

Wann ist Übertragungsarbeit in der psychodynamische Therapie sinnvoll? Zentrale Ergebnisse der ersten experimentellen Studie zur Übertragungsarbeit¹

Anne Grete Hersoug, Randi Ulberg & Per Høglend

Zusammenfassung. Im vorliegenden Artikel werden die zentralen Ergebnisse der ersten experimentellen Studie zur Übertragung (First Experimental Study of Transference, FEST) vorgestellt. Es werden der Hintergrund der Studie, sowie die Ziele, die wichtigsten Hypothesen und die Methoden beschrieben. An der Studie nahmen 100 Patienten teil, die für die Dauer von einem Jahr psychodynamischer Psychotherapie nach dem Zufallsprinzip entweder einer Gruppe mit Übertragungsarbeit oder einer Gruppe ohne Übertragungsarbeit zugeordnet wurden. Im Folgenden werden die Analysen über die Auswirkungen psychodynamischer Psychotherapie mit Übertragungsarbeit im Vergleich zu psychodynamischer Psychotherapie ohne Übertragungsarbeit vorgestellt. Beide Verfahren sind gleichermaßen wirkungsvoll, allerdings offenbarten die Analysen der Moderatoren unterschiedliche Auswirkungen. Bei Patienten mit geringer Objektbeziehungsqualität (OBQ) und/oder dem Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung zeigten sich im Zusammenhang mit Übertragungsarbeit spezifische positive Effekte. Ferner sprachen weibliche Patienten besser auf die Behandlung an als männliche Patienten. In weiteren Analysen wurden Veränderungsmechanismen und eine Drei-Wege-Interaktion unter den Faktoren, die sich auf das Ergebnis auswirkten, mit einbezogen. Weitere Erkenntnisse der Studie waren, dass (1) Einsicht einen Veränderungsmediator darstellt, und dass (2) die spezifischen Auswirkungen der Übertragungsarbeit durch die Wechselwirkung zwischen Objektbeziehung und Allianz beeinflusst werden, jedoch in die unmittelbar entgegengesetzte Richtung von dem, was allgemein in der populären klinischen Theorie vertreten wird. Für Patienten mit reiferen Objektbeziehungen und hoher Allianz konnte ein negativer Effekt auf die Übertragungsarbeit beobachtet werden.

Schlüsselwörter: Übertragungsarbeit, Psychodynamik, Allianz, Persönlichkeitsstörung, Einsicht, Objektbeziehungsqualität

Korrespondenz: Anne Grete Hersoug, Psy.D., Ph.D., Department of Clinical Medicine, Division of Mental Health and Addiction, University of Oslo, P.O. Box 85, Vinderen, Oslo, N-0319, Norway, E-mail: a.g.hersoug@medisin.uio.no

¹ Hersoug, A., Ulberg, R., & Høglend, P. (2014). When is transference work useful in psychodynamic psychotherapy? Main results of the first experimental study of transference work (FEST). *Contemporary Psychoanalysis*, 50(1-2), 156-174. Übersetzt von R. Franke & S. Hofmann, International Psychoanalytic University Berlin

Hintergrund

Bei FEST handelt es sich um eine erst kürzlich durchgeführte, groß angelegte Untersuchung, welche speziell entworfen wurde, um Langzeiteffekte von Übertragungsarbeit in dynamischer Psychotherapie zu untersuchen (Høglend et al., 2006, 2008). Es wird angenommen, dass Übertragungsarbeit (Analyse der Patient-Therapeut Interaktion) einen spezifischen Langzeiteffekt auf die zwei primären Ergebnismaße (Psychodynamische Funktionsskalen und Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme) ausübt. Übertragungsdeutungen sind Teilkomponenten der Übertragungsarbeit. In der FEST-Studie wurden 3.200 Therapiesitzungen auf Tonband aufgenommen, welche ein einzigartiges Material für Prozessstudien lieferten.

Obwohl tausende von Studien dokumentiert haben, dass Psychotherapie funktioniert, müssen wir mehr darüber wissen wie und warum sie funktioniert. Die technische Anwendung von Übertragungsdeutungen in der Psychoanalyse und der psychodynamischer Psychotherapie wurde über einen Zeitraum von einhundert Jahren ausgiebig erörtert. In mehr als 8.000 Artikeln und Buchbeiträgen wurde das Übertragungskonzept diskutiert. Bis in das Jahr 2000 haben zehn psychodynamische Kurzzeittherapiestudien den Zusammenhang zwischen Einsatzmenge an Übertragungsdeutungen und Therapieerfolg erforscht. Malan (1976) berichtete erstmals von einer positiven Korrelation zwischen Häufigkeit der Übertragungsdeutungen und Therapieausgang, allerdings berichteten anschließend vier Studien von negativen Korrelationen (Piper, Azim, Joyce, & Piper, 1999). Es handelte sich jeweils um naturalistische Studien ohne experimentelle Kontrolle. FEST ist eine randomisierte klinische Dismantling-Studie, die speziell für die experimentelle Untersuchung von Langzeiteffekten von Übertragungsarbeit entworfen wurde. Eine detailliertere Beschreibung der Studie ist in den Hauptartikeln zu finden (Høglend et al., 2006, 2008).

