vom empathischen Miterleben der Emotionen anderer nicht überwältigt zu werden und infolge dessen empathischen Distress zu verspüren, ist es notwendig, die eigenen Gefühle zu kontrollieren, was als Emotionsregulation bezeichnet wird. Empathie und Emotionsregulation konnten als bedeutende Komponenten in sozialen Berufen (z.B. Therapeuten, Psychologen, Berater, Ärzte, Pflegepersonen) beobachtet werden. Die vorliegende Arbeit beschäftigte sich damit, ob Angehörige sozialer Berufe (Klinische Psychologen, Berater) und Psychologiestudenten, welche den Beruf des Klinischen Psychologen anstreben, höhere Empathie- und bessere Emotionsregulationswerte besitzen als Angehörige nicht-sozialer Berufe, ob die Erfahrung im sozialen Setting die Empathie- und Emotionsregulationsfähigkeit beeinflusst sowie, ob Klinische Psychologen und Berater sich bezüglich Empathie und Emotionsregulation unterscheiden. Zusätzlich wurde ein eventueller Einfluss des Alters auf Empathie und Emotionsregulation untersucht. An der Studie nahmen insgesamt 400 Personen (123 Männer, 277 Frauen) mit einem durchschnittlichen Alter von 37.9 Jahren teil. Die Erhebung der Empathie erfolgte anhand des Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogens sowie des Reading the Mind in the Eyes Tests zur Emotionserkennung, die Regulation von positiven und negativen Emotionen wurde mittels Emotionsregulations-Inventar erfasst. Es konnte gezeigt werden, dass Klinische Psychologen und Berater im Vergleich zu Angehörigen nicht-sozialer Berufe eine höhere Fähigkeit zur Perspektivenübernahme und empathischen Anteilnahme sowie geringeren empathischen Distress aufweisen, bei der Regulation negativer Emotionen zeigten Klinische Psychologen einen besser kontrollierten Ausdruck, Berater eine höhere kognitive Umbewertung. Klinische Psychologen erreichten bei der Emotionserkennung bessere Ergebnisse als Berater, Berater erzielten bei der Perspektivenübernahme höhere Werte. Psychologiestudenten wiesen im Vergleich zu Angehörigen nicht-sozialer Berufe eine höhere Fähigkeit zur Perspektivenübernahme sowie eine höher ausgeprägte Fantasie-Empathie auf und erzielten bessere Werte bei der Emotionserkennung sowie beim kontrollierten Ausdruck negativer Emotionen. Zusätzlich konnte ein geringer Einfluss des Alters auf die Empathie gefunden werden, die Emotionsregulation zeigte sich bei jüngeren Personen teilweise besser ausgeprägt als bei älteren.

13 Abstract

Empathy helps us to put oneself in someone's shoes, to look at things from different perspectives as well as to feel empathic concern for someone else. Not to be overwhelmed by witnessing others' empathic emotions, it is necessary to control our own emotions, this ability is known as emotion regulation. Empathy and emotion regulation can be considered as meaningful components in social professions. In the present study, empathy and emotion regulation in psychology students, clinical psychologists, counselors and members of non-social professions have been studied. The investigation tried to answer the following research questions: Do members of social professions (clinical psychologists, counselors) as well as psychology students who intended to become clinical psychologists have greater empathy and better emotion regulation values than members of non-social professions? Does working experience as a clinical psychologist or a counselor have an influence on empathy and emotion regulation? Do clinical psychologists and counselors differ in their empathy and emotion regulation values? In addition, a possible influence of age on empathy and emotion regulation was investigated. 400 adults (123 men, 277 women) with a mean age of 37.9 years participated in the study. Subjects were tested on the Saarbrücker Personality Questionnaire, the Reading the Mind in The Eyes test as well as the Emotion Regulation Inventory. Results suggested that contrary to members of non-social professions, clinical psychologists and counselors were having higher perspective taking abilities, more empathic concern and less empathic distress. Clinical psychologists showed better controlled-expression values whereas counselors achieved better reappraisal values than members of non-social professions. Clinical Psychologists scored higher on emotion recognition than counselors, counselors, in turn, achieved better results according to perspective taking than clinical psychologists. Moreover, professional experience in the social sector may help to feel less affected by others' sorrows. Contrary to members of non-social professions, psychology students achieved a higher perspective taking capacity, more fantasy-empathy and scored higher on emotion recognition as well as controlled expression of negative emotions. Furthermore, a minor influence of age could be found on empathy, emotion regulation was partially better pronounced in younger than in older participants.

14 Empathy and emotion regulation in social professions

Abstract

Empathy and emotion regulation are abilities that are necessary to interact effectively in our social environment. They are connected to one another and can be considered as meaningful components of social professions. Empathy and emotion regulation abilities were studied in members of social professions (clinical psychologists, counselors), non-social professionals as well as psychology students who intended to become clinical psychologists by using the Saarbrücker Personality Questionnaire, the Reading the Mind in The Eyes test as well as the Emotion Regulation Inventory. Results indicated that there were higher perspective taking abilities, more empathic concern and less empathic distress in social than in non-social professions. Clinical psychologists showed better controlled-expression values whereas counselors achieved better reappraisal values than members of non-social professions. Moreover, professional experience in the social sector may help to feel less affected by others' sorrows. It also appeared that psychology students who intended to work in a social setting were having higher perspective taking capacities, more fantasy-empathy as well as less difficulty recognizing others' emotions and expressing negative emotions in a controlled way than non-social professionals. Furthermore, a minor influence of age could be found on empathy, emotion regulation was partially better pronounced in younger than in older participants.

Key words: empathy, emotion regulation, social professions

I. INTRODUCTION

Empathy

At the beginning of empathy research, the definition of the term was broadly diversified and many different emotions like envy, anger, despair, relief and sympathy have been counted as empathic reactions. Since the 1980s, however, psychologists have defined their understanding of empathy more precisely and distinguished between different aspects of emotional reactions to another person (Stüber, 2008). However, no universally accepted definition of empathy exists to date (Singer & Lamm, 2009). For Johnson, Cheek and Smither (1983), empathy is “the tendency to apprehend another

person's condition or state of mind“ (p. 1299), Eisenberg and Miller (1987) define it as „an affective state that stems from the apprehension of another’s emotional state or condition, and that is congruent with it“ (p. 91). According to Singer and Lamm (2009), “empathy occurs when an observer perceives or imagines someone else’s (i.e., the target’s) affect and this triggers a response such that the observer partially feels what the target is feeling” (p. 82).

In many cases, mimicry or emotional contagion predate empathy, which may lead to sympathy and compassion, which again may cause prosocial behavior or empathic distress (Singer & Lamm, 2009). Mimicry means that people tend to „automatically mimic the facial expressions, vocal expressions, postures, and instrumental behaviors of those around them“ (Hatfield, Rapson, & Le, 2009, p. 13). At the process of emotional contagion, which consists of mimicry, feedback, and contagion, „people tend to catch one another’s emotions“ (Hatfield et al., 2009, p. 13). Unlike empathy, compassion and emotional contagion are not congruent with another person’s feelings or situations because these terms do not necessarily include shared feelings (Singer & Lamm, 2009; Stüber, 2008). “Experiencing too much empathy can lead to an aversive distress response” (Singer & Lamm, 2009, p. 84), which is called “empathic distress” (Hoffmann, 1984, p. 112) and includes feeling states like worried, upset, shocked and/or disturbed (Batson, Fultz, & Schoenrade, 1987). According to Duan and Hill (1996), empathy is often considered as a cognitive construct, other authors regard it as a phenomenon that consists of both affective and cognitive components (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004; Feshbach, 1987; Hoffmann, 1984). Hoffman (2000) describes affective empathy as „the involvement of psychological processes that make a person have feelings that are congruent with another’s situation than with his own situation“ (p. 30). The cognitive approach considers empathy as a representation of another person’s feelings (Blair, 2005). Important preconditions for empathic emotions are the ability to recognize and understand others’ feelings (Friedlmeier & Trommsdorff, 1992) as well as self-other-differentiation, perspective taking and shared emotional experiences (Schulte-Rüther, Markowitsch, Fink, & Piefke, 2007). Perspective taking denotes that someone is trying to understand another person’s view (Decety & Lamm, 2006). According to Davis (1980; 1983), empathy is a complex, multidimensional construct and consists of affective and cognitive components that are distinct from each other. In view of this fact, he developed a self-assessment measure, the Interpersonal Reactivity

Index (Davis, 1980), to capture individual differences in empathy in a differentiated way. The questionnaire consists of 28 items belonging to one of the following four scales (Davis, 1980; 1983): **(1) Fantasy:** Fantasy-empathy represents the tendency to feel into fictitious situations or characters in books or movies. **(2) Perspective taking:** The scale tries to detect the ability to spontaneously switch into someone's perception. **(3) Empathic concern:** The items try to measure the amount of feelings like warmth, compassion and contagion for a person in a negative situation. **(4) Empathic distress:** The distress-scale is used to detect feelings of fear, anxiety and discomfort at witnessing another person in a negative situation.

Differences in empathy could be found between younger and older adults as well as men and women. Longitudinal self-assessment studies showed that empathy remains stable over years (Eisenberg et al., 2002; Grünh, Rebucal, Diehl, Lumley, & Labouvie-Vief, 2008), in other studies, however, a decline (Helson, Jones, & Kwan, 2002) as well as an increase (Davis & Franzoi, 1991) in empathy could be found. The results of cross-sectional studies suggested that younger adults are able to feel empathy to a greater extent than older participants (Grünh et al, 2008; Schiemann & van Gundy, 2000). López-Pérez and Fernández-Pinto (2010) detected these results for the cognitive component of empathy, Diehl, Coyle, and Labouvie-Vief (1996) found no age differences in empathy. For the objective measurement of empathy, the data showed that younger adults are able to recognize others' emotions more easily than older adults (Isaacowitz et al., 2007; Ruffman, Henry, Livingstone, & Phillips, 2008), Richter and Kunzmann (2011) found that empathy is better pronounced in older compared to younger participants. In self-assessment studies, women described themselves as more empathetic than men did (Baron-Cohen & Weelwright, 2004; Berg, Majdan, Berg, Veloski, & Hojat, 2011; Eisenberg & Lennon, 1983; Hall, Davis, & Connelly, 2000; Hansen, 2011; Rueckert & Naybar, 2008).

Some scientists consider empathy as a personality trait (Bui, 1981; Davis, 1983; Leibetseder, Laireiter, Riepler & Köller, 2001) and call it „dispositional empathy“ (Davis, 1983, p. 113). Other authors, such as Barrett-Lennard (1981) or Rogers (1957), regard empathy as a situation-specific emotional state.

In many social professions such as therapists (e.g. Burns & Nolan-Hoeksema, 1992), counselors (Clark, 2010), physicians (Adler, 2007), medical care personnel (Olson, 1995) as well as social workers (King, 2011), empathy could be identified as an

essential component. Empathy provides a good working alliance between a therapist and his client (Duan & Hill, 1996) and contributes significantly to successful treatment outcomes (Burns & Nolan-Hoeksema, 1992; Hall et al., 2000). Hassenstab, Dziobek, Rogers, Wolf, and Convit (2007) found that therapists were in comparison with non-social professionals superior at recognizing others persons' mental feeling states. Machado, Beutler, and Greenberg (1999) showed that therapists had a better capacity to capture clients' emotional experience than psychology students.

