



Dies ist eine Leseprobe des Schattauer Verlags. Dieses Buch und unser
gesamtes Programm finden Sie unter
www.klett-cotta.de/schattauer

Markus Böckle | Ueli Kramer

Deliberate Practice in der Psychotherapie

Wege zu einer effektiveren therapeutischen Praxis

Besonderer Hinweis:

Die in diesem Buch beschriebenen Methoden sollen psychotherapeutischen Rat und medizinische Behandlung nicht ersetzen. Die vorgestellten Informationen und Anleitungen sind sorgfältig recherchiert und nach bestem Wissen und Gewissen weitergegeben. Dennoch übernehmen Autor und Verlag keinerlei Haftung für Schäden irgendeiner Art, die direkt oder indirekt aus der Anwendung oder Verwertung der Angaben in diesem Buch entstehen. Die Informationen sind für Interessierte zur Weiterbildung gedacht.

Schattauer

www.schattauer.de

J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH

Rotebühlstr. 77, 70178 Stuttgart

Fragen zur Produktsicherheit: produktsicherheit@klett-cotta.de

© 2025 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte inklusive der Nutzung des Werkes für Text und

Data Mining i. S.v. § 44b UrhG vorbehalten

Gestaltungskonzept: Farnschläder & Mahlstedt, Hamburg

Cover: Bettina Herrmann, Stuttgart

unter Verwendung einer Abbildung von © iStock/elementals

Gesetzt von Eberl & Koesel Studio, Kempten

Gedruckt und gebunden von CPI – Clausen & Bosse, Leck

Lektorat: Volker Drüke

Projektmanagement: Dr. Nadja Urbani

ISBN 978-3-608-40081-6

E-Book ISBN 978-3-608-12452-1

PDF-E-Book ISBN 978-3-608-20716-3

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen National-

bibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

PD Dr. rer. medic. habil. Jennifer
Apolinário-Hagen
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
und Universitätsklinikum Düsseldorf
Medizinische Fakultät, Centre for
Health and Society
Institut für Arbeits-, Sozial- und
Umweltmedizin
Moorenstr. 5
40225 Düsseldorf

Dr. phil. Dipl.-Psych. Martina Belz
Universität Bern
Klinische Psychologie und Psycho-
therapie
Fabrikstraße 8
CH 3012 Bern

MMag. Dr. Markus Böckle, MSc
Karl Landsteiner Privatuniversität
Department für Psychiatrie und
Psychotherapie
Mitterweg 10
A-3500 Krems a. d. Donau

Prof. em. Dr. Franz Caspar
Universität Bern
Klinische Psychologie und Psycho-
therapie
Fabrikstraße 8
CH 3012 Bern

Dr. Melina Dederichs
Hochschule Düsseldorf
Münsterstr. 156
40476 Düsseldorf

Dr. Theresia Gabriel
Lehranstalt für Systemische Familien-
therapie
Trauttmansdorffgasse 3a
A-1130 Wien

Prof. Dr. phil. habil. Silke Gahleitner
Alice Salomon Hochschule Berlin
Alice-Salomon-Platz 5
12627 Berlin

Paul Geilenberg, M. sc.
Universität Witten/Herdecke
Fakultät für Gesundheit
Department für Psychologie
und Psychotherapie
Alfred-Herrhausen-Straße 44
58448 Witten

Dr. rer. nat. habil. Anne Guhn
Leitende Psychologin
Zentrum für Affektive, Stress- und
Schlafstörungen (ZASS)
Universitäre Psychiatrische Kliniken
Basel
Wilhelm Klein-Straße 27
CH-4002 Basel

Prof. Dr. Jan Philipp Klein
Kliniken für Psychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie
Universität zu Lübeck
Ratzeburger Allee 160
23562 Lübeck

Prof. Dr. Ueli Kramer
Universität Lausanne
Institut für Psychotherapie
Avenue de Provence 81
CH-1007 Lausanne

Prof. em. Hanna Levenson, PhD
Wright Institute
2728 Durant Avenue
Berkeley, CA 94704

Dr. Anne Martin
Institut für E-Beratung
Technische Hochschule Nürnberg
Keßlerplatz 12
90489 Nürnberg

Mag. a Dr. in Barbara Pammer, MSc
Institut für Psychologie
Universität Graz
Universitätsplatz 2/III
8010 Graz

Dr. René Reichel, MSc
Radlberger Hauptstr. 29F
3100 St. Pölten

Dipl.-Päd. Petra Risau
Scharfestr. 17
14169 Berlin

Dr. Elisabeth Wagner
Lehranstalt für Systemische Familien-
therapie
Trauttmansdorffgasse 3a
A-1130 Wien

Prof. Dr. Ulrike Willutzki
Universität Witten/Herdecke
Fakultät für Gesundheit
Department für Psychologie und Psycho-
therapie
Alfred-Herrhausen-Straße 44
58448 Witten

Inhalt

1	Einleitung	11
	MARKUS BÖCKLE UND UELI KRAMER	
2	Deliberate Practice: Worum geht es, was kann der Ansatz leisten und wo sind seine Grenzen?	15
	FRANZ CASPAR	
2.1	Ausgangslage und Definitionen	15
2.1.1	Wirksamkeit von Psychotherapie und der Nutzen von Erfahrung.....	15
2.1.2	Definitionen	15
2.1.3	Feedback	18
2.2	Meine Geschichte mit dem Deliberate-Practice-Ansatz und seine stürmische Entwicklung	20
2.2.1	Komplexität	22
2.3	Möglichkeiten der Umsetzung	42
2.4	Möglichkeiten und Grenzen des DP-Ansatzes	45
3	Deliberate Practice in der Psychodynamischen Psychotherapie	56
	HANNA LEVENSON	
3.1	Bewusstes Üben	57
3.2	Deliberate Practice in der Psychotherapieausbildung: der Auftrag	58
3.3	Was verstehen wir unter »psychodynamisch«?	59
3.4	Konzeptioneller Rahmen	61
3.5	Format der bewussten Praxisübungen für Psychodynamische Psychotherapie ...	63
3.6	Notwendigkeit, das Format für eine psychodynamische Bewerbung zu ändern ...	64
3.7	Lösung: Hinzufügen von Kontext zu den Übungen	65
3.8	Beispiel einer DP-Übung für eine psychodynamische Fertigkeit: Kommentare zum Prozess abgeben	66
3.9	Abschließende Kommentare	67
4	Systemische Therapie lehren – didaktische Überlegungen und der Stellenwert von Deliberate Practice	71
	ELISABETH WAGNER UND THERESIA GABRIEL	
4.1	Was macht Systemische Familientherapie aus?	71
4.2	Didaktische Anforderungen aus systemischer Perspektive	72
4.3	Zeitliche Strukturierung der Lernschritte an der Lehranstalt für Systemische Familientherapie in Wien	75
4.4	Aktuelle Forschungsvorhaben	77
4.5	Anwendung in der Weiterbildung und laufenden Fortbildung	80