Ziele der Studie

Das Hauptziel von FEST ist die Untersuchung der Auswirkung von Übertragungsarbeit auf die langfristige Verbesserung der dynamischen, adaptiven und zwischenmenschlichen Funktionsfähigkeit.

1. Die apriorische Hypothese beinhaltet, dass sich Patienten, die mit Übertragungsarbeit behandelt wurden, stärker verbessern als Patienten, die nicht mit Übertragungsarbeit behandelt wurden.
2. Basierend auf den gängigen klinischen Ansätzen (Malan, 1976; Gabbard, 1992; Sifneos, 1992; Høglend, 1993; Gabbard et al., 1994) wird davon ausgegangen, dass sehr geeignete Patienten – damit sind Patienten gemeint, die über eine Geschichte mit reiferen Objektbeziehungen und/oder über keine Persönlichkeitsstörung (PS) verfügen – besonders gut mit Übertragungsarbeit vorankommen können.
3. Langfristige Veränderungen der zwischenmenschlichen Funktionsfähigkeit werden durch erhöhte Einsicht vermittelt, welche während der Therapie gewonnen wird.

Ein wichtiger methodologischer Aspekt der Studie war, dass die Patienten nicht über die Haupthypothesen aufgeklärt wurden. Zum Beispiel wussten sie nicht, dass sie zufällig in zwei verschiedene Behandlungsgruppen aufgeteilt wurden. Den Patienten wurde mitgeteilt, dass das Ziel der Studie die Untersuchung von Langzeiteffekten dynamischer Psychotherapie sei. Alle Patienten wurden ein und drei Jahre nach Therapieende noch einmal untersucht. Einzigartig an FEST ist auch, dass alle 100 Patienten drei Jahre nach der Nachbehandlung klinisch untersucht wurden.

Ergebnismaße

1. Die Psychodynamischen Funktionsskalen (PFS; Høglend et al., 2000) stellen in dieser Studie das primäre Ergebnismaß dar. Die PFS bestehen aus sechs Skalen, die das gleiche Format wie die Skala zur Globalen Erfassung des Funktionsniveaus haben. Drei der Skalen messen die Beziehungsqualität: Qualität der familiären Beziehungen, Qualität freundschaftlicher Beziehungen und Qualität romantisch-sexueller Beziehungen. Die restlichen drei Skalen messen das intrapersonelle Funktionieren: Affekttoleranz, Einsicht und Problembewältigung. Ein zweistündiges klinisches Interview stellt die Grundlage für die Bewertung der PFS dar. Die Bewertungen erfolgten viermal innerhalb des Studienzeitraums durch unabhängige, „blinde“ Kliniker, die nicht wussten, welchen der beiden Gruppen die Patienten zugeteilt waren.
2. Das Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP; Alden, Wiggins, & Pincus, 1990), welches zur Beurteilung der selbstberichteten zwischenmenschlichen Probleme der Patienten vor, in der Mitte und nach der Behandlung sowie ein und drei Jahre nach der Behandlung angewandt wurde. Für die vorliegende Studie wurde der Gesamtmittelwert des IIP herangezogen.

Unter Einsicht als ein Mediator von Langzeitveränderungen wird das kognitive und emotionale Verständnis der grundlegenden Dynamik innerer Konflikte, der zugehörigen interpersonellen Beziehungsmuster, der repetitiven Verhaltensweisen und der Verbindung mit früheren Erfahrungen verstanden. Die Fähigkeit, die eigenen Vulnerabilitäten und Stärken zu verstehen und zu beschreiben ist ebenfalls Teil dieser Dimension.

Zudem wurde vor der Behandlung die Persönlichkeitspathologie (PS) untersucht, die sich aus der Summe der erfüllten Kriterien einer Persönlichkeitsstörung aus dem Strukturierten Klinischen Interview des DSM-IV Achse II Störung (SCID II) ergeben. Zu jeder Evaluation stufen die Patienten ebenfalls 24 Lebensereignisse auf einer Skala von -3 (äußerst negativ) bis +3 (äußerst positiv) ein. Außerdem wurden zusätzliche Behandlungen wie Kontakt zu einem Psychologen, einer Psychotherapie, einer Behandlung mit Psychopharmaka und einer Arbeitsunfähigkeit dokumentiert. Das Working Alliance Inventory (Hovrath & Greenberg, 1989; Tracey & Kokotovic, 1989) wurde in der siebenten Sitzung bewertet.

Moderatoren der Behandlungseffekte

Die Psychotherapieforscher werden stets mit Fragen konfrontiert, die sich darauf beziehen, warum Individuen unterschiedlich auf Behandlungen ansprechen. Für welche Patiententypen oder für welche Charakteristika von Patienten und Fähigkeiten sind Behandlungen maximal oder minimal effektiv? Zwei Patientencharakteristika wurden apriorisch als mögliche Moderatoren des Therapieeffekts ausgewählt: die Qualität der Objektbeziehungen-Skala (OBQ) und das Vorhandensein im Gegensatz zum Nichtvorhandensein von PS. Die OBQ misst die lebenslange Tendenz, bestimmte Arten von Beziehungen zu anderen aufzubauen. Mit Hilfe von drei 8-Punkte-Skalen werden reife bis primitive Beziehungen erfasst. Die Zahl 5.00 bildet den vorbestimmten Grenzwert zur Differenzierung zwischen hohen und niedrigen OBQ Werten. OBQ Werte über dem Grenzwert bedeuten, dass neuere Beziehungen schwierig verlaufen könnten, wobei es jedoch Anzeichen für mindestens eine reife Beziehung in der Vergangenheit des Patienten gibt. OBQ Werte, die auf oder unter dem Grenzwert liegen weisen auf eine Vergangenheit mit wenig befriedigenden Beziehungen hin, für die geringe emotionale Investition, geringe Stabilität und das Bedürfnis nach Abhängigkeit oder Überkontrolle charakteristisch sind.

