



HAMBURG

Institut für Psychotherapie



Informationsveranstaltung zur Aus- und Weiterbildung

Psychologische(r) Psychotherapeut*in Ärztliche(r) Psychotherapeut*in

(FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie / FA Psychiatrie und Psychotherapie / Zusatz-Weiterbildung: Psychotherapie – fachgebunden)

Informationen zum Ausbildungsbeginn 2021 und 2022



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Agenda

1. Über das IfP
2. Gliederung und Ablauf der Aus- und Weiterbildung am IfP
3. Kosten der Aus- und Weiterbildung
4. Information zu den Verfahren TP und VT
5. Bewerbung am IfP
6. Fragen?

Entwicklung des IfP

- Im Jahr 2000 gegründet in gemeinsamer Trägerschaft der Universität Hamburg (federführend) und des UKE
- Seit 2002 Ausbildungsinstitut für Psychologische Psychotherapeuten mit Schwerpunkt *tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie*
- **Seit 2016:** Weiterbildung für Fachärzte (P-Fächer)
- Seit April 2017 eigenständiges Institut in alleiniger Trägerschaft des UKE
- **Neu seit April 2018:** Realisierung eines Aus- und Weiterbildungsgangs, Grundorientierung *Verhaltenstherapie*
- **April 2021:** Start des vierten VT-Jahrgangs

Struktur des IfP am UKE



Beteiligung aller Psychosozialer Abteilungen des UKE (Erwachsene)

- Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
- Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
- Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie

Das Direktorium des IfP



Prof. Dr. Bernd Löwe



Prof. Dr. Jürgen Gallinat



Prof. Dr. Peer Briken



Prof. Dr. Dr. Martin Härter

Ambulanzleitungen und Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle



Dr. Sarah Liebherz
Ambulanzleitung VT



Dr. Klaus Michael Reiningger
Ambulanzleitung TP



Sigrid Adomeit
Geschäftsstelle

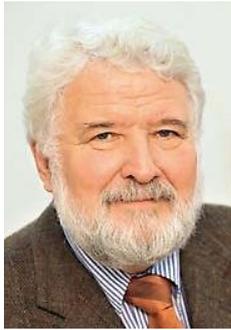
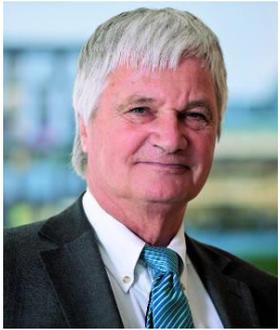


Petra Börner
Geschäftsstelle



Yasemin Cicek
Geschäftsstelle

Der Beirat des IfP



Prof. Dr. Dr. Uwe Koch-Gromus

Prof. Dr. Rainer Richter

Prof. Dr. Martina de Zwaan

Prof. Dr. Wolfgang Lutz

Prof. Dr. Bernhard Strauß

Prof. Dr. Sabine C. Herpertz

Prof. Dr. Yvonne Nestoriuc

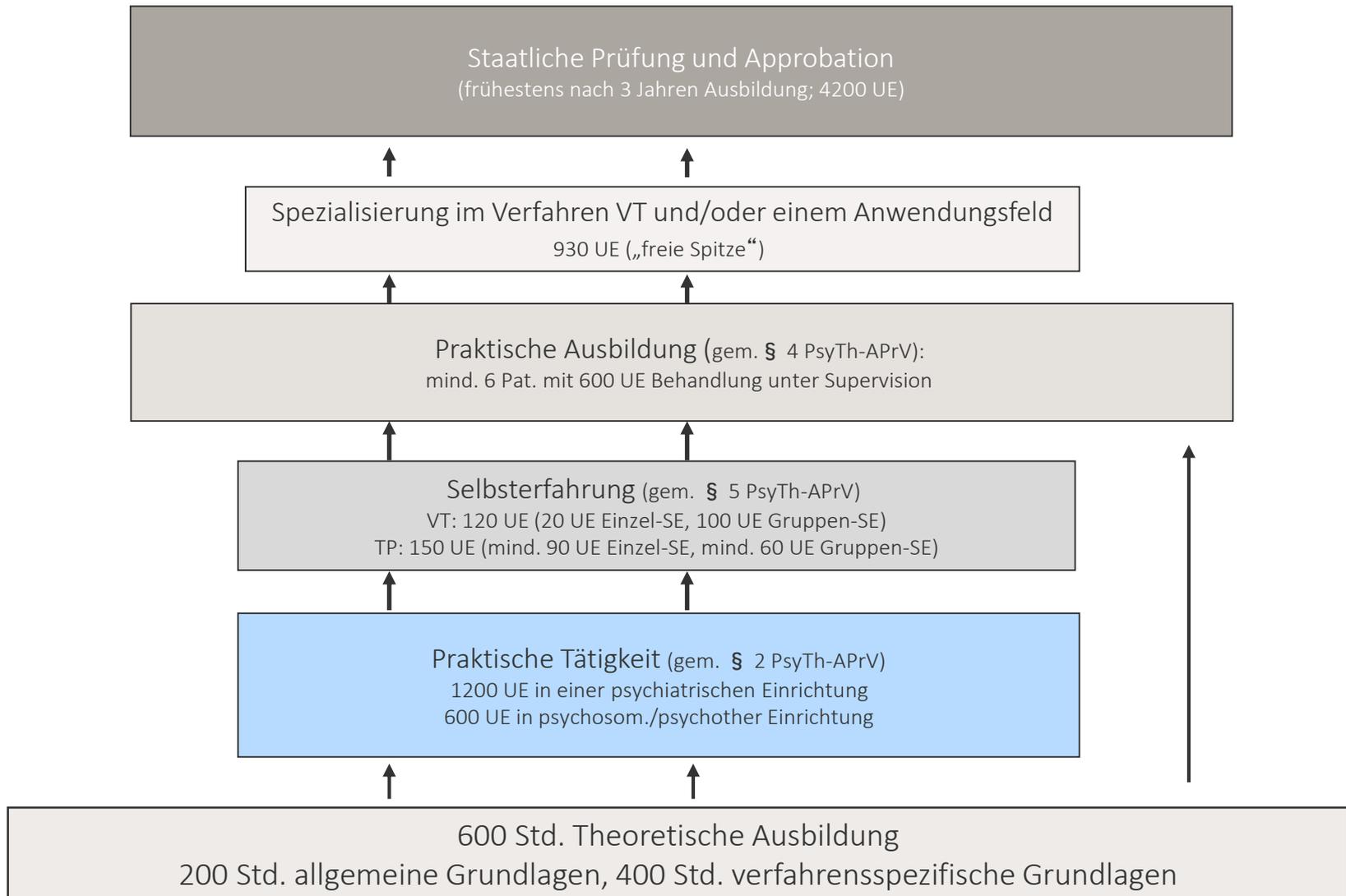
Zulassung für

Ausbildung zur / zum Psychologischen Psychotherapeut*in (Approbation):

Schwerpunkte VT & TP

Ärztliche Weiterbildung – jeweils in den Schwerpunkten VT oder TP

- Facharzt / Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Facharzt / Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
- Zusatz-Weiterbildung: Psychotherapie - fachgebunden



Ausbildungsreform

Abschluss der Ausbildung bis 1.9.2032

Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung

Aus dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung haben wir für Sie hier den Abschnitt 7 zu Übergangsvorschriften und Bestandschutz eingefügt, der für Sie wichtige Regelungen enthält.

