

Weiterbildungsstudiengang  
Psychodynamische  
Psychotherapie



# Weiterbildungsstudiengang Psychodynamische Psychotherapie

Erfahrungen und Perspektiven der  
Aus- und Weiterbildung an einer medizinischen Fakultät

*Vortrag auf dem 8. PiA-Politik-Treffen,  
21. September 2015, Berlin*

**Udo Porsch, Claudia Subic-Wrana, Manfred E. Beutel**

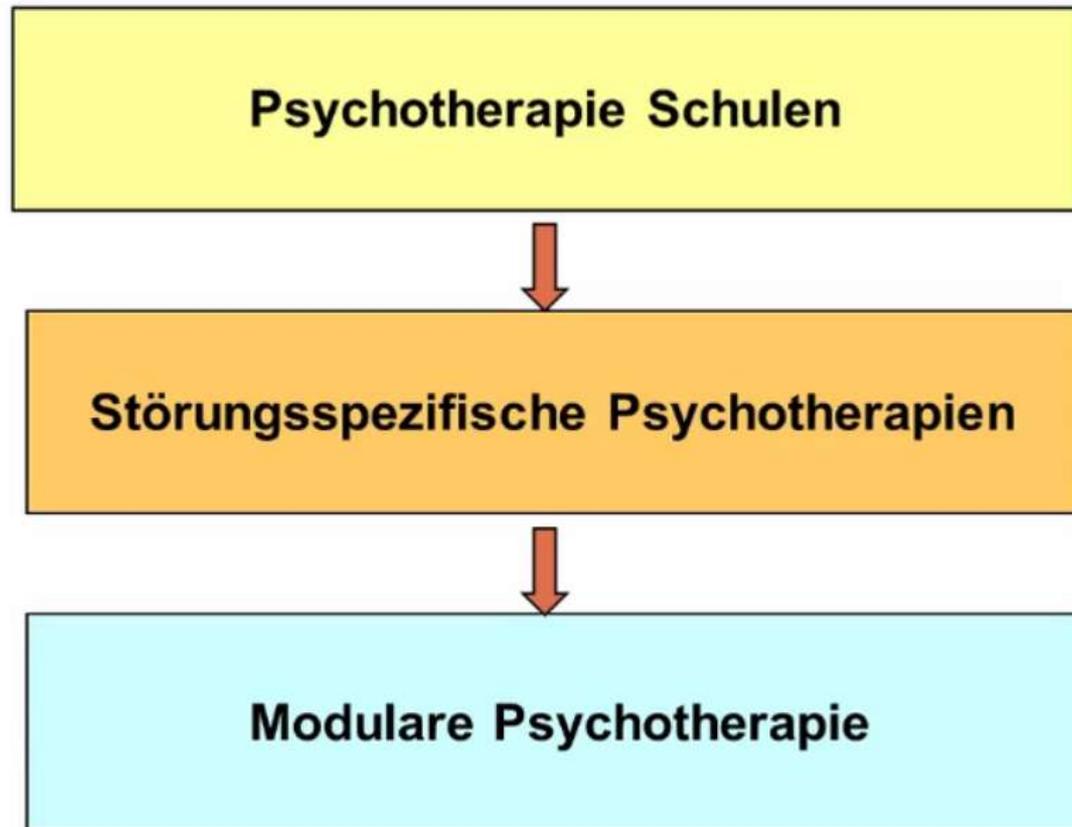
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Weiterbildungsstudiengang Psychodynamische Psychotherapie