Teilnehmer

Patienten aus der Allgemeinpraxis, aus privaten Facharztpraxen und aus psychiatrischen Ambulanzen wurden an die Therapeuten der Studie überwiesen und auf deren Eignung überprüft. Die Einschlusskriterien waren großzügig. 100 Patienten wurden nach dem Zufallsprinzip über einen Zeitraum von einem Jahr psychodynamischer Psychotherapie zwei Gruppen zugeordnet: einer Gruppe, in der mit Übertragungsdeutung gearbeitet wurde und einer Gruppe, in der dies nicht der Fall war. Die Auswertung der Ergebnisse durch die Kliniker erfolgte „blind“. Das Randomisierungsverfahren stellte sich als erfolgreich heraus. Zwischen den beiden Gruppen wurden mit Hinblick auf die vorliegenden Merkmale keine signifikanten Unterschiede entdeckt. Der GAF Mittelwert in der Übertragungsgruppe lag vor der Therapie bei 61.2 (SD = 6.1) und in der Vergleichsgruppe bei 60.4 (SD = 7.2). Die Hauptdiagnosen waren: Depression (56% in der Übertragungsgruppe und 60% in der Vergleichsgruppe) und Angststörungen (37% in der Übertragungsgruppe und 31% in der Vergleichsgruppe).

Therapeuten und Behandlungen

Die Therapeuten wurden speziell dafür ausgebildet, dass sie die Behandlung mit einem angemessenen Grad an Übertragungsarbeit (durchschnittlich zwei Übertragungsdeutungen pro Sitzung) als auch ohne solche Einschränkungen mit derselben Leichtigkeit und gleichermaßen gut durchführen können.

Beide Behandlungen basieren auf allgemeinen psychodynamischen Grundsätzen. Eine Behandlung vermeidet es, den Schwerpunkt der Deutung auf die laufende In-

teraktion von Patient und Therapeut zu legen (Vergleichsgruppe). Das andere Verfahren hingegen verwendet Material aus der Interaktion von Patient und Therapeut als wichtiges Aufklärungs- und Darstellungsmittel (Übertragungsgruppe). Das Untersuchungsdesign ist ein sogenanntes konstruktives Dismantling-Design, bei dem eine einzige Komponente (Übertragungsanalyse) einem vorhandenen Behandlungspaket hinzugefügt (oder weggelassen) wird. Dadurch ist es möglich, den kausalen Wirkungsgrad einer spezifischen Technik zu ermitteln.

Die Genauigkeit oder die Vollständigkeit der Behandlung wurde unter Verwendung der Bewertungen aus 4-5 vollständigen Sitzungen von jedem Verfahren zweier Beurteiler, welche „blind“ für die Behandlungsgruppe waren, ausführlich dokumentiert (Sitzungen n = 452). Die Vollständigkeit des Verfahrens stellte sich als hervorragend heraus. Nur die Anwendung der Übertragungsintervention wies signifikante Unterschiede zwischen den beiden Verfahren auf. Außerübertragungsinterventionen wurden häufiger in der Vergleichsgruppe benutzt; jedoch wurden in der Übertragungsgruppe sogar mehr Außerübertragungsinterventionen als Übertragungsinterventionen gemacht (Høglend et al., 2006, 2008). Die Fähigkeit der Therapeuten, wirksame Interventionen durchzuführen war für beide Gruppen gleich hoch. Der Einsatz von unterstützenden Interventionen war für beide Gruppen gleich gering.

Die spezifischen Techniken, die für die Übertragungsarbeit benutzt wurden werden in der folgenden Liste aufgezeigt. Die Kategorien 1-3 sind vorbereitende Maßnahmen und die Kategorien 4-5 sind Übertragungsinterventionen im eigentlichen Sinne. In der Vergleichsgruppe nutzten die Therapeuten durchgängig Material von zwischenmenschlichen Beziehungen außerhalb der Therapie als Grundlage für ähnliche Interventionen (Außerübertragungsdeutungen), ohne jegliche Verbindung zur Beziehung zwischen Patient und Therapeut.

1. Der Therapeut spricht Transaktionen in der Patienten-Therapeuten-Beziehung an.
2. Der Therapeut ermutigt die Erforschung von Gedanken und Gefühlen über die Therapie und den Therapeuten.
3. Der Therapeut ermutigt den Patienten zu besprechen, wie der Therapeut über den Patienten fühlen oder denken könnte.
4. Der Therapeut bezieht sich explizit in die deutende Verknüpfung von dynamischen Elementen (Konflikte), direkten Manifestationen der Übertragung und Übertragungshinweisen mit ein.
5. Der Therapeut deutet zwischenmenschliche Wiederholungsmuster einschließlich genetischer Deutungen und Verknüpfungen zur Übertragung.