Die für Sie besonders relevanten Regelungen haben wir unten hervorgehoben (roter Rahmen).

Abschnitt 7

Übergangsvorschriften, Bestandschutz

§ 26

Weiterführen der alten Berufsbezeichnung

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die eine Approbation nach dem Psychotherapeutengesetz in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung besitzen, führen weiterhin ihre jeweilige Berufsbezeichnung und dürfen die Psychotherapie nach § 1 Absatz 2 ausüben. Die Berechtigung zur Ausübung des Berufs der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erstreckt sich auf Patientinnen und Patienten, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Ausnahmen von Satz 2 sind zulässig, wenn zur Sicherung des Therapieerfolgs eine gemeinsame psychotherapeutische Behandlung von Kinder und Jugendlichen mit Erwachsenen erforderlich ist oder bei Jugendlichen eine zuvor mit Mitteln der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie begonnene psychotherapeutische Behandlung erst nach Vollendung des 21. Lebensjahres abgeschlossen werden kann. Im Übrigen haben Personen nach Satz 1 die gleichen Rechte und Pflichten wie eine Person mit einer Approbation nach § 1 Absatz 1.

§ 27

Abschluss begonnener Ausbildungen

(1) Ist eine Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin, zum Psychologischen Psychotherapeuten, zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vor dem 1. September 2020 begonnen worden, so wird sie nach dem Psychotherapeutengesetz in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung abgeschlossen. Nach Abschluss der Ausbildung erhält die antragstellende Person die Approbation nach § 2 Absatz 1 des Psychotherapeutengesetzes in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung, sofern auch die anderen Voraussetzungen nach § 2 Absatz 1 des Psychotherapeutengesetzes in der bis zum 31. August 2020 gelten den Fassung erfüllt sind.

(2) Personen, die vor dem 1. September 2020 ein Studium, das in § 5 Absatz 2 des Psychotherapeutengesetzes in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung genannt ist, begonnen oder abgeschlossen haben, können die Ausbildung zum Beruf der Psychologischen Psychotherapeutin, des Psychologischen Psychotherapeuten, der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nach dem Psychotherapeutengesetz in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung noch bis zum 1. September 2032 absolvieren. Schließen sie diese Ausbildung spätestens zum 1. September 2032 erfolgreich ab, so erhalten sie die Approbation nach § 2 Absatz 1 des Psychotherapeutengesetzes in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung, sofern auch die anderen Voraussetzungen nach § 2 Absatz 1 des Psychotherapeutengesetzes in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung erfüllt sind.

(3) Die zuständige Behörde kann auf Antrag bestimmen, dass eine Ausbildung abweichend von Absatz 2 auch noch nach dem 1. September 2032 abgeschlossen werden kann, wenn

1. ein besonderer Härtefall vorliegt und
2. davon auszugehen ist, dass die Ausbildung spätestens am 31. August 2035 erfolgreich abgeschlossen sein wird.

(4) Wer sich nach dem 31. August 2020 in einer Ausbildung zum Beruf der Psychologischen Psychotherapeutin, des Psychologischen Psychotherapeuten, der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nach dem Psychotherapeutengesetz in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung befindet, erhält vom Träger der Einrichtung, in der die praktische Tätigkeit nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten oder nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 der Ausbildungs- und

Struktur der Ausbildung für Psycholog*innen

Entsprechend der **Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten (PsychTh-APrV)** gliedert sich die Ausbildung am IfP in folgende Abschnitte:

Theoretische Ausbildung

- 600 Stunden Theorie in Form von Vorlesungen, Praktischen Übungen und Seminaren

Struktur der Ausbildung für Psycholog*innen

Theoretische Ausbildung TP

- Abendseminare (ca. 9x pro Semester), Wochenendseminare, Blockwochen, wöchentliche Vorlesung

Bis zum Abschluss des 3. Semesters sollen ca. 400 Stunden Theorie absolviert worden sein, die restlichen 200 Stunden können in den Semestern 4 bis 10 geleistet werden. Das Theorieangebot in den höheren Semestern unterscheidet Seminare mit obligatorischer oder fakultativer Teilnahme.

Theoretische Ausbildung VT

- Die Theorieausbildung am IfP erfolgt über **drei Jahre**, wobei **im ersten Jahr eine intensivierte theoretische Ausbildung** stattfindet (ca. 160 Theoriestunden pro Semester).
- Die Theoriestunden finden in einer Mischung aus **Vorlesungen, Abendseminaren** und **Wochenendseminaren** statt.

Struktur der Ausbildung für Psycholog*innen

Grundsätzlich:

- Grundsätzliche Möglichkeit, Veranstaltungen des anderen Vertiefungsverfahrens zu besuchen.
- Zusätzliche Angebote an denen nach Anmeldung teilgenommen werden kann (z.B. vertiefte Veranstaltungen zu Traumatherapie & Gruppenpsychotherapie)

Struktur der Ausbildung für Psycholog*innen

Praktische Tätigkeit

- 1.200 Stunden praktische Tätigkeit in einer zur Weiterbildung zugelassenen psychiatrischen Klinik
- 600 Stunden praktische Tätigkeit in einer sozialrechtlich zugelassenen Einrichtung der psychotherapeutischen oder psychosomatischen Versorgung

Eigene Behandlungsfälle: Praktische Ausbildung

600 Stunden eigene Behandlungsfälle in der Ausbildungsambulanz unter Supervision
davon mind. 50 Stunden Einzelsupervision

- TP: Nach erfolgreichem Durchlaufen der ersten 3 Semester, 3 supervidierten Erstgesprächen und einem Gespräch mit der Ambulanzleitung erfolgt der Übergang in die Behandlungsstufe.
- VT: Praktische Ausbildung möglich nach Absolvierung von mind. 300 Theoriestunden und erfolgreich bestandener Zwischenprüfung

Struktur der Ausbildung für Psycholog*innen

Selbsterfahrung TP

- Erfolgt begleitend zur Ausbildung, mind. 90 Stunden Einzelselbsterfahrung und
- mind. 60 Stunden Gruppenselbsterfahrung.