4.6	Deliberate Practice in der Systemischen Therapie	81
4.7	Kritische Diskussion des potenziellen Nutzens von Deliberate Practice in der Ausbildung	84
5	Deliberate Practice in der Verhaltenstherapie	86
	ULRIKE WILLUTZKI UND PAUL GEILENBERG	
5.1	Deliberate Practice (DP) – ein (ganz kurzer) Blick auf die Grundprinzipien	87
5.2	DP in der Kognitiven Verhaltenstherapie – die Perspektive von Boswell und Constantino (2022)	89
5.3	DP in der Rational-Emotiven Verhaltenstherapie (REVT) – die Perspektive von Terjesen et al. (2023)	91
5.4	DP in der Dialektisch-behavioralen Therapie (DBT) – die Perspektive von Boritz et al. (2023)	93
5.5	DP in der Schematherapie (ST) – die Perspektive von Behary et al. (2023)	94
5.6	Abschließende Bemerkungen	96
6	Deliberate Practice in der Emotionsfokussierten Therapie aus einer integrativen Perspektive	98
	MARTINA BELZ	
6.1	Psychotherapie wirkt	98
6.2	Therapeut:inneneffekte	100
6.3	Kompetenz	101
6.4	Denkrahmen	103
6.5	Training	104
6.6	Deliberate Practice und Emotionsfokussierte Therapie	106
6.7	Ein Fazit	110
7	Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)	115
	ANNE GUHN UND JAN PHILIPP KLEIN	
7.1	Einleitung	115
7.2	Teil 1 Indikation: Chronische Depression als interpersonelle Störung verstehen ...	116
	7.2.1 Diagnostik auf Grundlage diagnostischer Kriterien und interpersoneller Funktionsdefizite	116
	7.2.2 Negative Beziehungserfahrungen in der Vergangenheit	118
	7.2.3 CBASP-Eingangsphase: Ein interpersonelles Modell erarbeiten	118
7.3	Teil 2 Chronische Depression interpersonell behandeln	121
	7.3.1 Die Situationsanalyse als Gerüst sich wiederholender Übungen	121
	7.3.2 Die therapeutische Beziehung als Raum korrigierender Beziehungserfahrungen	123
	7.3.3 Wie wird man ein professioneller Freund? »Be yourself with the patient«	126
7.4	Zusammenfassung	128

8	Deliberate Practice im E-Mental-Health-Bereich von Psychotherapie und Beratung	131
	MARKUS BÖCKLE, MELINA DEDERICH, ANNE MARTIN, PETRA RISAU UND JENNIFER APOLINÁRIO-HAGEN	
8.1	Einleitung	131
8.1.1	E-Mental-Health	131
8.1.2	Bedeutung und Relevanz von Deliberate Practice in diesem Kontext	133
8.2	Derzeitiger Forschungsstand zu E-Mental-Health	137
8.2.1	Wirksamkeit, Zufriedenheit und Adhärenz bei EMHI	137
8.2.2	Therapeutische Allianz und Adhärenz	139
8.2.3	Akzeptanz in der Praxis	141
8.3	Deliberate Practice zur Verbesserung der eigenen Praxis und Fähigkeit im E-Mental-Health-Bereich	143
8.3.1	Besondere Herausforderungen und Chancen von Deliberate Practice im E-Mental-Health-Bereich	143
8.3.2	Vorteile und Wirkung von Deliberate Practice in der digitalen Psychotherapie	145
8.3.3	Herausforderungen und Grenzen von Deliberate Practice im digitalen Setting	145
8.3.4	Fazit	146
8.4	Anwendung von E-Mental-Health-Interventionen	146
8.4.1	Die Settingwahl als Intervention.	146
8.4.2	Individualisierung und Passfähigkeit durch internetbasierte Verfahren ..	147
8.5	Integration unterschiedlicher Settings im Sinne von Blended Counseling	147
8.6	Implementierung in verschiedenen klinischen Settings	149
8.6.1	Präventive Maßnahmen	149
8.6.2	Ambulante Behandlung	150
8.6.3	Stationäre Behandlung	150
8.7	Forschung und Integration unterschiedlicher Settings	151
8.8	Pädagogische Sicht auf E-Mental-Health	151
8.8.1	Förderung von Selbstmanagement und Empowerment	151
8.8.2	Entwicklung von Problemlösefähigkeiten	152
8.8.3	Unabhängigkeit von traditionellen Versorgungssystemen und Förderung der Selbstreflexion	152
8.8.4	Förderung digitaler Gesundheitskompetenzen	152
8.8.5	Notwendigkeit von Schulungen und begleitender Unterstützung	153
8.8.6	Vertrauensbildung und die Rolle von Künstlicher Intelligenz	153
8.9	Ausblick und Zukunftsperspektiven	154
9	Integrative Therapie als reflektierter, fehlerfreundlicher (Beziehungs-)Prozess..	163
	BARBARA PAMMER UND SILKE BIRGITTA GAHLEITNER	
9.1	Einleitung	163
9.2	Die therapeutische Beziehung	165

9.3	Die therapeutische Beziehung in der Integrativen Therapie	166
9.4	Ruptures and repairs	167
9.5	Reflektierte Praxis – ein Best-practice-Fall	168
9.6	Schluss und Ausblick	171
10	Von der Enge zur Weite ... und zurück ... Die Handhabung von Mehrperspektivität und Komplexität in der Psychotherapie	177
	RENÉ REICHEL	
10.1	Aufmerksamkeit	178
10.2	Mehrperspektivität	178
10.3	Welche Perspektiven bieten sich als relevant an?	179
10.4	Komplexität	183
11	Diskussion	188
	MARKUS BÖCKLE UND UELI KRAMER	
11.1	Deliberate Practice ist eine zielgerichtete und explizite Aktivität	188
11.1.1	Beispiel aus der Praxis	189
11.2	Der Fokus wird auf die Therapeut:innenprozesse gelegt	190
11.2.1	Beispiel aus der Praxis	191
11.3	Das Üben steht bei der Deliberate Practice im Vordergrund	192
11.3.1	Beispiel aus der Praxis	193
11.4	Deliberate Practice ist die Wissenschaft des Feedbacks	194
11.4.1	Beispiel aus der Praxis	194
11.5	Individualisierung der Trainings	196
11.5.1	Beispiel aus der Praxis	196
11.6	Wiederholen, wiederholen, wiederholen	198
11.6.1	Beispiel aus der Praxis	198
11.7	Wirkungsvolle Deliberate Practice benötigt Motivation und Disziplin	199
11.7.1	Beispiel aus der Praxis	200
11.8	Deliberate Practice bestärkt Psychotherapieintegration	201
11.9	Schlussfolgerung: Deliberate Practice als Grundlage für Integration und Identität in der Psychotherapie	203
11.10	Ausblick	204

1 Einleitung

Die Psychotherapie besteht aus einer Vielzahl von Ansätzen, Theorien und Methoden, die alle darauf abzielen, das Leben von Klient:innen und Patient:innen nachhaltig zu verbessern. Diese Diversität bietet eine fundierte Grundlage für die therapeutische Praxis und Forschung, birgt jedoch auch die Herausforderung, dass unterschiedliche Perspektiven schwer zu vereinen sind. Genau an dieser Stelle setzt die Society for the Exploration of Psychotherapy Integration (SEPI) an. Diese internationale, interdisziplinäre Organisation bringt seit über 40 Jahren Forschende und Praktizierende zusammen, die daran interessiert sind, schulenübergreifende Modelle für psychotherapeutische Veränderungsprozesse zu entwickeln und weiterzuführen. SEPI fördert den Dialog zwischen verschiedenen theoretischen Orientierungen, klinischen Praktiken und Forschung, um ein gemeinsames grundlegendes Verständnis der Psychotherapie zu etablieren.

Um diesen Dialog auch im deutschsprachigen Raum vertieft zu führen, beschlossen wir 2018 auf einer SEPI-Tagung in New York, eine jährliche Tagung zur »Integration in der Psychotherapie am Dreiländereck« in Bregenz (Österreich) durchzuführen. Diese Veranstaltung wird im Jahr 2025 nun schon zum fünften Mal organisiert und ist eine Kooperation der regionalen SEPI-Netzwerke aus Österreich, der Schweiz und Deutschland, von Beginn an unterstützt durch die Österreichische Gesellschaft für Integrative Therapie (ÖGIT) und seit 2022 durch den Österreichischen Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP) sowie seit Beginn SEPI selbst (vgl. www.intpsy3.at).