+

Beispiele für die verschiedenen Kategorien der Übertragungstechnik

Kategorie 1

Beispiel 1

P: Ich habe nicht verstanden, was Sie meinen.

T: Ja, es war in gewisser Hinsicht dumm von mir, weil es nicht klar war, was ich gesagt habe.

Beispiel 2

P: Nein, ich stimme mit Ihnen in diesem Punkt nicht überein.

T: In Ordnung. Das ist gut, weil Sie jetzt in aller Deutlichkeit sagen, dass Sie nicht mit mir übereinstimmen. Es könnte sein, dass ich Sie missverstanden habe und ich mich auf dem Holzweg befand.

Kategorie 2

Beispiel 1

T: Sie sagten, es verärgert Sie, weil ich zu ruhig bin.

P: Ja. Plötzlich weiß ich nicht, was ich sagen oder tun soll. Und dann könnte es anstrengend werden, etwas zu finden, über das man reden kann.

T: Und dann kommen Sie auf Sachen wie „ich höre jetzt auf“.

P: Naja, darauf kommen? Ich habe darüber sehr lange nachgedacht. Aussteigen. Weitermachen, gewissermaßen. Aber ich frage mich, ob ich trotz allem noch weiter zu den Treffen kommen könnte, auf die gleiche Weise weiterzumachen. Bis zum Ende des Jahres hier sitzen ohne zu reden.

T: Also wenn es nicht in Ordnung ist, hier herzukommen, und Sie mich als einen unmenschlichen Roboter wahrnehmen, wie Sie sagten, würden Sie vielleicht weiterhin kommen, auch wenn Sie nichts davon haben?

Beispiel 2

T: Was kann ich Ihnen sagen, das Ihnen helfen würde?

Beispiel 3

T: Sie hatten die Neigung mich zumindest indirekt zu fragen, was Sie tun sollten, und das Verlangen, zu überprüfen, was ich denke; zum Beispiel meine Ansichten darüber, ob ich Ihren Artikel für gut genug halte. Was denken Sie darüber?

Beispiel 4

T: Wir haben auf scherzhafte Weise darüber gesprochen, was Sie für ein Bild von mir haben. Hat sich dieses Bild geändert? Ich meine, könnte es sein, dass auch ich ein Mensch bin, den Sie von Zeit zu Zeit vermissen könnten?

Kategorie 3

Beispiel 1

P: Gegenüber anderen Leuten habe ich eine glatte Fassade und am stärksten ist meine Barriere dagegen, traurig und hilflos zu sein, so dass es andere Leute nicht sehen können. Aber hier habe ich tatsächlich meine Traurigkeit und Hilflosigkeit offengelegt, so dass es hier nicht mehr so viel zu verschönern gibt.

T: Wie soll ich Sie denn dann ansehen?

Beispiel 2

T: Sie sagen das so, als würden Sie mich fragen, ob ich denke, dass es für Sie zu anstrengend ist.

Beispiel 3

P: Wenn ich dort mit anderen sitze, dann spüre ich, dass sie denken, ich bin dumm und blöd.

T: Ja, und dass ich auch so denke?

P: Ja, vielleicht nicht so sehr, aber das Gefühl an sich ist das gleiche.

Kategorie 4

Beispiel 1

T: Sie sind verärgert, wenn diejenigen, die Ihnen am nächsten sind, solche Dinge sagen, aber Sie können mir gegenüber nicht das Maß an Verärgerung mobilisieren, weil Sie denken, dass es das ist, was Psychiater sagen sollten.

Beispiel 2

P: Es hat mich vor kurzem ein paar Mal getroffen, dass mir Leute aufrichtige Sorge entgegengebracht haben und ich mit Traurigkeit reagiert habe. Ich weiß nicht, ob es ein Verlangen hervorruft oder ob etwas Beängstigendes dahintersteckt. Ich habe irgendwie Angst vor Enttäuschung. Ich mag keine Abhängigkeitsverhältnisse, weil ich von meiner Mutter so abhängig war und ich so enttäuscht wurde.

T: Sind Sie deshalb in Bezug auf mich ängstlich; dass Sie sich emotional zu stark an mich binden und enttäuscht werden könnten?

P: Nein, aber der Gedanke an das Ende der Therapie macht mich ängstlich. Wie werde ich alleine zurechtkommen?

Beispiel 3

T: Es ist so, als würden Sie ablehnen, eine eigene Meinung dazu zu haben, wie wir die Therapie konkret fördern können.

P: Ja.

T: Genauso wie Sie sich zunächst davon abgewandt haben, dass Sie von Ihrer Mutter nichts mehr bekommen.

P: Ja. Ich denke darüber nach, wie geschädigt meine Schwester und ich sind. Ich habe wenig Kontakt zu ihr, aber am Heiligabend sind wir gewöhnlich zusammen. Ein Jahr war ich wütend auf sie und habe sie nicht eingeladen, aber letztes Jahr war sie da. Sie ist schon seit Jahren in Therapie. Ich rief sie neulich an und lud sie zu Weihnachten ein.

Kategorie 5

Beispiel 1

P: Er sagt, er ist sehr verliebt in mich und kann sich sehr gut eine Beziehung mit mir vorstellen.

