

# Weshalb und wobei kann Forschung helfen, ein(e) bessere(r) PsychotherapeutIn zu werden?

Klaus-Peter Seidler

**M-H** Medizinische Hochschule  
Hannover

Theorettag des ÖAKBT  
Wien, 06.03.2016



R. Magritte: Der Therapeut

## Zählt Erfahrung?

Sind Sie in den  
letzten 5 Berufsjahren  
erfolgreicher in Ihrer  
therapeutischen  
Arbeit geworden?

- ja
- weiß nicht
- nein, unverändert
- nein, bin weniger erfolgreich



Therapeuten mit 15 oder mehr Jahren an  
Berufserfahrung erleben sich gegenüber den  
„Junioren“ als effektiver (Orlinsky &  
Rønnestad, 2005).

**M-H** Medizinische Hochschule  
Hannover



R. Magritte: Der Therapeut

Do Psychotherapists Improve With Time and Experience? A Longitudinal Analysis of Outcomes in a Clinical Setting

Goldberg et al. (2016), *J Couns Psychol*

- Langzeitstudie an einem universitären Beratungszentrum in den USA.
- 170 Therapeuten, 6591 Patienten  
 $\bar{\varnothing} = 39$  Patienten/Therapeut  
 quasi zufällige Zuordnung
- Berufsjahre am Beratungszentrum:  
 $\bar{\varnothing} = 4,7$  Jahre  
 Variationsbreite = 0,4 – 17,9 Jahre
- Überwiegend eklektische/integrative Orientierung
- Beschwerde-Fragebogen (Symptome, interpersonale Beziehungen, soziales Funktionsniveau): zu Beginn u. Ende

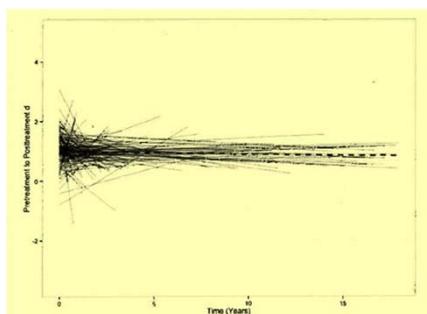


Figure 1. Individual regression lines fit within-therapist reflecting change in patient pretreatment to posttreatment effect size ( $d$ ) as a function of time (in years since beginning of treatment with first patient). Dashed line represents fixed effect of time (overall).

- Im Durchschnitt: minimale aber statistisch signifikante Verschlechterung.
- Minimal weniger frühe Therapiebeendigungen.
- Therapeuten unterscheiden sich darin, ob sie von Erfahrung profitieren:
  - 39% verbessern sich
  - 61% verschlechtern sich

## Wie schätzen sich TherapeutInnen untereinander ein?



### AN INVESTIGATION OF SELF-ASSESSMENT BIAS IN MENTAL HEALTH PROVIDERS<sup>1</sup>

STEVEN WALFESH  
Independent Practice, Atlanta, Georgia  
BRIAN MCALISTER, PAUL O'DONNELL  
Kennesaw State University  
MICHAEL J. LAMBERT  
Brigham Young University

*Psychol Rep, 2012*

*Wo sehen Sie sich im Vergleich zu anderen Th. bzgl. Ihrer klinischen Fertigkeiten und Effektivität?*

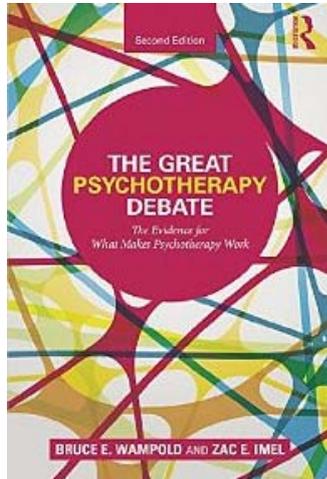
- 25% der Th. geben an, zu den besten 10% Th. zu gehören.
- Kein einziger Th. schätzt sich als unterdurchschnittlich ein. Nur 8% als schlechter als drei Viertel der Th.