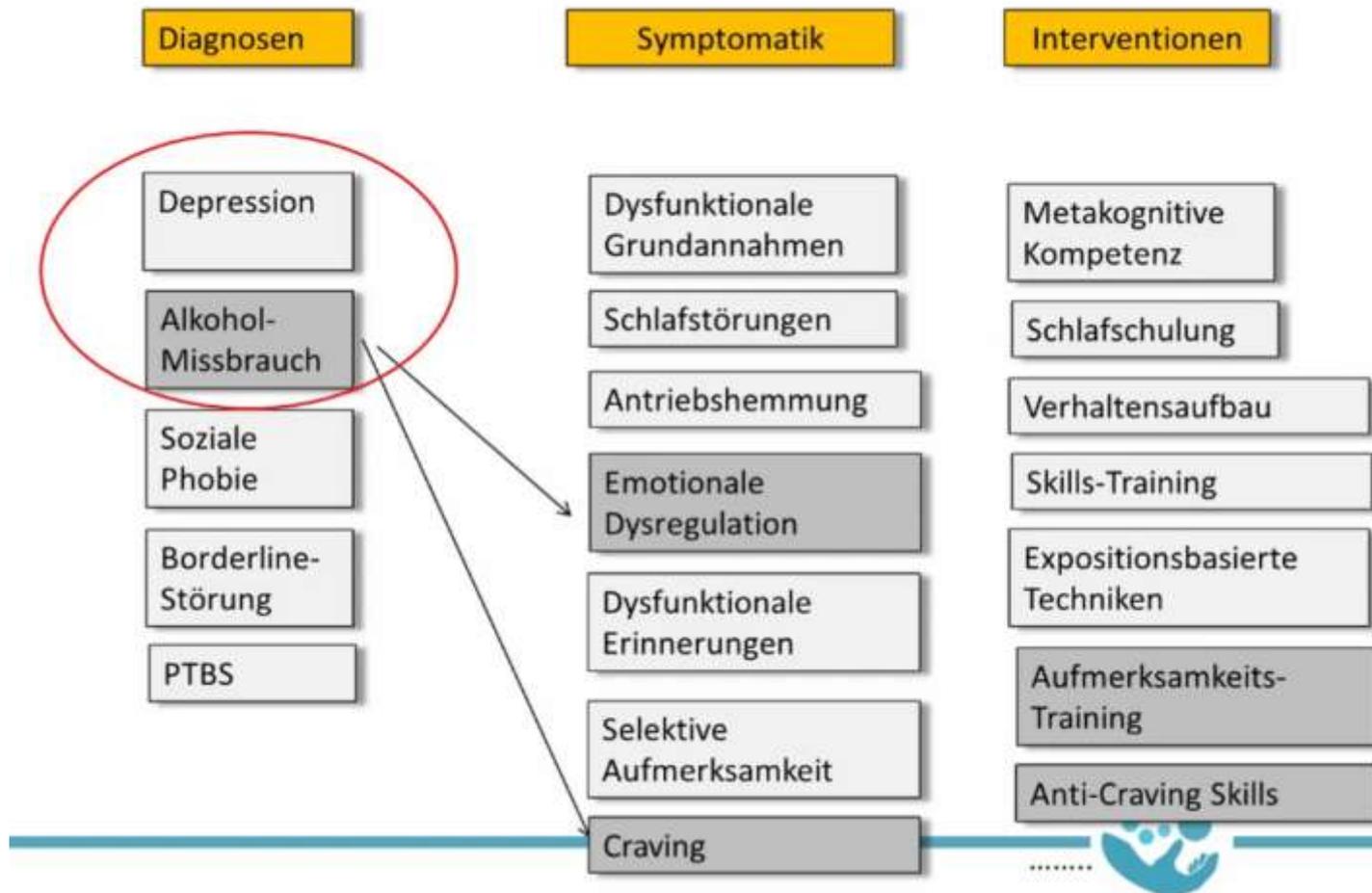
UNIVERSITÄT medizin.

# Prolog

# „Die gegenwärtige und zukünftige Rolle der Psychotherapie“ (Prof. Dr. M. Berger)



# „modulare, individualisierte Psychotherapie“ (Prof. Dr. M. Berger)





# „Lieber krank feiern als gesund schufteln! Wege zu Wissen und Wohlstand!“

## „Tricks und Tips 1

Sage selber nie die Diagnose! Mediziner denken typischerweise, sie hätten die ganze medizinische Weisheit für sich gepachtet; deshalb reagieren sie fast immer sauer, wenn du ihnen sagst, was du hast. Außerdem wollen sie selbst darauf kommen und sich dabei als tolle Diagnostiker fühlen. (Lass ihnen doch die kleine Freude!?)

...

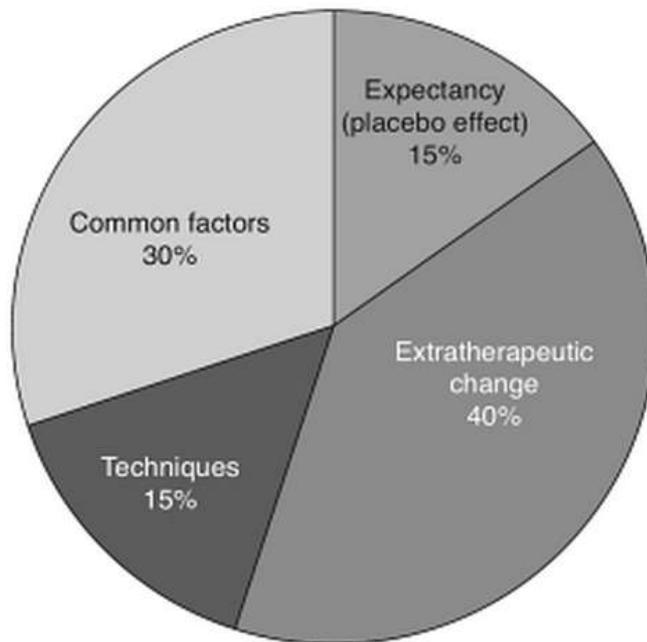
Biete auch nebensächliche Beschwerden an! Rede nicht wie ein Medizinbuch! “

# „Lieber krank feiern als gesund schufteten! Wege zu Wissen und Wohlstand!“

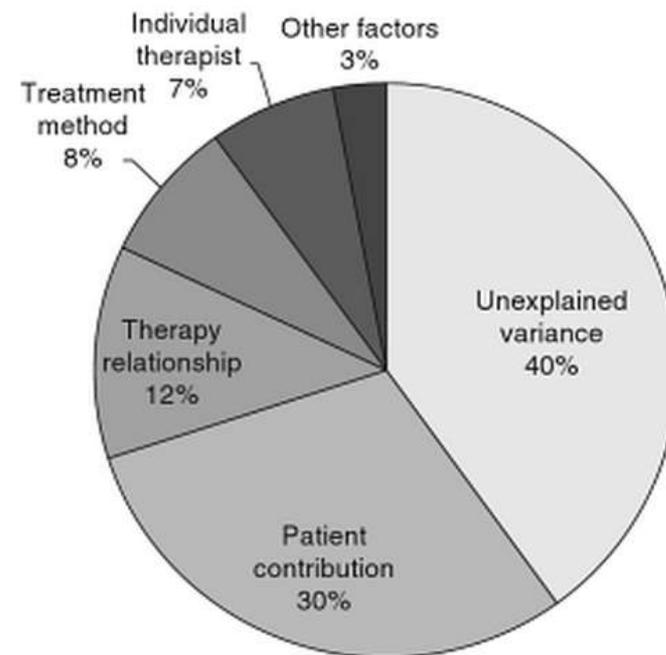
„Mediziner sind durch ihre Ausbildung gut dressiert; wenn du ihnen bestimmte Sachen erzählst, fällt bei ihnen eine Klappe, das ist dann die Diagnose. Du musst nur die richtigen Beschwerden aufzählen, damit die richtige von dir gewünschte Klappe - fällt. Viel Spaß dabei!“