T: Aber Sie haben Angst enttäuscht zu werden, dass er das Interesse an Ihnen verliert oder ähnliches?

P: Mm hmm.

T: Sie denken, dass auch ich kein Interesse an Ihnen habe.

P: Ja, ich weiß dass Sie sich logischerweise sorgen, aber ich fühle etwas anderes. Ich weiß nicht was. Es ist irgendwie nur ein Gefühl, dass ich bekomme.

T: Diese Angst, dass Menschen, die Ihnen etwas bedeuten, sich nicht kümmern würden; haben Sie das schon immer oder ist es erst später aufgetaucht?

P: Ich denke, ich habe es schon lange, aber ich habe eigentlich nie zuvor darüber nachgedacht.

Beispiel 2

P: Meine Mutter rief mich heute Morgen an. Ich habe sie sofort unterbrochen und erzählt, dass ich jetzt keine Zeit zum Reden hätte, wenn es nicht wirklich wichtig sei. Ich legte auf und obwohl ich viel zu tun hatte, bekam ich ein furchtbar schlechtes Gewissen.

T: Sie erzählten von Schwierigkeiten im Arbeitsleben nein zu sagen und auf sich selbst Acht zu geben. Sie könnten nicht „auflegen“, wenn Sie entweder mit Kollegen sprechen, Ihrer Mutter oder Ihrem Vater, weil Sie besorgt sind, abgelehnt oder bestraft zu werden. Jedoch haben Sie es hier geschafft, mir zu sagen, dass wir unsere nächste Sitzung verschieben müssen, weil Sie ein Treffen in der Schule und am Arbeitsplatz haben.

Ergebnisse

Übertragungsarbeit – Unterschiedliche Effekte für die Subgruppen

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Wirksamkeit in beiden Behandlungsgruppen gleich ist, wie schon Høglend et al. (2006) berichtet haben. Weitere Untersuchungen der Subgruppen offenbarten unterschiedliche Effekte für unterschiedliche Patienten. Überraschend war der Befund, dass Patienten mit langfristigen Mustern schwieriger zwischenmenschlicher Beziehungen am meisten von den Übertragungsinterventionen des Therapeuten profitierten. Dieser Befund widerlegt den Mythos, dass lediglich Patienten mit den meisten Ressourcen von psychoanalytisch orientierter Therapie profitieren würden. Im Gegenteil, es profitieren gerade die Patienten, die am meisten eine Therapie benötigen, mehr von einer Therapie mit Übertragungsdeutung als einer ohne. Folglich können spezifische Techniken, obwohl verschiedene Arten von Psychotherapie generell gleichermaßen wirkungsvoll sind, verschiedene Auswirkungen auf Subgruppen der Patienten haben.

Übertragungsarbeit hat eine Langzeitwirkung

In der Teilstichprobe der Patienten mit niedriger OBQ, die mit Übertragungsarbeit behandelt wurden, war das Ergebnis signifikant vorteilhafter als in der Gruppe ohne diese Interventionstechnik. In der Teilstichprobe mit hohen OBQ Werten waren die Ergebnisse beider Verfahren gleich. Die Effekte sind nicht auf Lebensereignisse, zusätzliche Behandlungen aus der Phase der Nachfolgeuntersuchungen oder Ausfällen aus den Folgebewertungen zurückzuführen. Im Gegenteil, die Patienten der Kontrollgruppe erhielten viermal so viel zusätzliche fachärztliche Behandlung als die Übertragungsgruppe und alle Patienten nahmen an der nachfolgenden Beurteilung (100%) drei Jahre nach Therapieende teil. Nach der Psychotherapie mit Übertragungsarbeit konnte ebenfalls beobachtet werden, dass die Patienten 60% weniger psychiatrische Versorgung bei ihrem Hausarzt nachfragten und dass sich Krankenschreibungen um 75% reduzierten.

Die Befunde aus FEST scheinen sich teilweise mit vergangenen quasiexperimentellen Untersuchungen von Høglend (1993) zu decken. Diese Studie berichtete über einen negativen Effekt hochfrequenter Übertragungsdeutungen (durchschnittlich sechs pro Sitzung) bei Patienten mit hoher OBQ versus einem positiven Effekt niedrigfrequenter Übertragungsdeutung (eine pro Sitzung) bei Patienten mit niedriger OBQ. In dieser Studie erfolgte ein Vergleich hoch- und niedrigfrequenter Übertragungsdeutungen, allerdings fehlte eine Vergleichsgruppe ohne Übertragungsdeutung. Clarkin, Levy, Lenzenweger und Kernberg (2007) und Levy et al. (2006) zeigten, dass ein Jahr übertragungsfokussierte Psychotherapie bei Borderline Patienten der gut etablierten dialektisch-behavioralen Therapie hochüberlegen ist bzw. in einigen Bereichen der dialektisch-behavioralen Therapie überlegen ist, was belegt, dass Übertragungsarbeit Wirkung zeigt.