Does professional experience as a clinical psychologist or psychotherapist have a positive impact on empathy? The results of previous studies suggested no clear answer to this question. According to Hassenstab et al. (2007), work experience improves the ability to correctly interpret intonation and articulation though it has no influence on emotion recognition. Machado et al. (1999) came to the opposite conclusion that professional experience as a therapist is related to capture clients' emotional experiences more effectively. Conway (1988) detected personality differences between psychologists who worked as scientists, practitioners and scientist-practitioners. However, within the scientist-practitioner group, which was differentiated into younger and older participants, no personality differences could be found. Thus, the authors concluded that professional experience should not affect the development of personality traits. Hall et al. (2000) also discriminated psychologists between scientists and practitioners and found that in contrast to scientists, practitioners tended to take others' perspectives and to accept and share others' feelings to a greater extend as well as to feel lower distress when they were confronted with suffering people. Holland (1996) posits that people are most satisfied with their job when it suits their personality. He is also of the opinion that people tend to pursue a career corresponding with their personal interests. The congruence between a person and his work environment leads to job satisfaction, a stable career and success. According to this theory, Hall et al. (2000) argue that working in a clinical setting is likely to be more attractive for those future psychologists with high empathic concern, a high capacity for perspective taking as well as low empathic distress levels. This interpretation is based on the assumption that personality variables have a causal effect on the choice of professions. They emphasize, however, that the differences in empathy levels between scientist and practitioner psychologists are caused by training and professional experience in a clinical setting. Practitioners' superiority in the adoption of others' perspectives compared to scientists

could stem from the fact that in their profession they have learned to consider others' viewpoints.

Emotion regulation

„Emotion regulation refers to the processes by which individuals influence which emotions they have, when they have them, and how they experience and express these emotions“ (Gross, 1998a, p. 275). Koole (2009) describes emotion regulation as „the set of processes whereby people seek to redirect the spontaneous flow of their emotions“ (p. 6). The constructs coping, psychological defense, mood regulation, and affect regulation are closely related to emotion regulation.

The regulation of emotions can be automatically and controlled, deliberately or intended (Gross, 1998a; Jackson, Malmstadt, Larson, & Davidson, 2003; Koole, 2009; Mauss, Bunge, & Gross, 2007; Rottenberg & Gross, 2007). Moreover, one can distinguish between cognitive and behavioral emotion regulation (Ochsner & Gross, 2005). According to Ochsner and Gross (2005), there is also differentiation between cognitive (e.g. reappraise a situation) and behavioral (e.g. suppress a feeling) emotion regulation.

Gross (1998a; 1998b) proposed a process model of emotion regulation and differentiated between five regulation strategies that differ in when they intervene the emotion-eliciting process. According to Gross (1998a), the following five strategies can control emotions by changing either the input (antecedent-focused regulation) or the output (response-focused regulation): **(1) Situation selection:** Situation selection means that particular people, places or objects are approached or avoided (Gross, 1998a). **(2) Situation modification:** Once a situation has been selected, it can be changed so that it modifies the emotional impact (Gross, 2001). **(3) Attentional deployment:** A situation consists of different aspects, and the shift of attention is about to focus on several of these aspects (Gross, 2001). Strategies to shift attention include **distraction**, **concentration**, and **rumination** (Gross, 1998a). By focusing on a different situation, attention can be moved away from emotion eliciting stimuli (Derryberry & Rothbart, 1988). By focusing, attention can be consciously directed to a trigger of an emotional response. When ruminating, attention is focused on feelings and their consequences (Gross, 1998a). **(4) Cognitive change:** After concentrating on specific aspects of a situation, it comes to attach importance to the attribution of the situation. An important strategy of cognitive change is **reappraisal**, where an emotion-eliciting situation is

cognitively re-assessed and neutralized (Gross, 2001). **(5) Response modulation:** Response modulation refers to affecting emotions that have already been triggered, e.g. by not showing them. One form of response modulation is **suppression**, where the expression of an emotion is being banned (Gross, 2001). Gross and John (2003) focused on the investigation of the two strategies reappraisal and suppression and developed the Emotion Regulation Questionnaire (ERQ), a self-assessment measure consisting of 10 items.

Studies on the regulation and expression of emotions through self-assessment measures showed a decline in the perception of negative emotions (Blanchard-Fields & Coats, 2008; Gross, Carstensen, Pasupathi, Tsai, Skorpen & Hsu, 1997) and an increase in emotion regulation (Gross, Carstensen, Pasupathi, Tsai, & Skorpen, 1997) with age. Nolen-Hoeksema and Aldao (2011) found a decrease in the regulation of emotions in older participants, according to Lawton (2001), older adults have a better ability to regulate their emotions than younger adults. Studies on performance-based emotion regulation did not find any differences in age (Langeslang & Van Strien, 2010), other studies found better performance of older subjects (Phillips, Henry, Hosie & Milne, 2008). The investigation of gender differences suggested that women and men differ in their use of regulation strategies (McRae, Ochsner, Mauss, Gabrieli, & Gross, 2008; Nolen-Hoeksema & Aldao, 2011; Thomsen, Mehlsen, Viidik, Sommerlund, & Zachariae, 2005; Zlomke & Hahn, 2010).

Some researchers consider the ability to regulate emotions as a personality trait, while others regard it is a momentary state that varies (Cole, Martin, & Dennis, 2004).

Emotion regulation can be considered as a meaningful component of members of social professions like medicine students (Fox, 2006), psychiatric nurses (Fluttert, van Meijel, Nijman, Bjørkly & Grypdonck, 2010) as well as psychologists (Hall et al., 2000).

Relationship between empathy and emotion regulation

To empathize with someone else, it is important to be able to regulate ones own emotions (Decety & Lamm, 2006) because people who possess the ability for optimal emotion regulation are more likely to feel compassion instead of empathic distress (Eisenberg, 2000).

II. METHODOLOGY

Hypotheses

- 1) Psychology students are more empathetic than members of non-social professions.
- 2) Clinical psychologists are more empathetic than members of non-social professions.
- 3) Clinical psychologists are more empathetic than psychology students.
- 4) Counselors are more empathetic than psychology students.
- 5) There is a difference in empathy among clinical psychologists and counselors.
- 6) Counselors are more empathetic than members of non-social professions.
- 7) There is a difference in empathy among younger and older participants.
- 8) Psychology students have better emotion regulation abilities than members of non-social professions.
- 9) Clinical psychologists have better emotion regulation abilities than members of non-social professions.
- 10) Clinical psychologists have better emotion regulation abilities than psychology students.
- 11) Counselors have better emotion regulation abilities than psychology students.
- 12) There is a difference in emotion regulation among clinical psychologists and counselors.
- 13) Counselors have better emotion regulation abilities than members of non-social professions.
- 14) Older participants have better emotion regulation abilities than younger participants.

Design

The present study can be considered as a quasi-experimental, cross-sectional investigation with a stratified sample consisting of four different groups. At the beginning, an online-questionnaire was created and the belonging links have been sent to the participants via mail in a period between June and September, 2011. Each of the four groups remained a different version of the questionnaire, whereas only the socio-demographic parts differed. The recruitment of the psychology students was based on their collegiate e-mail addresses. The clinical psychologists were randomly selected

from the list of registered clinical psychologists from the Federal Ministry of Health and contacted via e-mail. The counselors were randomly assigned from in publicly accessible lists of counselors and were also written to by e-mail. In order to recruit members of non-social professions, there had first to be defined, what professions could be denoted as non-socially. The Institute of Human Development of Economy lists occupations in groups according to economic sectors on the business information computer (BIC; 2011, "Berufsinformationscomputer"). For the present study, professions that cannot be classified in the category education/training/social/religion were randomly selected. The next step was to search the internet for websites of companies, organizations, institutes and universities employing members of these non-social professions as well as people who were self-employed in these professions. Subsequently, the wanted persons were either directly written to or there was sent an e-mail with a link to the questionnaire to the appropriate office.

Sample

400 adults (123 men, 277 women) aged between 19 and 70 years ($M = 37.9$, $SD = 12.15$) participated in the study. The sample consisted of 109 psychology students (27.3%), 99 clinical psychologists (24.8%), 95 counselors (23.8%) and 97 non-social professionals (24.3%). The psychology students who were all studying at the University of Vienna consisted of 32 men (29.4%) and 77 women (70.6%). The average age was 25.3 years ($SD = 3.86$). The 34 (34,3%) male and the 65 (65.7%) female clinical psychologists were on average 41.9 ($SD = 11.19$) years old. 85% of the clinical psychologists were practitioners, 14.1% were scientist-practitioners. 41.4% of them were also working as psychotherapists, the average working experience was 10.7 years ($SD = 9.32$). For the subsample of the 95 counselors, 28 were male (29.5%), 67 were female (70.5%), the average age was 47.7 years ($SD = 6.53$). 17.9% of them had university-entrance diploma, 8.4% colleg degree, 67.4% university or college degree and 6.3% other (e.g. supervision, social academy, graduate-life counseling). The average working experience was 11.5 years ($SD = 7.99$). The counselors reported to be acting as life and social counselors, mediators, family counselors, child and youth counselors, consultants, educational and vocational guidance, nutritionists, counselors-at-law, advertising consultants as well as others e.g. sexual or tax counselors. The 97 members of non-social occupations consisted of 29 men (29.9%) and 68 women (70.1%) with a mean age of 38.4 years ($SD = 11.62$). 32% of them had a university-

entrance diploma, 68% had a colleg degree. The specified occupations were employees, architects, assistants, managers, research assistants, interpreters or translators, administrative staff, university staff, PR and marketing officers, biologists, property managers, directors, technicians, accountants, office staff, staff developers, physicians, self-employed people, principals, contract staff, market researchers, pharmacists, croupiers, engineers, system operators, directors, lawyers, archaeologists, developers, farmer, experts, officials, facility managers, company commanders, medical - technical employees, interns and real estate agents.

Measurements

The **Saarbrücker Personality Questionnaire (SPF)** to measure empathy by Paulus (2009a, 2009b, "Saarbrücker Persönlichkeits-Fragebogen zu Empathie") is the German translation and revision of the Interpersonal Reactivity Index (IRI) by Davis (1980). It consists of 16 Items belonging to one of the four subscales (for description see chapter "empathy") perspective taking (PT), fantasy (FA), empathic concern (EC) and empathic distress (ED).

The **Emotion Regulation Inventory (ERI)** to measure emotion regulation strategies was developed by König and Jagsch (2008). Emotion regulation is thereby defined according to Gross' (1998b) definition (König, 2010, "Emotionsregulations-Inventar ERI") described in chapter "emotion regulation". The questionnaire consists of 47 items and two parts, one for negative (ERI-NE) and one for positive (ERI-PE) emotions. ERI-NE measures the following five regulation strategies: controlled expression (CE), uncontrolled expression (UE), empathic suppression (ES), distraction (DI) and reappraisal (RE). ERI-NE records the strategies controlled expression (CE), uncontrolled expression (UE), empathic suppression (ES), distraction (DI) and suppression (SU). Empathic suppression refers to hiding his own feelings in order not to burden other people. The scale controlled expression in ERI-NE consists of items such as "If I have negative feelings, I talk to someone about it", an example for uncontrolled expression of the ERI-PE is: "If I have positive feelings, I show them in a violent way". For the description of the regulation strategies distraction, reappraisal and oppression see chapter "emotion regulation".

The **Reading the Mind in the Eyes** test revised version ("eyes test") developed by Baron-Cohen, Wheelwright, Hill, Raste, & Plumb (2001) was chosen to objectively

measure emotion recognition abilities which also contribute to empathy. The task is to look at 36 photographs of eye areas and decide what emotion out of four describes best what the person at the picture might be thinking or feeling. The German translation and editing of the revised Reading the Mind in the Eyes test was carried out by Bölte (2005).

III. RESULTS

Results according to empathy

Empathy was measured using the SPF, which consists of four scales, as well as the eyes test, for which only a total score can be calculated. To check a possible influence of profession on the ability to empathize with respect to gender, a multivariate analysis of covariance (MANCOVA) was calculated. The covariate, gender, was significantly related to the individual scale values, $V = .05$, $F(5, 391) = 3.68$, $p = .012$, $\eta^2 = .045$. There was also a significant effect of profession on the scale values after controlling for the effect of gender, $V = .30$, $F(15, 1179) = 8.74$, $p < .001$, $\eta^2 = .100$ (see table 1).