# Wirkfaktoren der Psychotherapie

J.C. Norcross (2011): Psychotherapy Relationships That Work: Evidence-Based Responsiveness



**Fig. 1.1** % of Improvement in Psychotherapy Patients as a Function of Therapeutic Factors.



**Fig. 1.2** % of Total Psychotherapy Outcome Variance Attributable to Therapeutic Factors.



UNIVERSITÄT medicina.

die  
„Lernumgebung“

# Transfer von Versorgung- Forschung- Lehre/ Weiterbildung

- **Versorgung**

- „Leuchtturmprojekte“: Ambulanz für Spielsucht, „Kein Täter Werden“
- Aufbau Psychoonkologie

- **Forschung**

- Grundlagenforschung: Exekutivfunktionen, Depression, KHK über die Lebensspanne; Trauma, Genetik/ Epigenetik, Bindung und Oxytocin
- Spielsucht: Gutachten Bundestag; STICA (DFG Clinical Trial); EU-Konsortionen Youth & Digital Media: NET ADB, EU Kids Online, Joint Research Center
- Nachwuchsforschergruppen: E-Mental health, ANPA; **geplant**: Psychokardiologie, Psychoonkologie
- Phase IV Studie internetbasierte Nachsorge GSA Online plus (DRV)
- Emotionsfokussierte Psychodynamische Psychotherapie (offline und online)

- **Lehre/Weiterbildung**

- Weiterbildungsstudiengang Psychodynamische Psychotherapie
- empirisch validierte Behandlungsmanuale
- Practice- Research Networks



# Praxis der psychodynamischen Psychotherapie – analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie



## Die Herausgeber der Reihe



**Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Manfred E. Beutel**  
 Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychoanalytiker, Direktor des Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Johannes Gutenberg-Universität Mainz.



**Prof. Dr. med. Stephan Döring**  
 Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Leiter für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychoanalytiker, Professor für Psychoanalyse in der Zahnklinik der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster.



**Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Falk Leichnering**  
 Psychiater, Leiter für Psychiatrie und Psychotherapie, Professor für Psychotherapie und Psychoanalyse in der Abteilung Psychoanalyse und Psychotherapie der Justus-Liebig-Universität Gießen.



**Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Gerd-Rüdiger Borch**  
 Psychiater, Leiter für Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiater, Leiter der Ambulanz für Familien- und Paartherapie, Leiter der Ambulanz für Einzeltherapie und die Erziehungsberatungsstelle, Professor für Psychoanalyse und Psychotherapie der Universität zu Köln.

Falk Leichnering  
 Manfred E. Beutel  
 Simone Salzer  
 Antje Hübner  
 Jörg Wittke

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Falk Leichnering  
 Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Manfred E. Beutel  
 Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Gerd-Rüdiger Borch

Original Research

# Implementing Panic-Focused Psychotherapy Into Clinical Practice

Manfred E Beutel, MD<sup>1</sup>; Vera Scheurich, Dipl Psych<sup>2</sup>; Achim Knebel, Dipl Psych<sup>3</sup>; Matthias Michal, MD<sup>4</sup>; Jörg Wiltink, MD<sup>5</sup>; Mechthild Graf-Morgenstern, MD<sup>6</sup>; Regine Tschan, PhD<sup>7</sup>; Barbara Milrod, MD<sup>8</sup>; Stefan Wellek, PhD<sup>9</sup>; Claudia Subic-Wrana, PhD<sup>10</sup>

## Clinical Implications

- PFPP can be effectively implemented into psychodynamic practice.
- Treatment effects are stable at 6-month follow-up.
- Awareness of one's emotions is associated with more benefit from short-term psychotherapy.

## Limitations

- Our study was not sufficiently powered for an equivalence trial.
- Owing to the small sample size, we cannot say which patients benefit most from treatment.

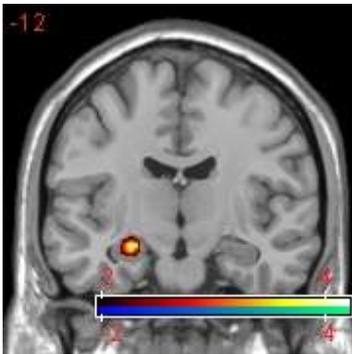
**Table 2 Response and remission of panic symptoms based on the PDSS: treatment termination and follow-up**

	Response (treatment termination)			Remission (treatment termination)		
	Yes, %	No, %	X <sup>2</sup> , df, (P)	Yes, %	No, %	X <sup>2</sup> , df, (P)
CBT	72.2	27.8	3.04, 1, (0.15)	61.1	38.9	1.33, 1, (0.39)
PFPP	47.2	52.8		44.4	55.6	
	Response (follow-up)			Remission (follow-up)		
	Yes, %	No, %	X <sup>2</sup> , df, (P)	Yes, %	No, %	X <sup>2</sup> , df, (P)
CBT	55.6	44.4	0.15, 1, (0.78)	55.6	44.4	0.15, 1, (0.78)
PFPP	50.0	50.0		50.0	50.0	

Response: at least 40% reduction in panic symptoms from baseline (PDSS). Remission: a PDSS score of <5 and <7 in subjects with and without agoraphobia, respectively.

