

Abs. DFT-Geschäftsstelle Humboldtstr. 94 22083 Hamburg

**An den  
Gemeinsamen Bundesausschuss  
Psychotherapie-Richtlinie  
z.Hd. von Frau Regine Kleinert**

Präsidium  
Bundesgeschäftsstelle  
Humboldtstr. 94  
22083 Hamburg

Tel: 040/ 22 75 75 00  
Fax: 040/ 22 75 75 01

E-Mail: [info@dft-online.de](mailto:info@dft-online.de)  
Homepage: [www.dft-online.de](http://www.dft-online.de)

per mail:  
[richtlinienverfahren@g-ba.de](mailto:richtlinienverfahren@g-ba.de)  
[Regine.kleinert@g-ba.de](mailto:Regine.kleinert@g-ba.de)

**10. November 2009**

## **Stellungnahme zur Prüfung der Richtlinienverfahren gemäß §§ 13-15 der Psychotherapie-Richtlinie - Psychoanalytisch begründete Verfahren-**

### **Vorbemerkung**

Die Deutsche Fachgesellschaft für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (DFT) stimmt der Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP, 2004) zu, den Nutzen der psychoanalytisch begründeten Verfahren gemeinsam zu bewerten. Diese Empfehlung und ihre Begründung tragen den großen Gemeinsamkeiten der psychoanalytisch begründeten Verfahren hinsichtlich ihrer theoretischen Grundannahmen, ihrer Krankheitstheorien, ihrer Behandlungsmethoden und -techniken und ihrer Wirkmechanismen Rechnung. Die Empfehlungen entsprechen dem aktuellen Stand des Wissens insbesondere dem Stand der internationalen Psychotherapieforschung. Als Verfahren im Sinne der Richtlinien ist somit die Gesamtheit der in der Richtlinie beschriebenen psychoanalytisch begründeten Verfahren zu verstehen. Die Gemeinsamkeiten der psychoanalytisch begründeten Verfahren sind in zahlreichen Hand- und

Lehrbüchern beschrieben, auf die im Folgenden Bezug genommen wird (vgl. Reimer & Rüger, 2006; Thomä & Kächele, 2006; Ehlers & Holder, 2009).

Gleichwohl lassen sich für die Indikation und die Anwendung der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (TfP) Spezifika benennen, in denen sie sich von der analytischen Psychotherapie unterscheidet und die ihrerseits in entsprechenden Lehrbüchern beschrieben sind. Daher werden im Folgenden zuerst die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der psychoanalytisch begründeten Verfahren beschrieben (Frage 2).

### **1. Wie grenzen Sie die analytische Psychotherapie von der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie ab? (Frage 2)**

#### **Zu den gemeinsamen theoretischen Grundlagen, Krankheitstheorien und Methoden der psychoanalytisch begründeten Verfahren**

*Krankheitstheorien:* Die **psychoanalytisch begründeten Verfahren** umfassen ätiologisch orientierte Therapieformen, mit denen aktuell wirksame neurotische Konflikte und strukturelle Störungen unter Beachtung von Übertragung und Widerstand behandelt werden. Die psychoanalytisch begründeten Verfahren orientieren sich an dem Theoriesystem und der Krankheitslehre der Psychoanalyse. Grundannahme aller psychoanalytischen Theorien und damit der auf ihnen basierenden Behandlungsverfahren ist, dass unbewusste Faktoren das menschliche Denken, Handeln und Fühlen zentral beeinflussen und langfristig auch die psychischen Strukturen verändern können. Aufgrund der Unvereinbarkeit von Impulsen, Wünschen, motivationalen Strebungen und (sozialen) Anforderungen kann ein unbewusster Konflikt entstehen, der die Bewältigungsfähigkeiten des Individuums überfordert und zu seelischen und körperlichen Symptomen führt. Klinisch relevant sind vor allem diejenigen unbewussten Abläufe, die an verinnerlichte und zu persönlichkeitsstypischen Verhaltens- und Erlebensmustern verfestigte Beziehungserfahrungen geknüpft sind und sich in dysfunktionalen Beziehungsmustern äußern. Persönlichkeit ebenso wie manifeste psychische Störungen sind Ergebnisse von lebensgeschichtlich verankerten innerpsychischen Regulierungsprozessen. Früh entstandene unangemessene Konfliktlösungsversuche überdauern, schränken die individuelle Lebensgestaltung erheblich ein und können

zu psychischer Anfälligkeit und nachfolgender Dekompensation im Kontext mit auslösenden belastenden Lebenskonstellationen führen und letztlich in psychischen und körperlichen Erkrankungen münden.

