

---

Dieter Schmelzer

## Empathie „plus“: Zum Beziehungsverständnis der Selbstmanagement-Therapie

Empathy „plus“: The therapeutic alliance in self-management therapy

Empathie und eine positive therapeutische Beziehung sind auch im Selbstmanagement-Ansatz von Frederick Kanfer das notwendige (aber nicht schon hinreichende) Fundament für das Gelingen einer Therapie. Dieser Beitrag verdeutlicht an vielen Beispielen die besondere Form der Beziehungsgestaltung und der therapeutischen Kommunikation in den verschiedenen Phasen des Selbstmanagement-Prozessmodells. Dabei wird aufgezeigt, wie empathisches Verstehen immer mit weiteren therapeutischen Miniprozessen kombiniert und verwoben wird: Empathie „+“ bedeutet also z. B. Empathie plus effektive Kommunikation, Klären von Erwartungen, Motivationsförderung, Problemlösen und Coping, Verhaltensanalysen, Zielklärung und vieles mehr. Möglicherweise umfassen also die so genannten „unspezifischen Beziehungsfaktoren“ auf der Prozessebene weitaus mehr spezifische Elemente als bislang angenommen.

Schlüsselwörter

Empathie, Kognitive Verhaltenstherapie, Kommunikation, Selbstmanagement, Selbstregulation, Therapeutische Allianz, Therapeutische Prozesse

*Empathy and a positive therapeutic alliance are necessary (but not sufficient) prerequisites for success in self-management therapy according to Frederick Kanfer. In this article, the specific way of forming a working relationship and therapeutic communication is illustrated by many examples during the different phases of the therapy process model. It will be shown how empathetic understanding is always combined and intertwined with other therapeutic mini-processes: So empathy „+“ means, for example, empathy plus effective communication, clarification of expectancies, fostering motivation, problem-solving and coping, behavioral analyses, seeking goals and much else. So it might be that the so-called „unspecific relationship factors“ comprise much more specific elements on the processual level than assumed until now.*

Keywords

*Empathy, cognitive behavior therapy, communication, self-management, self-regulation, therapeutic alliance, therapeutic processes*

Der Selbstmanagement-Ansatz (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2012) stellt ein anerkanntes und bewährtes Grundkonzept für Beratung und Therapie dar. Ursprünglich aus dem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Bereich stammend geht er weit über enge schulenspezifische Grenzen hinaus und an allen therapeutischen Modewellen vorbei. In seinem Zentrum steht ein zielorientiertes Problemlöse- bzw. Änderungsmodell für den Therapieprozess, mit dem das – leider oft nur als Floskel verwendete – Prinzip der „Hilfe zur Selbsthilfe“ systematisch umgesetzt wird. Als Fundament für den Therapieprozess gilt dabei eine *kooperative therapeutische Allianz*, die zu Beginn *aufgebaut*, dann – trotz eventueller zwischenzeitlicher Krisen – über den gesamten Ablauf der Therapie *aufrechterhalten* und gegen Ende wieder abgebaut und *beendet* wird. *Empathie* ist dabei ein wesentliches Merkmal der *Therapiebeziehung*, die allerdings eine klar instrumentelle Ausrichtung hat: Sie dient der Veränderung und Weiterentwicklung der KlientInnen, stellt dafür eine förderliche persönliche Umgebung dar, hilft bei Prozessen der Klärung und Bewältigung, regt zu anderen Perspektiven und Lösungsversuchen an („instigation“) und ist auf solche Ziele und Zwecke begrenzt. Anders ausgedrückt: Würde es nicht um Therapie gehen, gäbe es diese Beziehung nicht.

**Die Bedeutung der „Beziehung“ in der Therapieforschung.** Folgt man zentralen Erkenntnissen der Therapieforschung der letzten Jahrzehnte (z. B. Lambert & Barley, 2008), so wird dort immer wieder betont, dass die *therapeutische Beziehung* weitaus mehr, d. h. etwa doppelt so viel (= 30 %) zum Therapieerfolg beiträgt als die jeweiligen *Techniken oder Methoden* (15 %). Dies wird etwas relativiert durch den Blick auf weitere Einflussfaktoren wie *Erwartungen/Placebo-Einflüsse* (15 %) und vor allem *außertherapeutische Veränderungen* wie z. B. eine neue Liebesbeziehung, ein anderer Job oder psychosoziale Unterstützung im Alltag (40 % !). In diesem Beitrag wird allerdings der Standpunkt vertreten, dass die strenge Unterteilung in *Beziehung hier* und *Methoden dort* allenfalls auf klassische therapeutische *Standardtechniken* (z. B. Entspannung, Rollenspiele, Exposition etc.) anwendbar ist. Denn im Selbstmanagement-Ansatz werden Beziehungsaspekte stets auf empathische Weise mit *Mini-Interventionen auf der Prozessebene* verbunden. Was darunter genau zu verstehen ist und wie dies in der Praxis geschieht, wird Thema des vorliegenden Beitrags sein.

**Empathie als Teil der therapeutischen Allianz.** *Empathie* stellt auch im Selbstmanagement-Ansatz ein wesentliches Element der therapeutischen Beziehung dar. Schulenübergreifend gebührt wohl Carl Rogers (z. B. 1967) das Verdienst, mit seiner Triade aus Empathie, Echtheit und bedingungsloser positiver Wertschätzung die *Grundhaltung von PsychotherapeutInnen* beschrieben zu haben, was auch bereits von Aaron T. Beck (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979) anerkennend vermerkt worden war. Hinsichtlich der Frage, ob es sich damit bereits um eine hinreichende Bedingung für Therapieerfolg handelt, war und ist das verhaltenstherapeutisch geprägte Lager allerdings vorsichtig: Vieles deutet darauf hin, dass es dabei zwar um eine notwendige, also unabdingbare Voraussetzung geht, dass die alleinige Realisierung dieser Basisvariablen aber nicht schon ausreicht, um therapeutisch hilfreich zu sein. Was braucht es also noch im Therapieprozess, und was ist in unserem Konzept überhaupt „Empathie“?

---

**Empathie – zur Begriffsklärung.** Empathie ist ein komplexes Phänomen. In diesem Beitrag geht es nicht um die umfassende Abhandlung sämtlicher Grundlagen und Modelle, auch nicht um mögliche Erklärungsansätze ihrer Entstehung (z. B. „Theories of Mind“: Carruthers & Smith, 1996; vgl. auch Sulz, in diesem Band) oder Ähnlichkeiten/Unterschiede zu anderen Konzepten (z. B. zu Sympathie, Validierung oder auch Mitgefühl/compassion: Gilbert, 2010). Ganz pragmatisch sollen aus der Fülle von Literatur zu diesem Thema vorab lediglich ein paar Facetten herausgegriffen werden, die auch für das Begriffsverständnis im Rahmen der Selbstmanagement-Therapie zentral sind. Dabei beziehe ich mich vor allem auf Forschungsergebnisse, theoretische Konzeptionen und praktische Erfahrungen von Bohart, Elliott, Greenberg und Watson (2002), Breithaupt (2012), Eckert (2008), Roth, Altmann und Schönefeld (2016), Ruckmann und Rief (2013) oder Thwaites und Bennett-Levy (2007).

„Empathie“ wird als Fähigkeit verstanden, sich in eine andere Person hineinzusetzen und „einführend zu verstehen“, wie diese Person sich und die Welt sieht und empfindet. *Ähnlichkeit* der Beteiligten scheint diesen Prozess zu begünstigen, bei dem eine *kognitive* Komponente (die Perspektive des anderen zu verstehen) von einer *emotionalen* Komponente (ähnliche Gefühle zu empfinden und mitzuerleben) unterschieden werden kann. Neurobiologische Korrelate im Gehirn sind die so genannten „Spiegelneuronen“ (Rizzolatti & Sinigaglia, 2008), was darauf hindeutet, dass es sich bei Empathie keineswegs um eine Spezialität von TherapeutInnen handelt, sondern dass sie eine elementare zwischenmenschliche Fähigkeit darstellt. Während generelle positive Auswirkungen auf die seelische Gesundheit von Menschen gut belegt sind (vgl. z. B. Coutinho, Silva & Decety, 2014), gilt ein Mangel an Empathie als Kennzeichen „gestörter (insbesondere dissozialer oder narzisstischer) Persönlichkeiten“ bzw. autistischer Störungen. In abgeschwächter Form dürften sich empathische Defizite auch negativ auf Partnerschafts- oder Eltern-Kind-Beziehungen auswirken oder auch Probleme im beruflichen Sektor begünstigen.

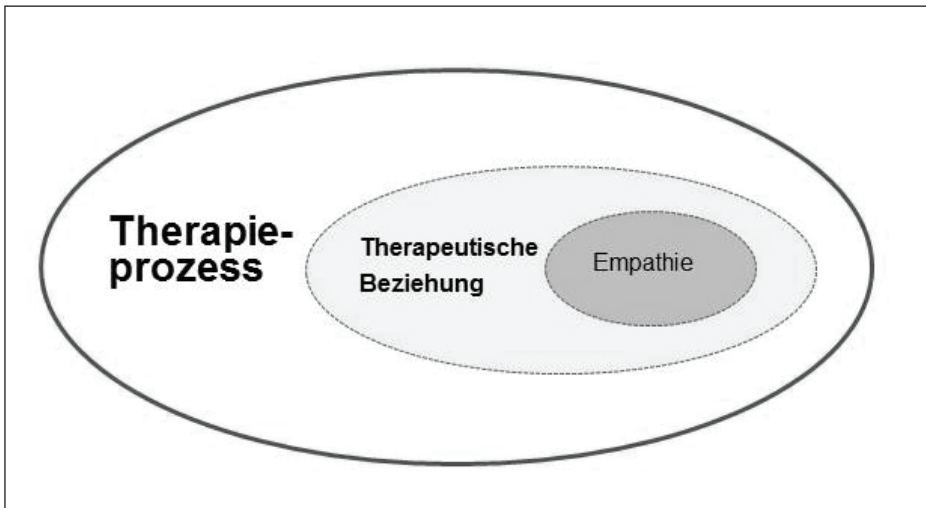
Für den therapeutischen Kontext kommen noch einige wesentliche Facetten hinzu (vgl. Thwaites & Bennett-Levy, 2007, S.597 ff.):

- Eine empathische Grundhaltung (mit Wohlwollen, Interesse und Respekt)
- Kontinuierliches „Tuning-in“ und „Rapport“ (Bereitschaft, in jedem Moment aufmerksam die innere Welt von KlientInnen wahrzunehmen und sich auf diese einzustellen – vergleichbar mit dem Suchen und Einstellen eines Radio- oder Fernsehsenders...)
- Empathische Kommunikation (z. B. empathische Fragen/Bemerkungen sowie vor allem „aktives Zuhören“, um die wahrgenommenen Perspektiven und Emotionen an die KlientInnen „zurückzugeben“, d. h. aus den Wahrnehmungen Bedeutungen abzuleiten, zu interpretieren, zu spiegeln und gegebenenfalls zu verfeinern oder zu korrigieren)
- Erlernen *therapeutischer* Empathie im Zuge der Ausbildung (aufbauend auf der „natürlichen“ Empathie des Alltags: Erwerb von Empathie-Wissen sowie Fähigkeiten zur prozeduralen Umsetzung in die Praxis – sowohl implizit als auch explizit). Dieser Lernprozess ist genau genommen für TherapeutInnen nie beendet...