Die Organisatoren der Tagung in Bregenz im Oktober 2020 entschieden sich bewusst für das Thema »Deliberate Practice – Reflektierte Praxis«, da dieser Ansatz nicht nur die Werte und Ziele von SEPI widerspiegelt, sondern auch eine innovative Perspektive bietet, die zum Zeitpunkt der Tagung und der Buchveröffentlichung im deutschsprachigen Raum kaum etabliert war. Der Fachbegriff »Deliberate Practice«, häufig mit »reflektierter Praxis« oder »gezieltem Üben« übersetzt, beschreibt einen strukturierten, zielgerichteten Ansatz zur Entwicklung therapeutischer Fähigkeiten. Durch wiederholtes Üben, Feedback und Reflexion werden Kern-Kompetenzen systematisch aufgebaut. Dieses Konzept, ursprünglich aus Bereichen wie Musik und Sport stammend, wurde für die Psychotherapie adaptiert, um die Wirksamkeit von Psychotherapeut:innen zu steigern. Aufgrund der begrenzten Fachliteratur in deutscher Sprache haben wir entschieden, den englischen Begriff beizubehalten, um den internationalen wissenschaftlichen Austausch zu erleichtern.

Dieses Buch entstand aus den wissenschaftlichen Beiträgen der ersten Tagung und darüber hinaus. Einige Kapitel basieren auf Vorträgen der ursprünglichen Referent:in-

nen, während andere speziell für dieses Werk konzipiert wurden. Bei der Zusammenstellung der Autor:innen und der Kapitel war es uns wichtig, Deliberate Practice im Kontext von unterschiedlichen therapeutischen Ansätzen und Settings auszuwählen, um die Integrationsmöglichkeit und das breite Anwendungspotenzial von Deliberate Practice in allen Bereichen zu veranschaulichen. Das Buch richtet sich sowohl an Forschende als auch an Praktiker:innen, die daran interessiert sind, ihre Arbeit durch Deliberate Practice und schulenübergreifende Perspektiven weiterzuentwickeln. Das Werk richtet sich insbesondere an Supervisor:innen und Ausbilder:innen aller Ansätze der Psychotherapie, unabhängig vom beruflichen Hintergrund.

Das Konzept der Deliberate Practice umfasst mehrere Schlüsselkomponenten: das Setzen spezifischer Ziele, konzentriertes Üben, sofortiges Feedback und die Reflexion der Leistung, um kontinuierliche Verbesserungen zu ermöglichen (Clements-Hickman & Reese, 2020; Brattland et al., 2022; Chow et al., 2015; Østergård et al., 2022). Einer der Hauptvorteile der Einbeziehung von Deliberate Practice in die Aus- und Weiterbildung ist die Verbesserung der therapeutischen Wirksamkeit. Die Forschung zeigt, dass Therapeut:innen, die sich mit dem Ansatz beschäftigen, ihre Fähigkeiten mit größerer Wahrscheinlichkeit verbessern als diejenigen, die sich ausschließlich auf Erfahrung, wissensvermittelnde Ansätze oder traditionelle Ausbildungsmethoden verlassen (Barrett-Naylor et al., 2020; Chow et al., 2015; McMahan, 2014). Es wurde bereits gezeigt, dass strukturiertes Üben mit Feedback die zwischenmenschlichen Fähigkeiten der Therapeut:innen verbessern kann (Anderson et al., 2019; Westra et al., 2021). Durch Deliberate Practice kann die Entwicklung spezifischer Kompetenzen, die für erfolgreiche therapeutische Ergebnisse wesentlich sind, gefördert werden. Rollenspiele, die sich auf einzelne Fähigkeiten wie Empathie und spezifische therapeutische Techniken konzentrieren, ermöglichen es den Auszubildenden beispielsweise, in einem sicheren Umfeld zu üben und dadurch ihr Selbstvertrauen und ihre Kompetenz zu steigern (Brattland et al., 2022; Malins et al., 2023). Diese Methode hilft nicht nur beim Erwerb von Fertigkeiten, sondern fördert auch ein tieferes Verständnis des therapeutischen Prozesses und ermöglicht es den Therapeut:innen, ihre Ansätze an die besonderen Bedürfnisse der behandelten Personen anzupassen (McLeod, 2021; Hill et al., 2020). Darüber hinaus ist die Integration von Supervision in den Rahmen der Deliberate Practice entscheidend. Supervision bietet Therapeut:innen die Möglichkeit, konstruktives Feedback zu ihrer Leistung zu erhalten, was für die Identifizierung von verbesserungswürdigen Bereichen und die Verstärkung effektiver Strategien unerlässlich ist (McMahan, 2014; Goodyear et al., 2017). Diese Kombination von Deliberate Practice mit Supervision führt nachweislich zu besseren Therapieergebnissen, da die Therapeuten besser in der Lage sind, ihre Erfahrungen zu reflektieren und notwendige Anpassungen ihrer Techniken vorzunehmen (Nissen-Lie et al., 2023; Shukla et al., 2021).

An die Autor:innen des Buches formulierten wir die Einladung, in kurzen und bündigen Kapiteln die Essenz der Deliberate Practice in der Psychotherapie zusammenzufassen. Dabei haben wir gezielt Autor:innen aus sehr diversen Kontexten eingeladen, die am Dreiländereck der deutschen Sprache zusammenkommen – so wie sie, aus verschiedenen Kontexten kommend, die Deliberate Practice nutzen. Franz Caspar leitet

das Thema ein und gibt einen historischen und konzeptuellen Abriss des Konzeptes und dessen Nutzen in der Psychotherapie. Eine Serie von Kapiteln von Levenson, Gabriel et al., Willutzki et al. und Belz beschreiben modellspezifische Entwicklungen der Deliberate Practice. Die weiteren Kapitel von Guhn, Böckle et al., Pammer et al. und Reichel zeigen die Relevanz der Deliberate Practice in weiteren Kontexten auf, um die breite Anwendung des Ansatzes aufzuzeigen. Schließlich versuchen wir als Herausgeber in unserer abschließenden Diskussion, die Kernprinzipien der Deliberate Practice herauszuarbeiten, insbesondere im Rahmen der Ausbildung der Psychotherapie.

Mit dieser kurzen Einführung laden wir Sie ein, die Möglichkeiten der Deliberate Practice kennenzulernen und durch die Kapitel dieses Buches zu vertiefen. Deliberate Practice bietet die Möglichkeit, die Effektivität von Therapeut:innen durch strukturierte Kompetenzentwicklung, gezieltes Üben und reflektiertes Feedback in Aus- und Weiterbildung gezielt zu steigern. Zu den Vorteilen dieses Ansatzes zählen messbar verbesserte therapeutische Ergebnisse, eine gesteigerte Kompetenz in spezifischen Fertigkeiten und die Förderung einer kontinuierlichen beruflichen Entwicklung durch Supervision, welche die schulübergreifenden Kompetenzen in der Anwendung der allgemeinen Wirkfaktoren verbessert. Dieses Buch ist daher nicht nur eine Sammlung fachlicher Beiträge, sondern auch ein Aufruf, die Vielfalt und das Potenzial der Psychotherapie als einheitliche und integrative Disziplin weiterzuentwickeln – zum Wohle von Therapeut:innen und Patient:innen gleichermaßen und im Sinne der Etablierung einer gemeinsamen integrativen Profession und Identität.¹

Literatur

- Anderson, T., Perlman, M., McCarrick, S., & McClintock, A. (2019). Modeling therapist responses with structured practice enhances facilitative interpersonal skills. *Journal of Clinical Psychology*, 76(4), 659–675. doi.org/10.1002/jclp.22911
- Brattland, H., Holgersen, K., Vogel, P., Anderson, T., & Ryum, T. (2022). An apprenticeship model in the training of psychotherapy students. study protocol for a randomized controlled trial and qualitative investigation. *Plos One*, 17(8), e0272164. doi.org/10.1371/journal.pone.0272164
- Chow, D., Miller, S., Seidel, J., Kane, R., Thornton, J., & Andrews, W. (2015). The role of deliberate practice in the development of highly effective psychotherapists. *Psychotherapy*, 52(3), 337–345. doi.org/10.1037/pst0000015
- Clements-Hickman, A. and Reese, R. (2020). Improving therapists' effectiveness: can deliberate practice help?. *Professional Psychology Research and Practice*, 51(6), 606–612. doi.org/10.1037/pro0000318

1 Die folgenden Kapitel sind in der Regel in gendergerechter Sprache geschrieben. Wo dies nicht der Fall ist und aus Gründen der Leseleichtigkeit, des Text-Umfangs oder des situativen Stil-Empfindens nur ein generisches Maskulinum verwendet wird, sind ausdrücklich Menschen jeder Geschlechtsidentität gemeint.