Table 1

MANCOVA with the factor profession and the covariate gender (SPF and Eyes test)

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta-Square
Gender	Pillai-trace	.05	3.68	5.00	391.00	.012*	.045
Profession	Pillai-trace	.30	8.74	15.00	1179.00	.000**	.100

* $p < .05$

** $p < .01$

To identify possible differences among professions, the individual scales of the SPF and the overall scale of the eyes test were examined using univariate analyzes of covariance (ANCOVAs). As can be seen in table 2, the covariate, gender, was significantly related to the distress scale, $F(1, 395) = 7.52$, $p = .024$, $\eta^2 = .019$ as well as the eyes scale, $F(1, 395) = 8.07$, $p = .025$, $\eta^2 = .020$. There was also a significant effect of profession on all of the SPF scales as well as the eyes scale (all $ps < .00$, $\eta^2 = .047 - .095$).

Following contrasts and the adjusted means revealed that **psychology students** ($M = 15.16$, $SE = 0.22$) scored significantly higher on the perspective taking scale than members of non-social professions ($M = 13.82$, $SE = 0.24$, $p < .001$). On the fantasy

scale, psychology students scored significantly higher ($M = 14.04$, $SE = 0.25$) than clinical psychologists ($M = 12.29$, $SE = 0.26$, $p < .001$), counselors ($M = 12.40$, $SE = 0.26$, $p < .001$) and members of non-social professions ($M = 12.62$, $SE = 0.26$, $p < .001$). On the empathic concern scale, psychology students obtained significantly higher values ($M = 14.60$, $SE = 0.21$) than clinical psychologists ($M = 13.52$, $SE = 0.22$, $p < .001$) and counselors ($M = 13.55$, $SE = 0.23$, $p = .005$). On the eyes scale, psychology students scored significantly higher ($M = 25.95$, $SE = 0.38$) than clinical psychologists ($M = 24.34$, $SE = 0.40$, $p = .016$), counselors ($M = 22.93$, $SE = 0.41$, $p < .001$) and members of non-social professions ($M = 23.44$, $SE = 0.40$, $p < .001$). **Clinical psychologists** scored significantly lower ($M = 8.99$, $SE = 0.26$) than psychology students ($M = 10.38$, $SE = 0.25$, $p < .001$) and members of non-social professions ($M = 10.58$, $SE = 0.26$, $p < .001$) on the distress scale. On the eyes scale, higher values could be found for clinical psychologists ($M = 25.95$, $SE = 0.38$) compared with counselors ($M = 22.93$, $SE = 0.41$, $p = .042$). **Counselors** scored significantly higher on the perspective taking scale ($M = 15.79$, $SE = 0.24$) than clinical psychologists ($M = 14.57$, $SE = 0.24$, $p < .001$) and members of non-social professions ($M = 13.82$, $SE = 0.24$, $p < .001$). On the distress scale, they scored significantly lower ($M = 8.67$, $SE = 0.27$) than psychology students ($M = 10.38$, $SE = 0.25$, $p < .001$) and members of non-social professions ($M = 10.58$, $SE = 0.26$, $p < .001$). **Members of non-social professions** achieved significantly higher values on empathic concern ($M = 14.39$, $SE = 0.22$) compared with counselors ($M = 13.55$, $SE = 0.23$, $p = .027$) and clinical psychologists ($M = 13.52$, $SE = 0.22$, $p = .024$).

To check a possible influence of age on the ability to empathize with respect to gender, a multivariate analysis of covariance (MANCOVA) was calculated. The covariate, gender, was not significantly related to the individual scale values ($p = .051$). There was a significant effect of age on the scale values after controlling for the effect of gender, $V = .12$, $F(5, 393) = 10.75$, $p < .001$, $\eta^2 = .120$ (see table 2).

Table 2
MANCOVA with the factor age and the covariate gender (SPF and eyes test)

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta- Square
Gender	Pillai-trace	.03	2.19	5.00	393.00	.051	.027
Age	Pillai-trace	.12	10.75	5.00	393.00	.000**	.120

** $p < .01$

To identify possible differences among the two age groups, the individual SPF scales and the overall eyes test scale were examined using univariate analyzes of covariance (ANCOVAs). There was a significant effect of age after controlling for the effect of gender on the scales fantasy, $F(1, 397) = 13.69, p < .001, \eta^2 = .033$, empathic concern, $F(1, 397) = 16.56, p < .001, \eta^2 = .040$ as well as the eyes scale, $F(1, 397) = 27.74, p < .001, \eta^2 = .065$.

The adjusted means showed that younger participants ($M = 13.36, SE = 0.19$) scored higher than older participants ($M = 12.39, SE = 0.19$) on the fantasy scale, on the distress scale, in turn, older adults obtained ($M = 9.14, SE = 0.19$) lower values than younger adults ($M = 10.23, SE = 0.19$). Younger participants scored higher ($M = 25.29, SE = 0.28$) than older participants ($M = 23.18, SE = 0.28$) on the eyes test.

Results according to emotion regulation

Emotion regulation was measured using ERI-NE and ERI-PE, each of them consists of five scales. To check a possible influence of profession on the emotion regulation ability with respect to gender, a multivariate analysis of covariance (MANCOVA) was calculated. The covariate, gender, was significantly related to the individual scale values, $V = .10, F(10, 386) = 4.38, p < .001, \eta^2 = .102$. There was also a significant effect of profession on the scale values after controlling for the effect of gender, $V = .24, F(30, 1164) = 3.37, p < .001, \eta^2 = .80$ (see table 3).

Table 3

MANCOVA with the factor profession and the covariate gender (ERI-NE und ERI-PE)

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta-Square
Gender	Pillai-trace	.10	4.38	10.00	386.00	.000**	.102
Profession	Pillai-trace	.24	3.37	30.00	1164.00	.000**	.080

**p < .01

To identify possible differences among professions, the individual scales of the ERI-NE and the ERI-PE were examined using univariate analyzes of covariance (ANCOVAs). The covariate, gender, was significantly related to the scales controlled expression, $F(1, 395) = 10.07, p = .014, \eta^2 = .025$ (ERI-NE) as well as controlled expression (ERI-PE), $F(1, 395) = 13.54, p < .001, \eta^2 = .033$ and uncontrolled expression (ERI-PE), $F(1, 395) =$

18.84, $p < .001$, $\eta^2 = .046$. There was also a significant effect of profession after controlling for the effect of gender on the scales reappraisal (ERI-PE), $F(3, 395) = 4.93$, $p = .018$, $\eta^2 = 0.036$ (ERI-NE) and empathic suppression (ERI-PE), $F(3, 395) = 7.97$, $p < .001$, $\eta^2 = .057$.

Following contrasts and the adjusted means revealed that **psychology students** scored significantly higher on controlled expression of ERI-NE ($M = 95.59$, $SE = 1.85$) compared with members of non-social professions ($M = 88.34$, $SE = 1.97$, $p = .040$), on the distraction scale (ERI-NE) they revealed significantly higher values ($M = 79.95$; $SE = 1.55$) than counselors ($M = 73.48$, $SE = 1.66$, $p = .030$). On empathic suppression (ERI-PE), psychology students scored significantly higher ($M = 61.20$, $SE = 1.61$) than clinical psychologists ($M = 53.51$, $SE = 1.69$, $p = .005$) and counselors ($M = 50.36$, $SE = 1.73$, $p < .001$). **Clinical psychologists** revealed significantly higher values on controlled expression of ERI-NE ($M = 96.72$, $SE = 1.95$) compared with members of non-social professions ($M = 88.34$, $SE = 1.97$, $p = .018$). **Counselors** reached significantly higher values on the reappraisal scale of ERI-NE ($M = 86.32$, $SE = 1.87$) than members of non-social professions ($M = 76.94$, $SE = 1.85$, $p < .001$). **Members of non-social professions** scored significantly higher on empathic suppression of ERI-PE ($M = 57.39$, $SE = 1.71$) than counselors ($M = 50.36$, $SE = 1.73$, $p = .016$).

To check a possible influence of age on the emotion regulation ability with respect to gender, a multivariate analysis of covariance (MANCOVA) was calculated. The covariate, gender, was significantly related to the individual scale values, $V = .08$, $F(10, 388) = 3.51$, $p < .001$, $\eta^2 = .083$. There was also a significant effect of age on the scale values after controlling for the effect of gender, $V = .13$, $F(10, 388) = 5.88$, $p < .001$, $\eta^2 = .132$ (see table 4).

Table 4
MANCOVA with the factor age and the covariate gender (ERI-NE and ERI-PE)

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta-Square
Gender	Pillai-trace	.08	3.51	10.00	388.00	.000**	.083
Age	Pillai-trace	.13	5.88	10.00	388.00	.000**	.132

** $p < .01$

To identify possible differences between the two age groups, the ERI scales were examined using univariate analyses of covariance (ANCOVAs). The covariate, gender, was significantly related to the scales controlled expression (ERI-NE), $F(1, 397) = 13.69, p = .016, \eta^2 = .024$, uncontrolled expression (ERI-NE), $F(1, 397) = 16.56, p = .028, \eta^2 = .020$, controlled expression (ERI-PE), $F(1, 397) = 13.69, p < .001, \eta^2 = .033$ as well as uncontrolled expression (ERI-PE), $F(1, 397) = 16.56, p < .001, \eta^2 = .024$. There was also a significant effect of age after controlling for the effect of gender on the scales distraction (ERI-NE), $F(3, 397) = 15.87, p < .001, \eta^2 = .038$ and empathic suppression (ERI-PE), $F(3, 397) = 18.30, p < .001, \eta^2 = .044$.

The adjusted means showed that on empathic suppression (ERI-NE) younger participants scored higher ($M = 74.00, SE = 1.36$) than older participants ($M = 68.75, SE = 1.35$), on the distraction scale (ERI-NE) younger adults achieved higher values ($M = 78.91, SE = 1.15$) than older adults ($M = 72.44, SE = 1.14$). Moreover, younger subjects scored higher on the scale empathic suppression of ERI-PE ($M = 59.46, SE = 1.20$) than older subjects ($M = 52.17, SE = 1.20$).

IV. CONCLUSIONS AND DISCUSSION

In comparison with members of non-social professions, clinical psychologists described feeling less distressed at witnessing others' negative experiences, but they seem to feel less empathic concern for people in negative situations. In the perspective taking and fantasy scales as well as the eyes test, no significant differences among the two groups could be found. This result is surprising because the perspective taking scale is correlated with empathic distress (Davis, 1983) and thus, one would expect that people with low empathic distress values are also having a high capacity for perspective taking. On closer inspection of the mean values can be seen, however, that indeed clinical psychologists achieved higher values in the perspective taking scale than members of non-social professions, but the difference was not statistically significant ($p = .075$). Hall et al. (2000) found a different outcome. In their study, those psychologists who were prone to take others' perspectives and also felt more empathic concern as well as less empathic distress when confronted with others in need were more likely to be found in professional versus academic areas. However, these results cannot be directly compared to the present study, since though psychologists working in academic areas had chosen a non-social career, the profession as a psychologist in general can be

regarded as socially because according to the Institute of Human Development of the Economy (2011, "Berufsinformationscomputer"), psychologists are counted among the category education/training/social/religion. Hassenstab et al. (2007) compared psychotherapists with a non-social control group and found, similar to the present study, that therapists scored significantly lower on the distress scale. According to Baron-Cohen and Wheelwright (2004) they interpret empathic distress as a measure of emotion regulation and believe that a therapist's professional experience and the frequent contact to affectively charged interactions may train the ability to mitigate the degree of discomfort in emotional situations. Hassenstab et al. (2007) did not find any significant differences among the two groups on the perspective taking scale as well as the eyes scale, what is in accord to the results of the present study. Hence they conclude that therapists and members of non-social professions are having the same abilities to recognize mental feeling states, to take others' perspectives as well as to feel into fictitious situations. In the present study, clinical psychologists exhibited higher levels of controlled emotion expression than members of non-social professions, whereas no significant differences regarding to the regulation of positive emotions could be found.