Als weitere Ursache für psychische Erkrankungen gilt in der psychoanalytischen Krankheitslehre die mangelnde Verfügbarkeit über basale psychische Funktionen. Hierzu zählen die Fähigkeit zur Selbst- und Objektwahrnehmung, die Steuerungsfähigkeit von Impulsen, die Fähigkeit zur Kommunikation und die Fähigkeit, Bindungen einzugehen und zu lösen. Die fehlende bzw. die eingeschränkte Verfügbarkeit über diese so genannten strukturellen Funktionen kann Folge sein von

- a) frühen bzw. anhaltenden deprivierenden und/oder traumatisierenden Lebensumständen
- b) fehlenden Entwicklungsmöglichkeiten, insbesondere von sozial relevanten psychischen Fähigkeiten (z.B. Frustrations- und Ambiguitätstoleranz, Einfühlungsvermögen, Impulssteuerung, Reflektionsfähigkeit).

Diese beiden wesentlichen Störungsaspekte (konfliktbezogen und strukturbezogen) treten bei jedem Patienten in einem individuellen Mischungsverhältnis auf.

Psychische Störungen und Erkrankungen lassen sich anhand dieser zentralen Störungsaspekte beschreiben und von einander differenzieren.

*Wirkfaktoren:* Grundvoraussetzung für einen gelungenen Therapieprozess ist die von freundlich-zugewandter Unterstützung und empathischem Verständnis getragene therapeutische Grundhaltung und Beziehungsgestaltung, die wiederum zu einer hinreichend guten Patient-Psychotherapeuten-Passung führen sollte. Konflikte und Strukturdefizite, dysfunktionale Beziehungsmuster und Abwehrmechanismen des Patienten manifestieren sich als unbewusste Wiederholung (Inszenierung) in der therapeutischen Beziehung und werden damit - unter Nutzung des Übertragungs-Gegenübertragungsgeschehens von Abwehr und Widerstand - der therapeutischen Bearbeitung zugänglich und damit im Sinne einer korrigierenden emotionalen Erfahrung veränderbar. In der therapeutischen Beziehung, die sich von Alltagsbeziehungen unterscheidet, wechselt der Therapeut ständig zwischen einer empathischen und einer reflektierenden Einstellung hin und her. Dies ermöglicht es ihm, die Interaktion mit dem Patienten als Beziehungspartner zugleich zu erleben und zu reflektieren.

*Therapieziele:* Grundsätzlich lassen sich die folgenden Therapieziele der psychoanalytisch begründeten Verfahren beschreiben:

- a) die Wiederherstellung eines vor Manifestation der Erkrankung bestehenden psychischen Gleichgewichts, das durch äußere Belastungsereignisse bzw. aktualisierte unbewusste Konflikte vor dem Hintergrund einer Disposition und beeinträchtigter struktureller Fähigkeiten gestört wurde
- b) die Bearbeitung lebensgeschichtlich verankerter überdauernder, unbewusster, neurotischer Konflikt- und Beziehungskonstellationen mit dem Ziel, die Verfügbarkeit über strukturelle Funktionen zu verbessern und zu stabilisieren.

*Methoden und Techniken:*

Die psychotherapeutische Beziehung ist je nach persönlichem Kontext, Störungsbild, Therapieprozess und -ziel und Behandlungsfokus von passiv-übertragungsfördernd bis zu aktiv-anleitend ausgerichtet. Sie wird dynamisch in der je besonderen Beziehung zwischen Patient und Psychotherapeut reguliert und durch geeignete Techniken (Konfrontation-Deutung/Klarifizierung-Einsicht-Durcharbeiten) unter Beachtung der Symptomatik, der zugrundeliegenden Konflikte, der strukturellen Fähigkeiten und Defizite, der Änderungserwartungen und -bereitschaften des Patienten strukturiert.