Zu dieser *therapeutischen Empathie* gehört vor allem, dass trotz bester Einfühlung eine gewisse innere Distanz vonnöten ist, um therapeutisch hilfreich zu sein und handlungsfähig zu bleiben. Dies ist leichter, wenn TherapeutInnen sich immer den „Als-Ob-Charakter“ vergegenwärtigen, dass es also um ein Einfühlen geht, *als ob man die andere Person wäre* (Rogers, 1967). So lassen sich zwar eigene Kognitionen und Emotionen als innere Referenz nutzen – immer aber in dem Bewusstsein, dass es sich um zwei *unterschiedliche* Menschen handelt (siehe unten: Grenzen der Empathie).

Mit Empathie allein ist es im Selbstmanagement-Ansatz aber sowieso nicht getan. Die nachfolgende Abbildung kann die Zusammenhänge mit den umfassenderen Konzepten der *therapeutischen Beziehung* sowie dem *Therapieprozess* (mit seinen vielen Unterprozessen) zunächst visuell verdeutlichen:

**Abbildung 1:** Therapieprozess, therapeutische Beziehung und Empathie.



Diese übergreifenden Bereiche werden im Folgenden näher erläutert.

**Therapeutische Beziehung und deren Gestaltung im Selbstmanagement-Modell.**

Wenn BeobachterInnen gebeten werden, den persönlichen Stil von Selbstmanagement-TherapeutInnen zu charakterisieren, so nennen sie häufig die Attribute, die in Tab.1 (siehe unten) zusammengestellt sind. In der linken Spalte ist die Beziehungsebene, in der rechten Spalte die inhaltliche *Sachebene* skizziert. Wie schon bei Watzlawick, Beavin & Jackson (1969) beschrieben, stellen diese beiden Ebenen die Grundelemente jeglicher Kommunikation dar und fließen in der realen Interaktion untrennbar zusammen:

**Tabelle 1:** Der persönliche Kommunikationsstil von Selbstmanagement-TherapeutInnen.

| Beziehungsebene                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Inhaltliche Sachebene                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Präsenz: Aufmerksame, zugewandte Grundhaltung (auch nonverbal und paraverbal)</li> <li>• Empathisches Verständnis (kognitiv und emotional)</li> <li>• Wertschätzung und Unterstützung</li> <li>• Respekt und Toleranz</li> <li>• Interesse an der Person des anderen (bis hin zu neugieriger „Entdecker-Rolle“)</li> <li>• Partnerschaftliches Verhältnis auf Augenhöhe: Kooperation und Mitbeteiligung (bei hoher Transparenz des Vorgehens)</li> <li>• Ruhige, zugewandte, angstfreie lernförderliche Atmosphäre</li> <li>• Anstoßgebende Funktion (TherapeutIn als „Problemlöse-AssistentIn“)</li> <li>• Arbeit in professionellen und ethischen Grenzen</li> <li>• TherapeutIn hat die Prozessverantwortung und übernimmt die Prozesssteuerung; KlientInnen sind verantwortlich für sich selbst (soweit nicht eingeschränkt)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verhaltensnahes Vorgehen (konkrete, typische Situationen und Episoden zur Verdeutlichung)</li> <li>• Problemorientierung: Von ersten Klagen/Beschwerden (als Einstieg) zur Formulierung von Problemen, Anliegen und konkreten Aufträgen</li> <li>• Zielorientierung: Suche nach Zielen und Alternativen („Was stattdessen? Was ab jetzt mit Blick nach vorn?“)</li> <li>• Arbeit in Richtung Klärung und Bewältigung (mittels Verhaltens- und Problemanalyse)</li> <li>• Suche nach Lösungen, d.h. Möglichkeiten der Einflussnahme (andernfalls: Akzeptanz der unabänderlichen Fakten)</li> <li>• Realitätsbezug: Überprüfung und Korrektur aller Schritte im Verlauf je nach Ergebnis</li> <li>• Ressourcenorientierung</li> <li>• „Maieutisches“ Vorgehen (Anleitung zum selbstentdeckenden Lernen analog zur „Hebammenkunst“ bei Sokrates)</li> </ul> |

Während manche dieser Einzelaspekte sicher auch in anderen therapeutischen Ansätzen zu finden sind, zeichnet die obige spezielle Konstellation *in ihrer Gesamtheit* die Beziehungsgestaltung von Selbstmanagement-TherapeutInnen aus, in die zudem noch die grundlegende Selbstmanagement-*Philosophie* einfließt (vgl. Kanfer et al., 2012, S.13 ff.). Dazu gehören insbesondere:

- Betonung von Selbstverantwortung im menschlichen Leben
- Förderung der Autonomie und Befähigung zur autonomen Lebensgestaltung („empowerment“: Vermittlung relevanter „Skills“ zur besseren Lebensführung)
- Individuelle Betrachtung (statt Kategorisierung in Schemata oder „one size fits all“)
- Pluralismus der Weltanschauungen mit hoher Betonung von Vielfalt (Diversität) und Toleranz
- Hilfe zur Selbsthilfe mittels Selbstbeobachtung, Selbstregulation, Problemlösen/Coping und Selbstkontrolle
- Prinzip der minimalen Intervention
- „instigation therapy“ (durch das kontinuierliche Geben von Anregungen/Anstößen: vgl. Kanfer & Philipps, 1966)
- Realitätskonfrontation und Fokussierung auf das natürliche Umfeld (Therapie ist für „draußen“)
- Selbstverwirklichung in sozialer Verantwortung (vgl. Kanfer, 1979)
- Freiwilligkeit der Inanspruchnahme (und die Grenzen therapeutischer Einflussnahme)

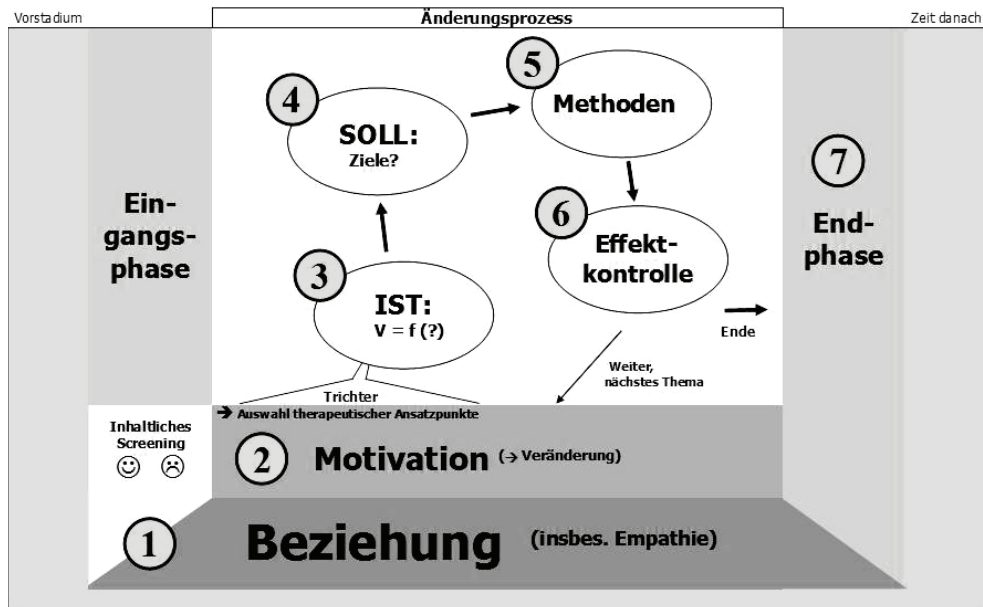
Ein wesentlicher Therapieschwerpunkt liegt auch auf der Analyse und Verbesserung der *Lebensgestaltung*: Denn menschliche Probleme (bis hin zu Verhaltensmustern, die man klassifikatorischen Konventionen entsprechend als „psychische Krankheiten“ bezeichnet) entstehen nicht im luftleeren Raum und sind auch nicht in Analogie zu einer Ansteckung mit Krankheitserregern zu verstehen, sondern Resultat der bisherigen Lebenserfahrungen von Menschen im Umgang mit den Herausforderungen ihres Daseins. Insofern impliziert eine gute Selbstmanagement-Therapie immer auch die umfassende (gemeinsame) Betrachtung von Kompetenzen und Defiziten, Stärken und Schwächen, problematischen und unproblematischen Lebensbereichen, kritischen Lebensmustern sowie Optionen zu deren Verbesserung – alles auf empathisch-verständnisvolle Weise.

Statt des klassischen Arzt-Patienten-Verhältnisses (hier ÄrztInnen als ExpertInnen, die PatientInnen untersuchen und dann fachmännisch behandeln – da PatientInnen, die sich passiv in ExpertInnen-Obhut begeben und sich behandeln *lassen*) arbeiten in unserem partizipativen Modell zwei ExpertInnen zusammen: *TherapeutInnen* als prinzipielle ExpertInnen bezüglich dessen, was (a) menschliches Verhalten und Erleben und (b) den idealen Therapieprozess und dessen Gestaltung betrifft, und *KlientInnen* als ExpertInnen über sich selbst, über ihr Leben, ihre Erfahrungen, ihre Bedürfnisse, Probleme und Ressourcen. Damit diese Kooperation funktioniert, greifen idealerweise zwei Rollen ineinander: *TherapeutInnen* sind empathische und geduldige BegleiterInnen, professionelle HelferInnen, AnstoßgeberInnen und ÄnderungsassistentInnen, die mit maximaler Objektivität/Neutralität die optimale Gestaltung des Therapieprozesses zum Wohle ihrer PatientInnen gewährleisten; die komplementäre Rolle von *PatientInnen* impliziert u. a. die Bereitschaft zur offenen Kommunikation und Kooperation, aktive Mitarbeit in und zwischen den Sitzungen (im Rahmen ihrer Möglichkeiten) sowie die Akzeptanz des professionellen und zeitlich begrenzten Charakters der Therapiebeziehung, wobei sie letztlich die Verantwortung für Entscheidungen (z. B. Soll ich etwas ändern? Wozu bin ich bereit?) und für die Inhalte der Therapie behalten. Diese Beziehungs- und *Rollenklärung* gehört zu den vordringlichen Aufgaben jeder neu beginnenden Therapie.