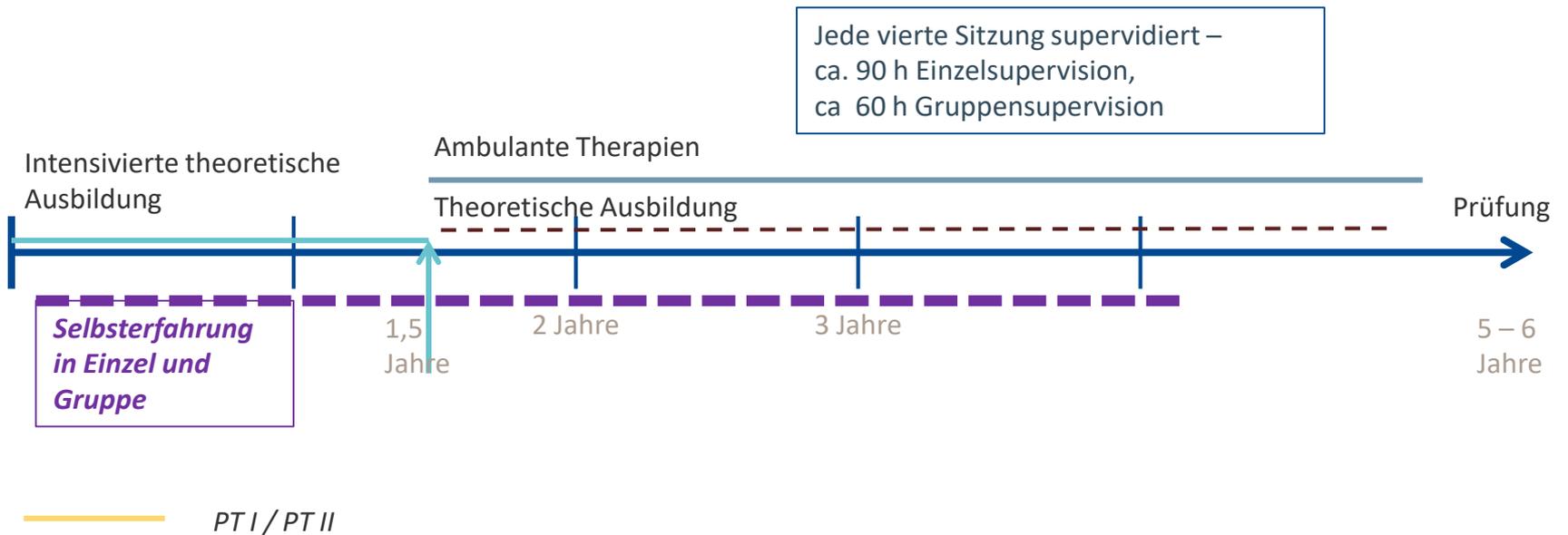
Selbsterfahrung VT

- Im zweiten Jahr der Ausbildung wird die Gruppenselbsterfahrung (100 Stunden) angeboten.
- 20 Stunden Selbsterfahrung werden als Einzelselbsterfahrung absolviert.

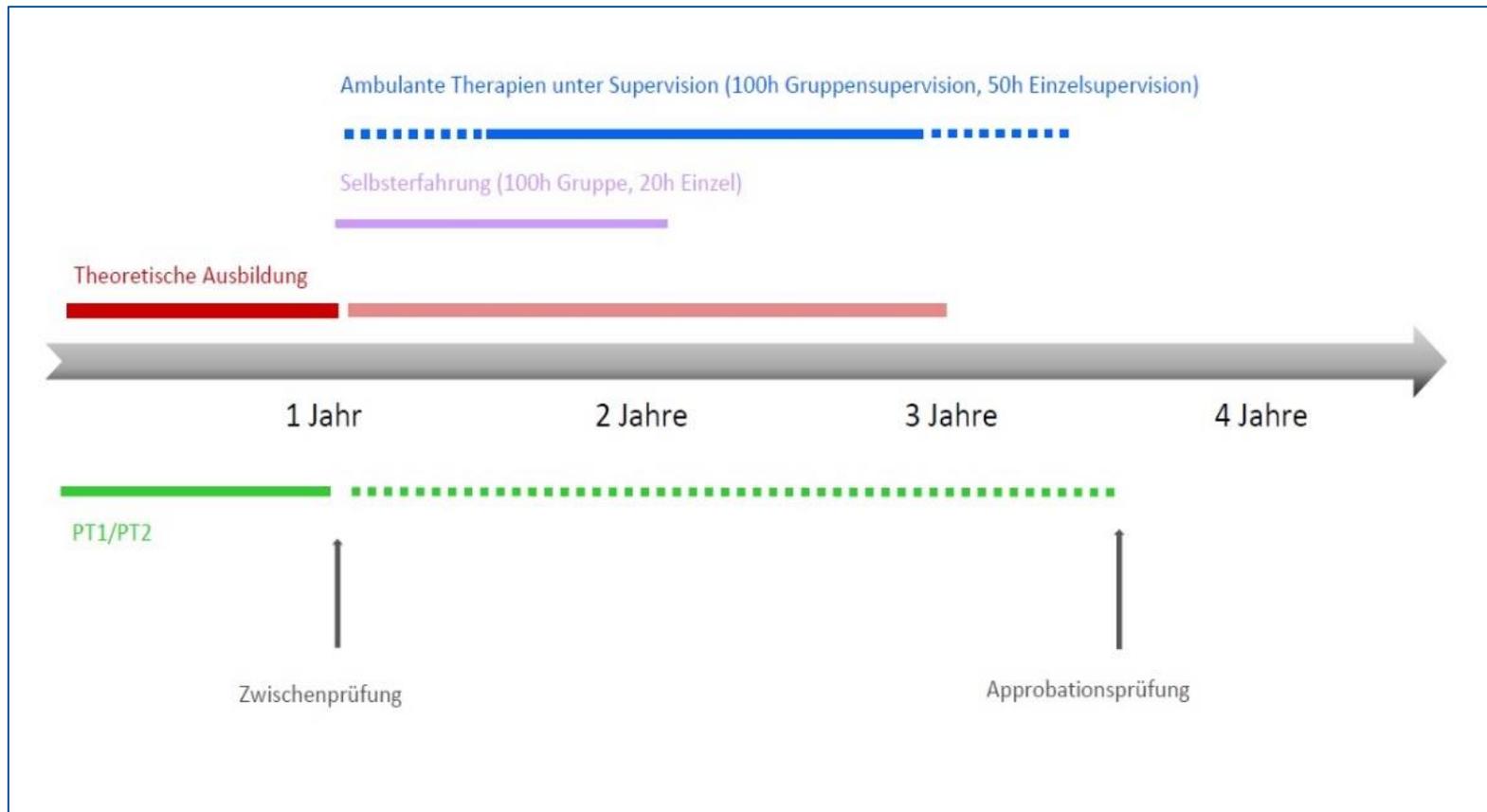
Freie Spitze

930 Stunden »Freie Spitze«, z.B. Teilnahme an von der Psychotherapeuten- oder Ärztekammer akkreditierten Fortbildungsveranstaltung, „Überhang“ aus anderen Ausbildungsteilen, Dokumentation, Lerngruppen....