Je stärker die strukturellen Beeinträchtigungen und Defizite (strukturelle Störungsanteile) für die Symptomatik bzw. die Störung verantwortlich ist, desto mehr nehmen Psychotherapeuten eine aktive, unterstützende, aktiv rückmeldende Haltung ein. Dies gilt insbesondere in Behandlungen, in denen eine längerfristige, Halt gewährende therapeutische Beziehung erforderlich ist.

Durch diese Vielfalt, Flexibilität und Patientenorientierung des Beziehungsangebotes kann eine hinreichend veränderungswirksame Beziehungsqualität erreicht und aufrechterhalten werden. Das Spektrum der Methoden und Techniken reicht dabei von den klassischen psychoanalytischen Interventionen bis zu den handlungsorientierten, strukturierenden, multimodalen Interventionen der TfP sowie zu störungsspezifischen Methoden und Techniken. Die Förderung bzw. Begrenzung regressiver Prozesse muss hinsichtlich Tiefe und zeitlicher Erstreckung dem jeweiligen Setting und unter Berücksichtigung des therapeutischen Prozesses flexibel angepasst werden. Diese flexible Handhabung erlaubt die bestmögliche

Ausrichtung des Behandlungsprozesses am vereinbarten Therapieziel auch unter den Aspekten der Wirtschaftlichkeit, Zweckmäßigkeit und Notwendigkeit.

Im Einzelnen lassen sich folgenden Methoden und Techniken der psychoanalytisch begründeten Verfahren beschreiben:

\* Flexible Vereinbarung des Behandlungszieles: Gemeinsam mit dem Patienten wird das Behandlungsziel auf den aktuellen Konflikt mit dem zugrunde liegenden unbewussten Konflikt und damit der neurotischen Objekt- und Selbstrepräsentanzen sowie auf gfls bestehende strukturelle Defizite festgelegt auch unter Beachtung der Ressourcen des Patienten und der Begrenzung des Leistungsumfanges.

\* konfliktzentriertes Vorgehen bei aktuellen Konflikten und Strukturbezogene Arbeit an strukturellen Defiziten, beides unter Berücksichtigung des Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehens und mit unterschiedlicher Gewichtung.

\* Flexible Variation und Strukturierung des Beziehungsangebotes reicht von passiv-übertragungsfördernd-aufdeckend über aktiv-anleitend-ressourcenaktivierend bis zu supportiv-Haltgewährend.

\* Das Behandlungssetting reicht von einer Behandlungsfrequenz von 1-2 Stunden pro Woche im Sitzen bis zur hochfrequenten Langzeitbehandlung im Liegen.

*Techniken, die im Rahmen der psychoanalytisch begründeten Verfahren zur Anwendung kommen:*

- ein vorwiegend konfliktzentriertes Vorgehen mit Fokussierung der zentralen inneren Konflikte,
- gezielte Bearbeitung struktureller Defizite,
- Das therapeutische Beziehungsangebot kann je nach Indikation und Therapieziel variiert werden von aktiv-anleitend und unterstützend bis zu passiv-übertragungsfördernd,
- Variation des Beziehungsangebots. Durch Steuerung des Beziehungsangebotes wird eine hinreichend veränderungswirksame Bearbeitungstiefe erreicht und aufrechterhalten,
- Nutzung regressiver Prozesse von fokussierter Regressionssteuerung bis hin zur Förderung und Intensivierung regressiver Prozesse.