- Goodyear, R., Wampold, B., Tracey, T., & Lichtenberg, J. (2017). Psychotherapy expertise should mean superior outcomes and demonstrable improvement over time. *The Counseling Psychologist*, 45(1), 54–65. doi.org/10.1177/0011000016652691
- Hill, C., Rousmaniere, T., Kivlighan, D., Gerstenblith, J., & Hillman, J. (2020). Deliberate practice for the skill of immediacy: a multiple case study of doctoral student therapists and clients. *Psychotherapy*, 57(4), 587–597. doi.org/10.1037/pst0000247
- Malins, S., Boutry, C., Moghaddam, N., Rathbone, J., Gibbons, F., Mays, C. et al. (2023). Outcomes of psychological support skills training for cancer care staff: skill acquisition, work engagement, mental wellbeing and burnout. *Psycho-Oncology*, 32(10), 1539–1547. doi.org/10.1002/pon.6200
- McLeod, J. (2021). How students use deliberate practice during the first stage of counsellor training. *Counselling and Psychotherapy Research*, 22(1), 207–218. doi.org/10.1002/capr.12397
- McMahan, E. (2014). Supervision, a nonelusive component of deliberate practice toward expertise. *American Psychologist*, 69(7), 712–713. doi.org/10.1037/a0037832
- Nissen-Lie, H., Heinonen, E., & Delgadillo, J. (2023). Therapist factors. In: S. D. Miller, D. Chow, S. Malins, & M. A. Hubble (eds.), *The field guide to better results: Evidence-based exercises to improve therapeutic effectiveness* (pp. 79–106). American Psychological Association. doi.org/10.1037/0000358-005. doi.org/10.1037/0000358-005
- Shukla, S., Bartolomeo, A., Westra, H., Olson, D., & Ghashghaei, N. (2021). The impact of a deliberate practice workshop on therapist demand and support behavior with community volunteers and simulators. *Psychotherapy*, 58(2), 186–195. doi.org/10.1037/pst0000333
- Westra, H., Norouzzian, N., Poulin, L., Coyne, A., Constantino, M., Hara, K. et al. (2021). Testing a deliberate practice workshop for developing appropriate responsivity to resistance markers. *Psychotherapy*, 58(2), 175–185. doi.org/10.1037/pst0000311
- Østergård, O., Nielsen, J., Hjorthøj, C., Nilsson, K., & Poulsen, S. (2022). Effect of deliberate practice training of graduate students in general psychotherapeutic skills compared with theoretical teaching: protocol for the randomised controlled trials trial. *BMJ Open*, 12(9), e062506. doi.org/10.1136/bmjopen-2022-062506

2 Deliberate Practice: Worum geht es, was kann der Ansatz leisten und wo sind seine Grenzen?

It is often said, »practice makes perfect«; however, that is not necessarily true – practice often simply reinforces habits. Choosing how you practice is, therefore, critical.

(Nissen-Lie et al., 2023, S.184)

2.1 Ausgangslage und Definitionen

2.1.1 Wirksamkeit von Psychotherapie und der Nutzen von Erfahrung

Es ist gut etabliert, dass Psychotherapie im Durchschnitt mit hohen Effektstärken für ein breites Spektrum von Störungen wirksam ist. In den Daten zeigt sich allerdings an verschiedenen Stellen Verbesserungspotenzial: Selbst hohe Erfolgsquoten von z. B. 80 % bedeuten, dass 20 % der nach einem bestimmten Vorgehen behandelten Patient:innen nicht befriedigend geholfen werden konnte, und damit können wir uns nicht zufriedengeben. Zudem zeigen sich beträchtliche Unterschiede zwischen Therapeut:innen. Es gibt gar welche, bei denen sich der Zustand der Patienten konsistent verschlechtert (Castonguay & Hill, 2023b), und es gibt Studien, die im Durchschnitt eine Abnahme der Leistung über die Zeit festgestellt haben (Clements-Hickman & Reese, 2020; Goldberg et al., 2016). Es gibt also Anlass, nach optimalen Konzepten für Aus-, Weiter- und Fortbildung zu fragen.

2.1.2 Definitionen

Merkmale von Deliberate Practice (DP), eng mit dem Expertiseforscher Anders Ericsson (Ericsson et al., 1993) verbunden, sind:

- Die Lernenden sind motiviert, sich mit einer Aufgabe auseinanderzusetzen und sich anzustrengen, ein klares Ziel der Verbesserung ihrer Leistung, die sie bislang nicht zuverlässig erbringen, zu erreichen.
- Die Gestaltung der Aufgabe berücksichtigt das bestehende Wissen der Lernenden.
- Ein korrektes Verstehen der Aufgabe nach einer kurzen Instruktion ist möglich.
- Den Lernenden wird ein unverzügliches, informatives Feedback gegeben.
- Die gleiche Aufgabe oder ähnliche Aufgaben können wiederholt und Fehler können korrigiert werden.

DP ist zumindest in seiner ursprünglichen Form ein individualisiertes Training, das durch einen Coach oder Lehrer spezifisch entworfen ist, um spezifische Aspekte der Leistung eines Individuums durch Wiederholung und sukzessive Verfeinerung zu verbessern (Ericsson & Lehmann, 1996, S. 278–279; Ericsson & Pool, 2016).

Der Begriff »Deliberate Practice« wird im Bereich des Expertentrainings oft mit »gezieltes Üben« oder »zielgerichtetes Training« übersetzt. Er betont die Idee, dass es nicht nur um wiederholtes Üben geht, sondern um eine bewusste und zielgerichtete Herangehensweise an das Training, bei dem bestimmte Fertigkeiten oder Aspekte verbessert werden sollen. (Das sagt Chat GPT und ich könnte es nicht besser formulieren.) Wenn, wie in diesem Beitrag, der englische Begriff auch in deutschen Texten verwendet wird, dann zur Verdeutlichung, dass nicht irgendein Vorgehen gemeint ist, auf das diese Beschreibung zutrifft, sondern ein ganz bestimmter, auf Ericsson et al. (1993) zurückgehender Ansatz (s. auch Linsenhoff, 2022). Der im Deutschen auch verwendete Begriff »reflektierte Praxis« (RP) läuft z. B. Gefahr der Verwechslungen mit einer früher von Schön (1987) eingeführten Bedeutung, die anders ist: Es geht dort darum, bei Schwierigkeiten beim Handeln nicht einfach auf »Augen zu und durch« zu machen, sondern genau zu analysieren, welche Faktoren im Einzelfall zu den Schwierigkeiten beitragen, und dann flexibel und gezielt Lösungen zu suchen (Mangold, 2013). Auch im Kontext von Psychotherapie wird der Begriff verwendet (Hayes et al., 2023) und hat dort eine spezifische Bedeutung: »RP ist definiert als Überprüfung der eigenen Annahmen, Verzerrungen und bewussten und nicht bewussten Erfahrungen zugunsten des eigenen Lernens und der beruflichen Entwicklung. RP wurde beschrieben als Schlüsselkomponente beim Erreichen einer besseren Selbsterkenntnis, professioneller Expertise, kritischem Denken, Integration von Theorie-Praxis-Verbindungen und besserer Versorgung von Patient:innen.« (Hayes et al., 2023, S. 243, Übs. d. A.) Also eine spezifische, von DP zu unterscheidende Bedeutung.