## Studie II: Veränderungen neuronaler Aktivität vor und nach psychodynamischer Kurzpsychotherapie (fMRI)

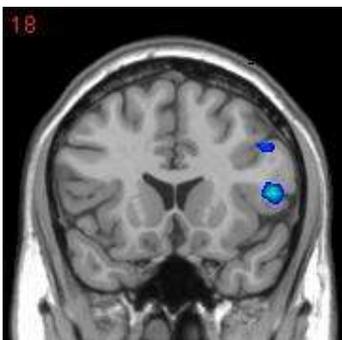
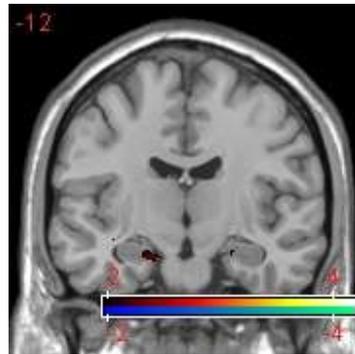
Vor Therapie



right Amygdala 27 3 -24

left Amygdala/Hippocampus: -24 -12 -15

Nach Therapie



right ventrolateral prefrontal cortex : 54 18 9

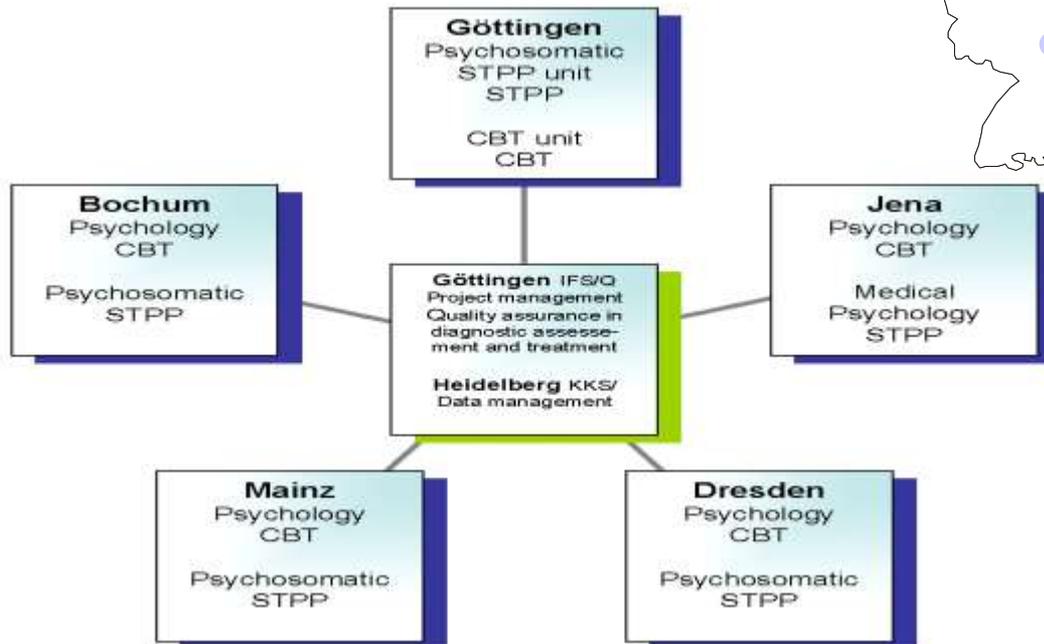
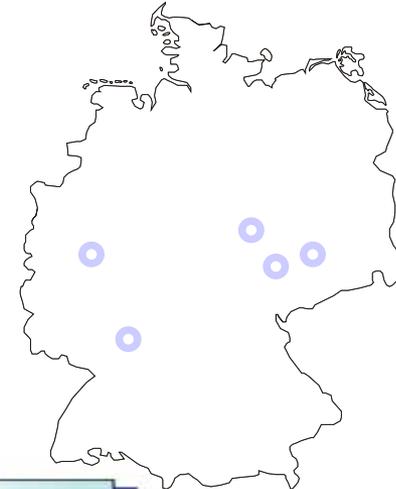


- Panikpatienten (N=9) > Kontrollpersonen (N=20)
- Reaktionen auf Panikwörter („Herzinfarkt, Tod,...“) vs. neutrale („Stuhl,...“)
- **Vor Therapie** schlechtere Modulation neuronaler Aktivierungsmuster des limbischen Systems durch Großhirn
- **Normalisierung** nach Therapie

Beutel et al. Psychiatry Research: Neuroimaging 2012



Federal Ministry  
of Education  
and Research



# Long-Term Outcome of Psychodynamic Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy in Social Anxiety Disorder

Falk Leichsenring, D.Sc.

Simone Salzer, D.Sc.

Manfred E. Beutel, M.D.

Stephan Herpertz, M.D.