## Empathie im Verlauf des Selbstmanagement-Therapieprozesses

Dass eine empathische Beziehung wichtig, aber nicht alles ist, gehört schon immer zum Credo der Selbstmanagement-Therapie. Interessanterweise kommen aktuelle neuropsychologische Forschungen zu ähnlichen Schlüssen: So stellten Roth und Strüber (2014, S.355 ff.) fest, dass es in der ersten Phase einer Therapie positive Wirkungen durch eine gute therapeutische Allianz gebe, die auf einer Aktivierung des Bindungssystems und damit verbunden einer Ausschüttung von Oxytocin beruhe. Dies ist allerdings nicht von Dauer. *Nachhaltige* therapeutische Verbesserungen erfordern noch ein Neu- oder Umlernen alter Gewohnheiten und damit verbunden neue emotionale und kognitive Verknüpfungen im Gehirn. Das Prozessmodell der Selbstmanagement-Therapie hat wohl intuitiv diese Zusammenhänge längst integriert und auf der Basis einer guten, tragfähigen Beziehung den *Problemlöse- oder Änderungsprozess* thematisiert, der genau auf solche Lernerfahrungen abzielt. Zum Überblick ist hier das Prozessmodell der Selbstmanagement-Therapie in grafischer Form vorangestellt:

**Abbildung 2:** Prozessmodell der Selbstmanagement-Therapie (grafische Darstellung in Anlehnung an Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2012, S.112)



Die Abbildung 2 zeigt vor allem, dass effektive Veränderungsprozesse (3 bis 6) nur aufbauend auf dem Fundament aus Beziehung und Motivation (1 + 2) zustandekommen können, welches textlich dann auch den breitesten Raum einnimmt. Im Folgenden soll an vielen kleinen Beispielen gezeigt werden, welche Mini-Prozesse bzw. welche speziellen prozessorientierten Vorgehensweisen (angelehnt an die Binnenziele des Therapieprozesses) durchgängig mit einer grundlegend empathischen Haltung verbunden werden. Um den Text nicht durch zuviele Literaturverweise zu überlasten, wird zur Vertiefung auf Kanfer et al., 2012, S.107 ff. sowie – besonders zur praktischen Gesprächsführung – auf Schmelzer und Rischer (2008, S.400 ff.) verwiesen.

### Phase 1: Empathie in der Eingangsphase

*Allgemeine* Vorgehensweisen zur Förderung von Empathie und Beziehung wurden schon weiter oben thematisiert (vgl. Tab. 1). Dabei handelt es sich um die therapeutischen Basisvariablen, die in jeder guten Beratung/Therapie zu finden sind und die zur entsprechenden „Grundausrüstung“ gehören. Was kommt jetzt im speziellen Vorgehen der Selbstmanagement-Therapie noch dazu? Was heißt also: Empathie „plus“?

**Empathie + effektive Kommunikation.** Empathische Kommunikation geschieht in unserem Modell vor allem durch eine fortwährende Kombination aus *Fragen* und *aktivem Zuhören*: Je nach Ziel und Zweck haben die Fragen unterschiedlichen Charakter:

Sie sind *neugierig-interessiert*, um die Perspektive der KlientInnen zu erhellen; sie werden manchmal auch aus einer naiven Position des Nichtwissens heraus gestellt, wenn es z. B. um grundverschiedene, soziokulturell andere Positionen geht. Dann ähnelt das Gesprächsverhalten eher dem von Ethnologen oder Kulturanthropologen, die sich von den „Eingeborenen“ die Spielregeln deren Kultur erklären lassen.

Es gibt *reflexive Fragen*, um Hypothesen und Zusammenhänge zu klären und die automatische Informationsverarbeitung zu unterbrechen. „Was könnte das bedeuten, wenn Sie in dieser Situation Herzklopfen verspüren?“ Oder PatientInnen werden z. B. veranlasst, nicht nur ihre Krankengeschichte zu berichten, sondern daraus relevante Schlussfolgerungen zu ziehen: „Welche Ansätze und Maßnahmen ihrer bisherigen Therapien haben Ihnen denn am ehesten geholfen?“ Solche Fragen dienen auch dem *geleiteten Entdecken* oder ähneln dem *Sokratischen Dialog*. Auch lautes Denken oder die Technik der unvollendeten Sätze gehen in diese Richtung: „Und dann denken (fühlen, tun) Sie ...?“ – „Das heißt dann ...?“ Es gibt *verhaltensanalytische Fragen*, die beiden Seiten zu einem besseren Verständnis für die funktionalen Bedingungen und Zusammenhänge verhelfen: „Wann wird es besser? Wann wird es schlechter? Wovon hängt das also ab?“ – „Und weil Sie gerne anderen helfen, werden Sie oft ausgenutzt?“ Solche Erkenntnisse werden ab Phase 3 wieder aufgegriffen und für die gemeinsame Planung von Lösungen benutzt.

*Klärungsorientierte Fragen* zielen z. B. auf eine vorsichtige erste Klärung wichtiger Ziele und Werte von KlientInnen ab (vgl. Kirschenbaum, 2014; Schmelzer, 1983): „Was ist für Sie und Ihr Leben wichtig – was nicht?“ – „Wann geht es Ihnen gut – wann nicht?“ Weitere Fragen und Anregungen richten sich auf die *Erweiterung der Perspektiven und mögliche Änderungsoptionen* und werden vor allem mit Blick auf Phase 2 (siehe unten) platziert. Wieder andere Fragen greifen beobachtete non- und paraverbale Aspekte von KlientInnen auf und versuchen, den Fokus auf bislang nicht ausgedrückte innere Ereignisse zu lenken und diese zugänglich bzw. verständlich zu machen („Wo sind Sie gerade innerlich? Kann es sein, dass ...?“)

Selbstmanagement-TherapeutInnen versuchen also nicht nur dadurch ein Verständnis für ihre PatientInnen zu gewinnen, dass sie auf Basis ihrer eigenen Lebenserfahrungen und Befindlichkeit deren Lage entschlüsseln oder interpretieren. Sie nehmen vor allem über ihre Fragen *aktiv Einfluss* auf den Prozess und geben die wahrgenommenen (und vermuteten) Botschaften kommunikativ wieder an die KlientInnen zurück. Im übertragenen Sinn lautet unser Anliegen: „Ich möchte Sie, Ihr Verhalten/Erleben und Ihre Situation gut verstehen. Bitte helfen Sie mir durch Ihre Schilderungen dabei und korrigieren Sie mich, wenn ich etwas falsch/anders verstanden haben sollte.“ Bereits hier wird deutlich gemacht, dass Empathie ein *beidseitiges* kooperatives Unterfangen ist, und dass KlientInnen sehr viel zu einem adäquaten Verständnis seitens ihrer TherapeutInnen beitragen können.

**Empathie + kontinuierliche Wahrnehmung der kommunikativen Resonanz.** In der unmittelbaren Interaktion wird immer auch darauf geachtet, wie die kommunikativen Interventionen wiederum bei den KlientInnen ankommen („Sie schauen gerade sehr nachdenklich, während ich das sage...?!“). Wie reagieren also PatientInnen auf die Kommunikation der TherapeutInnen? War die Frage zu scharf, zu unklar, zu provokativ formuliert? Lag der Versuch, das Gesagte in eigenen Worten zurückzugeben, ganz oder teilweise daneben? Muss das empathische Verständnis also korrigiert oder verfeinert werden?



---

**Empathie + erste inhaltliche Eindrücke.** Auf der inhaltlichen Ebene geht es ab Therapiebeginn natürlich darum, die hauptsächlichen Anliegen und Beschwerden von KlientInnen zu erfassen, die diese letztlich in die Therapie geführt haben. Dies geht am besten über ein empathisches Erkunden der „Lebenslandschaft“ von PatientInnen, deren Bild von Minute zu Minute deutlicher wird. Mittels der „trifokalen Perspektive“ versuchen TherapeutInnen sowohl (1) die Beschwerden/den negativen Ausgangszustand als auch (2) Stärken und Positiva sowie (3) problemfreie Zonen zu betrachten. Letztere stellen die „OK-Bereiche“ dar, die – zumindest bis auf Weiteres – kein therapeutisches Herangehen erfordern. Bei den Eingangsbeschwerden ist oft noch darauf hinzuwirken, dass die meist vagen Schilderungen in bearbeitungsreife Form gebracht werden (z. B. konkret, verhaltensnah und änderungszugänglich). Es hilft dem Verständnis beider Seiten, wenn in diesem Stadium sowohl ein Gesamteindruck der „Lebenslandschaft“ als auch erste Therapieschwerpunkte deutlich werden, auf die danach fokussiert werden kann.

**Empathie + Sensibilisierung für die Lebens- und Beziehungsbedürfnisse von KlientInnen.** Ab dem Erstkontakt zeigen Selbstmanagement-TherapeutInnen neugieriges Interesse an der Person und Lebenssituation ihrer KlientInnen. Sie versuchen, im Gespräch (aber auch über die Beobachtung realer Interaktionsabläufe) wichtige Bedürfnisse zu erkennen, die für das Leben und die Beziehungen ihrer KlientInnen kennzeichnend sind. Dafür kann das Konzept von Epstein (1990) eine gewisse Suchrichtung vorgeben mit den *menschlichen Grundbedürfnissen* nach (1) Orientierung und Kontrolle, (2) Lustgewinn und Unlustvermeidung, (3) Bindung sowie (4) Selbstwertschutz und Selbstwerterhöhung. Ergänzend hat Sachse (2006) wichtige *Beziehungsbedürfnisse* genannt, wie z. B. das Bedürfnis nach Anerkennung, Wichtigkeit, Verlässlichkeit, Solidarität, Autonomie oder Respekt vor Grenzen. Um in der Therapie eine komplementäre motiv- oder bedürfnisorientierte Beziehungsgestaltung zu ermöglichen (vgl. z. B. Caspar, 2008; Sachse, 2006 etc.), können sich TherapeutInnen zunächst in die KlientInnen-Perspektive hineinversetzen: Was möchten die? Was möchten die *von mir*? Welche expliziten Wünsche und Bedürfnisse werden genannt, welche sind implizit noch zu vermuten? Wofür will mich jemand einspannen, instrumentalisieren? Was sind „legitime“ vs. „illegitime“ Bedürfnisse? Gibt es u. U. korrekturbedürftige (z. B. gesetzeswidrige oder ethisch inkorrekte) Anliegen? Wie verändern sich die Bedürfnisse im Verlauf?

**Empathie + Wahrnehmung/Verhaltensbeobachtung.** Speziell im vorigen Absatz wurde vielleicht schon deutlich, dass die verbale Kommunikationsebene begrenzte Aussagekraft hat. VerhaltenstherapeutInnen haben daher schon immer das Motto „Reden ist Silber, Handeln ist Gold“ betont und eine aufmerksame Wahrnehmung und Beobachtung non- und paraverbalen Aspekte empfohlen: Wo/wann gibt es subtile Anzeichen wie z. B. plötzliche Unruhe, hochgezogene Augenbrauen, Erröten, Tränen in den Augen, stockender Atem, positive oder negative Emotionen etc.? Denn gerade daran sind die „wirklich wichtigen“ Themen zu erkennen und in die Therapie einzubeziehen.