In contrast to clinical psychologists, counselors reported in comparison with members of non-social professions to rather take others' perspectives. Further results were in line with the outcomes of clinical psychologists: Counselors described themselves as feeling less distressed as well as less empathic concerned when confronted with people in negative situations than non-social professionals. The low empathic concern values in clinical psychologists and counselors may be due to the positive correlation of empathic concern and empathic distress (Davis, 1983) and thus, people with low distress values may be prone to be not so much affected by others' sorrows. Furthermore, counselors reported using cognitive reappraisal of negative emotions as well as empathic suppression of positive emotions more often than members of non-social professions.

Further results of the present study indicated that members of social professions are characterized by higher perspective-taking abilities, more empathic concern as well as less empathic distress than non-social professionals, whereas fantasy-empathy and emotion recognition abilities seem to be pronounced equally. Furthermore, it seems that members of social professions are not able to regulate their positive emotions in a better way than non-social professionals, except for the superiority on empathic suppression in counselors. The regulation of negative emotions seems to be better pronounced in the

areas controlled expression in clinical psychologists as well as reappraisal in counselors than in non-social professionals.

By comparing clinical psychologists and counselors, the results showed that counselors are slightly more empathetic regarding to self-assessed perspective taking abilities, however, clinical psychologists are superior to them in the objective ability to recognize emotions. The ability to regulate emotions seems not to be affected by a psychological or a non-psychological social profession.

The question whether empathy and emotion regulation are positively affected by professional experience cannot be answered clearly. The data showed that professional experience in the social sector may contribute to be less embarrassed by others' sorrows because of lower distress values in clinical psychologists and counselors compared to psychology students. On the ability to recognize emotions, take others' perspectives, feel empathic concern as well as regulate emotions, working experience seems to have no beneficial influence. In contrast to the results concerning emotion recognition, Machado et al. (1999) found that therapists are better able to correctly assess others' emotional experiences than psychology students, what the authors attribute to therapists' training and professional experience.

The examination of differences among psychologists and members of non-social professions showed that people who intended to work in the social sector are having a high capacity for perspective taking and fantasy-empathy as well as no difficulty recognizing others' emotions and expressing negative emotions in a controlled way. This is not totally consistent with Hall et al. (2000), because they are the opinion that working in the clinical setting is attractive for those people who are having high perspective taking abilities, high empathic concern and low empathic distress.

In the present study, a minor age impact on empathy could be found. Younger participants scored significantly lower on fantasy-empathy as well as the eyes scale than older participants, older adults, in turn, achieved significantly lower values on the empathic distress scale than younger adults. The eyes test results are consistent with Ruffman et al. (2008) and Isaacowitz et al. (2007), since younger people were also better able to correctly identify others' emotions. Ruffman et al. (2008) are of the opinion that older adults' worse performance could be due to a general decline in cognitive abilities as well as structural brain changes. Another possible explanation for older participants' poorer recognition abilities of negative emotions according to

Ruffman et al. (2008) is that they primarily remember positive experiences and also pay more attention to positive than to negative stimuli. The latter argument may also explain older adults' better distress values in such a way that older adults are not so much affected by others' sorrows than younger adults because of their greater focus on positive events.

The data showed that older participants do not regulate their emotions in a better way than younger participants. In contrast, a higher regulatory ability in emphatic suppression scales (ERI-NE, ERI-PE) as well as distraction (ERI-NE) was found in younger subjects. Nolen-Hoeksema and Aldao (2011) also found that younger adults tend to regulate their emotions to a lower extent than older adults and explained it by the fact that older people grew up in a more conservative time in which little attention was paid to feelings. The results of the present study according to age differences in emotion regulation are contrary to the results found by Blanchard-Field and Coats (2008), John and Gross (2004), Gross et al. (1997) as well as Orgeta (2009), because they demonstrated better emotion regulation abilities in older than in younger participants. However, the comparability of the results of the above cited studies is limited because the age groups were arranged somewhat different than in the present work.

Further studies should apply more objective assessments of empathy and emotion regulation to avoid socially desirable response pattern in self-assessment questionnaires. Future works could also compare self-assessments with other persons' (e. g. friends, marriage partner, parents) empathy and emotion regulation judgements to test whether the results differ among the respondents (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004). In addition, a face-to-face procedure would be helpful to control for background sounds and other confounders as well as to assess the participants' present state of feelings.

V. REFERENCES

- Adler, H. M. (2007). Toward a biopsychosocial understanding of the patient-physician relationship: An emerging dialogue. *Journal of General Internal Medicine, 22*, 280-285.
- Baron-Cohen, S. & Wheelwright, S. (2004). The empathy quotient: An investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism and normal sex differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 34*, 163-175.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., & Plumb, I. (2001). The “Reading the Mind in the Eyes” Test revised version: A study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 42*, 241-251.
- Barrett-Lennard, G. T. (1981). The empathy cycle: Refinement of a nuclear concept. *Journal of Counseling Psychology, 28*, 91-100.
- Batson, C. D., Fultz, J., & Schoenrade, P. A. (1987). Distress and empathy: Two qualitatively distinct vicarious emotions with different motivational consequences. *Journal of Personality, 55*, 19-39.
- Berg, K., Majdan, J. F., Berg, D., Veloski, J., & Hojat, M. (2011). Medical students’ self-reported empathy and simulated patients’ assessments of student empathy: An analysis by gender and ethnicity. *Academic Medicine, 86*, 984-988.
- Blanchard-Fields, F. & Coats, A. H. (2008). The experience of anger and sadness in everyday problems impacts age differences in emotion regulation. *Developmental Psychology, 44*, 1547-1556.
- Blair, R. J. R. (2005). Responding to the emotions of others: Dissociating forms of empathy through the study of typical and psychiatric populations. *Consciousness and Cognition, 14*, 698-718.
- Buie, D. H. (1981). Empathy: Its nature and limitations. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 29*, 281-307.
- Bölte, S. (2005). *Reading Mind in the Eyes Test. Erwachsenenversion*. Retrieved May 25, 2011, from: http://www.kgu.de/zpsy/kinderpsychiatrie/downloads/Eyes_test_erw.pdf.
- Burns, D. D. & Nolen-Hoeksema, S. (1992). Therapeutic empathy and recovery from depression in cognitive-behavioral therapy: A structural equation model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 441-449.

- Clark, A. J. (2010). Empathy: An integral model in the counseling process. *Journal of Counseling and Development, 88*, 348-356.
- Cole, P. M., Martin, S. E., & Dennis, T. A. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child Development, 75*, 317-333.
- Conway, J. B. (1988). Differences among clinical psychologists: Scientists, practitioners, and scientist-practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice, 19*, 642-655.
- Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *Catalog of Selected Documents in Psychology, 10*, 85.
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 44*, 113-126.
- Davis, M. H. & Franzoi, S. L. (1991). Stability and change in adolescent self-consciousness and empathy. *Journal of Research in Personality, 25*, 70-87.
- Decety, J. & Lamm, C. (2006). Human empathy through the lens of social neuroscience. *The Scientific World Journal, 6*, 1146-1163.
- Derryberry, D. & Rothbart, M. K. (1988). Arousal, affect, and attention as components of temperament. *Journal of Personality and Social Psychology, 55*, 958-966.
- Diehl, M., Coyle, N., & Labouvie-Vief, G. (1996). Age and sex differences in strategies of coping and defense across life span. *Psychology and Aging, 11*, 127-139.
- Duan, C. & Hill, C. E. (1996). The current state of empathy research. *Journal of Counselling Psychology, 43*, 261-274.
- Eisenberg, N. (2000). Emotion, regulation and moral development. *Annual Review of Psychology, 51*, 665-697.
- Eisenberg, N. & Lennon, R. (1983). Sex differences in empathy and related capacities. *Psychological Bulletin, 94*, 100-131.
- Eisenberg, N. & Miller, P. A. (1987). The relation of empathy to prosocial and related behaviors. *Psychological Bulletin, 101*, 91-119.
- Eisenberg, N., Guthrie, I. K., Cumberland, A., Murphy, B. C., Shephard, S. A., Zhou, Q., & Carlo, G. (2002). Prosocial development in early adulthood: A longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology, 82*, 993-1006.

- Feshbach, N. D. (1987). Parental empathy and child adjustment/maladjustment. In N. Eisenberg & J. Strayer (Eds.), *Empathy and its development*. New York: Cambridge University Press.
- Fluttert, F., van Meijel, B., Nijman, H., Bjørkly, S., & Grypdonck, M. (2010). Detached concern of forensic mental health nurses in therapeutic relationships with patients: The application of the early recognition method related to detached concern. *Archives of Psychiatric Nursing, 24*, 266-274.
- Fox, J. (2006). "Notice how you feel": An alternative to detached concern among hospice volunteers. *Qualitative Health Research, 16*, 944-961.
- Friedlmeier, W. & Trommsdorff, G. (1992). Entwicklung von Empathie. In G. Finger & C. Steinebach (Eds.), *Frühförderung. Zwischen passionierter Praxis und hilfloser Theorie*. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Gross, J. J. (1998a). Antecedent- and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 224-237.
- Gross, J. J. (1998b). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology, 2*, 271-299.
- Gross, J. J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current Directions in Psychological Science 10*, 214-219.
- Gross, J. J. & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 85*, 348-362.
- Gross, J. J., Carstensen, L. L., Pasupathi, M., Tsai, J., Skorpen, C. G., & Hsu, A. Y. C. (1997). Emotion and aging: Experience, expression, and control. *Psychology and Aging, 12*, 590-599.
- Grühn, D., Rebucal, K., Diehl, M., Lumley, M., & Labouvie-Vief, G. (2008). Empathy across the adult lifespan: Longitudinal and experience-sampling findings. *Emotion, 8*, 753-765.
- Hall, J. A., Davis, M. H., & Connelly, M. (2000). Dispositional empathy in scientist and practitioner psychologists: Group differences and relationship to self-reported professional effectiveness. *Psychotherapy, 37*, 45-56.
- Hansen, S. (2011). Inhibitory control and empathy-related personality traits: Sex-linked associations. *Brain and Cognition, 76*, 364, 368.

- Hassenstab, J., Dziobek, I., Rogers, K., Wolf, O. T., & Convit, A. (2007). Knowing what others know, feeling what others feel. A controlled study of empathy in psychotherapists. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 195*, 277-281.
- Hatfield, E., Rapson, R., & Le, Y. L. (2009). Emotional contagion and empathy. In J. Decety & W. Ickes (Eds.), *The social neuroscience of empathy*. Cambridge, MA: MIT.
- Helson, R., Jones, C., & Kwan, V. S. Y. (2002). Personality change over 40 years of adulthood: Hierarchical linear modeling analyses of two longitudinal samples. *Journal of Personality and Social Psychology, 83*, 752-766.
- Hoffman, M. L. (1984). Interaction of affect and cognition in empathy. In C. E. Izard, J. Kagan & R. B. Zajonc (Eds.), *Emotions, cognition, and behavior*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hoffman, M. L. (2000). *Empathy and Moral Development*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Holland, J. L. (1996). Exploring careers with a typology. What we have learned and some new directions. *American Psychologist, 51*, 397-406.
- Isaacowitz, D. M., Löckenhoff, C. E., Lane, R., Wright, R., Sechrest, L., & Riedel, R. (2007). Age differences in recognition of emotion in lexical stimuli and facial expressions. *Psychology and Aging, 22*, 147-159.
- Jackson, D. C., Malmstadt, J. R., Larson, C. L., & Davidson, R. J. (2000). Suppression and enhancement of emotional responses to unpleasant pictures. *Psychophysiology, 37*, 515-522.
- Johnson, J. A., Cheek, J. M., & Smither (1983). The structure of empathy. *Journal of Personality and Social Psychology, 45*, 1299-1312.
- King, S. H. (2011). The structure of empathy in social work practice. *Journal of Human Behavior in the Social Environment, 21*, 679-695.
- König, D. & Jagsch, R. (2008). *Emotionsregulations-Inventar ERI*. Retrieved February 25, 2011, from: <http://dk.akis.at/eri.pdf>.
- König, D. (2010). *Emotionsregulations-Inventar ERI*. Retrieved February 25, 2011, from: <http://dk.akis.at/emotionsregulations-inventar.html>.
- Koole, S. L. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition & Emotion, 23*, 4-41.