Wolfgang Hiller, Ph.D.

Juergen Hoyer, Ph.D.

Johannes Huesing, Dr.Rer.Medic.

Peter Joraschky, M.D.

Bjoern Nolting, M.D.

Karin Poehlmann, Ph.D.

Viktoria Ritter, D.Phil.Nat.

Ulrich Stangier, D.Sc.

Bernhard Strauss, Ph.D.

Susan Tefikow, Ph.D.

Tobias Teismann, Ph.D.

Ulrike Willutzki, Ph.D.

Joerg Wiltink, M.D.

Eric Leibing, D.Sc.

**Objective:** Relatively few studies have examined the long-term outcome of psychotherapy in social anxiety disorder. The authors previously reported findings of a clinical trial comparing cognitive-behavioral therapy (CBT), psychodynamic therapy, and a wait-list control. The purpose of the present study was to follow the participants' status over the ensuing 24 months.

**Method:** Outpatients with social anxiety disorder who were treated with CBT (N=209)

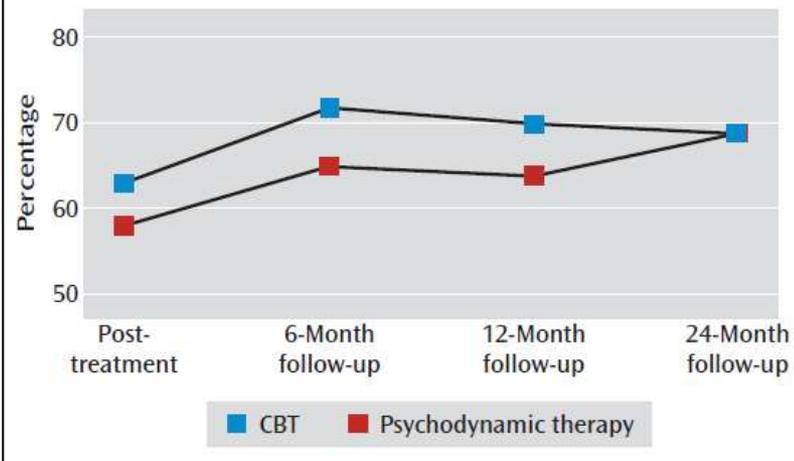
or psychodynamic therapy (N=207) in the previous trial were assessed 6, 12, and 24 months after the end of therapy. Primary outcome measures were rates of remission and response.

**Results:** For both CBT and psychodynamic therapy, response rates were approximately 70% by the 2-year follow-up. Remission rates were nearly 40% for both treatment conditions. Rates of response and remission were stable or tended to increase for both treatments over the 24-month follow-up period, and no significant differences were found between the treatment conditions after 6 months.

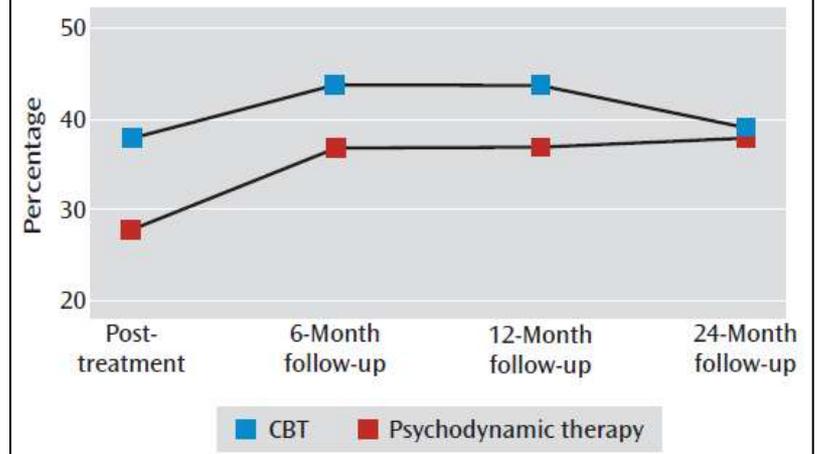
**Conclusions:** CBT and psychodynamic therapy were efficacious in treating social anxiety disorder, in both the short- and long-term, when patients showed continuous improvement. Although in the short-term, intention-to-treat analyses yielded some statistically significant but small differences in favor of CBT in several outcome measures, no differences in outcome were found in the long-term.

# Soziale Phobie: Response und Remissionsraten

**FIGURE 2. Response Rates for Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) and Psychodynamic Therapy in Patients With Social Anxiety Disorder**



**FIGURE 3. Remission Rates for Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) and Psychodynamic Therapy in Patients With Social Anxiety Disorder**



# Cognitive-Behavioral Therapy in Generalized Anxiety Disorder: A Randomized, Controlled Trial

Falk Leichsenring, D.Sc.

Simone Salzer, M.Sc.

Ulrich Jaeger, M.Sc.

Horst Kächele, M.D.

Reinhard Kreische, M.D.

Frank Leweke, M.D.

Ulrich Rieger, M.D.

Christel Winkelbach, D.Sc.

Eric Leibing, D.Sc.

**Objective:** While several studies have shown that cognitive-behavioral therapy (CBT) is an efficacious treatment for generalized anxiety disorder, few studies have addressed the outcome of short-term psychodynamic psychotherapy, even though this treatment is widely used. The aim of this study was to compare short-term psychodynamic psychotherapy and CBT with regard to treatment outcome in generalized anxiety disorder.