Ericsson hatte ursprünglich Musiker:innen und Athlet:innen untersucht und überzeugend dargelegt, dass ein Training, das bestimmte Merkmale hatte, den Unterschied zwischen experts = Spitzenkünstler:innen und lediglich guten Vertreter:innen einer Disziplin ausmachte. Zwei Unterschiede zwischen dem Deutschen und dem Englischen sind dabei festzuhalten: Als »experts« werden in englischer Sprache auch – und vor allem bei Ericsson – Spitzenkünstler:innen bezeichnet (zu den Kriterien: Caspar, 2017; Hill et al. 2017), nicht einfach, wie im Deutschen der Begriff »Experten«, eine Gruppe von Menschen, die in einem bestimmten Bereich ein hochentwickeltes Wissen

haben. Laut Duden ist ein Experte, das Kognitive hervorhebend und ungedeutet, ein »Sachverständiger, Fachmann, Kenner« (man beachte: nicht Könnler!).

Der zweite Bedeutungsunterschied betrifft das Wort »Praxis«. Im Deutschen wird gerade im Bereich Psychotherapie der Unterschied zwischen Theorie und »künstlichem« Lernen einerseits und der späteren »richtigen Praxis« hervorgehoben. Englisch bedeutet »practice« neben der »wahren Praxis« auch das mehr oder weniger künstliche Üben. Aus dieser zweiten Perspektive würde eine Auffassung wie »Eigentlich lernt man erst aus der richtigen Praxis« bei Athleten bedeuten, dass sie an Meisterschaften lernen und dass der Nutzen des vorangehenden übenden Trainings (practicing) von fragwürdigem Nutzen sei. Das kann man für Athlet:innen nicht wirklich vertreten. Darum, dass das auch für Psychotherapeut:innen gilt, geht es in diesem Beitrag.

Kompetenz ist ein weiterer zentraler Begriff im Kontext von DP. Es geht ja darum, zu identifizieren und genau zu definieren, was genau (besser) gelernt werden soll. Kompetenz und die verwandten Begriffe Fertigkeiten (skills) und Fähigkeiten (abilities), in einem Teil der Literatur auch der kompetente Gebrauch von Prinzipien und Methoden (Hill & Norcross, 2023a, 2023b, 2023c), werden seit langem im Bereich Psychotherapie genutzt (z.B. Helping Skills; Hill 2019). Und die Kompetenz-Perspektive findet in jüngerer Zeit in der Literatur (Rief et al. 2021) und auch in der politischen Diskussion unabhängig von der DP-Thematik vermehrt Beachtung.

Wichtig ist die Forderung, nicht nur Ansprüche verschiedener Ansätze zu kolportieren, sondern auch empirische Belege einzufordern (Rief et al. 2021; Hill & Norcross, 2023a, 2023b, 2023c). Auch an Kompetenzen, die einem vielleicht nicht als Erstes einfallen, die aber wichtig sind und die durchaus auch als DP-Kandidaten infrage kommen, ist zu denken. Dazu gehört die wissenschaftliche Kompetenz, hier nicht verstanden als Kompetenz im aktiven Forschen, sondern als Kompetenz, sich als Praktiker:in wissenschaftliche Konzepte und Studien effizient zu erschließen, um sich eine eigene Meinung zu bilden und von Meinungsmachern unabhängig zu werden (Caspar, 2021c). Weiter ist es naheliegend, vor allem an Kompetenzen im sichtbaren Handeln zu denken. Voraussetzung hoher therapeutischer Expertise sind aber nach meiner Auffassung vor allem innere Kompetenzen, d.h. Kompetenzen der Informationsverarbeitung, die Hypothesenbildungs- und Entscheidungsprozessen zugrunde liegen (Caspar, 1997). Dabei kann zwischen analytischen Kompetenzen (nötig für das Erarbeiten individueller Fallkonzeptionen) und konstruktiven Kompetenzen (Konstruktion des individualisierten, differenziert Kontextinformationen berücksichtigenden Handelns »aus einem Guss«) unterschieden werden (Caspar, 2021b, 2021c), beides essenziell für die als wichtig erkannte Flexibilität, verbunden mit einer klaren Linie.

Kompetenz, Fähigkeiten und Fertigkeiten sind eine eigene, mit DP verbundene Thematik, die ausführlicher zu thematisieren den Rahmen dieses Beitrages sprengen würde. Die Begriffe tauchen im folgenden Text aber auf, im Allgemeinen von mir – dem verbreiteten Usus entsprechend – mit aufsteigender Konkretheit (Fertigkeiten am konkretesten) gebraucht, gelegentlich aber auch einfach dem jeweiligen Originaltext folgend, manchmal auch mit den im Deutschen auch nicht unüblichen Bezeichnungen wie Skills.

Noch eine weitere Begriffsbestimmung: Die Begriffe Aus- und Weiterbildung werden in der Literatur und in Bestimmungen unterschiedlich verwendet; bei beiden ist das Training gemeint, das zu einer Zertifizierung als Psychotherapeut:in führt. Aus ursprünglich politischen Gründen wird das in Deutschland eher als Ausbildung, in der Schweiz als Weiterbildung bezeichnet (was eigentlich passender ist, da auf einem Studienabschluss in Psychologie oder Medizin aufbauend). Fortbildung meint berufsbegleitendes weiterführendes Training nach der Zertifizierung,

2.1.3 Feedback

Warum verbessern Chirurg:innen ihre Kompetenz mit zunehmender Erfahrung, während einiges dafür spricht, dass sie z.B. bei Radiolog:innen im Durchschnitt ohne besondere Maßnahmen abnimmt? Erstere bekommen sehr schnell Feedback für ihr Handeln und außerdem sind in der Regel mehrere Personen an einer Operation beteiligt, die auch Beobachtungen mitteilen und Fragen stellen können. Das gilt für verschiedene medizinische Disziplinen in unterschiedlichem Maße.

Feedback spielt eine riesige Rolle im spontanen Lernen aus Erfahrung und ebenso in DP. Doch auch dieses Thema würde bei ausführlicher Behandlung den Rahmen dieses Beitrages sprengen. Diese bleibt einem separaten Beitrag (Caspar, 2025) vorbehalten, während hier die wichtigsten Punkte benannt werden.

Intrinsisches vs. extrinsisches Feedback

Damit, dass die Ausgangslage für Psychotherapie für das Lernen aus der spontanen Praxis schlecht ist, müssen wir leben, und der damit verbundenen Herausforderung müssen wir uns stellen (Caspar, 2009b, 2012). Die Lage ist erstens schlecht, was sog. intrinsisches Feedback betrifft. Damit ist (nicht zu verwechseln mit intrinsischer Motivation) Feedback gemeint, das sich von selbst ergibt. Ein Schreiner sieht z.B. schnell, ob ein Tisch wackelt oder gerade steht, und ein Programmierer, ob ein Computerprogramm nach einem Eingriff besser oder schlechter läuft. Selbstverständlich gibt es auch in der Psychotherapie intrinsisches Feedback, wenn man z.B. direkt sieht, wie ein Patient in Rollenspielen seine interpersonale Geschicklichkeit verbessert.