- Technik der freien Assoziation,
- Analyse der Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen in der Patient-Therapeut-Beziehung sowie der aktuellen realen Beziehung des Patienten,
- Analyse von Abwehr und Widerstand,
- Der Zugang zu psychodynamischen Prozessen erfolgt auf sehr unterschiedlichen Wegen. Neben den verbalen Kommunikationsformen, der Technik der „Freien Assoziation“ und den Inszenierungen werden z. B. in der TfP auch kreative und körperintegrierende Interventionen eingesetzt,
- Nutzung von Selbstverbalisierungen zur Emotions- und Handlungssteuerung,
- Fokussierung der Emotionsregulation und -steuerung,

## **2. Zu den spezifischen Methoden und Techniken der tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (zugleich Antworten auf Frage 1)**

Einerseits ist eine Abgrenzung der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie von der analytischen Psychotherapie aufgrund der Gemeinsamkeiten schwierig bis unmöglich. Andererseits bestehen doch einige Spezifika der TfP feststellen. Für ausführliche Darstellungen dieser spezifischen Methoden und Techniken der TfP nebst ihren spezifischen theoretischen Fundierungen wird auf die einschlägige wissenschaftliche Literatur verwiesen (z.B. Wöller & Kruse, 2007; Reimer & Rüger, 2006; Jaeggi, E. & Riegels, V. 2008; Trautmann-Voigt, 2010).

Danach zeichnet sich die TfP u.a. durch folgende methodischen Spezifika aus:

- Fokussierte Übertragungs- und Widerstandsanalyse; die therapeutische Arbeit findet vorwiegend „in und mit“ der Übertragung im “Hier und Jetzt“ statt;
- Anwendung entwicklungsfördernder, Ressourcen- und handlungsaktivierender Interventionen (besonders bei Patienten mit strukturellen Störungen und Entwicklungsdefiziten);
- Flexibler, reflektierter Umgang mit unterschiedlichen settings (Dyade, Paar, Familie, Gruppe), auch in ihrer Kombination;
- Systematische Gestaltung und Nutzung der therapeutischen Beziehung auch über multimodale Interventionen (Körperintegrierende Arbeit, imaginative Ebene, gestalterische Ebene);

- Anregung und Nutzung von Inszenierungen, eingebettet in ein psychodynamisches Gesamtkonzept;
- Flexibler, reflektierter Umgang mit der therapeutischen Neutralität unter strikter Wahrung der Abstinenz.

Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie gelangt auch in jenen Fällen zur Anwendung, in denen eine längerfristige, Halt gewährende, niederfrequente therapeutische Beziehung erforderlich ist, z.B. bei Patienten mit ausgeprägten strukturellen Störungen.

Speziell im Rahmen einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie können folgende *Psychotherapiemethoden* zur Anwendung kommen:

Kurz- und Kurzzeittherapie

Fokalthherapie

Supportive Psychotherapie

Dynamische Psychotherapie

kognitiv-psychodynamische Psychotherapie nach M. Horowitz

Psychoanalytisch-interaktionelle Psychotherapie

Psychodynamische Gruppenpsychotherapie

Psychodynamische Familien- und Paartherapie

Katathym-imaginative Psychotherapie

Folgende *Techniken* können speziell im Rahmen einer TfP Anwendung finden:

- Nutzung erlebnisaktivierender Techniken zur Förderung der Bearbeitung der fokussierten Konfliktthematik und/oder der strukturellen Defizite
- systematische Gestaltung und Nutzung der therapeutischen Beziehung auch über multimodaler Techniken (Körpererleben, Imagination, Gestaltungen); Anregung und Nutzung von Inszenierungen, eingebettet in ein psychodynamisches Gesamtkonzept,
- Rollenspiele,

- fokussierte Übertragungs- und Widerstandsanalyse mit einer Arbeit „in und mit“ der Übertragung vorwiegend im „Hier und Jetzt“,
- flexibler, reflektierter Umgang mit der therapeutischen Neutralität unter strikter Wahrung der Abstinenz,
- entwicklungsfördernde, Ressourcen mobilisierende und handlungsaktivierende Interventionen (besonders bei Patienten mit strukturellen Störungen und Entwicklungsdefiziten),
- Entspannungstechniken einschließlich progressiver Muskelrelaxation, autogenem Training, Atemtraining,
- Psychoedukation,
- Achtsamkeitsübungen.