## Evidenzbasierte Psychotherapie



[www.div12.org/psychological-treatments](http://www.div12.org/psychological-treatments)

- Behandlung für spezifische psychische Störungen.
- Behandlungsmanuale mit Beschreibung des konkreten therapeutischen Vorgehens, insbesondere der spezifischen Interventionen
- Wirksamkeitsnachweis anhand randomisierter kontrollierter Studien.



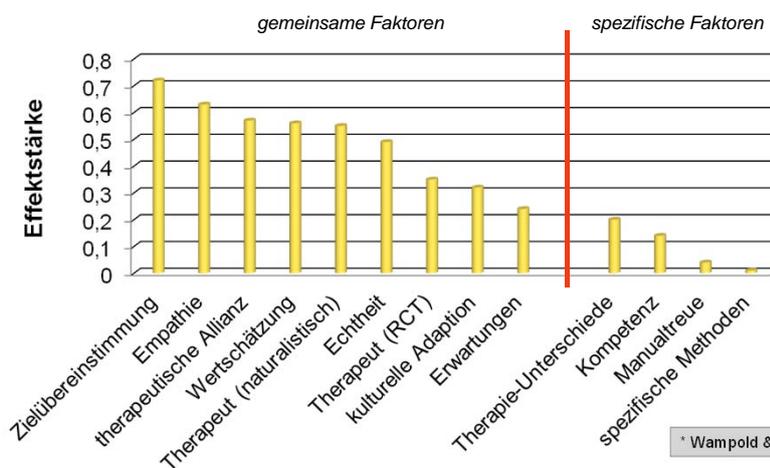
2015

## Medizinisches Modell vs. Kontextuelles Modell



M+H  
Medizinische Hochschule  
Hannover

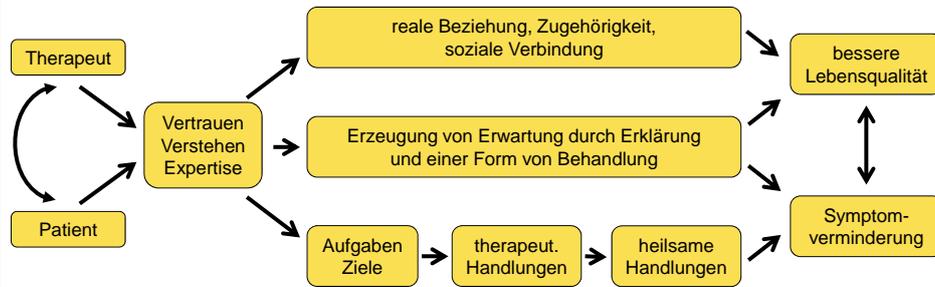
## Effektstärke therapeutischer Wirkfaktoren\*



\* Wampold & Imel, 2015

M+H  
Medizinische Hochschule  
Hannover

## Kontextuelles Modell\*



\* Wampold & Imel, 2015

## Therapieziele in der KBT

**Der KBT-Dokumentationsbogen**  
(Schreiber-Willnow et al., *Konzentrierte Bewegungstherapie*, 2007)

Therapy goals and treatment results in body psychotherapy: Experience with the concentrative movement therapy evaluation form

Karin Schreiber-Willnow\*\* and Klaus-Peter Seidler\*

*Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 2013

KBT-Zielbereich (Beispiele)	Behandlungsbeginn		Behandlungsende
	Beschreibung des Ziels (Klartext)	1., 2., 3., oder neues Ziel?*	Bewertung der Zielerreichung**
1. <b>Eigenwahrnehmung</b> (Affekt differenzierung, Körperempfindungen, -grenzen, -schema)			
2. <b>Körperbesetzung</b> (emotionale Einstellung bzw. Beziehung zum Körper)			
3. <b>Bewegungsverhalten</b> (Raumbezug, Kraftansatz, zeitliche Strukturierung)			
4. <b>Vitalität</b> (Gebrauch der Sinne, freies Atmen, lustvolle Aspekte)			
5. <b>Handlungsfähigkeit</b> (Explorationsverhalten, Ressourcen entdecken bzw. nutzen)			
6. <b>Beziehungsfähigkeit</b> (Konfliktfähigkeit, Abgrenzung, Authentizität)			
7. <b>Symbolisierung</b> (körperliche Symptome in ihrer Bedeutung verstehen, Entwicklung der Symbolisierungsfähigkeit)			
8. <b>Selbstregulation</b> (für sich sorgen, Impulskontrolle, Selbstverantwortlichkeit, Frustrationstoleranz)			
9. <b>sonstiger Zielbereich</b>			