Gute Therapeuten beobachten ständig auch das nonverbale Patientenverhalten. Allerdings sind Informationen, die intrinsisches Feedback enthalten könnten, nicht immer so klar zu interpretieren. Was bedeutet z.B. ein zufriedenes Gesicht von Patienten? Es kann sein, dass die therapeutische Intervention genial war, aber auch, dass es dem Patienten bewusst oder nicht bewusst gelungen ist, den Therapeuten von einem schwierigen Thema abzulenken. Wir sind stark auf extrinsisches, also künstlich, mit zusätzlichen Maßnahmen erzeugtes Feedback angewiesen. Dazu gehören mit Fragebogen erzeugte Daten und Feedback durch Supervisor:innen.

Proximale und distale Kriterien

Eine weitere relevante Unterscheidung betrifft die Kriterien, die proximal (inhaltlich und zeitlich nahe an DP bzw. an den damit trainierten Fähigkeiten) oder distal sein können (zeitlich und inhaltlich entfernter von der konkreten Intervention, z. B. Symptomreduktion im Prä-post- oder gar Prä-Follow-up-Vergleich). Hier liegt das zweite Problem für ein Lernen aus der Praxis: Wir bilden Hypothesen, entscheiden und handeln als Therapeuten im Moment, das alles zielt aber auf mittel- bis langfristige Veränderungen ab. Diese sind letztlich das Kriterium dafür, ob das therapeutische Handeln nachhaltig hilfreich war.

Das Feedback, das man aus dem Erfassen von mittel- bis langfristigen Effekten bezieht, hat aber einen großen inhärenten Nachteil: Diese Informationen sind so weit von den einzelnen Handlungen der Therapeut:innen und erst recht von den handlungsrelevanten Hypothesen und Entscheidungen entfernt, dass es schwer ist, daraus zu lernen (Caspar, 2012). Dazu kommt, dass mit zunehmender Zeit auch immer mehr therapiefremde Faktoren intervenieren; die kausale Verknüpfung mit therapeutischen Interventionen wird immer schwieriger. Dass bei »künstlichem« Trainingsmaterial keine distalen Kriterien verwendet werden können und dass distale Kriterien für das besonders nützliche, zeitlich unmittelbar auf die Handlung folgende Feedback nicht genutzt werden können, versteht sich von selbst.

Komplexität

Vieles spricht dafür, dass die Fähigkeit, ein breites Spektrum von Umständen zu berücksichtigen (Stichwort »Responsiveness«, also das Berücksichtigen von allen relevanten Merkmalen von Patienten und konkreter Situation; Kramer & Stiles, 2015; Caspar, 2023), ganz zentral ist. Diese klinisch sinnvolle Erweiterung der konzeptuellen Komplexität bedeutet aber auch, dass es wesentlich uneindeutiger wird bezüglich der Kausalität: Worauf genau ist, Wechselwirkungen berücksichtigend, was zurückzuführen? Wenn Feedback mehr sein soll als ein Vergleich mit starren Normen (War das Handeln adhärent zu einem Manual, war es nach bestimmten Normen, z. B. Ausmaß realisierter Empathie, kompetent?), geht es letztlich ja auch in komplexen multikausalen, dynamischen, Wechselwirkung und Selbstorganisation berücksichtigenden Modellen um die Frage, welcher Aspekt einer Intervention was ausgelöst hat und was evtl. zu verändern ist, damit am Ende bessere Effekte herauskommen.

Anders als mit differenzierten individuellen Fallkonzeptionen lässt sich dem in der Praxis aus meiner Sicht nicht beikommen, aber wie sollten diese bei einem DP-Training berücksichtigt werden? Eine andere Möglichkeit, als (wegen des Aufwandes nur für einen Teil eines umfassenderen DP-Trainings) mit der Fallkonzeption vertrauten Supervisor:innen ein individuelles Feedback geben, sehe ich nicht. Was Patienten erleben und wie sie urteilen, kann als Ergebnis komplexer Prozesse angesehen werden. Es sollte in jedem Fall eingeholt und beachtet werden, ist aber auch nicht einfach der Weisheit letzter Schluss. Ein Fall, bei dem das unmittelbare expli-

zite und nonverbale Patienten-Feedback fehlgeleitet hätte, ist in Caspar (2023) dargestellt.

Validität des Feedbacks

Proximale Kriterien können von Therapeuten selbst, von Patienten, von Supervisor:innen oder unabhängigen Beurteiler:innen eingeschätzt werden, bei der Verwendung von computerisierten DP-Trainingsprogrammen sogar automatisiert durch Computer. Keine dieser Beurteilungsquellen hat alle Vorteile auf ihrer Seite, wenn es um die Frage der Validität geht. Es ist deshalb sinnvoll, wenn möglich, eine Kombination von Quellen zu verwenden. Da das Ziel letztlich immer anhaltende positive Effekte für die Patienten sind, gehen wir zudem immer von Annahmen aus, wie die proximalen Merkmale mit diesen verbunden sind.

Für distale Kriterien haben wir realistischerweise nur Patienten- und Therapeuten-Ratings zur Verfügung, die bekanntlich beschränkt übereinstimmen und deren Validität alleine deshalb schon als beschränkt angesehen werden muss.

Fazit

Wir müssen mit dem Feedback leben, das der Art des konkreten DP-Trainings und seinen Zielen angemessen und andererseits auch realistisch ist. In den meisten Fällen wird das verwendete Feedback nicht ideal sein, aber »good enough«, um zu positiven Trainingseffekten beizutragen.

2.2 Meine Geschichte mit dem Deliberate-Practice-Ansatz und seine stürmische Entwicklung

1988 lernte ich als Postdoc Anders Ericsson an seinem damaligen Arbeitsort an der University of Colorado in Boulder kennen. Er kam gerade zurück aus Europa von seinen Untersuchungen an Musikern. Mich interessierte damals aber vor allem seine Arbeit an der Rekonstruktion von kognitiven Vorgängen (Protocol Analysis mit Herbert Simon), die auch einen Einfluss auf meine damalige Forschung zu Hypothesenbildungsprozessen bei Therapeuten hatte (Caspar, 1997). Der Postdoc-Forschungsantrag, den ich 1986 geschrieben hatte, ging von der Überzeugung aus, dass wir erst einmal das aktuelle Funktionieren von Therapien kennen müssen, wenn wir ihnen gezielte und wirkungsvolle Vorschläge zur Verbesserung machen wollen (Caspar, 2018b): eine Grundüberzeugung, die ich pointiert auch bei Ericsson wiederfand.

1996 habe ich mich in einem Forschungsantrag erstmals auf das DP-Konzept bezogen, 2003 in einem Beitrag zur Zukunft der Psychotherapieausbildung DP beschrieben und als wichtigste Entwicklungsrichtung bezeichnet. 2004 habe ich die Ergebnisse von

zwei Studien mit Erwähnung von und starkem Bezug zum DP-Ansatz publiziert (Caspar et al. 2004a, 2004b), im selben Jahr wies mein damaliger Assistent Thomas Berger (2004) unter Bezug auf DP darauf hin, dass es nicht darum gehe, Supervisor:innen oder Trainer:innen durch unseren Einsatz von Computern zu ersetzen, sondern ihnen Routineaufgaben abzunehmen und sie so zu befreien für Aufgaben, die nur Menschen erbringen können. 2008 wurde ein neues Projekt mit dem Titel »Deliberate practice of procedural knowledge in the development of expertise in psychotherapy« beantragt, 2010 folgte ein erstes und 2013 ein zweites Forschungssemester bei Anders Ericsson an der Florida State University in Tallahassee, mehrfach habe ich über zwei Jahrzehnte an Kongressen zu dem Ansatz berichtet.