Struktur der Ausbildung für Psycholog*innen (TP)



Struktur der Ausbildung für Psycholog*innen (VT)



Gliederung der ärztlichen Weiterbildung

Das IfP gewährleistet dem/der Weiterbildungsteilnehmer/in folgende Weiterbildungsinhalte:

- (1) die theoretische Weiterbildung mit mindestens 120*/240** Stunden in Form von Vorlesungen, Seminaren und praktischen Übungen;
- (2) Durchführung von Behandlungsstunden unter Supervision

Theoretische Ausbildung

120*/240 Stunden Theorie** in Form von Vorlesungen, Praktischen Übungen und Seminaren

Die Theorieausbildung am IfP erfolgt über **zwei*/drei Jahre****, wobei **im ersten Jahr eine intensiverte theoretische Ausbildung** stattfindet.

Die Theoriestunden finden in einer Mischung aus **Abendseminaren** und **Wochenendseminaren** statt.

* FA Psychiatrie und Psychotherapie / Zusatz-Weiterbildung: Psychotherapie – fachgebunden

** FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Gliederung der ärztlichen Weiterbildung

Durchführung von Behandlungsstunden unter Supervision

- Die Behandlungsstunden unter Supervision können an der Ambulanz des IfP durchgeführt werden.
- Die Kosten für die Supervision werden für am IfP behandelte Patient/innen übernommen (Supervision nach jeder vierten Behandlungsstunde).

Weitere Weiterbildungsinhalte, die am IfP absolviert werden können

Selbsterfahrung

- Da die Selbsterfahrungsgebühr nicht in den Weiterbildungskosten enthalten ist, gibt es sowohl die Möglichkeit diese komplett selbst zu organisieren als die Gruppenselbsterfahrung gemeinsam mit den Psycholog/innen zu absolvieren (Kosten 15€ / Unterrichtseinheit).
- Für die Selbsterfahrungsstunden, welche Sie selbst organisieren (Einzel- oder Kleingruppenselbsterfahrung), können wir Ihnen eine Liste mit unseren anerkannten Selbsterfahrungsleiter/innen zur Verfügung stellen.

Kosten – Ausbildung zum / zur Psychologischen Psychotherapeut*in (TP – Teilzeit-Ausbildung)

- **Semester 1 bis 10:** Pro Quartal 300,00 € (Regeldauer: 10 Semester)
- **Ab Semester 11:** Pro Quartal 125,00 € Verwaltungsgebühr
- **Supervisionen** für am IfP behandelte Patienten und für 60 Stunden **Gruppenselbsterfahrung** sind in den Gebühren enthalten, **Einzelselbsterfahrungen** sind zusätzlich selbst zu zahlen.

Kosten – Ausbildung zum / zur Psychologischen Psychotherapeut*in (VT – Vollzeit-Ausbildung)

- **Semester 1 bis 6:** Pro Quartal 1.100 € (Regeldauer: 6 Semester)
- **Ab Semester 7:** Pro Quartal 125,00 € Verwaltungsgebühr
- **Supervisionen** für am IfP behandelte Patienten und für **Selbsterfahrungen** sind in den Gebühren enthalten

Kosten – Ärztliche Weiterbildung (VT & TP)

Weiterbildungskosten Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie

- Pro Quartal 200,00 € (Regeldauer: 4 Semester)
- Die Gesamtkosten der Weiterbildung in Höhe von 1.600 € (ohne Selbsterfahrung) fallen auch bei Unterschreitung der Regeldauer an.

Weiterbildungskosten Facharzt Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

- Pro Quartal 266,66 € (Regeldauer: 6 Semester)
- Die Gesamtkosten der Weiterbildung in Höhe von 3.200€ (ohne Selbsterfahrung) fallen auch bei Unterschreitung der Regeldauer an.

Weiterbildungskosten Psychotherapie fachgebunden

- Pro Quartal 200,00 € (Regeldauer: 4 Semester)
- Die Gesamtkosten der Weiterbildung in Höhe von 1.600 € (ohne Selbsterfahrung) fallen auch bei Unterschreitung der Regeldauer an.

Kosten – Ärztliche Weiterbildung (VT & TP)

Gültig für alle ärztlichen Weiterbildungen

- **Supervisionen** für am IfP behandelte Patienten sind in den Gebühren enthalten.
- **Selbsterfahrung** ist in den Gebühren nicht enthalten. Die Teilnahme an der Gruppenselbsterfahrung, welche im Rahmen der Ausbildung der Psychologischen Psychotherapeut/innen angeboten wird, ist möglich; es entstehend dafür Kosten von 15,00 € pro Unterrichtseinheit.

Kosten – gültig für alle Psycholog*innen und Ärzt*innen

- Die **Einschreibung bei der Universität Hamburg** ist optional. Der Semesterbeitrag ist direkt an die Universität Hamburg zu entrichten und beträgt für das Wintersemester 2020/2021 328,00 Euro.
- Bei **Unterbrechung der Aus- oder Weiterbildung** wird anstelle der vollen Kosten die Verwaltungsgebühr von 125,00 € pro Quartal erhoben. Wird die Aus-, Fort-, bzw. Weiterbildung aufgrund von Mutterschutz, Elternzeit oder schwerer Erkrankung unterbrochen, entfallen die Kosten während der Unterbrechung. Bei Wiederaufnahme der Aus-/Weiterbildung fallen dann wieder die vollen Kosten entsprechend des Aus-/Weiterbildungsstandes vor der Unterbrechung an.
- Rückerstattung eines festen Anteils (z. Zt. 40 %) der Behandlungshonorare
- Anpassungen der Aus- und Weiterbildungskosten sowie Änderungen bei der Erstattung von Therapieleistungen sind möglich und werden mindestens 3 Monate vorher angekündigt.

5 Gründe für die Aus-/Weiterbildung am IfP

1. Wissenschaftlichkeit

Kontinuierliche Orientierung an den aktuellsten wissenschaftlichen Standards der Forschung, Lehre und Klinik.