\* Wichtigkeit der Ziele von 1 bis 3 (optional); im Therapieverlauf aufgetauchtes neues Ziel: N

\*\* Bewertung der Zielerreichung: 0 = Ziel entfallen, 1 = Ziel nicht erreicht, 2 = Ziel wenig erreicht, 3 = Ziel mittelmäßig erreicht, 4 = Ziel ziemlich erreicht, 5 = Ziel völlig erreicht



- Viele Patienten profitieren nicht von Psychotherapie oder verschlechtern sich sogar (Hansen et al., 2002):
  - 35-40% unverändert
  - 5-10% verschlechtert
- Therapieabbrüche sind nicht selten (Swift & Greenberg, 2012):
  - $\emptyset = 20\%$ ,
  - Variationsbreite = 0 – 70%.
- TherapeutInnen unterscheiden sich in ihren Erfolgsraten (Baldwin & Imel, 2013):
  - Manche sind besonders gut, andere besonders schlecht und viele „normal gut“ (Saxon & Barkham, 2012).
  - Manche Th. sind mit bestimmten Patientengruppen und bei bestimmten Problemen besonders „gut“ (Kraus et al., 2011).
  - Ein Th. kann bei einigen Patienten sehr hilfreich sein und bei anderen Verschlechterungen induzieren (Castonguayet al., 2010).



**der „Supershrink“**

## Was kennzeichnet einen „Supershrink“? Wie wird man ein „Supershrink“?



- Persönlichkeitsmerkmale oder soziodemographische Merkmale sind ohne Bedeutung.
- Ohne Relevanz ist, ob der Th. dieselben Schwierigkeiten mal erfahren hat, unter denen der Pat. leidet.
- Professionelle Ausbildung, Ausmaß an Supervision, Lehr-Therapie bzw. Selbsterfahrung und klinische Erfahrung haben keinen nachweisbaren bzw. klaren Effekt auf die Effektivität von Th. (Cooper, 2010)

## Wie denkt man am besten über sich selbst (als Th.)?



Welche Th. sind am erfolgreichsten? Th. mit ...

- (1) berufsbezogener **Selbstgewissheit** + **positivem Selbstbild** von sich als Person.
- (2) berufsbezogenem **Selbstzweifel** + **negativem Selbstbild**.
- (3) berufsbezogenem **Selbstzweifel** + **positivem Selbstbild**.
- (4) berufsbezogener **Selbstgewissheit** + **negativem Selbstbild**.

### Love Yourself as a Person, Doubt Yourself as a Therapist?

Helene A. Nissen-Lie,<sup>1\*</sup> Michael Helge Rasmestad,<sup>1</sup> Per A. Hugland,<sup>2</sup> Odd E. Havik,<sup>3</sup> Ole André Sahakken,<sup>4</sup> Tore C. Stiles<sup>5</sup> and Jon T. Mnnsen

*Clin Psychol Psychother*, 2015



- 70 Th. mit 255 ambulanten Pat.
- Th. mit berufsbezogenem Selbstzweifel und positivem Selbstbild sind am erfolgreichsten.
- Die Art, wie Th. mit Schwierigkeiten in Therapien umgehen, hat einen Effekt auf das Therapieergebnis:
  - Positiv: reflexives „Überprüfen“, Aufsuchen von Supervision, gemeinsames Problemlösen mit dem Pat.
  - Negativ: Problemvermeidung, Zurücknehmen im therapeutischen Engagement, Ausagieren negativer Affekte in der Beziehung zum Pat.