**Method:** Patients with generalized anxiety disorder according to DSM-IV were randomly assigned to receive either CBT (N=29) or short-term psychodynamic psychotherapy (N=28). Treatments were carried out according to treatment manuals and included up to 30 weekly sessions. The primary outcome measure was the Hamilton Anxiety Rating Scale, which was applied by trained raters blind to the treatment conditions. Assessments were

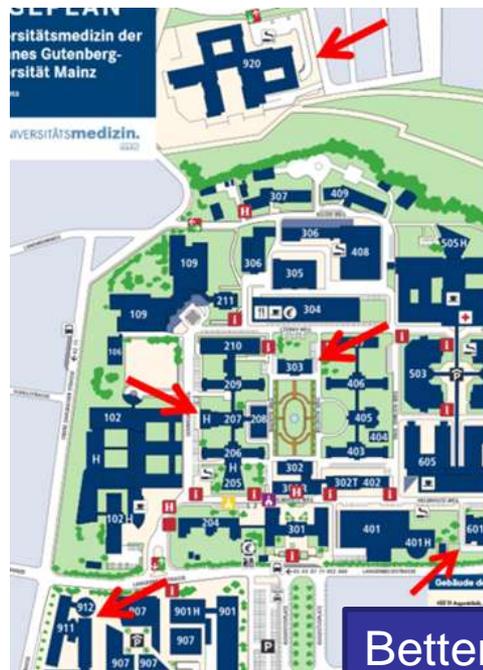
carried out at the completion of treatment and 6 months afterward.

**Results:** Both CBT and short-term psychodynamic psychotherapy yielded significant, large, and stable improvements with regard to symptoms of anxiety and depression. No significant differences in outcome were found between treatments in regard to the primary outcome measure. These results were corroborated by two self-report measures of anxiety. In measures of trait anxiety, worry, and depression, however, CBT was found to be superior.

**Conclusions:** The results suggest that CBT and short-term psychodynamic psychotherapy are beneficial for patients with generalized anxiety disorder. In future research, large-scale multicenter studies should examine more subtle differences between treatments, including differences in the patients who benefit most from each form of therapy.



# Versorgungsangebot 2014/15



Ambulanz  
Kein Täter werden

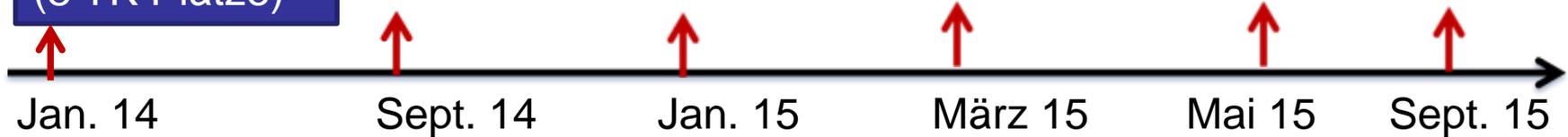
Sektion Psycho-  
Onkologie UCT/CC

Aufbau Ambulanz  
Studiengang

DGPT  
Institut

Betten 303  
(10 Betten)

Eröffnung 303  
(8 TK Plätze)



# Praxis-Forschungskluft in der Psychotherapie

Castonguay et al. 2013

- Forschungsergebnisse wenig von Psychotherapeuten in der Praxis rezipiert
- Forschungsergebnisse z.T. als unverständlich, z.T. als irrelevant angesehen
- Vorherrschende Forschungsparadigmen (RCT) an interner Validität orientiert, daher nur begrenzt auf die Praxis zu übertragen
- Wenig Beachtung der relevanten Themen der Therapeuten
- Hierarchie der Evidenz in Leitlinien berücksichtigt kaum Umsetzung in der Praxis, definiert aber Standards, nach denen Therapeuten sich richten sollen („top down“)

# Praxisorientierte Forschung- Praxis- Forschungsnetzwerke (PRN)

- „bottom-up“ Ansatz aufgrund von Daten, die in der (Routine-) Praxis erhoben werden komplementär zu RCT
- Stärkere, aktive Involvierung von Therapeuten in allen Phasen der Forschung
- Nutzung komplementärer Fähigkeiten
- klinisch bedeutsame Fragen im naturalistischen Setting erforscht:
  - Vernetzung von Therapeuten
  - Einbeziehung von Ausbildungsambulanz