2. Praxisnähe und direkte klinische Anbindung

Vier Abteilungen des UKE (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie; Medizinische Psychologie; Sexualforschung und forensische Psychiatrie; Psychiatrie und Psychotherapie) mit jährlich über 12.000 Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen.

3. Integration somatischer Aspekte

Psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit körperlichen Erkrankungen.

4. Interdisziplinäre und schulenübergreifende Zusammenarbeit

Psychologen und Mediziner lernen in den IfP Kursen gemeinsam; TP und VT wird parallel und z.T. in gemeinsamen Veranstaltungen gelehrt.

5. Praktische Tätigkeit

Für unsere PT1- und PT2-Plätze am UKE werden Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten des IfP sowie UKE-Mitarbeitende bevorzugt berücksichtigt. Die Praktische Tätigkeit (PT1 und PT2) kann alternativ auch in einer unserer Kooperationskliniken absolviert werden.

Informationen zu den Vertiefungsverfahren

1. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
2. Verhaltenstherapie

TP als theoriegeleitetes Behandlungsverfahren

- Bedeutung des (dynamischen) Unbewussten
„Wissenschaft von den unbewussten seelischen Vorgängen“ (Freud, 1926, S.300)
- Krankheitslehre: das psychogenetische Axiom
- **4 psychodynamische Paradigmen:**
 - Trieb-Psychologie
 - Ich-Psychologie
 - Selbst-Psychologie
 - Objekt-Beziehungs-Theorie
 - (Intersubjektivismus)
- **4 ätiopathogenetische Krankheitsmodelle:**
 - Konfliktpathologie
 - Strukturpathologie
 - Traumapathologie
 - Reaktive (Stress-)Pathologie

Übersicht über die wichtigsten Unterschiede zwischen AP und TP

Analytische Psychotherapie

Höchstgrenze 300 Std

2 – 4 Sitzungen/Woche

Explizite Nutzung von Regression und Übertragung

Wiederbelebung des Grundkonfliktes in der Übertragung

Arbeit am Vergangenheits-Unbewussten (Sandler u. Sandler 1985)

Arbeit in der Regel im Liegen

Zielsetzung: Umstrukturierung der Persönlichkeit

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Höchstgrenze 100 Std

1 Sitzung /Woche

Begrenzung von Regression und Übertragung

Linderung aktueller Symptome und bessere psychosoziale Anpassung

Arbeit an der aktuellen Konfliktdynamik bzw. an max. 2 Aspekten der Struktur; Arbeit am Gegenwarts-Unbewussten

Arbeit im Sitzen

Teilziele mittels Fokus

Einbezug kognitiver, edukativer, suggestiver und störungsspezifischer Elemente

The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy

Jonathan Shedler University of Colorado Denver School of Medicine

Empirical evidence supports the efficacy of psychodynamic therapy. Effect sizes for psychodynamic therapy are as large as those reported for other therapies that have been actively promoted as "empirically supported" and "evidence based." In addition, patients who receive psychodynamic therapy maintain therapeutic gains and appear to continue to improve after treatment ends. Finally, nonpsychodynamic therapies may be effective in part because the more skilled practitioners utilize techniques that have long been central to psychodynamic theory and practice. The perception that psychodynamic approaches lack empirical support does not accord with available scientific evidence and may reflect selective dissemination of research findings.

Keywords: psychotherapy outcome, psychotherapy process, psychoanalysis, psychodynamic therapy, meta-analysis

There is a belief in some quarters that psychodynamic concepts and treatments lack empirical support or that scientific evidence shows that other forms of treatment are more effective. The belief appears to have taken on a life of its own. Academicians repeat it to one another, as do health care administrators, as do health care policymakers. With each repetition, its apparent credibility grows. At some point, there seems little need to question or revisit it because "everyone" knows it to be so.

The scientific evidence tells a different story: Considerable research supports the efficacy and effectiveness of psychodynamic therapy. The discrepancy between perceptions and evidence may be due, in part, to biases in the dissemination of research findings. One potential source of bias is a lingering distaste in the mental health professions for past psychoanalytic arrogance and authority. In decades past, American psychoanalysis was dominated by a hierarchical medical establishment that denied training to non-MDs and adopted a dismissive stance toward research. This stance did not win friends in academic circles. When empirical findings emerged that supported nonpsychodynamic treatments, many academicians greeted them enthusiastically and were eager to discuss and disseminate them. When empirical evidence supported psychodynamic concepts and treatments, it was often overlooked.

This article brings together findings from several empirical literatures that bear on the efficacy of psychodynamic treatment. I first outline the distinctive features of psychodynamic therapy. I next review empirical evidence for the efficacy of psychodynamic treatment, including evidence that patients who receive psychodynamic therapy not only maintain therapeutic gains but continue to improve

over time. Finally, I consider evidence that nonpsychodynamic therapies may be effective in part because the more skilled practitioners utilize interventions that have long been central to psychodynamic theory and practice.

Distinctive Features of Psychodynamic Technique

Psychodynamic or psychoanalytic psychotherapy¹ refers to a range of treatments based on psychoanalytic concepts and methods that involve less frequent meetings and may be considerably briefer than psychoanalysis proper. Session frequency is typically once or twice per week, and the treatment may be either time limited or open ended. The essence of psychodynamic therapy is exploring those aspects of self that are not fully known, especially as they are manifested and potentially influenced in the therapy relationship.

Undergraduate textbooks too often equate psychoanalytic or psychodynamic therapies with some of the more outlandish and inaccessible speculations made by Sigmund Freud roughly a century ago, rarely presenting mainstream psychodynamic concepts as understood and practiced today. Such presentations, along with caricatured depictions in the popular media, have contributed to widespread misunderstanding of psychodynamic treatment (for discussion of how clinical psychoanalysis is represented and misrepresented in undergraduate curricula, see Bornstein, 1988, 1995; Hansell, 2005; Redmond & Shulman, 2008). To help dispel possible myths and facilitate greater understanding of psychodynamic practice, in this section I review core features of contemporary psychodynamic technique.

Blagys and Hilsenroth (2000) conducted a search of the PsycLit database to identify empirical studies that compared the process and technique of manualized psychodynamic therapy with that of manualized cognitive behavioral therapy (CBT). Seven features reliably distinguished psychodynamic therapy from other therapies, as determined by empirical examination of actual session recordings and

I thank Mark Hilsenroth for his extensive contributions to this article; Marc Diener for providing some of the information reported here; Robert Feinstein, Glen Gabbard, Michael Karson, Kenneth Levy, Nancy McWilliams, Robert Michels, George Stricker, and Robert Wallerstein for their comments on drafts of the article; and the 500-plus members of the Psychodynamic Research Listserv for their collective wisdom and support.