Scott Miller stieß wohl als erster amerikanischer Psychotherapeuten-Kollege 2008 auf Ericssons DP-Ansatz, nachdem er auf einem Flug im Journal *Fortune* über ein Buch gelesen hatte, das sich auf Ericssons Deliberate-Practice-Ansatz bezog. Er löste einen anhaltenden Boom aus, den namentlich Tony Rousmaniere und Alexandre Vaz amplifizierten, illustriert durch eine Flut von Büchern, Workshops, Videodemonstrationen und neuerdings gar einen internationalen Wettbewerb: Wer erbringt den besten Video beleg, dass Deliberate Practice entgegen von Supervisand:innen-Ängsten, sich zu exponieren, in einer Weise durchgeführt werden kann »that is respectful, compassionate, and fun!«. (Weiter zur Darstellung dieses Booms s. Linsenhoff, 2022.)

Warum war ich als m.W. erster Entdecker des Ansatzes für die Psychotherapie (Caspar, 2018b) trotz gut zehn Jahren Vorsprungs nicht der, der eine solche Welle ausgelöst hat? Erstens muss ich neidlos die ganz besonderen kommunikativen Fähigkeiten und das hohe Maß an Motivation von Miller, Chow, Rousmaniere, Vaz und Mitstreiter:innen anerkennen. Zweitens, und darum geht es mir hier, war meine Begeisterung für den Ansatz von Anfang an bzw. recht früh durch einige Vorbehalte etwas relativiert, weshalb ich mich verhaltener als andere mit dem Ansatz beschäftigt habe.

Die wichtigsten Gründe:

- Unser empirisches Wissen zu allen wichtigen Fragen im Zusammenhang mit DP war und ist nach wie vor schmerzlich beschränkt. Ich habe nicht die recht enge methodische Auffassung mit Anders Ericsson geteilt, in welcher Weise empirische Substanz geschaffen werden kann (am liebsten mit genauen Wiege-Ergebnissen bei Anorektiker:innen), ab er vertrat die klare Grundhaltung, dass es nicht beliebig oder nur aus dem Überzeugungssystem eines Therapieansatzes oder eines einzelnen Trainers abgeleitet sein darf, was wir dann mit beträchtlichem Aufwand trainieren.
- Von dem, wie DP definiert ist, haben wir, d. h. viele Ausbildungsinstitutionen und individuell Lehrende, vieles schon seit langem gemacht. Ein Einsatz von DP würde also ganz klar nicht bei Null anfangen, was die Realisierung der DP-Prinzipien betrifft.
- Deliberate Practice nicht nur vereinzelt, sondern konsequent umzusetzen ist teuer und gute Lehrmeister:innen sind rar. Es geht ja nicht um ein paar Spitzenathlet:innen oder -musiker:innen, sondern um künftige und schon praktizierende Psychotherapeut:innen in großer Zahl. Deshalb hat mich das (aufwändige!) Entwickeln

computerunterstützter Tools mehr interessiert als das Verbreiten des Ansatzes in Workshops etc.

- Es ist einfacher, umgrenzte, konkrete Skills zu vermitteln als komplexere Fähigkeiten der Informationsverarbeitung, die aber nach meiner Überzeugung den Unterschied zwischen »good enough« bleibenden und exzellenten Therapeuten ausmachen (Caspar, 1997).
- Feedback setzt voraus, dass es einigermaßen objektive Kriterien gibt, wie eine rolengespülte oder schriftlich oder mündlich formulierte Therapeutenäußerung zu beurteilen ist (Caspar, 2023; Stiles, 2020). Ohne Kenntnisse des weiteren Kontextes einer Intervention ist das aber kaum klinisch valide zu machen, und selbst wenn dieser bekannt wäre, würden sich Feedback gebende Trainer:innen noch in ihren Beurteilungen unterscheiden.
- Eine einigermaßen umfassende Umsetzung von DP ist aufwändig, und nicht jede/r Aus- oder Weiterzubildende hat die Motivation oder die objektive Möglichkeit, »to walk an extra mile« oder eher »many extra miles«. Sehr verständliche Einschränkungen kommen von Überlastung am Arbeitsplatz, namentlich in Kliniken, durch Mutter- und Vater-Pflichten, die eigene Gesundheit usw. Die Voraussetzungen einer wohlwollenden Umgebung und ausreichender Trainingsressourcen (Ericsson & Pool, 2016) sind oft nicht gegeben.

Solche Bedenken sind teilweise ausgeräumt. So habe ich inzwischen gesehen, dass DP auch Therapeuten anleiten kann, sich selbst Feedback zu geben, z.B. zu der Frage, wie es ihnen selbst während einer Intervention ging. Auch ist es möglich, ein Feedback von Patienten spielenden Kolleg:innen bezüglich der Frage einzuholen, wie eine Intervention bei ihnen ankam. Andere Bedenken bestehen weiter, hindern mich aber nicht daran, die durch die genannten Kollegen ausgelöste Welle positiv zu sehen.

2.2.1 Komplexität

Wie komplex ist die Situation in der Psychotherapie?

Als vierter Punkt wurde in den Vorbehalten oben die Auffassung angeführt, dass es weniger beobachtbare Skills als Fähigkeiten im Bereich der Informationsverarbeitung seien, die den Unterschied zwischen exzellenten und anderen Therapeuten ausmachen. Ob diese Auffassung überzeugt oder nicht, hängt wohl stark vom Modell ab, das man vom Funktionieren von Menschen und von Psychotherapie hat. Es hängt auch stark davon ab, ob man an die Patienten denkt, bei denen gängige Psychotherapie wirkt, oder an die, bei denen sie (bisher) nicht wirkt. Um damit anzufangen: Es ist anzunehmen, dass, obwohl ähnlich den Autofahrer:innen die Mehrzahl der Therapeut:innen, die sich als überdurchschnittlich gut einschätzen (Schott & Hoyer, 2019), heutzutage eher »good enough« als exzellent sind. Es lässt sich gut argumentieren, dass hohe Erfolgsraten von 75–80 % überwiegend durch solche Therapeut:innen zustande

gebracht werden und dass es somit gar nicht nötig sei, dass alle Patient:innen an exzellente Therapeut:innen geraten. Ich habe selbst so argumentiert (Caspar, 2017) und denke nach wie vor, dass das nicht abwegig und zudem erleichternd ist. Die Idee, dass Menschen überhaupt und eben auch Therapeut:innen mit beschränkter Rationalität handeln und sich mit »satisficing« statt optimalen Entscheidungen und Ergebnissen zufrieden geben, war mir seit Mitte der 70er-Jahre durch meine Diplomarbeit über außenpolitische Entscheidungsprozesse vertraut, stark beeinflusst durch den späteren Nobelpreisträger Herbert Simon (1957) mit seinen Konzepten der »bounded rationality« und den »satisficing« Ansprüchen von Handelnden.

Wenn wir allerdings an die Patient:innen denken, die in Psychotherapie keine Fortschritte oder gar Rückschritte machen, stellt sich doch die Frage, ob nicht wenigstens einige von ihnen bei exzellenten Therapeut:innen eine Chance gehabt hätten. So beginnt sich die Überzeugung durchzusetzen, dass man bei ihnen (wenn sie denn überhaupt dazu motivierbar sind) nicht einfach ein weiteres Verfahren ausprobieren, sondern sich responsiv auf eine Vielzahl von Merkmalen der Patient:innen und ihrer Situation einstellen sollte (Kramer & Stiles, 2015; Caspar 2009a, 2023). Das stimmt auch mit Ergebnissen der Expertiseforschung überein, die besagen, dass Spitzenkünstler in ihrem Beruf in ihrem Handeln besonders viele Aspekte und Randbedingungen berücksichtigen (Caspar, 2017).

Ein nicht unbekannter Verhaltenstherapeut (dessen Namen ich nicht nennen will) hat geschrieben: »Wir behandeln nicht Menschen, sondern Störungen.« Ein medizinisches Krankheitsmodell, eine medizinisch geprägte Arbeitsumgebung, so auch Erfahrungen von mir und anderen aus der Supervision von Ausbildungskandidat:innen, scheint eine solche Haltung zu fördern, obwohl das nicht zwingend ist. Schließlich wird die Aussage »It's more important to know what sort of patient has a disease than what sort of disease the patient has« neben vielen anderen Quellen auch dem Arzt und Mit-Vater der modernen Medizin, Sir William Osler (1906), zugeschrieben. Wenn wir nicht nur die Störung, sondern den ganzen Menschen einbeziehen, ist die Sache konzeptuell komplizierter.