**Empathie + Klären von Erwartungen.** Das empathische Erkunden der Hoffnungen, Wünsche und Erwartungen an die Therapie ist ein fester Programmpunkt auf der Agenda der ersten Sitzung. Es gibt *inhaltliche Erwartungen* bezüglich der Schwerpunkte,

Ziele oder der Art des Vorgehens. Diese hängen z. T. elementar mit dem subjektiven Problemverständnis der PatientInnen zusammen: Wie erklären sie sich bislang ihre Probleme? Welche Krankheitsüberzeugungen gibt es („health beliefs“)? Denn die subjektiven Erklärungen legen aus der Perspektive der PatientInnen bestimmte Vorgehensweisen oder Lösungen nahe bzw. schließen andere aus, egal wie abstrus oder bizarr diese Perspektive zu Beginn auch sein mag. Es gibt *Ablauferwartungen* (Wie oft, wie lange?) und es gibt *Rollenerwartungen* (Wer tut was?), die nicht unausgesprochen bleiben dürfen, wenn die Therapie Erfolg haben soll. Neben der behutsamen Klärung dieser Erwartungen sollten TherapeutInnen die adäquaten Rollen und Spielregeln ihrer Therapie aktiv vermitteln („Rollenstrukturierung“), und zwar nicht erst dann, wenn falsche Vorstellungen deutlich werden. Und auch von inadäquaten Verursachungskonzepten müssen PatientInnen erst einmal abgebracht und geduldig von besseren überzeugt werden – am besten auf ihrem Denk- und Sprachniveau und mit Hilfe patientennaher Hilfsmittel zur Psychoedukation.

**Empathie + Änderungsimpulse setzen.** Frederick Kanfer hat gerne die Idee von Nelson (1965) aufgegriffen, wonach TherapeutInnen immer die Rolle von DoppelagentInnen innehaben: Während sie einerseits auf der empathischen Seite stehen und als verständnisvolle Verbündete ihrer KlientInnen erscheinen, müssen sie auch die Seite des Wandels vertreten und Änderungsimpulse setzen. Hier gibt es über den gesamten Therapieprozess hinweg die Gratwanderung zwischen Empathie und Veränderung, und es braucht beide Aspekte, um hilfreich zu sein. Denn bei zuviel (oder ausschließlicher) Empathie droht Stagnation – bei zuviel oder zu frühem Änderungsdruck drohen Destabilisierung und „Widerstand“. Somit geht es immer um ein behutsames Austarieren dieser beiden Seiten. Erste Änderungsimpulse kommen bereits durch reflexive bzw. verhaltensanalytische Fragen oder kleine Selbstbeobachtungsaufgaben (z. B. „Tägliche negative und positive Kleinigkeiten“) zustande, auch durch Anregungen zum Perspektivenwechsel oder zum Nachdenken darüber, was sich jemand – zumindest theoretisch – ein bisschen anders wünschen würde. Solche vorsichtigen Impulse werden in Phase 2 wieder aufgegriffen und intensiviert, wo es um das Vereinbaren konkreter Änderungsbereiche geht.

**Empathie + Erweiterung der Perspektiven/Aufbau „konditionaler“ Hoffnung.** PatientInnen kommen meist nicht nur mit ihren Schwierigkeiten in die Therapie, sondern auch in einem Zustand der Demoralisierung und Resignation – oft als Resultat ihrer bislang vergeblichen Lösungsbemühungen mit eigenen Bordmitteln. Einerseits braucht es deshalb empathisches Verständnis und Anerkennung für die bisherigen Anstrengungen, die zudem indirekte Hinweise auf das subjektive Verursachungskonzept der PatientInnen geben; andererseits ist auch wichtig zu erfahren, was jemand noch nicht versucht hat, um den Spielraum für neue Lösungen zu erweitern. So ist es ein günstiges Zeichen für eine andere Perspektive, wenn PatientInnen dann äußern: „So habe ich das noch nicht betrachtet, das habe ich noch nicht versucht...“ Und als Antwort auf die Frage „Gibt es Hoffnung auf Besserung?“ hilft oft die Aussage: „Wenn Sie Ihren Part in der Therapie leisten, und ich den meinen, und wenn wir dann die nächste Zeit gut zusammenarbeiten, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass Sie positive Veränderungen erzielen.“

---

**Empathie + Ressourcen.** Neben der Klärung von Eingangsbeschwerden und neutralen Lebensbereichen richten Selbstmanagement-TherapeutInnen immer auch den Blick auf die Stärken und Ressourcen der KlientInnen: Was kann jemand gut? Was macht jemand gerne (oder hat jemand früher gerne gemacht)? Was passt, was ist OK, womit ist jemand zufrieden? Dies wirkt oft als erstes Korrektiv einer allzu problemlastigen Sichtweise bzw. als Beleg dafür, dass sich der/die TherapeutIn nicht nur für Symptome, sondern für die ganze Person und Lebenssituation interessiert. Andererseits ist auch hier die Beobachtung der kommunikativen Resonanz wichtig, damit der Blick aufs Positive von KlientInnen nicht als Bagatellisieren ihrer Probleme verstanden wird. Bei KlientInnen, die ihre Lebenssituation zu Beginn als tiefschwarz und depressiv schildern, könnte daher zunächst einmal nach minimal dunkelgrauen Facetten (nicht aber schon nach positiven oder gar bunten) gefahndet werden...

**Empathie + Einfluss organisatorischer Aspekte und therapeutischer Rahmenbedingungen.** Zu den prozessverantwortlichen Aufgaben von TherapeutInnen gehört auch, für das passende Setting der Therapie zu sorgen. Dies umfasst adäquate Räumlichkeiten, erforderliche Hilfsmittel (z. B. Flipchart, Video), Geringhalten von Störungen (kein Telefon, Handy oder Funkpiepser) und adäquate Informationen bzw. Regelungen betreffs Länge, Turnus und Regelmäßigkeit der Termine sowie Bezahlungsmodalitäten. Bei aller Empathie können TherapeutInnen nicht von bestimmten Rahmenbedingungen abweichen, die z. B. von den geltenden Psychotherapie-Richtlinien oder anderen Bestimmungen vorgegeben sind. Auch eine ICD-10-Diagnostik oder bestimmte Fragebögen, Beobachtungsprotokolle oder Therapieformulare sind nicht zu umgehen, auch wenn PatientInnen vielleicht andere Vorstellungen haben. Dort, wo es aber Gestaltungsspielraum gibt, versuchen gute TherapeutInnen ihre Empathie präventiv zu nutzen, indem sie sich wieder innerlich ein paar Fragen stellen: Wie könnte jemand die herumstehende Videokamera interpretieren? Wie käme es an, wenn mein Telefon klingelt und ich die Sitzung unterbreche oder wenn ich gleich zu Beginn ohne große Erklärung einen Stapel Fragebögen überreiche? Auch hier geht es darum, erst einmal „Goldene Brücken“ zu bauen, damit sich KlientInnen mit therapeutischer Begleitung auf den bevorstehenden Änderungsprozess einlassen.

## Phase 2: Aufbau von Änderungsmotivation und Entscheidungen über Änderungsbereiche

Spätestens dann, wenn von einer adäquaten therapeutischen Allianz ausgegangen werden kann, rückt das zweite Fundament jeder guten Therapie ins Blickfeld, nämlich die Förderung von Therapiemotivation (besonders *Änderungsmotivation*). Aus der bislang noch tentativen Suche nach therapeutischen Ansatzpunkten resultieren dann verbindliche gemeinsame Entscheidungen über Themen und Änderungsbereiche, die in der Folge im Problemlöseprozess der Phasen 3 bis 6 weiter bearbeitet werden.

**Empathie + Motivationsanalyse und -förderung.** Ein Paradebeispiel für Empathie ist die Empfehlung Frederick Kanfers, sich an dieser Stelle in die Situation der jeweiligen KlientInnen zu begeben und sich aus *deren Sicht* folgende Fragen zu stellen:

(1) Wie wird mein Leben sein, falls ich mich ändere? (2) Wie werde ich *besser* dastehen, falls ich mich ändere? (3) Kann ich es schaffen? (4) Was muss ich für eine Änderung investieren – lohnt es sich? (5) Kann ich auf die Unterstützung dieses/r Therapeuten/ in (und dieser Institution) bauen? (Kanfer et al., 2012, S.188 ff.). Sollte sich bei *einer* dieser Fragen eine negative Antwort ergeben, so ist von einem *Motivationsproblem* auszugehen, das vorrangig bearbeitet werden muss. Die Ansatzpunkte der Motivationsförderung ergeben sich ebenfalls aus den obigen Antworten: Muss ich jemanden z. B. erst einmal beim Finden neuer/andersartiger Ziele begleiten? Stehen Maßnahmen zur Steigerung der Selbsteffizienzerwartung im Vordergrund („Ich schaffe es ja doch!“) oder sollten erst einmal Vor- und Nachteile von Sich-Ändern vs. So-Bleiben abgewägt und lohnenswerte Konsequenzen der Veränderung betont werden?

**Empathie + Verständnis für die allgemeine Lebensmotivation.** Da die Therapiemotivation von KlientInnen als Teil ihrer „Lebensmotivation“ zu verstehen ist, sind Widerstände zu erwarten, wenn sich die Therapie auf Aspekte konzentriert, die mit dieser Lebensmotivation nicht kompatibel sind. Somit achten Selbstmanagement-TherapeutInnen darauf, was ihren PatientInnen generell wichtig und bedeutsam ist: Was macht jemand oft und gerne in seinem Leben? Was nicht? Was lässt jemanden gleichgültig, aber was führt zu positiven oder negativen Emotionen und Kognitionen? Was produziert Ängste, Sorgen, Ärger bzw. Zufriedenheit und Freude? Was sollte im Leben unbedingt so bleiben, was sollte künftig werden? Was sind die großen Stücke im „Lebenskuchen“? Welche tragenden „Säulen“ gibt es, auf denen das Leben der PatientInnen ruht? Welche Oberziele und zentralen Bedürfnisse werden deutlich – evtl. zunächst nur in Form vermeintlicher Randbemerkungen wie: „Ich bin ein 120%iger“, „Harmonie geht mir über alles“ oder „Ich mag es nicht, wenn mir jemand etwas vorschreiben will“.

**Empathie + Veränderungsmotivation.** Mit Blick auf die typischen Stadien von Veränderungsprozessen (z. B. Prochaska & Prochaska, 2014) gilt es zunächst ein Verständnis dafür zu entwickeln, an welchem Punkt sich PatientInnen aktuell befinden: Sind sie z. B. noch am Überlegen, ob und wie und warum sie etwas ändern sollten? Sind sie sich noch unsicher, in welche Richtung die Veränderung gehen könnte und zögern deshalb noch mit einer Entscheidung? Haben sie bereits eine innere Entscheidung getroffen und möchten bei der Umsetzung ihrer Änderungsvorsätze praktische Unterstützung? etc. Hier können Strategien des „Motivational Interviewing“ (Miller & Rollnick, 2015) genauso weiterhelfen wie Strategien zur „Ziel- und Wertklärung“ (Kanfer et al., 2012, S.400 ff.; Kirschenbaum, 2014; Schmelzer, 1983 etc.). Ihnen ist gemeinsam, dass sie den KlientInnen nicht die innere Arbeit abhehmen oder fertige Antworten liefern, sondern viele Anregungen, Was-wäre-wenn-Fragen oder Phantasieanregungen bieten, um in einen Klärungsprozess einzutreten und selbst passende Antworten zu finden.