Correspondence concerning this article should be addressed to Jonathan Shedler, Department of Psychiatry, University of Colorado Denver School of Medicine, Mail Stop A011-04, 13001 East 17th Place, Aurora, CO 80045. E-mail: jonathan@shedler.com

¹ I use the terms *psychoanalytic* and *psychodynamic* interchangeably.



Jonathan Shedler

transcripts (note that the features listed below concern process and technique only, not underlying principles that inform these techniques; for a discussion of concepts and principles, see Gabbard, 2004; McWilliams, 2004; Shedler, 2006a):

1. Focus on affect and expression of emotion. Psychodynamic therapy encourages exploration and discussion of the full range of a patient's emotions. The therapist helps the patient describe and put words to feelings, including contradictory feelings, feelings that are troubling or threatening, and feelings that the patient may not initially be able to recognize or acknowledge (this stands in contrast to a cognitive focus, where the greater emphasis is on thoughts and beliefs; Blagys & Hilsenroth, 2002; Burum & Goldfried, 2007). There is also a recognition that intellectual insight is not the same as emotional insight, which resonates at a deep level and leads to change (this is one reason why many intelligent and psychologically minded people can explain the reasons for their difficulties, yet their understanding does not help them overcome those difficulties).

2. Exploration of attempts to avoid distressing thoughts and feelings. People do a great many things, knowingly and unknowingly, to avoid aspects of experience that are troubling. This avoidance (in theoretical terms, defense and resistance) may take coarse forms, such as missing sessions, arriving late, or being evasive. It may take subtle forms that are difficult to recognize in ordinary social discourse, such as subtle shifts of topic when certain ideas arise, focusing on incidental aspects of an experience rather than on what is psychologically meaningful, attending to facts and events to the exclusion of affect, focusing on external circumstances rather than one's own role in shaping events, and so on.

Psychodynamic therapists actively focus on and explore avoidances.

3. Identification of recurring themes and patterns. Psychodynamic therapists work to identify and explore recurring themes and patterns in patients' thoughts, feelings, self-concept, relationships, and life experiences. In some cases, a patient may be acutely aware of recurring patterns that are painful or self-defeating but feel unable to escape them (e.g., a man who repeatedly finds himself drawn to romantic partners who are emotionally unavailable; a woman who regularly sabotages herself when success is at hand). In other cases, the patient may be unaware of the patterns until the therapist helps him or her recognize and understand them.

4. Discussion of past experience (developmental focus). Related to the identification of recurring themes and patterns is the recognition that past experience, especially early experiences of attachment figures, affects our relation to, and experience of, the present. Psychodynamic therapists explore early experiences, the relation between past and present, and the ways in which the past tends to "live on" in the present. The focus is not on the past for its own sake, but rather on how the past sheds light on current psychological difficulties. The goal is to help patients free themselves from the bonds of past experience in order to live more fully in the present.

5. Focus on interpersonal relations. Psychodynamic therapy places heavy emphasis on patients' relationships and interpersonal experience (in theoretical terms, object relations and attachment). Both adaptive and nonadaptive aspects of personality and self-concept are forged in the context of attachment relationships, and psychological difficulties often arise when problematic interpersonal patterns interfere with a person's ability to meet emotional needs.

6. Focus on the therapy relationship. The relationship between therapist and patient is itself an important interpersonal relationship, one that can become deeply meaningful and emotionally charged. To the extent that there are repetitive themes in a person's relationships and manner of interacting, these themes tend to emerge in some form in the therapy relationship. For example, a person prone to distrust others may view the therapist with suspicion; a person who fears disapproval, rejection, or abandonment may fear rejection by the therapist, whether knowingly or unknowingly; a person who struggles with anger and hostility may struggle with anger toward the therapist; and so on (these are relatively crude examples; the repetition of interpersonal themes in the therapy relationship is often more complex and subtle than these examples suggest). The recurrence of interpersonal themes in the therapy relationship (in theoretical terms, transference and countertransference) provides a unique opportunity to explore and rework them in vivo. The goal is greater flexibility in interpersonal relationships and an enhanced capacity to meet interpersonal needs.

7. Exploration of fantasy life. In contrast to other therapies in which the therapist may actively structure sessions or follow a predetermined agenda, psychodynamic

The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy

Jonathan Shedler University of Colorado Denver School of Medicine



Psychodynamic therapists actively focus on and explore avoidances.

3. Identification of recurring themes and patterns. Psychodynamic therapists work to identify and explore recurring themes and patterns in patients' thoughts, feelings, self-concept, relationships, and life experiences. In some cases, a patient may be acutely aware of recurring patterns that are painful or self-defeating but feel unable to change them.

En
the
lar
act
dei
na
con
chi
mo
bei
pei
sug
an
ins
Ke
prc
an
tre
tak
an
pol
grc
rev
era
psj
tio
dis
bia
for
pa:
chi
MI
sta

- 1) Focus on **affect** and expression of emotion.
- 2) Exploration of **attempts** to avoid distressing thoughts and feelings.
- 3) Identification of **recurring themes and patterns**.
- 4) Discussion of **past experience** (developmental focus).
- 5) Focus on **interpersonal relations**.
- 6) Focus on the **therapy relationship**.
- 7) Exploration of **fantasy life**.

empirical findings emerged that supported nonpsychodynamic treatments, many academicians greeted them enthusiastically and were eager to discuss and disseminate them. When empirical evidence supported psychodynamic concepts and treatments, it was often overlooked.

This article brings together findings from several empirical literatures that bear on the efficacy of psychodynamic treatment. I first outline the distinctive features of psychodynamic therapy. I next review empirical evidence for the efficacy of psychodynamic treatment, including evidence that patients who receive psychodynamic therapy not only maintain therapeutic gains but continue to improve

I thank Mark Hilsenroth for his extensive contributions to this article; Marc Diener for providing some of the information reported here; Robert Feinstein, Glen Gabbard, Michael Karson, Kenneth Levy, Nancy McWilliams, Robert Michels, George Stricker, and Robert Wallerstein for their comments on drafts of the article; and the 500-plus members of the Psychodynamic Research Listserv for their collective wisdom and support.

Correspondence concerning this article should be addressed to Jonathan Shedler, Department of Psychiatry, University of Colorado Denver School of Medicine, Mail Stop A011-04, 13001 East 17th Place, Aurora, CO 80045. E-mail: jonathan@shedler.com

¹ I use the terms *psychoanalytic* and *psychodynamic* interchangeably.

(this is one reason why many intelligent and psychologically minded people can explain the reasons for their difficulties, yet their understanding does not help them overcome those difficulties).