Veränderungsmechanismen

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass sich Einsicht während eines Jahres dynamischer Psychotherapie für Patienten mit niedriger OBQ, welche Übertragungsinterventionen erhielten, zweimal mehr verbessert hat im Vergleich zu Patienten der Vergleichsgruppe, wobei beide Gruppen vom gleichen Therapeuten behandelt wurden. Die während der Therapie erworbene Einsicht erfüllt alle statistischen Kriterien einer Mediation (Baron & Kenny, 1986) sowie temporaler Präzedenz. Von den 26 Patienten aus der Übertragungsgruppe mit niedrigen Werten auf der OBQ Skala veränderten sich während der Behandlungsdauer von einem Jahr 18 (69%) stärker (schneller) auf der Einsicht-Skala als auf den zwischenmenschlichen Skalen. Während des einen Jahres nach der Behandlung veränderten sich nur acht (32%) der selben Patienten stärker auf der Einsicht-Skala als auf den zwischenmenschlichen Skalen. Einsicht stieg im Durchschnitt nach Therapieende nicht an, allerdings verbesserte sich kontinuierlich die zwischenmenschliche Funktionsfähigkeit über die dreijährige Nachuntersuchungsphase nach Therapieende. In der Vergleichsgruppe veränderte sich die zwischenmenschliche Funktionsfähigkeit und Einsicht in nahezu gleicher Weise. Einsicht könnte auch eine bedeutende Auswirkung auf die zwischenmenschliche Funktionsfähigkeit in den anderen Patientensubgruppen haben, allerdings ist es nicht möglich zu bestimmen, was in diesen Gruppen zuerst auftrat.

Verbesserte Einsicht könnte das Verständnis für andere erhöhen, wodurch sich über die Zeit zwischenmenschliche Beziehungen verbessern. Die Ergebnisse stützen den Gedanken (die Vorstellung), dass Langzeitveränderungen der zwischenmenschlichen Funktionsfähigkeit durch erhöhte Einsicht (Veränderungsmechanismus) mediert werden. Die Befunde deuten auf einen kausalen Zusammenhang zwischen Übertragungsarbeit, Einsicht und Ergebnis hin.

Ein großer Anteil (60%) der Langzeiteffekte der Übertragungsarbeit wird durch mehr Einsicht, die während der Behandlung gewonnen wird, erklärt. FEST ist die erste Untersuchung, die den Beleg liefert, dass Einsicht, ein theoriebasierter Mediator, viele der Langzeiteffekte der Übertragungsdeutung in Einklang mit Freuds Spekulationen vor über 100 Jahren erklären kann.

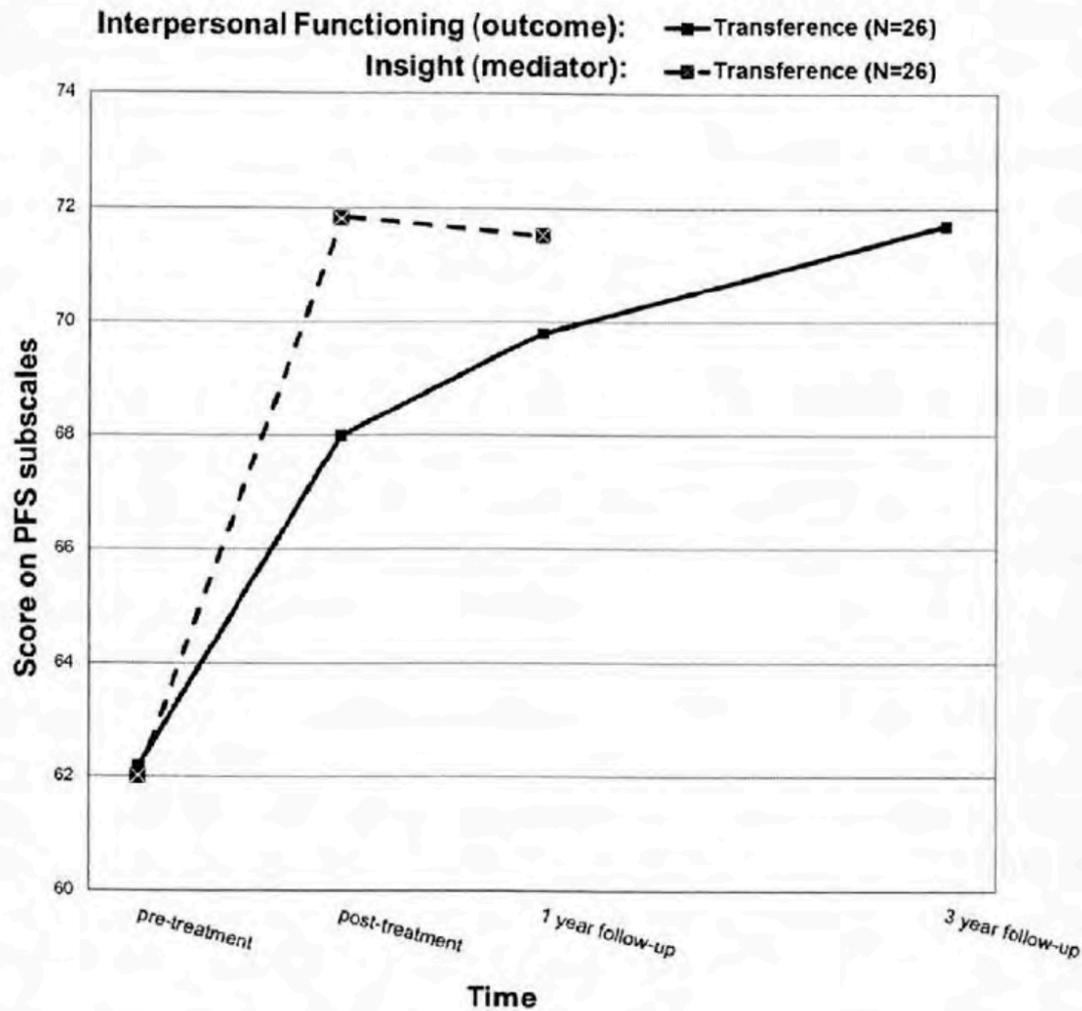


Abb. 1. Veränderung über die Zeit von Einsicht und zwischenmenschlicher Funktionsfähigkeit von Patienten mit niedriger Qualität der Objektbeziehungen und erhaltener Übertragungsintervention.