Eventuell entsteht dadurch überhaupt erst einmal ein Problembewusstsein (als erster Schritt einer Veränderung), oder es werden die Diskrepanzen zwischen IST und SOLL und die langfristigen Folgen eigenen Verhaltens deutlich (idealerweise die negativen Konsequenzen des So-Bleibens und die positiven des Sich-Änderns). Für die Veränderungsmotivation ist es natürlich am besten, wenn die KlientInnen mit Hilfe ihrer TherapeutInnen lohnenswerte Ziele entdecken, so dass eine positive Anreizmotivation entsteht. Was die mit den Zielen verbundenen Maßnahmen betrifft, so schwenken Selbstma-

---

nagement-TherapeutInnen in dieser Phase sprachlich in den Konjunktiv („könnte, wäre möglich, eventuell...“), denn oft ist es noch zu früh für verbindliche Festlegungen. Vielmehr wird versucht, prinzipielle Optionen und Möglichkeiten ins Blickfeld zu rücken mit Formulierungen wie z. B.: „Was Ihre stressbedingten Beschwerden betrifft, so *könnten* Sie in der Therapie durchaus lernen, etwas gelassener und ruhiger zu werden“, „Es *gäbe* gute therapeutische Maßnahmen, um mit der Panik besser umzugehen“, „Man *könnte* lernen, sich besser durchzusetzen“, „Wir *könnten* Stressmanagement (Entspannung, Traumabewältigung, Rollenspiele zur Selbstsicherheit etc.) machen, das würde Ihnen wohl deutlich helfen...“. Auch bei solchen vorsichtigen Angeboten („Versuchsballons“) beobachten TherapeutInnen deren Wirkung auf die KlientInnen und versuchen einen Eindruck zu bekommen, worauf diese sich aktuell einlassen könnten.

**Empathie + Vereinbaren therapeutischer Ansatzpunkte.** Alle obigen Vorbereitungen laufen natürlich darauf hinaus, sich jetzt auf verbindliche Änderungsbereiche zu einigen. Während es auch früh entschlossene PatientInnen gibt, ist es bei den meisten wichtig, ein Verständnis für Ambivalenzen und Entscheidungsprobleme zu bekommen. Im Wesentlichen konzentrieren wir uns dann auf Themenkreise, bei denen deutlich wurde, dass es so nicht weitergehen kann und dass sie mittlerweile motiviert sind, etwas daran zu ändern. Die bisherigen Kontakte haben mögliche Änderungsoptionen ins Blickfeld gerückt mit eventuellen Zielperspektiven und den dazugehörigen Maßnahmen. Allerdings haben TherapeutInnen hier ein Auge darauf, dass sich die Änderungsideen nicht auf unabänderliche Tatsachen des Lebens beziehen, sondern zumindest theoretisch lösbare Probleme darstellen.

Solche *Änderungsprojekte* können dann mit entsprechenden plakativen Überschriften versehen werden. Entweder gehen wir dazu von den negativen Beschwerden, unangenehmen IST-Zuständen, Konflikten oder Unzufriedenheiten aus und formulieren gemeinsam: „Umgang mit meinen Panikattacken“, „Reduktion der depressiven Stimmungslage“, „Abbau meiner Schüchternheit“; noch besser sind natürlich positiv formulierte Ansatzpunkte wie z. B.: „Verbesserung der Selbstsicherheit“, „Mehr Lebensfreude“, „Entspannter und gelassener werden“, „Mehr Selbstvertrauen entwickeln“, „Eigene Bedürfnisse besser wahrnehmen und umsetzen“ etc.

Bei komplexeren Fällen ergeben sich meist *mehrere* Änderungsprojekte und die Notwendigkeit, gemeinsam Prioritäten zu setzen. Hier helfen den TherapeutInnen einerseits ihre Beobachtungen und das empathische Gespür hinsichtlich der Änderungsbereitschaft Ihrer PatientInnen; andererseits wissen sie aufgrund ihrer Erfahrung und Fachkompetenz, wo ein Einstieg mit guter Aussicht auf erste Erfolge zu vollziehen wäre. Sobald ein Konsens gefunden ist, erfolgt über den symbolischen Trichter (vgl. Abb. 2 oben: Übergang von Phase 2 zu 3) der Einstieg in den konkreten Problemlöseprozess.

### Phase 3 - 6: Empathie + Problemlösen

Das weiße obere Feld in Abb. 2 thematisiert die einzelnen Stufen des Problemlöseprozesses, die auf dem notwendigen Fundament aus tragfähiger Beziehung sowie Veränderungsmotivation aufbauen und die bei jedem „Änderungsprojekt“ durchlaufen werden. Wenn die Therapie mittels der bislang geschilderten Vorbereitungsprozesse gut in die

Spur gebracht wurde, geht die weitere inhaltliche Arbeit zwar nicht von allein, ist aber deutlich erleichtert. Im Wesentlichen stehen jetzt die Suche nach und die Umsetzung von *konkreten Lösungen* an, die sich als Methoden zur Minderung der Diskrepanz zwischen IST/SOLL interpretieren lassen. Ausgehend von der Verhaltensanalyse und dem funktionalen Bedingungsmodell für den betreffenden Ansatzpunkt (Stufe 3) sowie den korrespondierenden Zielen und Alternativen (Stufe 4) ergeben sich konkrete Maßnahmen (Stufe 5), die dann in Handeln umgesetzt und deren Effekte beobachtet werden (Stufe 6). Bei mehreren Themen wird diese Schleife 3 bis 6 mehrfach durchlaufen.

**Empathie + Verhaltensanalyse.** Auch wenn in den bisherigen Sitzungen bereits viele verhaltensanalytische Informationen eingeholt worden waren, so werden jetzt – fokussiert auf den ersten spezifischen therapeutischen Ansatzpunkt – die relevanten Informationen zu einem funktionalen Problemverständnis zusammengetragen. Auch die Verhaltensanalyse mit ihrer Grundfrage: „Wovon hängt die IST-Situation denn ab?“ bzw. „IST = f(?)“ stellt ein kooperatives Unterfangen dar, das transparent und nachvollziehbar die wichtigsten aufrechterhaltenden Bedingungen und Zusammenhänge eruiert. An prototypischen Beispielen wird die IST-Situation gemeinsam näher analysiert: Worum geht es genau? Wann ist es besonders schwierig? Wann ist es besser? Was ist dann anders? Welche inneren Einstellungen und Glaubensüberzeugungen machen die Situation noch schlimmer? Welche Oberziele, Pläne, zentralen Schemata werden deutlich? Welche hilfreichen vs. problemverschärfenden Strategien (z. B. Vermeidung) haben PatientInnen schon versucht? Welche Emotionen stehen im Weg, welche Fähigkeiten fehlen noch? Welche Ressourcen wären noch besser nutzbar? Ganz pragmatisch geht es mit Hilfe solcher Fragen um die Suche nach „sinnvollen“ Alternativen und Maßnahmen, um die IST-Situation dann konstruktiv zu verändern. PatientInnen vollziehen diese Überlegungen mit („Aha... so ist das!“) und verstehen dann auch die *Implikationen* für Lösungsschritte: „Aha, wenn das so ist, dann wäre ja tatsächlich <...> hilfreich!“

**Empathie + Ziele/Alternativen.** Die bislang noch unverbindliche Suche nach Zielen und Alternativen für den beklagten IST-Zustand wird jetzt konkret und verbindlich: „Was genau SOLL jetzt entstehen? Was stattdessen? Was ab jetzt mit Blick nach vorn?“ sind die relevanten Fragen. Auch hier entstehen passende Antworten leichter, wenn sich die TherapeutInnen in den bisherigen Sitzungen empathisch um ein Verständnis dessen bemüht haben, was PatientInnen wollen und was nicht. Neben den positiven Anregungen aus der Ziel- und Wertklärung (Phase 2) müssen hier allerdings auch noch unerreichbare illusorische Ziele und Utopien korrigiert werden, so dass die Therapieziele realistisch werden.

**Empathie + Planung konkreter Maßnahmen.** Statt fertiger Lösungen von der Stange oder manualisierter Methoden nach Schema F („one size fits all“) setzt unser Modell auf maßgeschneiderte Interventionen. Alle Maßnahmen sind als Lösungsversuche und Mittel zur Reduktion der Diskrepanz zwischen IST/SOLL zu interpretieren und stellen letztlich die Quintessenz aus allen bisherigen verhaltens- und zielanalytischen Überlegungen dar (siehe Abb. 3).

**Abbildung 3:** Änderungsplanung als Resultat von Verhaltensanalyse und Suche nach Alternativen.



Auch bei der Änderungsplanung haben unsere KlientInnen immer Anspruch auf transparente Vorschläge und Mitspracherecht. Empathische TherapeutInnen treffen hier aber auf „offene Türen“, wenn sie alle bereits bekannten motivationalen und beziehungs-technischen Informationen seitens ihrer Patientinnen mit integrieren. Sie betonen außerdem durchgängig den zielorientierten Charakter der Maßnahmen: „Sie möchten ja gelassener (selbstsicherer usw.) werden – deshalb sollten wir jetzt <...> durchführen“. Große oder weit entfernte Ziele müssen dann noch in Unter- oder Zwischenziele zerlegt werden, so dass der „Salami-Taktik“ (Scheibchen für Scheibchen) gefolgt werden kann und allen klar ist: Hier fangen wir jetzt an!

**Empathie + Begleitung/Unterstützung bei der Durchführung therapeutischer Schritte.** Befragt man PatientInnen am Ende der Therapie, was ihnen am meisten geholfen hat, so äußern viele, dass es die Art der Begleitung während ihrer Änderungsbemühungen war: Sie schätzen das Verständnis der TherapeutInnen für ihre Ängste vor dem Neuen, für manches Zögern vor ersten „Gehversuchen“, die kleinen Rückfälle zwischendurch in alte Gewohnheiten, für „zwei Schritt vor, einen zurück“ oder das Aufzeigen von Auswegen aus Sackgassen. Sie äußern auch Dankbarkeit für die Geduld und Ermutigung seitens ihrer TherapeutInnen, wenn sie wieder einmal dazu tendierten, vorschnell in Selbstmitleid oder Selbstvorwürfe zu verfallen oder das Erreichen eines Plateaus als Misserfolg zu bewerten und aufzugeben. Denn genau genommen bringt jede Veränderung eine „stressige“ Übergangsphase mit sich: Die alten Gewohnheiten werden unterbrochen oder gestoppt, die neuen Verhaltensweisen laufen noch holprig und brauchen viel Aufmerksamkeit sowie viel Übung, bis neue Gewohnheiten entstehen. Da ist eine empathische Unterstützung äußerst förderlich, um „dranzubleiben“ und die Änderung bis zum positiven Ende durchzuhalten.