- Langeslang, S. J. E. & Van Strien, J. W. (2010). Comparable modulation of the late positive potential by emotion regulation in younger and older adults. *Journal of Psychophysiology*, *24*, 186-197.
- Lawton, M. P. (2001). Emotion in later life. *Current Directions in Psychological Science*, *10*, 120-123.
- Leibetseder, M., Laireiter, A.-P., Riepler, A., & Köller, T. (2001). E-Skala: Fragebogen zur Erfassung von Empathie - Beschreibung und psychometrische Eigenschaften. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, *22*, 70-85.
- López-Pérez, B. & Fernández-Pinto, I. (2010). Age differences in empathy: From adolescence to old age. *Ansiedad y Estrés*, *16*, 139-150.
- Machado, P. P., Beutler, L. E., & Greenberg, L. S. (1999). Emotion recognition in psychotherapy: Impact of therapist level of experience and emotional awareness. *Journal of Clinical Psychology*, *55*, 39-57.
- Mauss, I. B., Bunge, S. A., & Gross, J. J. (2007). Automatic Emotion Regulation. *Social and Personality Psychology Compass*, *1*, 1-22.
- McRae, K., Ochsner, K. N., Mauss, I. B., Gabrieli, J. J. D., & Gross, J. J. (2008). Gender differences in emotion regulation: An fMRI Study of cognitive reappraisal. *Group Processes & Intergroup Relations*, *11*, 143-162.
- Nolen-Hoeksema, S. & Aldao, A. (2011). Gender and age differences in emotion regulation strategies and their relationship to depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, *51*, 704-708.
- Ochsner, K. N. & Gross, J. J. (2006). The cognitive control of emotion. *Trends in Cognitive Science*, *9*, 242-249.
- Olson, J. K. (1995). Relationships between nurse-expressed empathy, patient-perceived empathy and patient distress. *Image – The Journal of Nursing Scholarship*, *27*, 317-322.
- Paulus, C. (2009a). *Der Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen SPF (IRI) zur Messung von Empathie. Psychometrische Evaluation der deutschen Version des Interpersonal Reactivity Index*. Retrieved February 25, 2011, from: http://www.uni-saarland.de/fak5/ezw/personal/paulus/empathy/SPF_Artikel.pdf.
- Paulus, C. (2009b). Saarbrücker Persönlichkeits-Fragebogen zu Empathie (SPF). Retrieved February 25, 2011, from: <http://bildungswissenschaften.uni-saarland.de/personal/paulus/empathy/SPF.htm>.

- Phillips, L., Henry, J. D., Hosie, J. A., & Milne, A. B. (2008). Effective regulation of the experience and expression of negative affect in old age. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 63B*, 138-145.
- Richter, D. & Kunzmann, U. (2011). Age differences in three facets of empathy: Performance-based evidence. *Psychology and Aging, 26*, 60-70.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, 21*, 95-103.
- Rottenberg, J. & Gross, J. J. (2007). Emotion and emotion regulation: A map for psychotherapy researchers. *Clinical Psychology: Science and Practice, 14*, 323-328.
- Rueckert, L. & Naybar, N. (2008). Gender differences in empathy: The role of the right hemisphere. *Brain and Cognition, 67*, 162-167.
- Ruffman, T., Henry, J. D., Livingstone, V., & Phillips, L. H. (2008). A meta-analytic review of emotion recognition and aging: Implications for neuropsychological models of aging. *Neuroscience and Behavioral Reviews, 32*, 863-881.
- Schulte-Rüther, M., Markowitsch, H. J., Fink, G. R., & Piefke, M. (2007). Mirror neuron and theory of mind mechanisms involved in face-to-face interactions: A functional magnetic resonance imaging approach to empathy. *Journal of Cognitive Neuroscience, 19*, 1354-1372.
- Singer, T. & Lamm, C. (2009). The social neuroscience of empathy. *The Year in Cognitive Neuroscience 2009, 1156*, 81-96.
- Stüber, K. (2008). Empathy. In E. N. Zalta (Eds.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Stanford: The Metaphysics Research Lab, Stanford University. Retrieved February 02, 2011, from: <http://plato.stanford.edu/entries/empathy/>.
- Schiemann, S. & van Gundy, K. (2000). The personal and social links between age and self-reported empathy. *Social Psychology Quarterly, 63*, 152-174.
- Thomsen, D. K., Mehlsen, M. Y., Viidik, A., Sommerlund, B., & Zachariae, R. (2005). Age and gender differences in negative affect – Is there a role for emotion regulation? *Personality and Individual Differences, 38*, 1935-1946.
- Zlomke, K. R. & Hahn, K. S. (2010). Cognitive emotion regulation strategies: Gender differences and associations to worry. *Personality and Individual Differences, 48*, 408-413.

15 Literaturverzeichnis

- Adler, H. M. (2007). Toward a biopsychosocial understanding of the patient-physician relationship: An emerging dialogue. *Journal of General Internal Medicine, 22*, 280-285.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*, 217–237.
- Bargh, J. A., Gollwitzer, P. M., Lee-Chai, A., Barndollar, K. & Trötschel, R. (2001). The automated will: Nonconscious activation and pursuit of behavioral goals. *Journal of Personality and Social Psychology, 81*, 1014-1027.
- Baron-Cohen, S. & Wheelwright, S. (2004). The empathy quotient: An investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism and normal sex differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 34*, 163-175.
- Baron-Cohen, S., Jolliffe, S., Mortimore, C. & Robertson, M. (1997). Another advanced test of theory of mind: evidence from very high functioning adults with autism or Asperger syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38*, 813-822.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y. & Plumb, I. (2001). The “Reading the Mind in the Eyes” Test revised version: A study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 42*, 241-251.
- Barrett-Lennard, G. T. (1981). The empathy cycle: Refinement of a nuclear concept. *Journal of Counseling Psychology, 28*, 91-100.
- Batson, C. D., Fultz, J. & Schoenrade, P. A. (1987). Distress and empathy: Two qualitatively distinct vicarious emotions with different motivational consequences. *Journal of Personality, 55*, 19-39.
- Berg, K., Majdan, J. F., Berg, D., Veloski, J. & Hojat, M. (2011). Medical students’ self-reported empathy and simulated patients’ assessments of student empathy: An analysis by gender and ethnicity. *Academic Medicine, 86*, 984-988.
- Blair, R. J. R. (2005). Responding to the emotions of others: Dissociating forms of empathy through the study of typical and psychiatric populations. *Consciousness and Cognition, 14*, 698-718.

- Blanchard-Fields, F. & Coats, A. H. (2008). The experience of anger and sadness in everyday problems impacts age differences in emotion regulation. *Developmental Psychology, 44*, 1547-1556.
- Bölte, S. (2005). *Reading Mind in the Eyes Test. Erwachsenenversion*. Zugriff am 25.05.2011, von: http://www.kgu.de/zpsy/kinderpsychiatrie/downloads/Eyes_test_erw.pdf.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. (4., überarbeitete Auflage) Heidelberg: Springer.
- Buie, D. H. (1981). Empathy: Its nature and limitations. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 29*, 281-307.
- Burns, D. D. & Nolen-Hoeksema, S. (1992). Therapeutic empathy and recovery from depression in cognitive-behavioral therapy: A structural equation model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 441-449.
- Campos, J. J., Campos, G. R. & Barrett, K. C. (1989). Emergent themes in the study of emotional development and emotion regulation. *Developmental Psychology, 25*, 394-402.
- Clark, A. J. (2010). Empathy: An integral model in the counseling process. *Journal of Counseling and Development, 88*, 348-356.
- Cole, P. M., Martin, S. E. & Dennis, T. A. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child Development, 75*, 317-333.
- Conway, J. B. (1988). Differences among clinical psychologists: Scientists, practitioners, and scientist-practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice, 19*, 642-655.
- Davidson, R. J. (2003). Affective neuroscience and psychophysiology: Toward a synthesis. *Psychophysiology, 40*, 655-665.
- Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *Catalog of Selected Documents in Psychology, 10*, 85.
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 44*, 113-126.
- Davis, M. H. & Franzoi, S. L. (1991). Stability and change in adolescent self-consciousness and empathy. *Journal of Research in Personality, 25*, 70-87.

- Decety, J. & Lamm, C. (2006). Human empathy through the lens of social neuroscience. *The Scientific World Journal*, 6, 1146-1163.
- Derryberry, D. & Rothbart, M. K. (1988). Arousal, affect, and attention as components of temperament. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 958-966.
- Diehl, M., Coyle, N. & Labouvie-Vief, G. (1996). Age and sex differences in strategies of coping and defense across life span. *Psychology and Aging*, 11, 127-139.
- Dimberg, U. & Öhman, A. (1996). Behold the wrath: Psychophysiological responses to facial stimuli. *Motivation and Emotion*, 20, 149-182.
- Dodge, K. A. (1989). Coordinating responses to aversive stimuli: Introduction to a special section on the development of emotion regulation. *Developmental Psychology*, 25, 339-342.
- Driscoll, D., Trane, D. & Anderson, S. W. (2009). The effects of voluntary regulation of positive and negative emotion on psychophysiological responsiveness. *International Journal of Psychophysiology*, 72, 61-66.
- Duan, C. & Hill, C. E. (1996). The current state of empathy research. *Journal of Counselling Psychology*, 43, 261-274.
- Eisenberg, N. (2000). Emotion, regulation and moral development. *Annual Review of Psychology*, 51, 665-697.
- Eisenberg, N., Champion, C. & Ma, Y. (2004). Emotion-related regulation: An emerging construct. *Merrill-Palmer Quarterly*, 50, 236-259.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., Murphy, B., Karbon, M., Maszk, P., Smith, M., O'Boyle, C. & Suh, K. (1994). Relations of emotionality and regulation of dispositional and situational empathy-related responding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 776-797.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., Murphy, B., Karbon, M., Smith, M. & Maszk, P. (1996). The relations of children's dispositional empathy-related responding to their emotionality, regulation, and social functioning. *Developmental Psychology*, 32, 195-209.
- Eisenberg, N., Guthrie, I. K., Cumberland, A., Murphy, B. C., Shephard, S. A., Zhou, Q. & Carlo, G. (2002). Prosocial development in early adulthood: A longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 993-1006.
- Eisenberg, N. & Lennon, R. (1983). Sex differences in empathy and related capacities. *Psychological Bulletin*, 94, 100-131.

- Eisenberg, N. & Miller, P. A. (1987). The relation of empathy to prosocial and related behaviors. *Psychological Bulletin*, *101*, 91-119.
- Eisenberg, N. & Okun, M. A. (1996). The relations of dispositional regulation and emotionality to elders' empathy-related responding and affect while volunteering. *Journal of Personality*, *64*, 157-183.
- Eisenberg, N. & Spinrad, T. L. (2004). Emotion-related regulation: Sharpening the definition. *Child Development*, *75*, 334-339.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, *41*, 1149-1160.
- Feshbach, N. D. (1987). Parental empathy and child adjustment/maladjustment. In N. Eisenberg & J. Strayer (Hrsg.), *Empathy and its development*. New York: Cambridge University Press.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. (3rd Edition) London: Sage Publications.
- Fluttert, F., van Meijel, B., Nijman, H., Bjørkly, S. & Grypdonck, M. (2010). Detached concern of forensic mental health nurses in therapeutic relationships with patients: The application of the early recognition method related to detached concern. *Archives of Psychiatric Nursing*, *24*, 266-274.
- Forgas, J. P. (1992). Affect in social judgments and decisions: A multi-process model. In M. Zanna (Hrsg.), *Advances in experimental social psychology*. San Diego, CA: Academic Press.
- Fox, J. (2006). "Notice how you feel": An alternative to detached concern among hospice volunteers. *Qualitative Health Research*, *16*, 944-961.
- Friedlmeier, W. & Trommsdorff, G. (1992). Entwicklung von Empathie. In G. Finger & C. Steinebach (Hrsg.), *Frühförderung. Zwischen passionierter Praxis und hilfloser Theorie*. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Garnefski, N., Kaaij, V. & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, *30*, 1311-1327.
- Giuliani, N. R., McRae, K. & Gross, J. J. (2008). The up- and down-regulation of amusement: Experiential, behavioral, and autonomic consequences. *Emotion*, *8*, 714-719.