KBT-Th. sind gegenüber Th. anderer Verfahren unbekümmerter bzgl. ihres therapeutischen Einflusses und sie halten das Nachdenken für sich alleine über Probleme in der therapeutischen Arbeit als Bewältigungsstrategie in geringerem Ausmaß für geeignet (Seidler et al., 2004)

### Expertise in Psychotherapy

#### *An Elusive Goal?*

Terence J. G. Tracey	Arizona State University
Bruce E. Wampold	University of Wisconsin-Madison and Modum Bad Psychiatric Center, Vikersund, Norway
James W. Lichtenberg	University of Kansas
Rodney K. Goodyear	University of Houston and University of Redlands

*Am Psychol*, 2014



- Th. tun sich schwer Expertise zu entwickeln:
  - Sie erhalten wenig bzw. ungeeignete Rückmeldung über die „Richtigkeit“ ihres Tuns.
  - Sie schätzen sich in ihrer Kompetenz falsch, d.h. zu positiv, ein (z.B.: bei 40% der Pat., bei denen eine Verschlechterung der Symptome vorlag, wurde eine positive Entwicklung von Th. angenommen).
  - Erfahrene Th. nehmen umfassendere Fallkonzeptualisierungen vor, ohne dass diese aber „richtig“ sind.

## Wie kann man Expertise entwickeln?



- Fehlerfreundliche Haltung der eigenen Arbeit gegenüber.
- Haltung eines Forschers: Aktives Suchen nach Nicht-Bestätigung der eigenen Annahmen bzw. Überprüfung alternativer Hypothesen.
- Kontinuierliches Einholen von Feedback vom Patienten anhand von standardisierten Instrumenten.
- „Deliberate practice“ (zielorientiertes Training).

## Kontinuierliches Monitoring

**Outcome Rating Scale (ORS)**

Name: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_  
 Str.: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_  
 Geburts-Tag: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Wenn Sie über die letzte Woche einschließlich heute zurückblicken, wie haben Sie sich gefühlt?

*Indikator für Ihre Stimmung, wie es Ihnen in den folgenden Bereichen gegangen ist. Je mehr Sie ein Kreuz nach links ziehen, desto schlechter ist es Ihnen in diesem Bereich gegangen, je weiter Sie dies nach rechts ziehen, umso besser.*

**Ganz persönlich ist es mir gegangen:** \_\_\_\_\_

**In Familie/wahen Beziehungen ist es mir gegangen:** \_\_\_\_\_

**In Arbeit/Schule/Freundschaften ist es mir gegangen:** \_\_\_\_\_

**Insgesamt ist es mir gegangen:** \_\_\_\_\_

International Center for Clinical Excellence  
[www.icceonline.com](http://www.icceonline.com)  
 © 2002, Scott D. Miller and Barry L. Duncan  
 Übersetzt und modifiziert von Anndi Lissenski, Prof. Dr. Ingrid Hübner

**Session Rating Scale (SRS V.3.0)**

Name: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_  
 Str.: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_  
 Geburts-Tag: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Bitte bewerten Sie die heutige Sitzung, indem Sie auf der Linie antworten, inwieweit sich die Beschreibungen zutreffen.

**Therapeutische Beziehung:**

Ich fühle mich nicht gehört, verstanden und respektiert. \_\_\_\_\_ Ich fühle mich gehört, verstanden und respektiert.

**Ziele und Themen:**

Wir haben nicht daran gearbeitet und darüber geredet, wozu wir arbeiten und wozu ich lernen sollte. \_\_\_\_\_ Wir haben daran gearbeitet und darüber geredet, wozu wir arbeiten und wozu ich lernen sollte.

**Herangehensweise oder Methode:**

Die Herangehensweise des Therapeuten passt nicht gut für mich. \_\_\_\_\_ Die Herangehensweise des Therapeuten passt gut für mich.

**Insgesamt:**

In der heutigen Sitzung hat etwas geholt. \_\_\_\_\_ Insgesamt gesehen war die heutige Sitzung für mich angemessen.