Abbildung 1 illustriert, dass sich in der Teilstichprobe der Patienten mit niedrigen OBQ Skalenwerten, die Übertragungsdeutungen erhalten haben ($n = 26$), die Einsicht während der Behandlung erheblich verbessert hat, während sich die zwischenmenschliche Funktionsfähigkeit über die dreijährige Nachuntersuchungsphase nach Therapieende kontinuierlich verbessern konnte.

Die Auswirkung von therapeutischer Allianz

Gemeinsame Faktoren versus spezifische Faktoren. Die therapeutische Allianz wird als der Faktor betrachtet, der am konsequentesten die Varianz der Wirksamkeit von Psychotherapie erklärt. Ob Psychotherapie eine Wirkung aufgrund gemeinsamer, nichtspezifischer Faktoren wie therapeutische Allianz oder aufgrund spezifischer Techniken wie Übertragungsdeutung hat, ist Schwerpunkt der Debatte in der Psychotherapieforschung. Bisher haben wenige Studien die Interaktion zwischen gemeinsamen und spezifischen Faktoren untersucht. Eine Drei-Wege-Interaktionsanalyse zwischen Qualität der Objektbeziehungen, Übertragungsarbeit und Allianz

konnte aufdecken, dass die therapeutische Allianz eine signifikant unterschiedliche Auswirkung auf die Effekte der Übertragungsarbeit ausübt, je nach Level der OBQ (Høglend, Hersoug et al., 2011). Für Patienten mit einem lebenslangen Muster konfliktreicher Beziehungen, Einsamkeit und krankhafter zwischenmenschlicher Funktionsfähigkeit ergibt sich ein positiver Effekt der Übertragungsarbeit, unabhängig von der Qualität der Allianz. Im Rahmen einer niedrigen therapeutischen Allianz wirkt sich für die Mehrheit der Patienten die Übertragungsarbeit positiv aus. Sobald die Qualität der Allianz als auch der OBQ Wert hoch ist, lässt sich ein negativer Effekt der Übertragungsarbeit beobachten, z.B. zeigt eine Therapie ohne solche Interventionen mehr Wirkung. Die Befunde gehen in die direkt entgegengesetzte Richtung zu dem, was allgemein in der populären klinischen Theorie behauptet wird, nämlich dass reifere Beziehungen sowie eine starke therapeutische Allianz für eine erfolgreiche Übertragungsarbeit erforderlich sein könnten.

Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass Übertragungsarbeit für Patienten mit einer Geschichte von schlechten Objektbeziehungen und schwieriger, wenig befriedigender zwischenmenschlicher Beziehungen am wichtigsten zu sein scheint. Diese Patienten scheinen am meisten von Übertragungsarbeit im Rahmen schlechter Allianz zu profitieren. Eine mögliche Erklärung für den negativen Effekt der Übertragungsarbeit könnte sein, dass Patienten mit besserer zwischenmenschlicher Funktionsfähigkeit und guter Zusammenarbeit mit den Therapeuten, Übertragungsarbeit als störend und unbedeutend erleben könnten.

Haben Patientencharakteristika und Allianz nach der Therapie einen prädiktiven Effekt auf die langfristige Dynamik und zwischenmenschliche Funktionsfähigkeit bezüglich der beiden Therapien?

Basierend auf dem gut etablierten Zusammenhang zwischen früherer Allianz und Psychotherapieerfolg wurde der Zusammenhang zwischen der therapeutischen Allianz und dem Langzeitergebnis drei Jahre nach Therapieende untersucht. Die Allianz alleine hat einen signifikanten Einfluss auf das Langzeitergebnis der vorbestimmten primären Ergebnisvariablen der Untersuchung: Psychodynamische Funktionsskalen (PFS) und Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP; Hersoug, Høglend, Gabbard, & Lorentzen, 2013). Wenn zusätzlich zur anfänglichen Allianz Erwartungen und Patientencharakteristika der Vorbehandlung, die signifikant mit anfänglicher Allianz verbunden sind, in die statistischen Analysen einbezogen werden, dann ist eine schwerere pathologische Persönlichkeitsstörung der stärkste Prädiktor für ein günstiges Ergebnis, zusätzlich zu der Auswirkung der Allianz, die nicht mehr signifikant ist. So übertrifft z.B. Patientencharakteristika Allianz als Prädiktor von Langzeitergebnissen über die Behandlung hinweg. Die Befunde weisen darauf hin, dass eine längere psychodynamische Behandlung vorteilhaft ist, besonders für Patienten mit PS.