- Gladstein, G. A. (1983). Understanding empathy: Integrating counseling, developmental, and social psychology perspectives. *Journal of Counseling Psychology, 30*, 467-482.
- Greason, P. B. & Cashwell, C. S. (2009). Mindfulness and counseling self-efficacy: The mediating role of attention and empathy. *Counselor Education and Supervision, 49*, 2-12.
- Gresham, D. & Gullone, E. (in Druck). Emotion regulation strategy use in children and adolescents: The explanatory roles of personality and attachment. *Personality and Individual Differences*.
- Gross, J. J. (1998a). Antecedent- and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 224-237.
- Gross, J. J. (1998b). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology, 2*, 271-299.
- Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition and Emotion, 13*, 551-573.
- Gross, J. J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current Directions in Psychological Science 10*, 214-219.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology, 39*, 281-191.
- Gross, J. J., Carstensen, L. L., Pasupathi, M., Tsai, J., Skorpen, C. G. & Hsu, A. Y. C. (1997). Emotion and aging: Experience, expression, and control. *Psychology and Aging, 12*, 590-599.
- Gross, J. J. & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 85*, 348-362.
- Grühn, D., Rebucal, K., Diehl, M., Lumley, M. & Labouvie-Vief, G. (2008). Empathy across the adult lifespan: Longitudinal and experience-sampling findings. *Emotion, 8*, 753-765.
- Hall, J. A., Davis, M. H. & Connelly, M. (2000). Dispositional empathy in scientist and practitioner psychologists: Group differences and relationship to self-reported professional effectiveness. *Psychotherapy, 37*, 45-56.
- Hansen, S. (2011). Inhibitory control and empathy-related personality traits: Sex-linked associations. *Brain and Cognition, 76*, 364, 368.

- Hargreaves, A. (1998). The emotional practice of teaching. *Teaching and Teacher Education, 14*, 835-845.
- Hassenstab, J., Dziobek, I., Rogers, K., Wolf, O. T. & Convit, A. (2007). Knowing what others know, feeling what others feel. A controlled study of empathy in psychotherapists. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 195*, 277-281.
- Hatfield, E., Rapson, R. & Le, Y. L. (2009). Emotional contagion and empathy. In J. Decety & W. Ickes (Hrsg.), *The social neuroscience of empathy*. Cambridge, MA: MIT.
- Helson, R., Jones, C. & Kwan, V. S. Y. (2002). Personality change over 40 years of adulthood: Hierarchical linear modeling analyses of two longitudinal samples. *Journal of Personality and Social Psychology, 83*, 752-766.
- Hoffman, M. L. (1984). Interaction of affect and cognition in empathy. In C. E. Izard, J. Kagan & R. B. Zajonc (Hrsg.), *Emotions, cognition, and behavior*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hoffman, M. L. (2000). *Empathy and Moral Development*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Holland, J. L. (1996). Exploring careers with a typology. What we have learned and some new directions. *American Psychologist, 51*, 397-406.
- Hsee, C. K., Hatfield, E. & Carlson, J. G. (1990). The effect of power and susceptibility to emotional contagion. *Cognition and Emotion, 4*, 327-340.
- Institut für Bildungsforschung der Wirtschaft (2011). Berufsinformationscomputer. Zugriff am 20.05.2011, von: <http://www.bic.at/berufsgruppen.php?bg=16#16>.
- Isaacowitz, D. M., Löckenhoff, C. E., Lane, R., Wright, R., Sechrest, L. & Riedel, R. (2007). Age differences in recognition of emotion in lexical stimuli and facial expressions. *Psychology and Aging, 22*, 147-159.
- Izard, C. E. (2010). The many meanings/aspects of emotion: Definitions, functions, activation, and regulation. *Emotion Review, 2*, 363-370.
- Jackson, D. C., Malmstadt, J. R., Larson, C. L. & Davidson, R. J. (2000). Suppression and enhancement of emotional responses to unpleasant pictures. *Psychophysiology, 37*, 515-522.
- Jackson, D. C., Mueller, C. J., Dolski, I., Dalton, K. M., Nitschke, J. B., Urry, H. L., Rosenkranz, M. A., Ryff, C. D., Singer, B. H., & Davidson, R. J. (2003). Now you feel it, now you don't: Frontal brain electrical asymmetry and individual differences in emotion regulation. *Psychological Science, 14*, 612-617.

- John, O. P. & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, 72, 1301-1333.
- Johnson, J. A., Cheek, J. M. & Smither, R. (1983). The structure of empathy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 1299-1312.
- Kalisch, R., Wiech, K., Critchley, H. D., Seymour, B., O'Doherty, J., Oakley, D. A., Allen, P. & Dolan, R. J. (2005). Anxiety reduction through detachment: Subjective, physiological, and neural effects. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 17, 874-883.
- Kim, S. H. & Hamann, S. (2007). Neural correlates of positive and negative emotion regulation. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 19, 776-798.
- King, S. H. (2011). The structure of empathy in social work practice. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 21, 679-695.
- König, D. (2010). Emotionsregulations-Inventar ERI. Zugriff am 25.02.2011, von: <http://dk.akis.at/emotionsregulations-inventar.html>.
- König, D. & Jagsch, R. (2008). *Emotionsregulations-Inventar ERI*. Zugriff am 25.02.2011, von: <http://dk.akis.at/eri.pdf>
- Koole, S. L. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition & Emotion*, 23, 4-41.
- Krantz, D. S. & Manuck, S. B. (1984). Acute psychophysiologic reactivity and risk of cardiovascular disease: A review and methodologic critique. *Psychological Bulletin*, 96, 435-464.
- Lamm, C., Batson, C. D. & Decety, J. (2007). The neural substrate of human empathy: Effects of perspective-taking and cognitive appraisal. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 19, 42-58.
- Langeslang, S. J. E. & Van Strien, J. W. (2010). Comparable modulation of the late positive potential by emotion regulation in younger and older adults. *Journal of Psychophysiology*, 24, 186-197.
- Lazarus, R. S. & Alfert, E. (1964). Short-circuiting of threat by experimentally altering cognitive appraisal. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 69, 195-205.
- Lawton, M. P. (2001). Emotion in later life. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 120-123.

- Leibetseder, M., Laireiter, A.-P., Riepler, A. & Köller, T. (2001). E-Skala: Fragebogen zur Erfassung von Empathie - Beschreibung und psychometrische Eigenschaften. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 22, 70-85.
- López-Pérez, B. & Fernández-Pinto, I. (2010). Age differences in empathy: From adolescence to old age. *Ansiedad y Estrés*, 16, 139-150.
- Machado, P. P., Beutler, L. E. & Greenberg, L. S. (1999). Emotion recognition in psychotherapy: Impact of therapist level of experience and emotional awareness. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 39-57.
- Mak, A. K., Hu, Z., Zhang, J. X., Xiao, Z. & Lee, T. M. C. (2009). Neural correlates of regulation of positive and negative emotions: An fMRI study. *Neuroscience Letters*, 457, 101-106.
- Martin, D.J., Garske, J.P. & Davis, M.K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450.
- Maslach, C., Schaufeli, W. & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Mauss, I. B., Bunge, S. A. & Gross, J. J. (2007). Automatic Emotion Regulation. *Social and Personality Psychology Compass*, 1, 1-22.
- McRae, K., Ochsner, K. N., Mauss, I. B., Gabrieli, J. J. D. & Gross, J. J. (2008). Gender differences in emotion regulation: An fMRI Study of cognitive reappraisal. *Group Processes & Intergroup Relations*, 11, 143-162.
- Miyamoto, Y. & Ma, X. (2011). Dampening or savoring positive emotions: A dialectical cultural script guides emotion regulation. *Emotion*, 11, 1346-1357.
- Monat, A., & Lazarus, R. S. (1991). *Stress and coping: an anthology*. New York: Columbia University Press.
- Murphy, B. C., Shepard, S. A., Eisenberg, N., Fabes, R. A. & Guthrie, K. (1999). Contemporaneous and longitudinal relations of dispositional sympathy to emotionality, regulation, and social functioning. *The Journal of Early Adolescence*, 19, 66-97.
- Ng, W. & Diener, E. (2009). Personality differences in emotions. *Journal of Individual Differences*, 30, 100-106.
- Nolen-Hoeksema, S. & Aldao, A. (2011). Gender and age differences in emotion regulation strategies and their relationship to depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 51, 704-708.

- Ochsner, K. N., Bunge, S. A., Gross, J. J. & Gabrieli, J. D. E. (2002). Rethinking feelings: An fMRI Study of the cognitive regulation of emotion. *Journal of Cognitive Neuroscience*, *14*, 1215-1229.
- Ochsner, K. N. & Gross, J. J. (2006). The cognitive control of emotion. *Trends in Cognitive Science*, *9*, 242-249.
- Okun, M. A., Shepard, S. A. & Eisenberg, N. (2000). The relations of emotionality and regulation to dispositional empathy-related responding among volunteers-in-training. *Personality and Individual Differences*, *28*, 367-382.
- Olson, J. K. (1995). Relationships between nurse-expressed empathy, patient-perceived empathy and patient distress. *Image – The Journal of Nursing Scholarship*, *27*, 317-322.
- Orgeta, V. (2009). Specificity of age differences in emotion regulation. *Aging and Mental Health*, *13*, 818-826.
- Paulus, C. (2009a). *Der Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen SPF (IRI) zur Messung von Empathie. Psychometrische Evaluation der deutschen Version des Interpersonal Reactivity Index*. Zugriff am 25.02.2011, von: http://www.uni-saarland.de/fak5/ezw/personal/paulus/empathy/SPF_Artikel.pdf.
- Paulus, C. (2009b). Saarbrücker Persönlichkeits-Fragebogen zu Empathie (SPF). Zugriff am 25.02.2011, von: <http://bildungswissenschaften.uni-saarland.de/personal/paulus/empathy/SPF.htm>.
- Phillips, L., Henry, J. D., Hosie, J. A. & Milne, A. B. (2008). Effective regulation of the experience and expression of negative affect in old age. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, *63B*, 138-145.
- Premack, D. & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *The Behavioral and Brain Sciences*, *4*, 515-526.
- Quoidbach, J., Berry, E. V., Hansenne, M. & Mikolajczak, M. (2010). Positive emotion regulation and well-being: Comparing the impact of eight savoring and dampening strategies. *Personality and Individual Differences*, *49*, 368-373.
- Rameson, L. T., Morelli, S. A. & Lieberman, M. D. (2011). The neural correlates of empathy: Experience, automaticity, and prosocial behavior. *Journal of Cognitive Neuroscience*, *24*, 235-245.
- Richter, D. & Kunzmann, U. (2011). Age differences in three facets of empathy: Performance-based evidence. *Psychology and Aging*, *26*, 60-70.