International Center for Clinical Excellence  
[www.icceonline.com](http://www.icceonline.com)  
 © 2002, Scott D. Miller, Barry L. Duncan, & Lynn Johnson  
 Übersetzt von Anndi Lissenski, Prof. Dr. Ingrid Hübner

## Kontinuierliches Monitoring

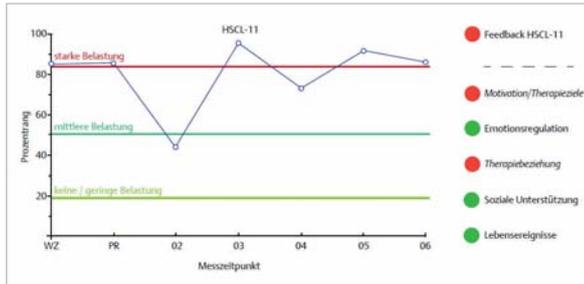


Abb. 1 Psychometrisches Verlaufsfeedback eines fiktiven Patienten (Prozenträge), Evaluation auf der Basis von empirischen Entscheidungsregeln und Clinical Support Tools.

Rubel, Ehrlich & Lutz, 2015

- „Ampelsystem“ für „not-on-track“-Fälle.
- Klinische Unterstützungshilfen (Fragebögen, spezielle Empfehlungen, computergestütztes Lern- und Übungsmaterial).
- Reduzierung der Verschlechterung von „not-on-track“-Fälle von 20% auf 6%.
- Einstellung von Pat. und insbesondere der Th. von Bedeutung.

## Kontinuierliches Monitoring

### Stundenbogen zur Konzentrativen Bewegungstherapie (KBT) in der Gruppenbehandlung (SB-KBT-G)

Im Folgenden finden Sie Fragen zu Ihrem Erleben und Ihren Erfahrungen in der heutigen KBT-Stunde. Bei jeder Aussage können Sie ankreuzen, wie sehr diese für Sie persönlich stimmt, d.h. inwieweit diese für die KBT-Stunde - insgesamt betrachtet - zutreffend ist. Sollte bezüglich einer Fragestellung Ihr Erleben in der KBT-Stunde sehr unterschiedlich ausgefallen sein, so nutzen Sie gegebenenfalls die Antwortkategorie "teils/teils". Grundsätzlich gilt, dass es keine richtigen oder falschen Antworten gibt - wichtig ist, was für Sie individuell zutrifft. Auch wenn einmal eine Fragestellung nicht exakt auf Sie persönlich zugeschnitten ist, bitte kreuzen Sie jede Frage bestmöglich an.

	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	teils/ teils	trifft eher zu	trifft völlig zu
1. Mit dem, was ich heute erfahren und erlebt habe, kann ich viel anfangen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ich war heute in Sorge, dass mir die anderen Gruppenteilnehmer zu nah kommen könnten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Heute habe ich nichts Besonderes im Körper gespürt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## SB-KBT-G

- ◆ **Skala 1: gelungenes vs. misslungenes Nutzenkönnen der Therapiestunde (5 Items)**
  - Mit dem, was ich heute erfahren und erlebt habe, kann ich viel anfangen. (SY)
  - Heute habe ich nichts Besonderes im Körper gespürt. (KF)
  - Ich habe bei den Angeboten der heutigen Therapiestunde mitgemacht, obgleich ich etwas das Gefühl hatte, dass diese für mich nicht richtig passend und geeignet waren. (SR)
- ◆ **Skala 2: positives vs. negatives körperbezogenes Selbsterleben (5 Items)**
  - Ich war heute in Sorge, dass mir die anderen Gruppenteilnehmer zu nah kommen könnten. (ND)
  - Heute erlebte ich mich gehemmt und zögerlich in meinen Bewegungen. (BW)
  - In der heutigen Gruppenstunde hatte ich das Empfinden, dass alle Eindrücke etwas zu stark auf mich einströmen konnten. (KE)
  - Heute konnte ich meinen Körper so annehmen, wie er ist, mit all seinen Stärken und Schwächen. (KB)