2. Exploration of attempts to avoid distressing thoughts and feelings. People do a great many things, knowingly and unknowingly, to avoid aspects of experience that are troubling. This avoidance (in theoretical terms, defense and resistance) may take coarse forms, such as missing sessions, arriving late, or being evasive. It may take subtle forms that are difficult to recognize in ordinary social discourse, such as subtle shifts of topic when certain ideas arise, focusing on incidental aspects of an experience rather than on what is psychologically meaningful, attending to facts and events to the exclusion of affect, focusing on external circumstances rather than one's own role in shaping events, and so on.

person prone to distrust others may view the therapist with suspicion; a person who fears disapproval, rejection, or abandonment may fear rejection by the therapist, whether knowingly or unknowingly; a person who struggles with anger and hostility may struggle with anger toward the therapist; and so on (these are relatively crude examples; the repetition of interpersonal themes in the therapy relationship is often more complex and subtle than these examples suggest). The recurrence of interpersonal themes in the therapy relationship (in theoretical terms, transference and countertransference) provides a unique opportunity to explore and rework them in vivo. The goal is greater flexibility in interpersonal relationships and an enhanced capacity to meet interpersonal needs.

7. Exploration of fantasy life. In contrast to other therapies in which the therapist may actively structure sessions or follow a predetermined agenda, psychodynamic

Was unterscheidet TP von VT?

Interventionstechniken, die PD von KVT unterscheiden (PD-Subskala der CPPS) (Blagys & Hilsenroth, 2000)

- Fokus auf Affekte und den Ausdruck von Gefühlen
- Exploration von Vermeidungs- und Widerstandsverhalten
- Fokussierung auf Muster im Verhalten, Gedanken, Gefühlen und Beziehungen des Patienten
- Exploration vergangener Erfahrungen
- Fokussierung auf zwischenmenschliche Erfahrungen des Patienten
- Fokussierung auf die therapeutische Beziehung
- Exploration von Wünschen, Träumen oder Phantasien des Patienten

Was unterscheidet VT von TP?

Interventionstechniken, die KVT von PD unterscheiden

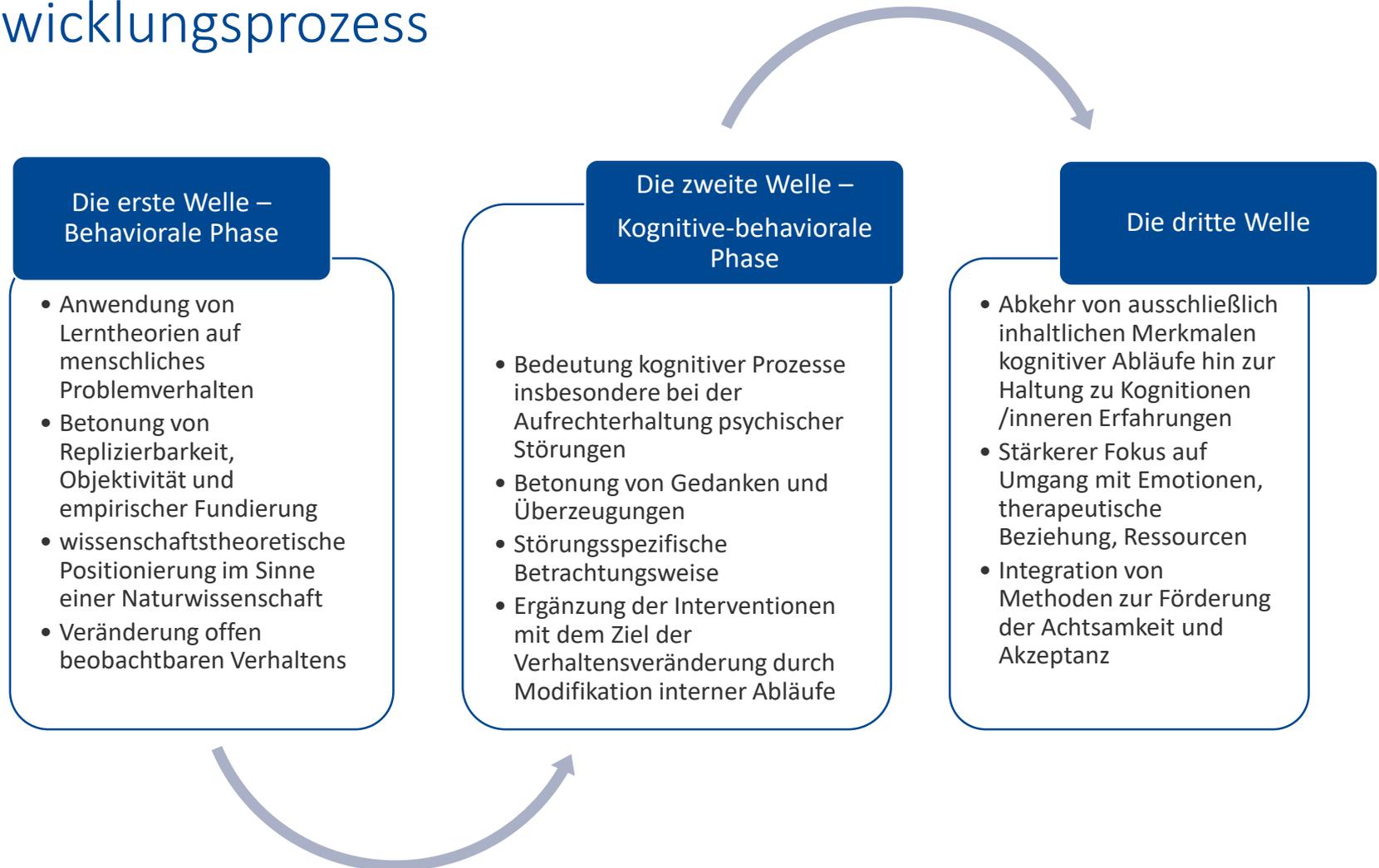
(KVT-Subskala der CPPS) (Blagys & Hilsenroth, 2002)

- Erteilung von Hausaufgaben oder Aktivitäten außerhalb der Therapie
- Aktive Leitung der Sitzung
- Vermittlung spezifischer Bewältigungstechniken
- Fokussierung künftigen Verhaltens des Patienten
- Psychoedukation über Behandlung, Störung oder Symptome
- Fokussierung auf kognitive Erfahrungen des Patienten (z.B. dysfunktionale oder irrationale Überzeugungen)