**Frage 3: Benennen Sie ggf. Studien zum Nutznachweis des Verfahrens in den Anwendungsbereichen der Psychotherapie-Richtlinie gemäß § 22.**

Die DFT hat für die Bewertung der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie durch den Wissenschaftlichen Beirat eine Zusammenstellung der relevanten kontrollierten Studien vorgelegt (Richter et al, 2002). Auf der Basis dieser und weiterer von anderen Fachgesellschaften eingereichten Wirksamkeitsstudien wurde die Psychodynamische Psychotherapie wie bekannt wissenschaftlich anerkannt.

Inzwischen wurden zahlreiche neuere Studien publiziert, von denen eine Auswahl zum Nutznachweis benannt werden kann:

Abbass, A. A., Hancock, J. T., Henderson, J. & Kisely, S. (2006). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev*(4), CD004687.

Bateman, A. & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *Am J Psychiatry*, 158(1), 36-42.

Bateman, A. & Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *Am J Psychiatry*, 165(5), 631-638.

- Bateman, A. & Fonagy, P. (2009). Randomized Controlled Trial of Outpatient Mentalization-Based Treatment Versus Structured Clinical Management for Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry*.
- Beutel, M. E., Dippel, A., Szczepanski, M., Thiede, R. & Wiltink, J. (2006). Mid-term effectiveness of behavioral and psychodynamic inpatient treatments of severe obesity based on a randomized study. *Psychother Psychosom*, 75(6), 337-345.
- Bond, M. (2006). Psychodynamic psychotherapy in the treatment of mood disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 19(1), 40-43.
- Brockmann, J., Schlüter, T., Brodbeck, D. & Eckert, J. (2002). Die Effekte psychoanalytisch orientierter und verhaltenstherapeutischer Langzeittherapien - Eine vergleichende Studie aus der Praxis niedergelassener Psychotherapeuten. *Psychotherapeut 2002, Springer-Verlag*, 47, 347 - 355.
- Burnand, Y., Andreoli, A., Kolatte, E., Venturini, A. & Rosset, N. (2002). Psychodynamic psychotherapy and clomipramine in the treatment of major depression. *Psychiatr Serv*, 53(5), 585-590.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F. & Kernberg, O. F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *Am J Psychiatry*, 164(6), 922-928.
- Creed, F., Fernandes, L., Guthrie, E., Palmer, S., Ratcliffe, J., Read, N. et al. (2003). The cost-effectiveness of psychotherapy and paroxetine for severe irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 124(2), 303-317.
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B., Narducci, J., Schamberger, M. & Gallop, R. (2005). Interpersonal problems and the outcome of interpersonally oriented psychodynamic treatment of GAD. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(2), 211-224.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G. & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *J Consult Clin Psychol*, 76(6), 909-922.
- Dare, C., Eisler, I., Russell, G., Treasure, J. & Dodge, L. (2001). Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomised controlled trial of outpatient treatments. *Br J Psychiatry*, 178, 216-221.
- de Jonghe, F., Hendricksen, M., van Aalst, G., Kool, S., Peen, V., Van, R. et al. (2004). Psychotherapy alone and combined with pharmacotherapy in the treatment of depression. *Br J Psychiatry*, 185, 37-45.
- Egle, U. T., Petrak, F., Hardt, J. & Nickel, R. (2008). Psychodynamic interactional group therapy for somatoform pain disorder, *Society for Psychotherapy Research 39th annual meeting* (Bd. 39, Book of Abstracts, S. 73). Barcelona.
- Emmelkamp, P. M., Benner, A., Kuipers, A., Feiertag, G. A., Koster, H. C. & van Apeldoorn, F. J. (2006). Comparison of brief dynamic and cognitive-behavioural therapies in avoidant personality disorder. *Br J Psychiatry*, 189, 60-64.
- Geiser, F./ Trautmann-Voigt, S./ Hofmann, P./ Voigt, B./ Liedtke, R. 2009. Bonner Evaluationsstudie ambulanter tiefenpsychologischer Psychotherapie. Vorstellung und erste Ergebnisse. In: *Psychodynamische Psychotherapie*, 2009: 47-53.

- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T. et al. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry*, 63(6), 649-658.
- Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, T., Keller, W., Krawietz, B., Langer, M. et al. (2006). Differential effects of two forms of psychoanalytic therapy: Results of the Heidelberg-Berlin study. *Psychotherapy Research*, 16(4), 470-485.
- Gregory, R., Chlebowski, S., Kang, D., Remen, A., Soderberg, M., Stepkovitch, J. et al. (2008). A controlled trial of psychodynamic psychotherapy for co-occurring Borderline personality disorder and alcohol use disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(1), 28-41.
- Hoglend, P., Bogwald, K. P., Amlo, S., Marble, A., Ulberg, R., Sjaastad, M. C. et al. (2008). Transference interpretations in dynamic psychotherapy: do they really yield sustained effects? *Am J Psychiatry*, 165(6), 763-771.
- Knekt, P., Lindfors, O., Harkanen, T., Valikoski, M., Virtala, E., Laaksonen, M. A. et al. (2008). Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. *Psychol Med*, 38(5), 689-703.
- Leichsenring, F. (2001). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: a meta-analytic approach. *Clin Psychol Rev*, 21(3), 401-419.
- Leichsenring, F., Hoyer, J., Beutel, M., Herpertz, S., Hiller, W., Irlle, E. et al. (2009). The social phobia psychotherapy research network. The first multicenter randomized controlled trial of psychotherapy for social phobia: rationale, methods and patient characteristics. *Psychother Psychosom*, 78(1), 35-41.
- Leichsenring, F. & Leibing, E. (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160(7), 1223-1232.
- Leichsenring, F. & Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *JAMA*, 300(13), 1551-1565.
- Leichsenring, F., Rabung, S. & Leibing, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 61(12), 1208-1216.
- Leichsenring, F., Salzer, S., Jaeger, U., Kächele, H., Kreische, R., Leweke, F. et al. (2009). Short-term Psychodynamic Psychotherapy and Cognitive-Behavioural Therapy in Generalized Anxiety Disorder: A Randomized, Controlled Trial. *American Journal of Psychiatry*, 166(8), 875-881.
- Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. S., Weber, M., Clarkin, J. F. et al. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *J Consult Clin Psychol*, 74(6), 1027-1040.
- Maina, G., Forner, F. & Bogetto, F. (2005). Randomized controlled trial comparing brief dynamic and supportive therapy with waiting list condition in minor depressive disorders. *Psychother Psychosom*, 74(1), 43-50.

- Maina, G., Rosso, G. & Bogetto, F. (2009). Brief dynamic therapy combined with pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder: long-term results. *J Affect Disord*, 114(1-3), 200-207.
- Milrod, B., Leon, A. C., Busch, F., Rudden, M., Schwalberg, M., Clarkin, J. et al. (2007). A randomized controlled clinical trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. *Am J Psychiatry*, 164(2), 265-272.
- Salminen, J. K., Karlsson, H., Hietala, J., Kajander, J., Aalto, S., Markkula, J. et al. (2008). Short-term psychodynamic psychotherapy and fluoxetine in major depressive disorder: a randomized comparative study. *Psychother Psychosom*, 77(6), 351-357.
- Svartberg, M., Stiles, T. C. & Seltzer, M. H. (2004). Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *Am J Psychiatry*, 161(5), 810-817.
- Vinnars, B., Barber, J. P., Noren, K., Gallop, R. & Weinryb, R. M. (2005). Manualized supportive-expressive psychotherapy versus nonmanualized community-delivered psychodynamic therapy for patients with personality disorders: bridging efficacy and effectiveness. *Am J Psychiatry*, 162(10), 1933-1940.

#### **4. Gibt es Hinweise auf Risiken durch Anwendung des Verfahrens in den Anwendungsbereichen der Psychotherapie-Richtlinie gemäß § 22?**

Verschiedentlich wurden unerwünschte Wirkungen von Psychotherapie beschrieben (vgl. Hoffmann, Rudolf und Strauß; 2008). Arbeiten zu spezifische Risiken der TfP sind uns nicht bekannt.