## SB-KBT-E

- **Skala 1: positives vs. negatives körperbezogenes Selbsterleben (3 Items)**
  - Heute mochte ich meinen Körper und bin liebevoll mit ihm umgegangen. (KB)
  - In meinen Bewegungen erlebte ich mich heute frei und gelöst. (BW)
  - Heute fühlte ich mich in meinem Körper geborgen. (KE)
- **Skala 2: bedeutsame vs. nicht bedeutsame Körpererfahrungen (3 Items)**
  - Meine körperlichen Erfahrungen bzw. Empfindungen in der heutigen Therapiestunde haben viel bei mir ausgelöst. (SY)
  - Heute habe ich nichts Besonderes im Körper gespürt. (KF)
- **Skala 3: misslungene vs. gelungene Nähe-Distanz-Regulation (3 Items)**
  - Ich war heute in Sorge, dass mir der/die Therapeut/Therapeutin zu nah kommt. (ND)



K. A. Ericsson

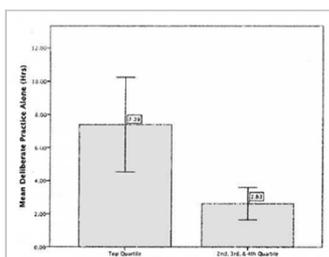


Figure 1. Comparing therapists from the top quartile with the others in the lower quartiles on the basis of their adjusted client outcomes as a function of estimated time spent on deliberate practice alone per typical work week. Groupings of therapists were based on the ranking of the complete cohort from in the first study. Two out of the 17 therapists in Study 2 did not complete this part of the questionnaire. Numbers of therapists in quartile grouping: first quartile = 7; second, third, and fourth quartiles = 8.

### The Role of Deliberate Practice in the Development of Highly Effective Psychotherapists

Chow et al., *Psychother*, 2015

- Zielorientiertes Training bestimmter Aufgaben mit unmittelbarem Feedback und Gelegenheit zum häufigen Wiederholen und der Möglichkeit aus Fehlern zu lernen.
- 17 Th. mit 1632 Pat.
- Die erfolgreicherer Th. wendeten 2,8 mehr Zeit für „deliberate practice“ zur Verbesserung ihrer therapeutischen Fertigkeiten auf (z.B. nochmaliges Anhören von Therapiesitzungsaufzeichnungen).
- Keine spezifische Aktivität im Rahmen der „deliberate practice“ steht in Zusammenhang mit dem Therapieerfolg.

### Beispiel für mögliche deliberate practice in der KBT: Wahrnehmungstraining anhand der KBT-Prozess-Skalen\*

- Fokussierung des Körperempfindens
- Bewegungsverhalten
- Körperbegrenzung:
  - Soziale Nähe-Distanz-Regulation
  - Körperliches Eigenerleben
- Symbolisierungserfahrung
- Körperbesetzung:
  - Zuneigung
  - Kontrolle/Dominanz
- Explorationsverhalten
- Situative Selbstregulation

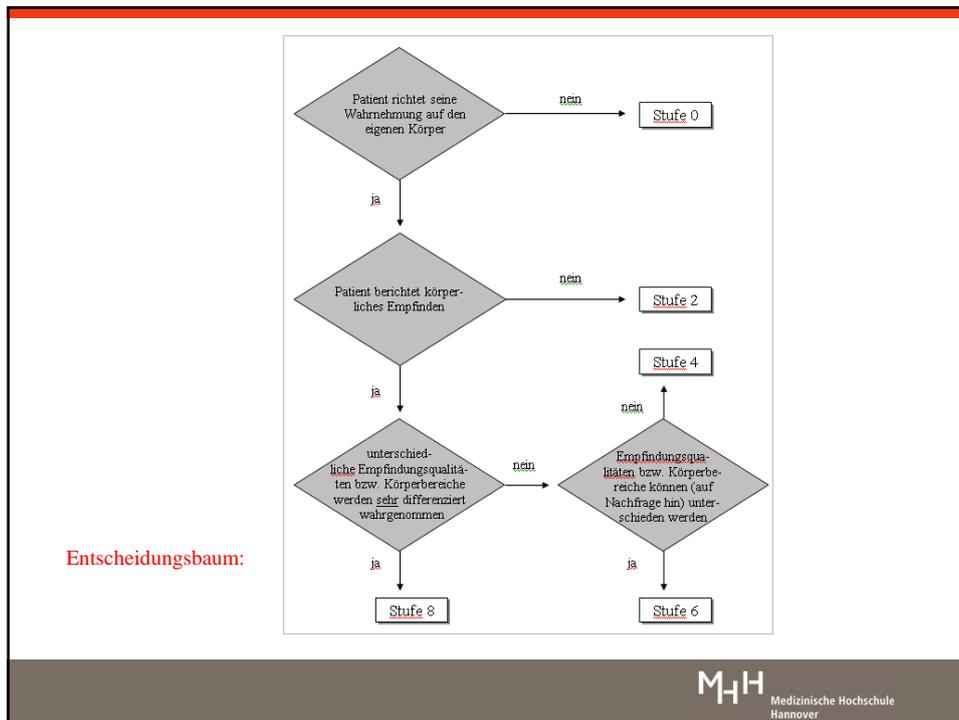
\* Seider et al., *Konzentrierte Bewegungstherapie*, 2004