Umgang mit Komplexität

Die Situation in der Psychotherapie ist also komplex, zumindest wenn wir uns nicht auf Routinebehandlungen bei nicht allzu anforderungsreichen Patient:innen beschränken wollen (auch Hill & Castonguay, 2023; Sachse, 2022). Auf der Ebene von Verfahren ist die Chance für ein Gelingen wohl größer, wenn man verfahrensübergreifend bzw. integrativ denkt und handelt (Caspar, 2023; Caspar & Berger, 2024; Linsenhoff, 2020). Auf der Ebene der Konzepte gilt es, einfache, mechanistische Modelle zu überwinden und in komplexeren dynamischen Modellen zu denken. Es ist hier nicht der Raum, das auszuführen: Stichwörter sind Neuronale-Netzwerk- bzw. konnektionistische Modelle (Caspar et al., 1992; Caspar & Berger, 2012), und Dual-Process-Modelle (Caspar, 2016), bei denen einerseits der Selbstorganisation von Patient:innen, andererseits dem Wechsel von Zuständen im Prozess besondere Beachtung geschenkt wird. Dass Komplexität im

Denken nicht zu Handlungsunfähigkeit führt, ist schön im Buchtitel des Psychotherapeuten Martin Rufer (2013) »Erfasse komplex, handle einfach« ausgedrückt. Die Forderung wäre also, auch bei DP Komplexität angemessen Rechnung zu tragen und vielleicht sogar spezielle Lernelemente zum Umgang mit Komplexität vorzusehen.

Ein gegenwärtiger Trend ist eher, bei den zu trainierenden Fähigkeiten die Common Factors zu betonen und damit die Aufgabe für DP zu vereinfachen (Clements-Hickman & Reese, 2020). Ich vermute, dass diese Strategie über kurz oder lang an ihre Grenzen stoßen wird; tatsächlich engagieren sich gegenwärtig ja Vertreter:innen verschiedener Therapieansätze in der DP-APA-Buchreihe, und es wäre erstaunlich, wenn sie nicht das Spezifische und die Stärken ihres Ansatzes in den Vordergrund stellen würden.

Sachse (2006), der klar der Meinung ist, dass Therapeut:innen nicht nur »good enough«, sondern Expert:innen sein sollten, formuliert die Anforderungen so (ebd., S.309):

Das Ziel einer Ausbildung in Psychotherapie sollte es daher sein, die Ausbildungsteilnehmer zu »Experten in Psychotherapie« zu machen. Das bedeutet, dass sie

- über relevantes psychologisches und psychotherapeutisches Wissen verfügen,
- dass dieses Wissen gut organisiert, strukturiert und flexibel anwendbar ist,
- sodass die Therapeuten im Therapieprozess in Realzeit Informationen verarbeiten können, Entscheidungen treffen, Strategien entwickeln und verfolgen können, d. h., dass sie Informationen schnell verarbeiten können, wozu gut funktionierende Wissensschemata erforderlich sind
- und somit in der Lage sind, im Prozess relevante Verarbeitungen und Handlungen vorzunehmen,
- dass sie sich flexibel auf schwierige Situationen einstellen können,
- kurz: dass sie in der Lage sind, in den richtigen Situationen das Richtige zu tun, zielsicher, schnell und von hoher Handlungsqualität ...
- relevante Situationen schnell als solche zu erkennen,
- relevante Wissensaspekte gezielt zu aktivieren,
- schnelle Entscheidungen zu treffen ...
- Informationen parallel zu verarbeiten, Strategien parallel zu planen, mehrere Züge vorauszudenken, sich auf zu erwartende Schwierigkeiten einzustellen u. Ä.

Die DP hat deutlich größere und schwierigere Aufgaben, als beobachtbare Skills zu trainieren, wenn sie auch umfassend für Hypothesenbildungs-, Entscheidungs- und Handlungskonstruktionsprozesse eingesetzt werden soll.

- Constantino, Muir, Gaines und Ouimette: Rolle der Hoffnung und der Wirksamkeitserwartung für den eingeschlagenen therapeutischen Weg
- Oleen-Junk und Yulish: Bedeutung der Struktur (Therapierationale, Techniken und Rituale, Timing, Kontext/Setting der Therapie)

Diese fünf Themen bilden dann auch die Grundstruktur der Taxonomie der Deliberate-Practice-Aktivitäten in Psychotherapie, im Anhang des Buches von Miller et al. (2023). Wie die in diesen Kapiteln zusammengestellte Evidenz im konkreteren DP-Training umgesetzt werden kann, wird unten beschrieben.

Ad 2: Wie zeichnen sich Meistertherapeut:innen aus?

Wie wird bestimmt, was und wer Meister:innen des Faches sind? Dazu gibt es verschiedene Ansätze, von Peer Nomination (anfällig für Impression Management) bis zur Auswertung der von einzelnen Therapeut:innen erreichten Effektstärken (anfällig für Selektionseffekte zwischen dem Engagement exzellenter Therapeut:innen bei extrem schwierigen Patient:innen, die selbst den Top-Könnern kaum eine Chance lassen, bis zu mittelmäßigen Therapeut:innen, die Patient:innen mit großer Misserfolgswahrscheinlichkeit »riechen«, sich vom Leibe und damit auch aus ihrer Effektstärkenbilanz heraushalten). Die Kriterien können sich in ihren Stärken und Schwächen ergänzen; ideal wären kombinierte Kriterien (Caspar, 2017). Untersuchungen wie die von Chow et al. (2025) oder Jennings und Skovholt (1999) gibt es nicht viele. Einige Merkmale haben sie aber gefunden: Das Sich-nie-Zufriedengeben mit dem Erreichten und das Fragen, was man noch hätte besser machen können; die Zeit, die mit DP-ähnlichem Üben verbracht wird; Flexibilität und Responsiveness; ein befriedigendes Privatleben; und häufig klinische Tätigkeiten neben dem Therapieren (die auch eine Folge von Exzellenz sein können). Aus der Expertiseforschung in anderen Bereichen sind weitere Merkmale bekannt, deren Relevanz auch für Psychotherapie plausibel ist, vor allem das Berücksichtigen vieler Randbedingungen, die Investition in vertiefte Analyse der Situation, die Fähigkeit, die Folgen von Handlungen vorwegzunehmen, und das ständige Verlaufs-Monitoring (Caspar, 2017). Es gibt Hinweise, dass die besten Therapeut:innen nicht nur in einem Kriterium besser sind als andere (Nissen-Lie et al., 2016).

Es kann natürlich nicht darum gehen, dass alle Therapeut:innen Meister:innen ihres Fachs werden sollten oder könnten. Wie bei der Analyse von Spitzensportler:innen kann eine Analyse von Spitzenkönnern aber Hinweise geben, was günstige Merkmale und Fähigkeiten für überdurchschnittliche Leistungen sind. Dabei ist allerdings zu beachten, dass nicht jedes Profil zu jedem gleich gut passt. Der Schwung beim Abschlagen sieht bei Golf-Champions recht unterschiedlich aus, womit wir zu Ad 3 kommen.

Ad 3: Notwendige Fähigkeiten

Insgesamt ist die Forschungslage hierzu bemerkenswert schlecht. In Überblickswerken (Hill & Norcross, 2023; Castonguay & Hill, 2023b) werden zwar konsistente Hinweise auf einige den Therapieerfolg begünstigende Fähigkeiten (skills, abilities und methods