- Rizzolatti, G., Fogassi, L. & Gallese, V. (2001). Neurophysiological mechanisms underlying the understanding and imitation of action. *Nature Reviews Neuroscience*, 2, 661-670.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rottenberg, J. & Gross, J. J. (2007). Emotion and emotion regulation: A map for psychotherapy researchers. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14, 323-328.
- Rueckert, L. & Naybar, N. (2008). Gender differences in empathy: The role of the right hemisphere. *Brain and Cognition*, 67, 162-167.
- Ruffman, T., Henry, J. D., Livingstone, V. & Phillips, L. H. (2008). A meta-analytic review of emotion recognition and aging: Implications for neuropsychological models of aging. *Neuroscience and Behavioral Reviews*, 32, 863-881.
- Schaefer, S. M., Jackson, D. C., Davidson, R. J., Aguirre, G. K., Kimberg, D. Y. & Thompson-Schill, S. L. (2002). Modulation of amygdala activity by the conscious regulation of negative emotion. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 14, 913-921.
- Schiemann, S. & van Gundy, K. (2000). The personal and social links between age and self-reported empathy. *Social Psychology Quarterly*, 63, 152-174.
- Schulte-Rüther, M., Markowitsch, H. J., Fink, G. R. & Piefke, M. (2007). Mirror neuron and theory of mind mechanisms involved in face-to-face interactions: A functional magnetic resonance imaging approach to empathy. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 19, 1354-1372.
- Singer, T. & Lamm, C. (2009). The social neuroscience of empathy. *The Year in Cognitive Neuroscience 2009*, 1156, 81-96.
- Singer, T., Seymour, B., O'Doherty, J., Kaube, H., Dolan, R. J. & Frith, C. D. (2004). Empathy for pain involves the affective but not the sensory components of pain. *Science*, 303, 1157-1161.
- Sonny-Borgström, M. (2002). Automatic mimicry reactions as related to differences in emotional empathy. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43, 433-443.
- Strack, F. & Deutsch, R. (2004). Reflective and impulsive determinants of social behavior. *Personality and Social Psychology Review*, 8, 220-247.
- Stüber, K. (2008). Empathy. In E. N. Zalta (Hrsg.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Stanford: The Metaphysics Research Lab, Stanford University. Zugriff am 10.02.2011, von: <http://plato.stanford.edu/entries/empathy/>.

- Tamir, M. (2009). Differential preferences for happiness: Extraversion and trait-consistent emotion regulation. *Journal of Personality, 77*, 447-470.
- Thomsen, D. K., Mehlsen, M. Y., Viidik, A., Sommerlund, B. & Zachariae, R. (2005). Age and gender differences in negative affect – Is there a role for emotion regulation? *Personality and Individual Differences, 38*, 1935-1946.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A Theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 59*, 25-52.
- Tice, D. M. & Bratslavsky, E. (2000). Giving in to feel good: The place of emotion regulation in the context of general self-control. *Psychological Inquiry, 11*, 149-159.
- Titchener, E. B. (1909). *Lectures on the experimental psychology of the thought-processes*. New York: Mcmillan.
- Trusty, J., Ng, K. & Watts, R. E. (2005). Model of effects of adult attachment on emotional empathy of counseling students. *Journal of Counseling and Development, 83*, 66-77.
- Tugade, M. M. & Fredrickson, B. L. (2007). Regulation of positive emotions: Emotion regulation strategies that promote resilience. *Journal of Happiness Studies, 8*, 311-333.
- Underwood, B. & Moore, B. (1982). Perspective-taking and altruism. *Psychological Bulletin, 91*, 143-173.
- Volokhov, R. N. & Demaree, H. A. (2010). Spontaneous emotion regulation to positive and negative stimuli. *Brain and Cognition, 73*, 1-6.
- Westen, D. (1994). Toward an integrative model of affect regulation: applications to social-psychological research. *Journal of Personality, 62*, 641-667.
- Wynn & Wynn (2006). Empathy as an interactionally achieved phenomenon in psychotherapy. Characteristics of some conversational resources. *Journal of Pragmatics, 38*, 1385-1397.
- Zlomke, K. R. & Hahn, K. S. (2010). Cognitive emotion regulation strategies: Gender differences and associations to worry. *Personality and Individual Differences, 48*, 408-413.

16 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Prozentuelle Verteilung der Berufsgruppen.	64
Abbildung 2: Grafische Darstellung der adjustierten Mittelwerte pro Berufsgruppe (SPF).....	74
Abbildung 3: Grafische Darstellung der adjustierten Mittelwerte pro Berufsgruppe (Eyes Test).....	75
Abbildung 4: Grafische Darstellung der adjustierten Mittelwerte pro Altersgruppe (SPF).....	77
Abbildung 5: Grafische Darstellung der adjustierten Mittelwerte pro Altersgruppe (Eyes Test).....	78
Abbildung 6: Grafische Darstellung der adjustierten Mittelwerte pro Berufsgruppe (ERI-NE).....	85
Abbildung 7: Grafische Darstellung der adjustierten Mittelwerte pro Berufsgruppe (ERI-PE).....	85
Abbildung 8: Grafische Darstellung der adjustierten Mittelwerte pro Altersgruppe (ERI-NE).....	89
Abbildung 9: Grafische Darstellung der adjustierten Mittelwerte pro Altersgruppe (ERI-PE).....	89

17 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Art und Anzahl der nicht-sozialen Berufe	66
Tabelle 2: Reliabilitätskoeffizienten der Skalen des SPF	67
Tabelle 3: Korrigierte Item-Skala-Korrelation der Items des SPF	67
Tabelle 4: Reliabilitätskoeffizienten der Skalen des ERI-NE.....	68
Tabelle 5: Korrigierte Item-Skala-Korrelation der Items des ERI-NE	68
Tabelle 6: Reliabilitätskoeffizienten der Skalen des ERI-PE	69
Tabelle 7: Korrigierte Item-Skala-Korrelation der Items des ERI-PE.....	69
Tabelle 8: MANCOVA mit dem Faktor Beruf und der Kovariate Geschlecht (SPF und Eyes Test).....	70
Tabelle 9: ANCOVAs mit dem Faktor Beruf und der Kovariate Geschlecht (SPF und Eyes Test).....	71
Tabelle 10: Signifikanzwerte der Kontraste (SPF und Eyes Test).....	72
Tabelle 11: Geschätzte Randmittel pro Berufsgruppe (SPF und Eyes Test)	74
Tabelle 12: MANCOVA mit dem Faktor Alter und der Kovariate Geschlecht (SPF und Eyes Test).....	75
Tabelle 13: ANCOVAs mit dem Faktor Alter (SPF und Eyes Test)	76
Tabelle 14: Geschätzte Randmittel pro Altersgruppe (SPF und Eyes Test).....	77
Tabelle 15: MANCOVA mit dem Faktor Beruf und der Kovariate Geschlecht (ERI-NE und ERI-PE).....	78
Tabelle 16: ANCOVAs mit dem Faktor Beruf und der Kovariate Geschlecht (ERI-NE und ERI-PE).....	80
Tabelle 17: Signifikanzwerte der Kontraste (ERI-NE).....	81
Tabelle 18: Signifikanzwerte der Kontraste (ERI-PE)	82
Tabelle 19: Geschätzte Randmittel pro Berufsgruppe (ERI-NE)	83
Tabelle 20: Geschätzte Randmittel pro Berufsgruppe (ERI-PE)	84
Tabelle 21: MANCOVA mit dem Faktor Alter und der Kovariate Geschlecht (ERI-NE und ERI-PE).....	86
Tabelle 22: ANCOVAs mit dem Faktor Alter und der Kovariate Geschlecht (ERI-NE und ERI-PE).....	87
Tabelle 23: Geschätzte Randmittel pro Altersgruppe (ERI-NE und ERI-PE).....	88

18 Anhang

Erklärung der Anonymität

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

ich studiere Psychologie an der Universität Wien und führe im Zuge meiner Diplomarbeit eine Studie zum Umgang mit Gefühlen durch.

Ich würde mich sehr freuen, wenn Sie mich bei dieser Studie unterstützen, das Ausfüllen des Fragebogens nimmt nur ca. 12 Minuten Zeit in Anspruch.

Selbstverständlich werden alle Daten absolut vertraulich und anonym behandelt, die Studie dient ausschließlich Forschungszwecken.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Martina Pühringer

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an: a0601700@unet.univie.ac.at

Fragebogen zur Erfassung der soziodemographischen Daten (Psychologiestudenten)

Bitte geben Sie zuerst einige Daten zu Ihrer Person an.

Geschlecht

männlich

weiblich

Alter

Jahre

Ich studiere Psychologie an der Universität ...

Wien

Graz

Salzburg

Klagenfurt

Innsbruck

Ich habe bereits länger als 1 Jahr im sozialen Bereich gearbeitet.

ja, und zwar als

nein

Ich habe vor, einmal als klinische/r Psycholog/in zu arbeiten.

ja

nein

Fragebogen zur Erfassung der soziodemographischen Daten (Klinische Psychologen)

Bitte geben Sie zuerst einige Daten zu Ihrer Person an.

Geschlecht

- männlich
- weiblich

Alter

Jahre

In welchen der angegebenen Bereiche sind Sie (hauptsächlich) tätig?

- als praktizierende/r klinische/r Psycholog/in
- in der Lehre/Forschung
- in beiden Bereichen in etwa gleich

Wie lange üben Sie Ihren Beruf als klinische/r Psycholog/in schon aus?

Jahre

Arbeiten Sie neben Ihrer Tätigkeit als klinische/r Psycholog/in auch als Psychotherapeut/in?

- ja
- nein

Fragebogen zur Erfassung der soziodemographischen Daten (Berater)

Bitte geben Sie zuerst einige Daten zu Ihrer Person an.

Geschlecht

- männlich
 weiblich

Alter

Jahre

höchste abgeschlossene Ausbildung

- kein Abschluss
 Volks- bzw. Grundschule
 Hauptschule
 Realschule
 Lehrabschluss
 Fachschule/Fachoberschule
 Matura/Abitur
 Collegeabschluss
 Hochschule/Fachhochschule
 sonstige:

Wie lange üben Sie Ihren Beruf als Berater/in schon aus?

Jahre

Bitte geben Sie an, welche Art von Beratung Sie anbieten.

- Lebens- und Sozialberatung
 Ehe- und Familienberatung
 Kinder- und Jugendberatung
 Ernährungsberatung
 Bildungs- und Berufsberatung
 Mediation
 Coaching
 PR- und Werbe-Beratung
 Rechtsberatung
 Unternehmensberatung
 sonstige:

Bitte geben Sie an, ob Sie neben Ihrer Tätigkeit als Berater/in zusätzlich folgende Berufe ausüben:

- klinische/r Psycholog/in
- Psychotherapeut/in
- sonstige:
- Ich übe keinen zusätzlichen Beruf aus.

Fragebogen zur Erfassung der soziodemographischen Daten (Angehörige nicht-sozialer Berufe)

Bitte geben Sie zuerst einige Daten zu Ihrer Person an.

Geschlecht

- männlich
- weiblich

Alter

Jahre

höchste abgeschlossene Ausbildung

- kein Abschluss
- Volks- bzw. Grundschule
- Hauptschule
- Realschule
- Lehrabschluss
- Fachschule/Fachoberschule
- Matura/Abitur
- Collegeabschluss
- Hochschule/Fachhochschule
- sonstige:

Beruf

Bitte geben Sie Ihre Berufsbezeichnung so genau wie möglich an.

Ich habe schon einmal im sozialen Bereich für mindestens 1 Jahr gearbeitet.