## Fokussierung des Körperempfindens

- „Körperwahrnehmung“: Wahrnehmung/„Spüren“ körperlicher Empfindungen
- Qualität und Ort des körperlichen Erlebens:
  - erfolgt eine Fokussierung des Körperempfindens?
  - wie differenziert wird das Körperempfinden wahrgenommen/beschrieben?
  - spontaner Bericht oder auf Nachfragen?
- Unipolare Skala mit den Stufen:
  - Nicht fokussiertes Körperempfinden
  - Kein Körperempfinden
  - Wenig differenzierter Körperempfinden
  - (Sehr) differenzierter Körperempfinden

### Skala „Fokussierung des Körperempfindens“

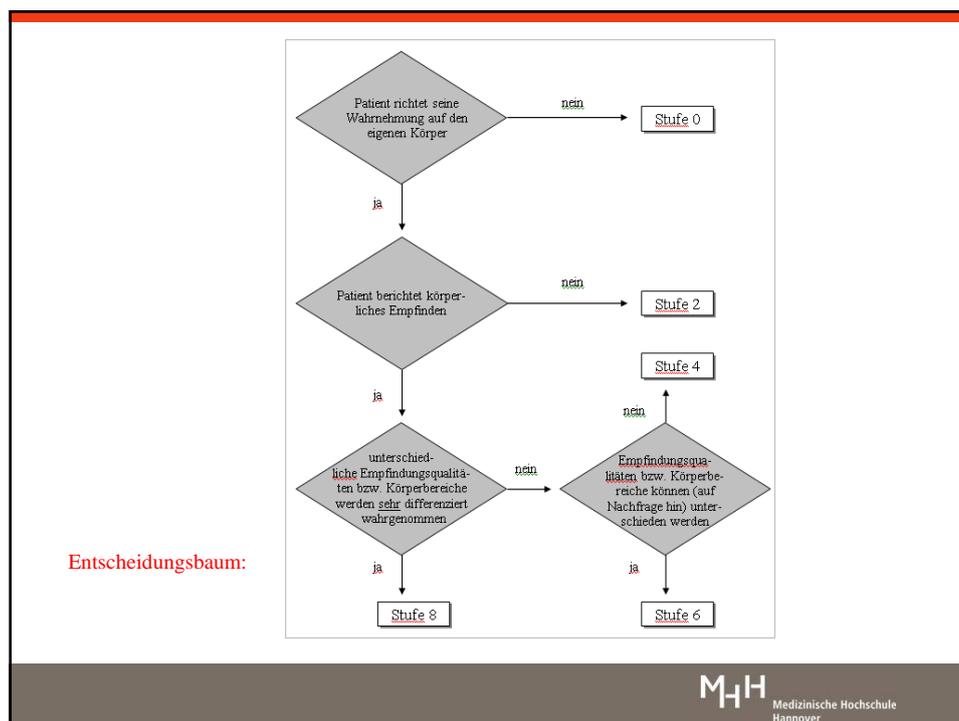
Stufe 0	<b>Nicht fokussiertes Körperempfinden</b> Patient gibt an, nichts von seinem Körper wahrzunehmen, da er z.B. sich in Gedanken verloren hat oder von inneren Bildern absorbiert ist. <i>Ein Patient erlebt bei einer geleiteten Körperreise im Liegen, dass seine Gedanken nur um seine Frau kreisen, die mit den Kindern zu Hause aktuell völlig überlastet ist.</i>
Stufe 2	<b>Kein Körperempfinden</b> Patient berichtet, dass er beim Versuch, seinen Körper wahrzunehmen, nichts in bzw. an seinem Körper empfinden kann. <i>Ein Patient, der viel Kraftsport betreibt, beschreibt das Abrollen mit dem Igelball so, dass er „nichts“ spürt, es fühle sich „normal“ an.</i>
Stufe 4	<b>Wenig differenziertes Körperempfinden</b> Das vom Patienten berichtete Empfinden ist undifferenziert, d.h. die besondere Qualität oder der Ort des Empfindens bleiben weitgehend unklar (z.B. „irgendwie im Körper unwohl zu fühlen“) oder das Erleben ist eingeeengt auf bestimmte Empfindungen, wie z.B. Schmerzen, so dass andere Empfindungen nicht erlebt werden. <i>Eine Patientin klagt beim Liegen auf dem Rücken über ihre Rückenschmerzen, die ins rechte Bein ausstrahlen. Auf den Rest des Körpers habe sie sich bei der Körperreise nicht konzentrieren können.</i>