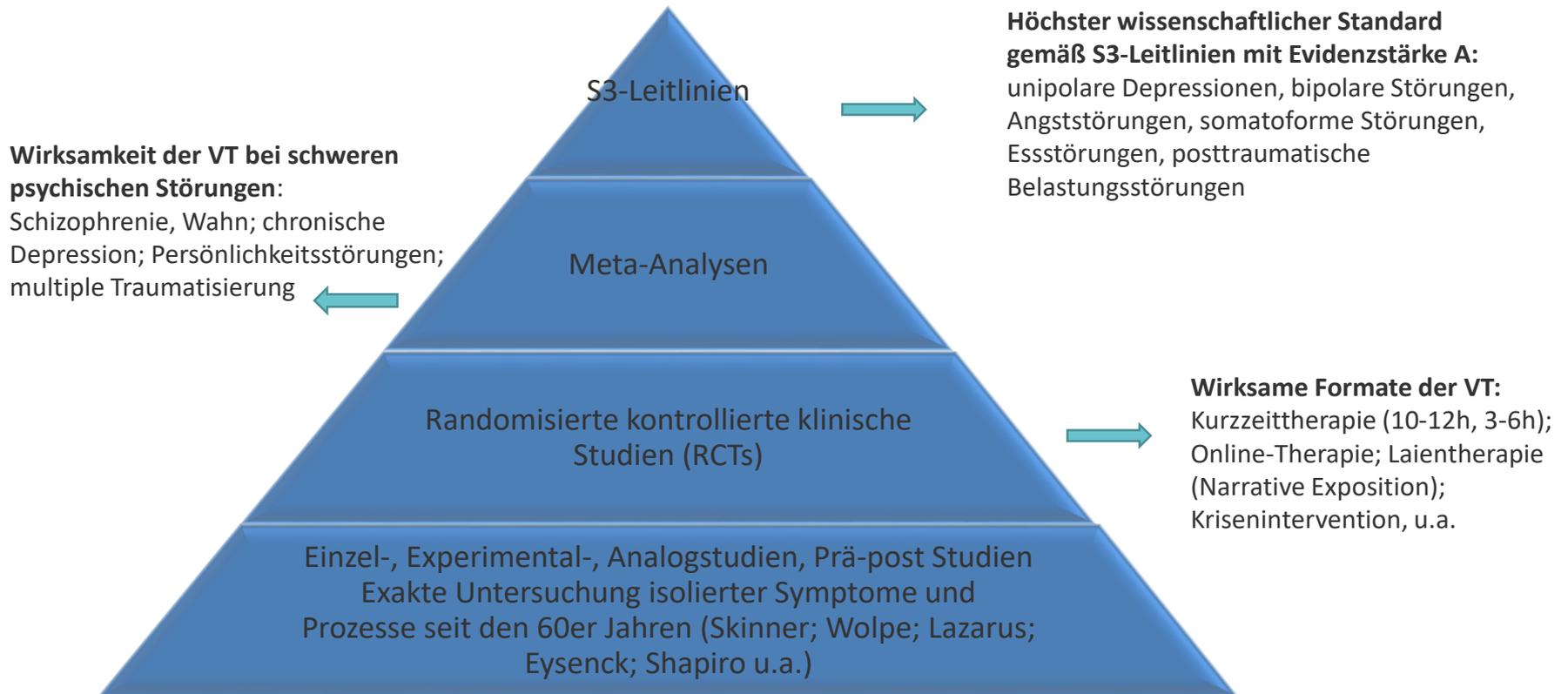
Wirksamkeit tiefenpsychologischer Verfahren

- psychodynamische Kurzzeittherapien insgesamt besser als Warteliste, TAU, Placebo (Metaanalysen: Cochrane Collaboration, 2009; DeMaat et al., 2009; Driessen et al., 2010)
- **Alkoholabhängigkeit:** LoE 1b, Empfehlungsgrad B, schwächer als KVT
- **Schizophrenie:** nicht empfohlen (Metaanalyse: Malmberg et al., 2010)
- **Bipolare Störungen:** keine RCTs
- **Depression** (nur leicht und mittelgradig!): äquivalent mit anderen bona fide Therapien (KVT, Pharmako) (Metaanalysen: Abbass et al., 2014; Barth et al., 2013; Crits-Christoph, 1992; Kivlighan et al., 2015; Leichsenring et al., 2001, 2004, 2005, 2015; Steinert et al., 2017)
- **Angststörungen:** effektiv, jedoch weniger robuste Befunde als bei KVT (Metaanalyse: Keefe et al., 2014)
 - spez. Phobie: keine Evidenz
 - **PTSD:** KVT (und EMDR) wirksamer
 - **OCD:** keine Evidenz
 - **GAS:** KVT wirksamer, robustere Evidenz
- **Somatoforme Störungen/ Funktionelle Körperbeschwerden:** wirksam (Abbass et al., 2009, 2014)
- **Anorexia Nervosa:** ähnlich wirksam wie CBT-E (Zipfel et al., 2014)
- **Bulimia Nervosa:** LoE IIb; KVT breitere Evidenz
- **Binge Eating Störung:** begrenzte Evidenz (IIb); empfohlen wird KVT
- **Persönlichkeitsstörungen** (v.a. BPD): wirksam (insb. TFP u. MBT)

Verhaltenstherapie – ein dynamischer Entwicklungsprozess



Evidenzbasierung der Verhaltenstherapie



Voraussetzung für die Ausbildung zur / zum Psychologischen Psychotherapeut*in

- Nachweis eines Hochschulabschlusses im Fach Psychologie (Diplom oder Master) unter Einschluss des Faches Klinische Psychologie: Weitere Informationen finden Sie auf der Seite des [Landesprüfungsamts für Heilberufe](#)
- Aufnahme in die Ausbildungen nach zwei Bewerbungsgesprächen mit positiven Voten

Bewerbungsfristen

- Der nächste Aus- und Weiterbildungsgang TP startet im Oktober 2021, Sie können sich ab sofort bewerben
- Bewerbungen für den Jahrgang VT 2022 (Start April 2022) nehmen wir ab sofort entgegen. Der Jahrgang VT 2021 (Start April 2021) ist bereits voll.
- Quereinsteiger*innen / Institutswechsler*innen können sich laufend bewerben, wenden Sie sich bei Fragen gern an die zuständige Ambulanzleitung.

- Bitte richten Sie Ihre schriftliche Bewerbung mit vollständigen Unterlagen (Anschreiben, Lebenslauf, Zeugniskopien, Kopie der Bachelor- bzw. Masterabschlüsse inkl. Notenübersicht) – bevorzugt per E-Mail – an die Geschäftsstelle des IfP (Frau Börner: p.boerner@uke.de)

Fragen?



HAMBURG

Institut für Psychotherapie

Martinstraße 52 | D-20246 Hamburg

Dr. phil. Sarah Liebherz, Dipl. Psych.

Ambulanzleitung Verhaltenstherapie

Telefon +49 (0) 40 7410-57969

Dr. rer. nat. Michael Reiningger, M.Sc., M.A.

Ambulanzleitung tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Telefon +49 (0) 40 7410-52975

s.liebherz@uke.de / m.reiningger@uke.de www.uke.de