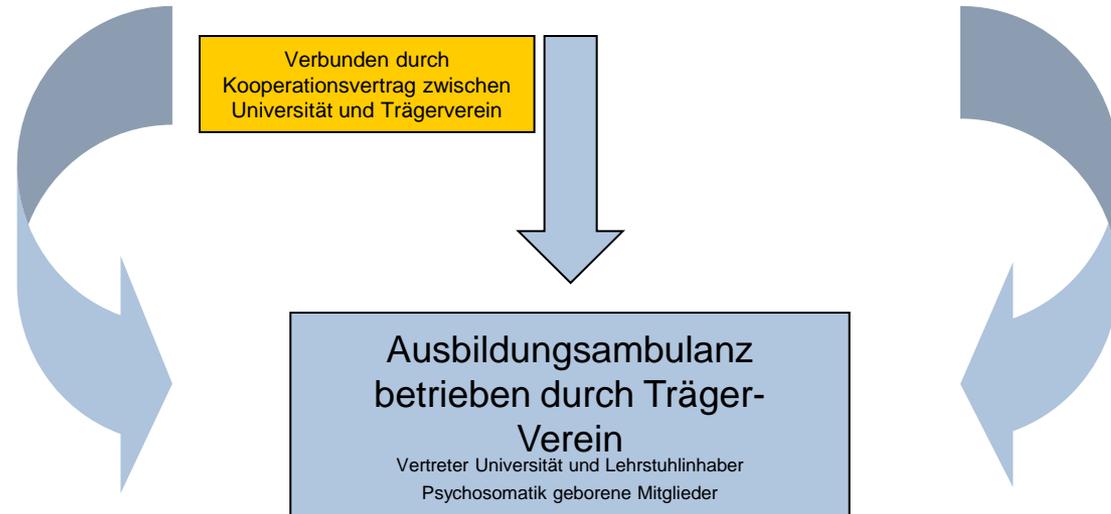
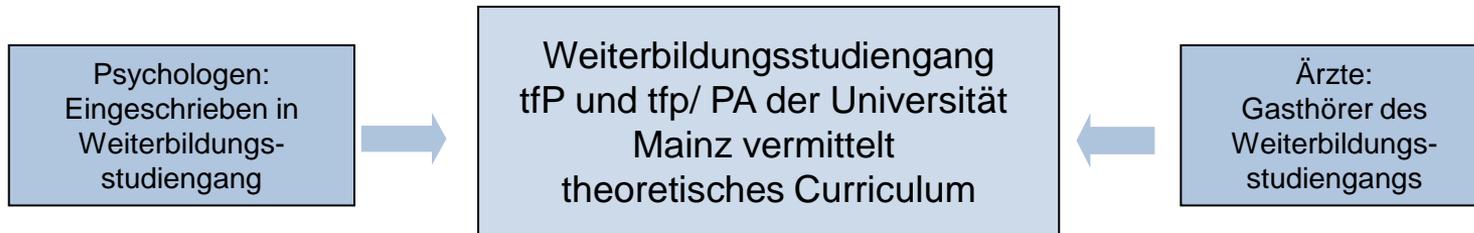
UNIVERSITÄT medicina

# Aus- und Weiterbildung

# Aus- und Weiterbildungsgänge „unter einem Dach“

- **Ausbildung für Psychologen:**  
(nach PsychThG)
  - Fachkunde tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
  - Kombinierte Fachkunde tiefenpsychologische fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie
  
- **Weiterbildung für Ärzte:**  
(nach Weiterbildungsordnung der LÄK-RLP)
  - fachgebundene Psychotherapie
  - Zusatzweiterbildung Psychoanalyse
  
- **Weiterbildung für Psychologische Psychotherapeuten:**  
(nach Weiterbildungsordnung der LPK-RLP)
  - Fachkunde tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
  - Kombinierte Fachkunde tiefenpsychologische fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie

# Anbindung an die Universität und Verknüpfung von theoretischer und praktischer Ausbildung



Das Wichtigste auf einen Blick zu  
Anmeldung und Therapieangeboten

Dieses Wissen für Ihre Gesundheit



in des Fachkundes littenpsychologisch  
fundierte und analytische Psychotherapie

Dieses Wissen für Ihre Gesundheit

# Implementierung eines Leistungsnachweises für die Zulassung zum Praktischen Teil der Ausbildung

- nach den sog. Tuckett-Kriterien (Tuckett et al. 2007)
  - **Fähigkeit zur teilnehmenden Beobachtung:** empathische Gesprächsführung unter Beachtung eigener Reaktionen auf den Patienten
  - **Konzeptionalisierung:** Einordnung der in der klinischen Situationen gewonnenen Informationen in ein (Störungs)konzept
  - **Intervention:** aus dem Konzept abgeleitetes Handeln
- führt zu:
  - Objektivierbare Rückmeldung, wie weit Basiswissen und Basisfertigkeiten in einer klinischen Situation miteinander verbunden werden können
  - Individuelles Profil der Stärken und Schwächen könnte richtungsweisend für die Supervision sein
  - Konsequenzen für Lehrinhalte und Lehrmethoden?
  - Verknüpfung der Daten des Leistungsnachweises mit der Basisdokumentation der Ausbildungsbehandlungen



UNIVERSITÄT medizin.

**Direktausbildung an  
der Med. Fakultät**

## Originalien

Psychotherapeut 2014  
DOI 10.1007/s00278-014-1036-6  
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