Stufe 6	<b>Differenziertes Körperempfinden</b> Patient kann (auf gezieltes Nachfragen des Therapeuten hin) Empfindungsqualitäten (wie z.B. Temperatur, Gewicht, Ausdehnung, Druck) und Körperbereiche unterscheiden bzw. wahrnehmen. <i>Eine Patientin erlebt bei der Körperwahrnehmung im Liegen, dass das linke Bein schwerer als das rechte ist, die linke Seite deutlicher am Boden zu spüren ist.</i>
Stufe 8	<b>Sehr differenziertes Körperempfinden</b> Die Körperwahrnehmung des Patienten ist gekennzeichnet durch vielfältige Erlebnisqualitäten und subtile Wahrnehmungen (z.B. bezüglich der betroffenen Körperbereiche oder erlebter Veränderungen), die spontan von ihm geäußert werden. <i>Nach einer Körperreise im Liegen beschreibt eine Patientin spontan, dass sie die untere Körperhälfte gut spüren konnte, aber im Beckenbereich eine „Blockierung“ spürt: Es fühle sich irgendwie „eng“ und „dunkel“ an.</i>
Stufe X	<b>Nicht zu beurteilen</b>



## KBT-Video



- Therapiesequenz von ca. 9 Minuten.
- Auf die Teilnehmerin *Christa Pflüger* achten!
- Welchen Eindruck gewinnt man von der Qualität der Fokussierung des Körperempfindens?



## Fokussierung des Körperempfindens (KF)

- Christa Pflüger:
  - Kein auf das KBT-Angebot bezogene KF. Allenfalls wenig differenzierte KF bzw. Angabe von fehlender KF (z.B. bzgl. Stab). ->
  - Modus: 3 (zwischen keine u. wenig differenzierte KF)
  - Spitze: 4 (wenig differenzierte KF)
    - Stufe 2: Pat. berichtet, dass sie beim Versuch, ihren Körper wahrzunehmen, nichts in bzw. an ihren Körper empfinden kann.
    - Stufe 4: Das von der Pat. berichtete Empfinden ist undifferenziert, d.h. die besondere Qualität oder der Ort des Empfindens bleiben weitgehend unklar (z.B. „irgendwie im Körper unwohl zu fühlen“) oder das Erleben ist eingengt auf bestimmte Empfindungen, wie z.B. Schmerzen, so dass andere Empfindungen nicht erlebt werden.

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**



[seidler.klaus-p@mh-hannover.de](mailto:seidler.klaus-p@mh-hannover.de)