**Empathie + Effektkontrolle.** Jede Selbstmanagement-Therapie verläuft mit „offenen Augen“, und so beobachten wir gemeinsam die Abläufe/Verläufe bei der Umsetzung der Lösungsschritte. Läuft es nach Plan, können wir die Anstrengungen unserer KlientInnen loben und positiv verstärken: „Ihre Freude kann ich nachvollziehen, sehr gut, weiter so!“

Im Fall von Misserfolg oder Rückschritten („Ich verstehe Ihre Enttäuschung...“) wird gemeinsam analysiert, woran es gelegen haben könnte. Dies bedeutet oft ein Zurückschreiten zu früheren Stufen des Modells („Vielleicht haben wir bei der Bedingungsanalyse etwas übersehen“, - „Evtl. ist Ihr Ziel doch etwas zu hoch gesteckt...?“), um Analyse- oder Umsetzungsfehler zu erkennen. Ab und zu wird die Empathie von TherapeutInnen hier auch durch die Ungeduld mancher PatientInnen gefordert, denen es nicht schnell genug geht oder die das Erreichen eines Plateaus schon als Misserfolg interpretieren. Ist die Arbeit am Thema 1 beendet, so folgt als nächstes Thema 2 usw., bis sich irgendwann die Schlussphase der Therapie ankündigt.

## Phase 7: Empathie in der Endphase

Wenn sich hinreichende Verbesserungen der Gesamtsituation ergeben haben, rücken die Ziele der Endphase näher: Stabilisierung des Erreichten, Generalisierung und Transfer sowie das Ausblenden/Beendigen der Kontakte.

**Empathie + Stabilisierung, Generalisierung und Transfer.** Zunächst werden die bisherigen hilfreichen Strategien weiter zur Anwendung gebracht, um durch die Erfahrungen auf der Handlungsebene auch die hirnpfysiologischen neuen Verknüpfungen zu festigen. Bei allem Verständnis für rasche Lösungen („Es klappt – können wir nun aufhören?“) werden PatientInnen zu weiteren Stabilisierungen motiviert („Es liegt nicht an Ihnen, aber unser Gehirn braucht noch viele weitere positive Erlebnisse, damit dort neue Gewohnheiten entstehen“). Spätestens hier wird noch gemeinsam auf das „Leben draußen“ mit allen positiven, negativen und neutralen Bereichen geblickt, um nicht nur Fortschritte in der künstlichen Therapiesituation zu feiern, sondern Generalisierung und Transfer zu fördern: „Wie lauten mittlerweile Ihre Erfolgsrezepte? Wofür könnten Sie diese Strategien noch einsetzen/nutzen? Worauf sollten Sie in Ihrem eigenen Interesse weiter achten?“ Plakative Regeln, Merksätze oder hilfreiche Mottos werden gemeinsam formuliert – maßgeschneidert, konkret und anwendungsbezogen, wie z. B.: „Halt, stopp! Erst orientieren, dann handeln!“ – „Prioritäten setzen!“ – „Schritt für Schritt vorgehen“ – „Die Anspannung aushalten, trotzdem ausprobieren, was geht!“ – „Alles ist schwierig, bevor es leichter wird“ etc.

Empathie hilft dabei, solche Erfolgsregeln für die Zukunft passgenau und akzeptabel zu entwickeln.

**Empathie + Abschluss der Kontakte/Beendigung der Beziehung.** Auch die beste therapeutische Beziehung geht wieder zu Ende. Denn sie ist kein Selbstzweck, sondern ist instrumentell zum Zweck der Problembearbeitung konzipiert. Eine klare Rollenstrukturierung und Darstellung der zeitlichen Begrenzung in der Anfangsphase, eine deutliche Fokussierung der gesamten Therapie auf das Leben außerhalb der Therapiesitzungen und die Arbeit an konkreten Lösungen für die dortigen Probleme machen die Ablösung leichter. Umgekehrt wird es Probleme geben bei illusorischen oder nie thematisierten Beziehungserwartungen (Therapie als unendliche Geschichte) oder bei allzu angenehmen, nur auf die Sitzungen bezogenen Erfahrungen (Therapie als künstliche Insel).



---

Zudem ist es spätestens in der Endphase angezeigt, die Frequenz der Sitzungen auseinanderzuziehen (Ausblenden der Kontakte), die Verantwortung immer mehr auf die KlientInnen und deren Situation im Alltag zu verlegen und die Beziehung samt Empathie wieder herunterzufahren. Somit ist das Ende der Therapie ebenfalls ein Stück Realitätskonfrontation: „Ich verstehe, dass Sie gerne weiter kommen möchten. Sie wissen aber, dass eine Therapie immer zeitlich begrenzt ist. Und ich weiß mittlerweile, dass Sie es in Ihrem Leben auch wieder gut ohne meine Begleitung schaffen. Das haben wir beide in den letzten Wochen/Monaten ja entsprechend erlebt...“.

## Exkurs: Beziehungsaspekte als Hauptfokus der Therapie

Während sich die bisherigen Ausführungen auf Probleme bezogen, die im klinischen Sektor als „Achse I-Störungen“ gelten (Ängste, Depressionen, psychosomatische Krankheiten etc.), stellt sich hier die Frage: Was ist, wenn die Beziehungsgestaltung der PatientInnen der Hauptfokus der Therapie bilden muss, wenn es sich also um „Persönlichkeitsakzentuierungen“ oder Achse II-Störungen handelt (definiert als Störungen der zwischenmenschlichen Interaktion)?

Im Prinzip kann auch in solchen Fällen dem Prozessmodell gefolgt werden; es sind dann allerdings ein paar Adaptationen fällig. So wird es notwendig sein, wesentlich länger als sonst in der Phase des Beziehungsaufbaus zu bleiben, immer wieder mit Beziehungskrisen zu rechnen, die Problemlöseschleife (3-6) kontinuierlich auf den Fokus „Beziehungsgestaltung“ zu richten und jede Therapiesitzung als Möglichkeit zu nutzen, PatientInnen korrektive Beziehungserfahrungen machen zu lassen. Denn die Eigenarten der alltäglichen Beziehungsgestaltung von PatientInnen werden sich auch im therapeutischen Setting zeigen und stellen besondere Anforderungen an die therapeutische Empathie.

Da sich die Selbstmanagement-Therapie seit jeher an der empirischen Grundlagenforschung orientiert und bei jeder Therapie entsprechende Ergebnisse und Vorgehensweisen integriert, können diesbezüglich Anleihen z. B. bei Fiedler und Herpertz (2016), Linehan (1996, 2016), Sachse (2013), Young (2012) o. ä. genommen werden. Die empathische *bedürfnisorientierte Beziehungsgestaltung* steht dabei immer an vorderster Stelle (vgl. Caspar, 2008; Sachse, 2006 etc.): Denn die zugrundeliegenden menschlichen Bedürfnisse sind auch bei Persönlichkeitsakzentuierungen legitim, nur sind die eingesetzten Mittel zu deren Realisierung inadäquat bis selbstschädigend. Erst ein längeres geduldiges Erkunden der lebensgeschichtlichen prägenden Erfahrungen der PatientInnen macht es für TherapeutInnen nachvollziehbar, warum z. B. jemand seine Umgebung als feindselig und gefährlich erlebt und demzufolge paranoide Züge zeigt. Jede Therapiestunde zielt dann auf der unmittelbaren Beziehungsebene auf solche Interaktionserfahrungen bei den PatientInnen ab, die *anders* sind als die in ihrem Alltag und ihrer Lebensgeschichte bislang erlebten (z. B. bei misstrauischen PatientInnen: Sicherheit, Schutz, Vertrauen oder Verlässlichkeit). Erst später können die in der Therapiesitzung erreichten ersten Veränderungen dann auf den Alltag „draußen“ übertragen werden.

## Empathie „minus“: Einige Grenzen und Risiken von Empathie

Ist es überhaupt möglich, andere Personen „wirklich“ zu verstehen? Oder bleiben wir immer zurückgeworfen auf unsere eigene Person, unsere Sicht und auch unsere emotionale Wahrnehmung mit ihren Grenzen? Ludwig Wittgenstein (1980) hat die Problematik aus philosophisch-erkenntnistheoretischer Sicht mit seinem „Käfer-Beispiel“ auf den Punkt gebracht:

„Angenommen, es hätte Jeder eine Schachtel, darin wäre etwas, was wir ‚Käfer‘ nennen. Niemand kann je in die Schachtel des Andern schauen; und Jeder sagt, er wisse nur vom Anblick seines Käfers, was ein Käfer ist. – Da könnte es ja sein, dass jeder ein anderes Ding in seiner Schachtel hätte. Ja, man könnte sich vorstellen, dass dieses Ding sich fortwährend veränderte.“ (PU 293)

Auch im therapeutischen Kontext müssen wir also mit Situationen rechnen, in denen wir andere Personen nicht oder „nicht richtig“ verstehen und dass wir der *Illusion des Verstehens* anheimfallen. Neben der Möglichkeit des „falschen Verständenseins“ gibt es für TherapeutInnen außerdem die Gefahr des *Egozentrismus*: Insbesondere zu Beginn der Ausbildung und der therapeutischen Tätigkeit neigen viele dazu, die Person und Situation ihrer KlientInnen vor dem alleinigen Hintergrund ihrer eigenen Sicht zu „verstehen“: „Ja, das kenne ich! Das ist schlimm, das habe ich auch schon erlebt!“ Neben dieser Überidentifikation, die hilflos machen kann, gibt es auch die Kontrasterfahrung: „Oh Gott, wie schlimm! Das geht doch nicht! Das kann man doch nicht machen!“ ... „Wie kann man so leben? Kein Wunder, dass es ihr/ihm schlecht geht – der/die muss unbedingt X tun!“ Solche Sätze hören SupervisorInnen dann von angehenden TherapeutInnen, und es kostet viel Zeit und Energie, diese von ihrer allzu subjektiven Sicht der Dinge zu überzeugen und davon abzubringen.