#### **5. Ist eine spezifische Überlegenheit des Verfahrens bei der Behandlung bestimmter Krankheitsbilder im Vergleich zu anderen Alternativen nachweisbar?**

Clarkin et al. (2007) berichten von einer leichten Überlegenheit der psychodynamischen Psychotherapie gegenüber der DBT bei Behandlung der borderline-Persönlichkeitsstörung, Grundsätzlich gibt es wenige bis keine empirischen Hinweise auf eine Über- oder Unterlegenheit der TfP gegenüber anderen Therapieverfahren.

**6. Über welchen Zeitraum können Katamnesen mit welchen Ergebnissen nachgewiesen werden?**

Die Katamneszeiträume der o.e. erwähnten kontrollierten Studien sind für die TfP vergleichsweise länger und belegen für die meisten Störungsbilder gute bis ausreichende Stabilitäten der erzielten Wirkungen.

**7. Wie beurteilen Sie die medizinische Notwendigkeit des Verfahrens im Versorgungskontext unter Berücksichtigung der Relevanz der medizinischen Problematik, des Verlaufes und der Behandelbarkeit der Erkrankungen nach den Anwendungsbereichen der PT-RL (§ 22)?**

Aufgrund der hohen Prävalanz psychischer Erkrankungen, insbesondere der nach wie vor steigenden AU-Zeiten und Frühberentungen wg solcher Erkrankungen, bei denen TfP wirksam und indiziert ist, besteht eine anwachsende Notwendigkeit an diesem Verfahren.

**8. Gibt es Belege aus der vergleichenden Psychotherapieforschung zur Wirtschaftlichkeit des Verfahrens im Vergleich zu den anderen in der Psychotherapie-Richtlinie genannten Verfahren?**

Angesichts der fehlenden bzw. uneindeutigen Befunde zur Wirksamkeit der TfP im Vergleich zu anderen Verfahren lassen sich auch keine belastbaren Aussagen zur differentiellen Wirksamkeit machen.

**9. Bitte geben Sie an, in welcher Funktion Sie diese Stellungnahme abgeben (z. B. als Verband, Institution, Privatperson) und machen Sie bitte Angaben zu möglichen Interessenkonflikten Ihrer Person bzw. der Institution, für die Sie sprechen.**

Die Deutsche Fachgesellschaft für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie versteht sich als Interessensvertretung der psychologischen, ärztlichen PsychotherapeutInnen und der Kinder- und

JugendlichenpsychotherapeutInnen, die für die Ausübung der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie qualifiziert sind.

Die Gesellschaft dient der Pflege, Weiterentwicklung und Verbreitung der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie in Versorgung, Forschung und Lehre. Sie fördert die Anwendung der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie bei der Prävention, Behandlung und Rehabilitation psychischer und psychosomatischer, sowie somatopsychischer Erkrankungen und Störungen bei PatientInnen aller Altersgruppen.

## Literatur

- Ehlers, W. & Holder, A. 2009. Psychologische Grundlagen, Entwicklung und Neurobiologie. Reihe Basiswissen Psychoanalyse Bd. 1. Stuttgart: Klett-Cotta
- Jaeggi, E & Riegels, V. 2008. Techniken und Theorie der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Reimer, C. & Rüger, U. 2006. Psychodynamische Psychotherapien. Lehrbuch tiefenpsychologisch orientierter Psychotherapien. Heidelberg: Springer.
- Richter R, Loew TH, Calatzis A, Krause S. Kontrollierte Wirksamkeitsstudien zur Psychodynamischen Psychotherapie. Psychodynamische Psychotherapie. 2002;1:19-36.
- Thomä, H. & Kächele, H. 2006. Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie 1: Grundlagen. Berlin: Springer
- Trautmann-Voigt, S. 2010. Zur Operationalisierung der Psychodynamischen Psychotherapie bzw. Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. Psychodynamische Psychotherapie (eingereicht)
- Wöller W. /Kruse, J. 2007. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Basisbuch und Praxisleitfaden. Stuttgart: Schattauer.