**Claudia Subic-Wrana<sup>1</sup> · Udo Porsch<sup>2</sup> · Manfred E. Beutel<sup>1</sup>**

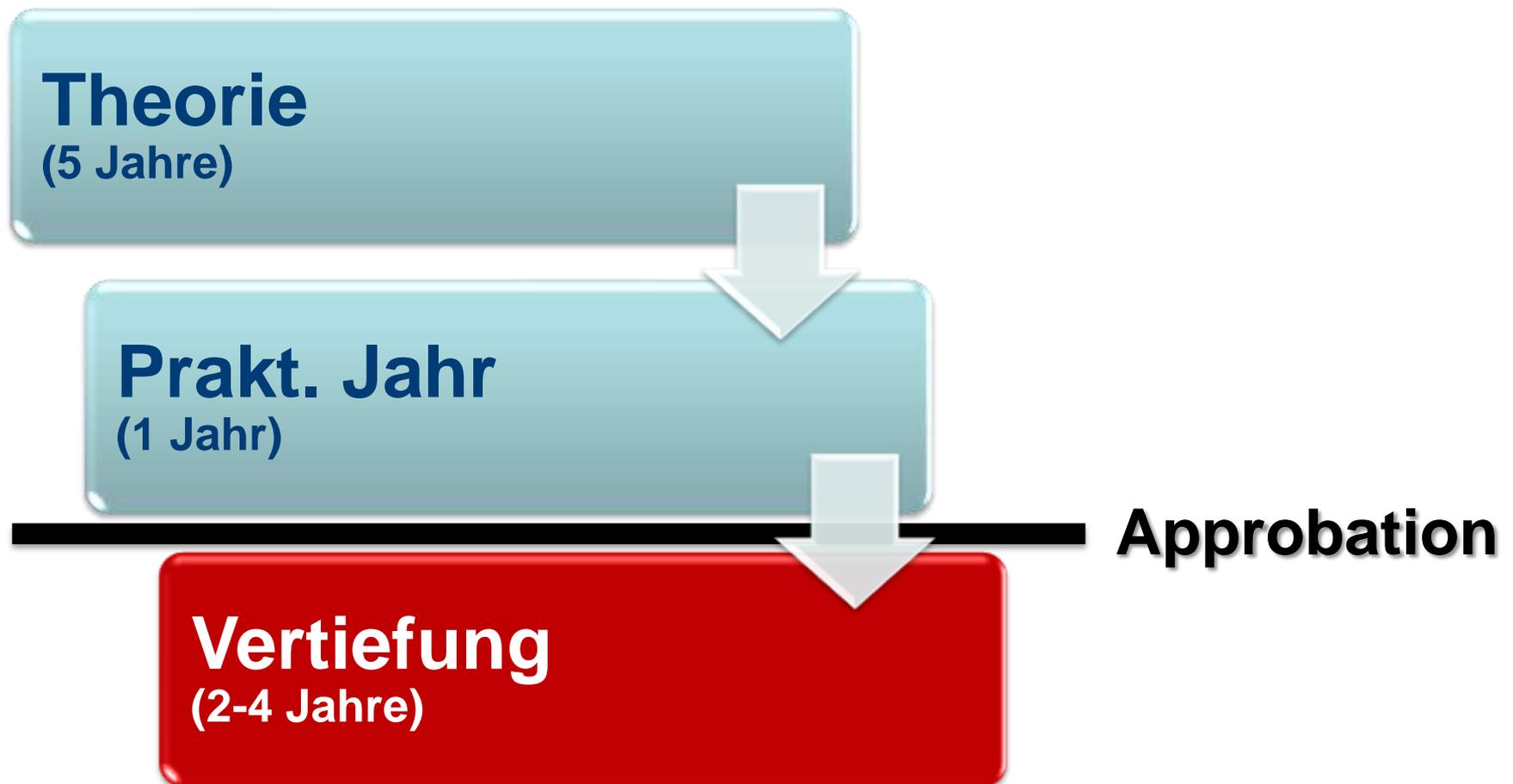
<sup>1</sup> Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz

<sup>2</sup> Niedergelassen in eigener Praxis

# Direktausbildung Psychotherapie an der medizinischen Fakultät

## Modellstudiengang „psychosomatische Psychotherapie“

## zeitliches Modell einer möglichen Direktausbildung an einer medizinischen Fakultät



# Kompetenzerwerb

- in Anlehnung an die Miller'schen Pyramide (Acad Med 1990; 65: 63-7) -



## Beispiel: „Einführung in gruppenorientierten Behandlungsansätze“



- Leitung einer Gruppe im Rollenspiel
- Teilnahme an videographierten Gruppensitzungen
- Differenzierung der verschiedenen Behandlungsansätze
- Grundlagen der gruppenorientierten Beh.ansätze

# Grundstruktur: Studium Psychosomatische Psychotherapie

**C = 1 ECTs (30 SWS); insgesamt 12 x 30 ECTS > 360 ECTS**

1 WS	med. und psycholog. Grundlagen 26 C	Basis-Skills 4 C (=120 SWS)
2 SS	med. und psycholog. Grundlagen 26 C	Basis-Skills 4 C
3 WS	med. und psycholog. Grundlagen 26 C	Basis-Skills 4 C
4 SS	med. und psycholog. Grundlagen 15 C	Hausarbeit + 1. Examen 15 C
5 WS	Psychotherapeut. Basiswissen 26 C	Psychoth.-Basis-Skills 4 C
6 SS	Psychotherapeut. Basiswissen 26 C	Psychoth.-Basis-Skills 4 C
7 WS	Psychotherapeut. Basiswissen 26 C	Psychoth.-Basis-Skills 4 C
8 SS	Psychotherapeut. Basiswissen 26 C	Psychoth.-Basis-Skills 4 C
9 WS	Psychotherapeut. Basiswissen 26 C	Psychoth.-Basis-Skills 4 C
10 SS	Psychotherapeut. Basiswissen 15 C	2. Examen 15 C
11 WS	Praktische Tätigkeit 1 + 2 28 C	Berufsbezogene Selbsterf. 2 C
12 SS	Praktische Tätigkeit 3 u. 3. Examen 29 C	Berufsbezogene Selbsterf. 1 C



UNIVERSITÄT Medizin

**Herzlichen Dank für  
die Aufmerksamkeit!**