Andere KollegInnen wiederum landen ab und zu in der „*Empathie-Falle*“: Sie haben (in ihrem Leben, aber auch als TherapeutInnen) gelernt, dass man immer für andere Personen Verständnis haben sollte, praktizieren diese Haltung aber im Übermaß bis hin zur Selbstschädigung und Abweichung von professionellen Spielregeln: Dann erhalten PatientInnen, denen es sichtlich schlecht geht, z. B. schon mal eine Gratisstunde extra, einen Rabatt auf die Rechnung oder Nachsicht bei Unpünktlichkeit oder Nichteinhaltung von Abmachungen. Ein anderes Thema betrifft den möglichen *Missbrauch von Empathie*: Die alltäglichen Medien sind voll von Meldungen über HochstaplerInnen, HeiratsschwindlerInnen und BetrügerInnen, die sich das Vertrauen anderer zu ihrem eigenen Vorteil erschleichen. Und sogar bei Gewaltverbrechen kann es eine empathische Variante geben. So lässt sich in Anlehnung an Gilbert (1997, S.139) formulieren: Der Folterer richtet seine Waffe auf dich. Der *empathische* Folterer richtet seine Waffe auf dein Kind oder deine/n Partner/in... Ohne den Spezialfall der „antisozialen Empathie“ hier überstrapazieren zu wollen, so besteht leider auch im Therapiekontext die Möglichkeit, dass TherapeutInnen mit Hilfe ihrer Empathie das Vertrauen von KlientInnen missbrauchen, negative eigene Motive verfolgen und dadurch PatientInnen schaden (vgl. z. B. Märtens & Petzold, 2002; Shapiro & Smith, 2011). Im Prinzip sollten die einschlägigen gesetzlichen und ethisch-berufsständische Richtlinien hier einen Riegel vorschieben. Auch kollegiale Kontrolle (im Sinne einer „peer review“) und eine funktionierende professionelle Aufsicht (Therapeutenkammer) sind dabei hilfreich, ebenso die Entwicklung von ethischer Haltung und Selbstkontrolle im Rahmen

---

der Ausbildung und der Supervision (siehe unten). In leichter Abwandlung der „Do's & Don'ts“ guter Supervision bei M. Ellis (2010, S.111) würde die Empfehlung lauten: „Do not provide harmful therapy or supervision – and do not let anybody else do so“. Trotz aller Risiken und potentieller Missverständnisse sind Menschen aber offenbar in der Lage, sich im Alltag hinreichend gut zu verstehen (vgl. auch Breithaupt, 2012). Bescheiden formuliert geht es auch in jeder Therapie darum, statt eines „perfekten“ Verständnisses hinreichende Empathie zu entwickeln und den „Rapport“ nicht abreißen zu lassen. Unter pragmatischen Gesichtspunkten müssen wir anerkennen, dass sowieso immer unsere KlientInnen aus ihrer subjektiven Sicht über das adäquate Maß an Empathie entscheiden: Also kommt es nicht darauf an, ob wir uns als TherapeutInnen als empathisch empfinden, sondern, ob wir von den jeweiligen KlientInnen so erlebt werden.

## Wie lernt man Empathie?

Dass Empathie bei uns Menschen lernbar ist, steht mittlerweile außer Frage (vgl. z. B. Roth, Schönefeld & Altmann, 2016; Teding van Berkhouit & Malouff, 2016 etc.). Wie weiter oben angedeutet, hat die *therapeutische Empathie* noch ein paar Besonderheiten aufzuweisen. KollegInnen mit einem hohen Maß an Alltags-Empathie haben zwar gewisse Lernvorteile für den professionellen Bereich. Sie sind es bereits gewohnt, sich kognitiv wie emotional in die Perspektive anderer Personen hineinzusetzen. Bei Vielen geht es ab Beginn der Ausbildung aber darum, einerseits den egozentrischen Beurteilungsfehler gering zu halten („Das kenne ich, mir geht es genauso“), also Überidentifikationen zu vermeiden, und andererseits die Wahrnehmung für Erfahrungen zu öffnen, die bislang außerhalb des am eigenen Leib Erlebten lagen. Die Offenheit für und der Austausch mit anderen Sichtweisen sind dabei äußerst hilfreich.

Frederick Kanfer hat in dieser Hinsicht – wohl auch bedingt durch seine eigenen Emigrationserfahrungen, sein Leben in der multikulturellen Gesellschaft der Vereinigten Staaten und seine häufigen Besuche in verschiedensten Ländern Europas – immer für ein tiefes Verständnis soziokultureller Unterschiede geworben. Neben seinem persönlichen Vorbild für Toleranz hat er in manche Workshops kleine Selbsterfahrungsübungen eingestreut, um das Verständnis für die Lebensperspektiven anderer Menschen zu begünstigen: Wie wäre es für mich, wenn ich statt als Frau als Mann (bzw. umgekehrt) auf die Welt gekommen wäre? Wenn ich in Zentralafrika, China, Jerusalem oder als Eskimo geboren wäre? Wenn ich Christ, Moslem, Atheist oder AnhängerIn einer Sekte wäre? Wenn ich im Heim aufgewachsen, körperbehindert oder obdachlos wäre? Wie würden solche Aspekte meine Weltsicht verändern? Und wie schaffe ich es nun, die spezifische Person und Lebenssituation von PatientIn X zu verstehen, losgelöst von meinen eigenen Einstellungen und Emotionen, die für mich und mein Leben gelten?

Solche Perspektivenwechsel sind heutzutage ein Thema der therapeutischen *Selbsterfahrung* (zu Konzept und Durchführung im Rahmen des Selbstmanagement-Modells siehe z. B. Kanfer et al., 2012, S.429 ff.; Schmelzer, 1994a/b, 1996, 1997a). Spezieller Schwerpunkt für unser Thema ist natürlich die *Person von TherapeutInnen* und deren förderliche/hinderliche Anteile (Schmelzer, 1997b, S.155 ff.), die lebensgeschichtlichen Erfahrungen mit Toleranz, Mehrperspektivität oder Pluralismus sowie Erlebnisse, die der Empathie im Wege stehen könnten. Außerdem kann auch auf die unmittelbaren Interaktionserfahrungen in der Thera-

pie fokussiert werden: Mit welchen Personen, Krankheitsbildern oder Lebenseinstellungen komme ich besser/schlechter zurecht? Wo gelingt mir Empathie besser bzw. wo neige ich zu Vorurteilen und Intoleranz? Welche Lebensorientierungen sind mir vertraut – welche fremd? Wo steht mir mein Mitgefühl im Weg, wo kann man mich unter Druck setzen bzw. „Honig um den Mund schmieren“? Wo bin ich zu empathisch (und dann befangen oder parteiisch)? Wo sollte ich auf meinen emotionalen Selbstschutz achten und eine Art „distanzierte Anteilnahme“ („detached concern“ im Sinne von Maslach, 1982) entwickeln, um nicht auszubrengen bzw. sekundäre Traumatisierungen zu erleben?

Die *generelle Beziehungsgestaltung* unter Berücksichtigung menschlicher Grund- und Beziehungsbedürfnisse (vgl. auch Caspar, 2008; Sachse, 2006) sowie die Mini-Prozesse/Kompetenzen im Therapieprozess (vgl. Schmelzer, 1997b: Anhang A, S.429 ff.) sind im Zuge einer entsprechend ausgerichteten *Therapieausbildung* vermittelbar. Dabei kommen die klassischen didaktischen Vorgehensweisen wie Instruktion, Lernen am Modell, Üben (Rollenspiele) oder Videotraining mit Feedback und Supervision zum Einsatz (vgl. Bandura, 1979; Mayer & Alexander, 2017; Schmelzer, 1997b, S.124 ff. etc.). Idealerweise wird stufenweise von „einfacheren“ zu „schwereren“ Herausforderungen an die therapeutische Beziehungsgestaltung herangegangen, weil Interaktionsstörungen (z. B. Persönlichkeitsakzentuierungen) erfahrungsgemäß fast allen TherapeutInnen ein hohes Maß an empathischer Selbstdisziplin abverlangen. Kommunikations-, Interaktions- und Gesprächsführungstraining „on the job“ (z. B. Nelson-Jones, 2008) mit Feedback in engmaschiger Supervision helfen dabei, die Lernfortschritte zu sichern. Leider legt die offizielle Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für PsychotherapeutInnen in Deutschland (PsychTh-APrV, 1998/2016) aber immer noch zuviel Gewicht auf abfragbares Wissen und Techniken, so dass Empathie und Beziehungsgestaltung unterrepräsentiert sind, falls nicht die jeweiligen Ausbildungsverantwortlichen von sich aus diese Themen forcieren.

Auch nach dem Ende einer Ausbildung ist lebenslanges Weiterlernen gefragt, z. B. mittels Aufmerksamkeit/Präsenz im Therapiegeschehen, Offenheit für Feedback (von KlientInnen, SupervisorInnen, KollegInnen etc.), Verfeinerung von Skills, Selbstsupervision (u. U. auch mit Hilfe von Video-Analysen eigener Sitzungen) und Bereitschaft zu professioneller wie persönlicher Weiterentwicklung. Selbstmanagement-Therapie legt besonderen Wert darauf, Toleranz und Offenheit für eine Pluralität der Lebensperspektiven zu fördern. Sie steht damit humanistischen Idealen sehr nahe und erwartet von TherapeutInnen, lebenslang von anderen Menschen, deren Einstellungen und Erfahrungen zu lernen. Offenheit für multikulturelle Einflüsse und Diversität schaffen die Voraussetzungen für eine *kultursensitive Psychotherapie* (von Lersner & Kizilhan, 2017). Da es einen großen Unterschied zwischen der bloßen Kenntnis ethischer Prinzipien und deren realer Umsetzung geben kann, sind auch Strategien aus einschlägigen *Ethik-Trainings* hilfreich (vgl. z. B. Bersoff, 2008; Nagy, 2011; Tribe & Morrissey, 2015 etc.). Dann sind Herausforderungen an das empathische Verständnis durch zu andersartige oder extreme Lebensorientierungen leichter zu bewältigen. Frederick Kanfer hat auch immer betont, dass die Motivation von TherapeutInnen, mit bestimmten PatientInnen zusammenzuarbeiten, nicht einseitig durch Sympathie oder die Übereinstimmung in zentralen Ansichten gesteuert sein sollte: Aus professioneller Sicht sollten TherapeutInnen in der Lage sein, mit der überwiegenden Mehrheit ihrer PatientInnen (80 % ?) eine tragfähige Allianz einzugehen und hinreichend empathisch zu sein, selbst wenn deren Lebensorientierung von der eigenen abweicht. Denn es ist ihr „Job“, diesen zu helfen, und es gehört zu ihren Aufgaben, andere Lebensperspektiven an

---

sich heranzulassen und zu verstehen. Allerdings sollten sie auch ihre persönlichen Grenzen von Empathie und Toleranz kennen und sich im Falle unüberbrückbarer Differenzen um Alternativen kümmern. Diese Grenzen dürfen allerdings nicht allzu eng gezogen werden – denn das wäre wiederum Ausdruck von Intoleranz.