- ja, und zwar als
- nein

Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen (SPF)

Sie werden jetzt eine Reihe von Aussagen lesen, die jeweils bestimmte (verallgemeinerte) menschliche Eigenschaften oder Reaktionen beschreiben, die alle etwas mit Gefühlen zu tun haben. Bitte kennzeichnen Sie auf der Antwortskala, inwieweit die jeweilige Aussage auf Sie zutrifft. Es gibt dabei keine richtigen oder falschen Antworten.

	trifft nie zu	trifft selten zu	trifft manchmal zu	trifft häufig zu	trifft immer zu
Ich empfinde warmherzige Gefühle für Leute, denen es weniger gut geht als mir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Gefühle einer Person in einem Roman kann ich mir oft sehr gut vorstellen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In Notfallsituationen fühle ich mich ängstlich und unbehaglich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich versuche, bei einem Streit zuerst beide Seiten zu verstehen, bevor ich eine Entscheidung treffe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich sehe, wie jemand ausgenutzt wird, glaube ich, ihn schützen zu müssen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich hilflos, wenn ich inmitten einer sehr emotionsgeladenen Situation bin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nachdem ich einen Film gesehen habe, fühle ich mich so, als ob ich eine der Personen aus diesem Film sei.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In einer gespannten emotionalen Situation zu sein, beängstigt mich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mich berühren Dinge sehr, die ich nur beobachte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich glaube, jedes Problem hat zwei Seiten und versuche deshalb beide zu berücksichtigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich würde mich selbst als eine ziemlich weichherzige Person bezeichnen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich einen guten Film sehe, kann ich mich sehr leicht in die Hauptperson hineinversetzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In heiklen Situationen neige ich dazu, die Kontrolle über mich zu verlieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn mir das Verhalten eines anderen komisch vorkommt, versuche ich mich für eine Weile in seine Lage zu versetzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich eine interessante Geschichte oder ein gutes Buch lese, versuche ich mir vorzustellen, wie ich mich fühlen würde, wenn mir die Ereignisse passieren würden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bevor ich jemanden kritisiere, versuche ich mir vorzustellen, wie ich mich an seiner Stelle fühlen würde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Emotionsregulations-Inventar (ERI)

Sie werden jetzt eine Reihe von Aussagen lesen, die sich auf den Umgang mit *negativen* Gefühlen beziehen. Von Interesse ist, wie Sie im Allgemeinen mit diesen Gefühlen umgehen. Bitte lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch und beurteilen Sie jeweils, wie häufig diese auf Sie zutrifft.

Um sich den Umgang mit diesen Gefühlen besser vorstellen zu können, versuchen Sie bitte, sich in ein *negatives* Gefühl hineinzusetzen und beantworten Sie dann die Fragen.

Wenn ich negative Gefühle habe,....	trifft nie zu	trifft selten zu	trifft manchmal zu	trifft häufig zu	trifft immer zu
lasse ich meinen Gefühlen freien Lauf.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
versuche ich, mich auf etwas anderes zu konzentrieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
spreche ich mit jemandem über diese.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
überlege ich, ob die Situation auch positive Aspekte hat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lasse ich diese an anderen aus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
versuche ich, mir nichts anmerken zu lassen, um auf die Stimmung anderer Rücksicht zu nehmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lenke ich mich durch eine Aktivität ab.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
versuche ich, positiver über die Situation zu denken.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
teile ich mich anderen mit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
versuche ich, diese nicht zu zeigen, um jemand anderen nicht zu belasten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
zeige ich diese in heftiger Art und Weise.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
versuche ich, mich mit etwas anderem zu beschäftigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
suche ich Rat im Gespräch mit anderen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bringe ich diese sehr deutlich zum Ausdruck.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sage ich mir, die Situation hätte auch noch schlimmer sein können.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
versuche ich, diese zu unterdrücken, um mich wieder auf etwas anderes konzentrieren zu können.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
versuche ich, diese nicht zu zeigen, um jemand anderen dadurch nicht zu verletzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
muss ich diese einfach rauslassen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
erzähle ich jemandem davon.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
versuche ich, an etwas anderes zu denken.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
versuche ich, den Grund der Gefühle positiver zu sehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
reagiere ich mich an anderen ab.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
versuche ich, diese nicht zu zeigen, um auf die Situation anderer Rücksicht zu nehmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
suche ich das Gespräch mit einer mir vertrauten Person.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nun geht es um *positive* Gefühle.

Um sich den Umgang mit diesen Gefühlen besser vorstellen zu können, versuchen Sie bitte, sich in ein *positives* Gefühl hineinzusetzen und beantworten Sie dann die Fragen.

Wenn ich positive Gefühle habe,...	trifft nie zu	trifft selten zu	trifft manchmal zu	trifft häufig zu	trifft immer zu
versuche ich, diese zu unterdrücken, um mich wieder auf etwas anderes konzentrieren zu können.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kann ich diese einfach nicht verbergen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
erzähle ich jemandem davon.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
versuche ich, diese nicht zu zeigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
versuche ich, an etwas anderes zu denken.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
versuche ich, diese nicht zu zeigen, um jemand anderen dadurch nicht zu verletzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
spreche ich mit jemandem über diese.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
zeige ich diese in heftiger Art und Weise.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sage ich mir, ich sollte besser ruhig bleiben, um einer Tätigkeit nachgehen zu können.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
behalte ich diese am liebsten für mich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
versuche ich, diese nicht zu zeigen, um auf die Situation anderer Rücksicht zu nehmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lenke ich mich durch eine Aktivität ab.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
muss ich diese einfach rauslassen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
suche ich mir das Gespräch mit einer vertrauten Person.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
versuche ich, mich mit etwas anderem zu beschäftigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
versuche ich, diese zu kontrollieren, um bei anderen keine negativen Gefühle (z.B. Enttäuschung, Eifersucht, Neid) hervorzurufen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
versuche ich, diese zu ignorieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
versuche ich, diese zu unterdrücken, um mich auf eine Tätigkeit konzentrieren zu können.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
teile ich mich anderen mit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
versuche ich, mir nichts anmerken zu lassen, um auf die Stimmung anderer Rücksicht zu nehmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lasse ich meinen Gefühlen freien Lauf.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
versuche ich, mich auf etwas anderes zu konzentrieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
halte ich diese am liebsten unter Kontrolle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Reading the Mind in the Eyes Test

Bitte sehen Sie sich die 36 Bilder von Augenpaaren nacheinander an und entscheiden Sie, welcher der vier angeführten Begriffe am besten beschreibt, was die abgebildete Person denkt, fühlt oder ausdrückt.

Wenn Sie den Eindruck haben, dass mehr als ein Begriff zutrifft, entscheiden Sie sich bitte trotzdem für einen. Bevor Sie eine Entscheidung treffen, stellen Sie bitte sicher, dass sie alle vier Begriffe gelesen haben.

Sollten Sie einige Begriffe nicht kennen oder Ihnen missverständlich erscheinen, finden Sie hier eine kleine Liste sinnverwandter Wörter:

antizipierend = ahnen, vorwegnehmen
dominant = autoritär, bestimmend
gedankenreich = nachdenklich, überlegend
kontemplativ = versunken, vertieft, innerlich
sarkastisch = spöttisch, zynisch, höhnisch
verlangend = verführerisch, sehnsüchtig

Übungsaufgabe:



- eifersüchtig
- panisch
- arrogant
- gehässig



1.

- verspielt
- tröstend
- irritiert
- gelangweilt



2.

- erschrocken
- bestürzt
- arrogant
- verärgert



1.

- verspielt
- tröstend
- irritiert
- gelangweilt



2.

- erschrocken
- bestürzt
- arrogant
- verärgert



3.

- scherzend
- zerstreut
- verlangend
- überzeugt



4.

- scherzend
- fordernd
- amüsiert
- entspannt



5.

- irritiert
- sarkastisch
- besorgt
- freundlich



6.

- schockiert
- fantasierend
- ungeduldig
- wachsam



9.

- verärgert
- feindlich
- schockiert
- voreingenommen



10.

- vorsichtig
- beharrlich
- gelangweilt
- schockiert



7.

- entschuldigend
- freundlich
- angespannt
- enttäuscht



8.

- niedergeschlagen
- befreit
- schüchtern
- aufgeregt



11.

- erschrocken
- amüsiert
- bereuend
- flirtend



12.

- gleichgültig
- verlegen
- skeptisch
- niedergeschlagen



13.

- entschlossen
- antizipierend
- drohend
- schüchtern



14.

- irritiert
- enttäuscht
- depressiv
- anklagend



15.

- kontemplativ
- zerstreut
- ermutigend
- amüsiert



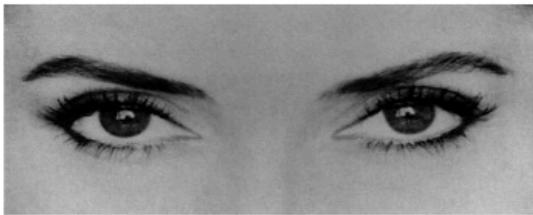
16.

- irritiert
- gedankenreich
- ermutigend
- sympathisch



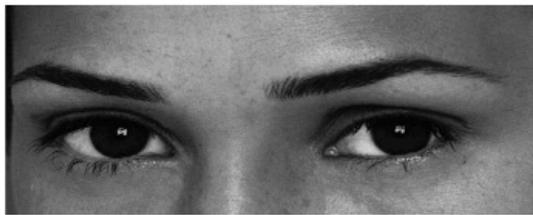
17.

- zweifelnd
- liebevoll
- verspielt
- schockiert



18.

- entschlossen
- amüsiert
- schockiert
- gelangweilt



19.

- arrogant
- dankbar
- sarkastisch
- unsicher



20.

- dominant
- freundlich
- schuldig
- erschrocken



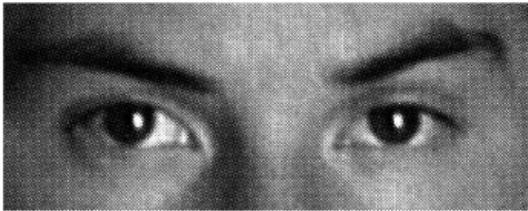
21.

- verlegen
- fantasierend
- verwirrt
- panisch



22.

- voreingenommen
- dankbar
- beharrlich
- bittend



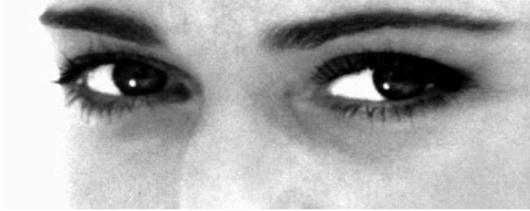
23.

- zufrieden
- entschuldigend
- herausfordernd
- neugierig



24.

- nachdenklich
- irritiert
- aufgeregt
- feindlich



25.

- panisch
- ungläubig
- niedergeschlagen
- interessiert



26.

- besorgt
- schüchtern
- feindlich
- ängstlich



27.

- scherzend
- vorsichtig
- arrogant
- ermutigend



28.

- interessiert
- scherzend
- liebevoll
- zufrieden



29.

- ungeduldig
- erschrocken
- irritiert
- nachdenklich



30.

- dankbar
- flirtend
- feindlich
- enttäuscht



31.

- beschämt
- überzeugt
- scherzhaft
- entmutigt



32.

- ernst
- beschämt
- verblüfft
- besorgt



33.

- verlegen
- schuldig
- fantasierend
- besorgt



34.

- bestürzt
- verwirrt
- misstrauisch
- erschrocken



35.

- ratlos
- nervös
- beharrlich
- kontemplativ



36.

- beschämt
- nervös
- misstrauisch
- zögernd

Curriculum Vitae

Persönliche Daten

Name: Martina Pühringer
Adresse: Kaiserstraße 87/2/1, 1070 Wien
Geboren: 12.10.1987 in Steyr
Familienstand: ledig

Studium und Ausbildung

1994-1998: Volksschule Sierning
1998-2006: Bundesgymnasium Steyr
seit 2006: Studium der Psychologie an der Universität Wien

Praktika

07/2005, 07/2006: Ferialpraktikum in der Firma Concreta
08/2007: Ferialpraktikum in der Firma Hydrac
07/2008, 07/2009: Ferialpraktikum in der Firma Concreta
03/2010: Praktikum im Forschungsinstitut *abif* (Analyse, Beratung, interdisziplinäre Forschung)
08-09/2010: 6-Wochen-Pflichtpraktikum im psychosozialen Rehabilitationszentrum *Sonnenpark* Bad Hall
12/2011-03/2012: Psychologisches Praktikum im *Anton-Proksch-Institut*

Berufserfahrung

10/2010 – 05/2011: Mitarbeit am *Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH* als Projektassistentin
06/2011: Mitarbeit bei sowie Teilnahme an der *12th European Conference on Traumatic Stress 2011* (ECOTS)

Sonstiges

Sprachen: Deutsch (Muttersprache), Englisch (sehr gut),
Spanisch (Grundlagen)
EDV: MS Office, SPSS