**Abschließende Bemerkungen.** Es dürfte deutlich geworden sein, dass es in einer guten Therapie nicht ausreicht, eine empathische, wertschätzende und authentische therapeutische Haltung zu zeigen, als deren Folge dann – quasi automatisch und ohne weiteres Zutun – bei PatientInnen positive Veränderungen oder gar „Heilungen“ entstehen. Im Gegensatz zur Karikatur des götig dreinblickenden Psychologen, der ab und zu wohlwollend nickt und zwischendurch „Ich verstehe“ sagt, *praktizieren* Selbstmanagement-TherapeutInnen *Empathie* ständig auf der verbalen und nonverbalen Kommunikationsebene und verweben darin mannigfaltige Miniprozesse, die für nachhaltige therapeutische Verbesserungen entscheidend sind. Und so konnte dieser Beitrag wohl auch Hinweise darauf liefern, dass es sich bei der therapeutischen Beziehungsgestaltung keineswegs nur um „unspezifische“ Faktoren handelt, sondern dass im Therapieprozess weitaus mehr auf der Beziehungsebene passiert, als es den Anschein hat. Dass solche Feinheiten bei Meta-Analysen oder RCT-Studien nicht adäquat erfasst werden, gehört zu den methodischen Artefakten und Ungereimtheiten einer einseitig am „Vorbild“ der Pharmaforschung ausgerichteten Therapieforschung. Ähnlich wie Woolfolk (2015) aus theoretischer Warte plädiere ich als *Praktiker* deshalb für eine verhaltensnahe Prozessforschung der interaktiven Abläufe in Therapien, denn das „Eigentliche“ ist keineswegs unsichtbar, sondern forschungstechnisch zugänglich – man müsste nur den empirischen Blick darauf richten.

## Literatur

- Bandura, A. (1979). *Sozial-kognitive Lerntheorie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Bersoff, D. N. (Hrsg.). (2008). *Ethical conflicts in psychology* (4. Aufl.). Washington (DC): American Psychological Association.
- Bohart, A. C., Elliott, R., Greenberg, L. S. & Watson, J. C. (2002). Empathy. In J. C. Norcross (Hrsg.), *Psychotherapy relationships that work* (S. 89-108). New York: Oxford University Press.
- Breithaupt, F. (2012). *Kulturen der Empathie* (3. Aufl.). Frankfurt/M.: Suhrkamp stw.
- Carruthers, P. & Smith, P. K. (Hrsg.). (1996). *Theories of theories of mind*. New York: Cambridge University Press.
- Caspar, F. (2008). Motivorientierte Beziehungsgestaltung – Konzept, Voraussetzungen bei den Patienten und Auswirkungen auf Prozess und Ergebnisse. In H. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.) *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 1: Allgemeiner Teil.*, (S. 527–558), Tübingen: DGVT Verlag.
- Coutinho, J. F., Silva, P. O. & Decety, J. (2014). Neurosciences, empathy, and healthy interpersonal relationships: Recent findings and implications for counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 61(4), 541–548.
- Eckert, J. (2008). Empathie. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 1: Allgemeiner Teil*, (S.435-455). Tübingen: DGVT Verlag.
- Ellis, M. V. (2010). Bridging the science and practice of clinical supervision: Some discoveries, some misconceptions. *The Clinical Supervisor*, 29(1), 95-116.
- Epstein, S. (1990). Cognitive-experiential self-theory. In L. A. Pervin (Hrsg.), *Handbook of personality: Theory and research* (S.165-192). New York: Guilford.

- Fiedler, P. & Herpertz, S. C. (2016). *Persönlichkeitsstörungen* (7. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Gilbert, P. (1997). The evolution of social attractiveness and its role in shame, humiliation, guilt and therapy. *British Journal of Medical Psychology*, 70, 113-147.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy*. Hove/New York: Routledge.
- Kanfer, F. H. (1979). Personal control, social control, and altruism. Can society survive the age of individualism? *American Psychologist*, 34, 231-239.
- Kanfer, F. H. & Phillips, J. S. (1966). Behavior therapy: A panacea for all ills or a passing fancy? *Archives of General Psychiatry*, 15, 114-128.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2012). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis* (5. Aufl.). Berlin: Springer.
- Kirschenbaum, H. (2014). *Werte klären in Psychotherapie und Beratung. Strategien für das Einzel- und Gruppensetting*. Weinheim: Beltz.
- Lambert, M. J. & Barley, D. E. (2008). Die therapeutische Beziehung und der Psychotherapieeffekt – eine Übersicht empirischer Forschungsergebnisse. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung, Band 1: Allgemeiner Teil*, (S.109-139). Tübingen: DGVT Verlag.
- Lersner, U. von & Kizilhan, J. I. (2017). *Kultursensitive Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Linehan, M. (1996). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Linehan, M. (2016). *Handbuch der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) Band 2*. München: CIP-Medien.
- Märtens, M. & Petzold, H. (Hrsg.). (2002). *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie*. Mainz: Grünewald.
- Maslach, C. (1982). *Burnout - the cost of caring*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall.
- Mayer, R. E. & Alexander, P. A. (Hrsg.). (2017). *Handbook of research on learning and instruction*. New York: Taylor & Francis.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2015). *Motivierende Gesprächsführung. Motivational Interviewing: 3. Auflage des Standardwerks in Deutsch*. Freiburg/Br.: Lambertus.
- Nagy, T. (2011). *Essential ethics for psychologists: A primer for understanding and mastering core issues*. Washington (DC): American Psychological Association.
- Nelson, B. (1965). The psychoanalyst as mediator and double agent. *Psychoanalytic Review*, 52, 45-60.
- Nelson-Jones, R. (2008). *Basic counselling skills. A helper's manual* (2. Aufl.). London: Sage.
- Prochaska, J. M. and Prochaska, J. O. (2014) A stage approach to enhancing adherence to treatment. In D. I. Mostofsky (Hrsg.), *The Handbook of Behavioral Medicine*, (S.58-75). Oxford: Wiley & Sons.
- PsychTh-APrV (1998/2016). *Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten vom 18. Dezember 1998* (BGBl. I S. 3749), zuletzt geändert durch Artikel 7 des Gesetzes vom 18. April 2016 (BGBl. I S. 886). Verfügbar unter <https://www.gesetze-im-internet.de/psychth-aprv/BjNR374900998.html> [27.02.2017].
- Rizzolatti, G. & Sinigaglia, C. (2008). *Empathie und Spiegelneurone. Die biologische Basis des Mitgefühls*. Frankfurt/M.: Suhrkamp (edition unseld).
- Rogers, C. R. (1967). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. London: Constable & Co.
- Roth, G. & Strüber, N. (2014). *Wie das Gehirn die Seele macht*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Roth, M., Altmann, T. & Schönefeld, V. (2016). Einleitung: Definitionen, Modelle und Trainierbarkeit von Empathie. In M. Roth, V. Schönefeld & T. Altmann (Hrsg.), *Trainings- und Interventionsprogramme zur Förderung von Empathie. Ein praxisorientiertes Kompendium* (S.1-9). Berlin: Springer.
- Roth, M., Schönefeld, V. & Altmann, T. (Hrsg.). (2016). *Trainings- und Interventionsprogramme zur Förderung von Empathie. Ein praxisorientiertes Kompendium*. Berlin: Springer.
- Ruckmann, J. & Rief, W. (2013). Empathie: neurowissenschaftliche Grundlagen, klinische Implikationen und offene Fragestellungen. *Verhaltenstherapie*, 23, 23-34.
- Sachse, R. (2006). *Therapeutische Beziehungsgestaltung*. Göttingen: Hogrefe.

- 
- Sachse, R. (2013). *Persönlichkeitsstörungen. Leitfaden für die Psychologische Psychotherapie* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Schmelzer, D. (1983). Problem- und zielorientierte Therapie: Ansätze zur Klärung der Ziele und Werte von Klienten. *Verhaltensmodifikation*, 4, 130-156. (\*)
- Schmelzer, D. (1994a). Zur Bedeutung von „Selbsterfahrung“, „Selbstreflexion“ und „Selbstmodifikation“ in der Ausbildung von Verhaltenstherapeuten. In R. Frühmann & H. Petzold (Hrsg.), *Lehrjahre der Seele - Lehranalyse, Selbsterfahrung, Eigentherapie in den psychotherapeutischen Schulen* (S.257-301). Paderborn: Junfermann. (\*)
- Schmelzer, D. (1994b). Berufszentrierte Selbsterfahrung: Das Konzept der „Zielorientierten Selbstreflexion“. In A.-R. Laireiter & G. Elke (Hrsg.), *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie* (S.45-56). Tübingen: DGVT. (\*)
- Schmelzer, D. (1996). Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie: Grunderfordernis, Luxus oder notwendiges Übel? In M. Bruch & N. Hoffmann (Hrsg.), *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie?* (S.125-194). Berlin: Springer.
- Schmelzer, D. (1997a). Berufsbezogene Selbsterfahrung/Selbstreflexion nach dem Selbstmanagement-Ansatz. In H. Lieb (Hrsg.), *Selbsterfahrung für Psychotherapeuten* (S.57-68). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Schmelzer, D. (1997b). *Verhaltenstherapeutische Supervision: Theorie und Praxis*. Göttingen: Hogrefe.
- Schmelzer, D. & Rischer, A. (2008). Über Kooperation zur Selbstregulation. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 1: Allgemeiner Teil* (S.379-422). Tübingen: DGVT Verlag. (\*)
- Shapiro, D. L. & Smith, S. R. (Hrsg.). (2011). *Malpractice in psychology: A practical resource for clinicians*. Washington (DC): American Psychological Association.
- Teding van Berkhout, E. & Malouff, J. M. (2016). The efficacy of empathy training: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Counseling Psychology*, 63(1), 32–41.
- Thwaites, R. & Bennett-Levy, J. (2007). Conceptualizing empathy in cognitive behaviour therapy: Making the implicit explicit. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 591-612.
- Tribe, R. & Morrissey, J. (Hrsg.). (2015). *Handbook of professional and ethical practice for psychologists, counsellors and psychotherapists* (2. Aufl.). New York: Routledge/Taylor & Francis.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H. & Jackson, D. D. (1969). *Menschliche Kommunikation*. Bern: Huber.
- Wittgenstein, L. (1980). *Philosophische Untersuchungen* (2. Aufl.). Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Woolfolk, R. L. (2015). *The value of psychotherapy. The talking cure in an age of clinical science*. New York: Guilford (dt. 2016: Vom gesellschaftlichen und kulturellen Wert der Psychotherapie. München: CIP-Medien).
- Young, J. E. (2012). *Kognitive Therapie für Persönlichkeitsstörungen: Ein schema-fokussierter Ansatz*. Tübingen: DGVT Verlag.

**Anmerkung:** Die im Literaturverzeichnis mit (\*) versehenen eigenen Beiträge stehen auf [www.service.dr-schmelzer.de](http://www.service.dr-schmelzer.de) für nichtkommerzielle Zwecke als PDF-Download zur Verfügung.

Der Autor dankt seinen KollegInnen Karl-Heinz Dutz, Dagmar Klapprott, Maria Klement, Klara Reder, Angela Rischer und Katarina Schmelzer für ihre Anmerkungen zu einer früheren Manuskript-Version.

## Korrespondenzadresse

Dr. phil. Dieter Schmelzer, Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut (VT)  
Praxis Kühnertsgasse 24, 90402 Nürnberg  
Tel. 0911-2425222, Fax 0911-2425223, [info@dr-schmelzer.de](mailto:info@dr-schmelzer.de)