Zusammenhänge zwischen Allianz, Erwartung und Ergebnis. Johansen et al. (2010) und Johansen, Høglend und Hersoug (2011) untersuchten die Zielerwartungen der Vorbehandlung und die globale Erwartung der Patienten. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Globaler Optimismus signifikant mit der PFS und GAF zusammenhängt. Die Erwartungs-Allianz-Ergebnis-Mediationskette scheint ein generelles Phänomen zu sein, das nicht auf Patientensubgruppen oder Behandlungsmethoden begrenzt ist. Keiner der sechs mutmaßlichen Moderatoren hatte einen signifikanten

ten Effekt. Erwartungen scheinen eine der häufigen Faktoren über die verschiedenen Behandlungsarten hinweg zu sein. Um realistische Erwartungen für die Psychotherapie zu verhandeln, kann es wichtig sein, ob der Patient unrealistisch hohe Erwartungen oder unrealistisch niedrige Erwartungen hat. In beiden Situationen kann es viel dazu beitragen, den Patienten zu unterrichten, was von der Therapie erwartet werden kann, um eine solide therapeutische Allianz aufzubauen und um ein günstiges Ergebnis zu erreichen.

Übertragungsarbeit und geschlechtsspezifische Unterschiede in der Nachbehandlung

Frauen und Männer sprachen in FEST gleichermaßen auf beide Behandlungen in der gesamten Stichprobe (n = 99) an, was konsistent zu früheren Untersuchungsbeurteilungen ist. Allerdings stellte sich heraus, dass das Geschlecht des Patienten einen Moderatoreffekt auf Übertragungsarbeit ausübt. Frauen sprechen signifikant besser als Männer auf eine Therapie mit Übertragungsintervention an, während Männer signifikant besser als Frauen auf eine Therapie ohne Übertragungsintervention ansprechen. Es existiert eine Interaktion zwischen dem Geschlecht des Patienten und dem OBQ Wert: es trat ein starker positiver Effekt auf die Übertragungsarbeit bei weiblichen Patienten mit niedrigen OBQ Skalenwerten auf, während bei den männlichen Patienten mit hohen OBQ Skalenwerten ein negativer Effekt auf die Übertragungsarbeit erschien. Die Subgruppe der Frauen mit schwacher zwischenmenschlicher Funktionsfähigkeit wies einen besonders starken Effekt auf dynamische Psychotherapie mit Übertragungsarbeit auf (Ulberg, Johansson, Marble & Høglend, 2012).

Langzeiteffekte. Ein positiver Langzeiteffekt dynamischer Psychotherapie mit Übertragungsinterventionen konnte im Vergleich zu einer Therapie ohne Übertragungsinterventionen bei Frauen mit durchschnittlicher Funktionsfähigkeit in zwischenmenschlichen Beziehungen herausgefunden werden. Bei den Männern gab es bei beiden Behandlungsmethoden keine Unterschiede im Langzeitverhalten.

Die Auswirkung auf Persönlichkeitspathologie

Es wurde die Subgruppe von Patienten mit überwiegendem Cluster C PS (n = 56; z.B. selbstunsicher-vermeidende, abhängige, zwanghafte PS) in Hinblick auf die Behandlungseffekte erforscht. In der dreijährigen Phase nach Behandlungsende waren die Ergebnismaße Remission der PS, Verbesserung der zwischenmenschlichen Funktionsfähigkeit und der Gebrauch von psychischen Gesundheitsressourcen. Nach der Therapie mit Übertragungsarbeit verbesserten sich PS Patienten signifikant mehr im psychopathologischen Kern und in der zwischenmenschlichen Funktionsfähigkeit. Die Ausfallrate konnte auf Null und die Nutzung von Gesundheitsdiensten konnte um 75% im Vergleich zur Therapie ohne diese Bestandteile reduziert werden. Drei Jahre nach Behandlungsende erfüllten in der Übertragungsgruppe 73% nicht mehr die Diagnosekriterien für irgendeine PS, im Vergleich zu 44% in der Vergleichsgruppe. Langzeitpsychotherapie, die Übertragungsarbeit beinhaltet, scheint eine effektive Behandlung für Cluster C PS und mildere Cluster B PS, z.B. Borderli-

ne, Narzissmus, histrionische und antisoziale PS zu sein (Høglend, Dahl, Hersoug, Lorentzen, & Perry, 2011).

Klinische Implikationen. Patienten mit mehr Persönlichkeitspathologie sprechen besser als Patienten mit weniger Persönlichkeitspathologie an und können erfolgreich mit Psychotherapie mit Übertragungsdeutung behandelt werden. In der Langzeitperspektive haben diese Patientencharakteristika den stärksten Effekt auf das Ergebnis, welches an die Bedeutung der Fokussierung auf dysfunktionale zwischenmenschliche Probleme erinnert, da sie sowohl in der Übertragung als auch im täglichen Leben des Patienten außerhalb der Therapie auftauchen. Die therapeutische Aufgabe besteht darin, eine offene Diskussion wiederkehrender Muster zwischenmenschlicher Schwierigkeiten mit dem empathischen Verständnis, dass diese Muster aufgrund ihrer langjährigen fest verwurzelten Eigenschaft schwer zu ändern sind, auszubalancieren.

Die Schnittstelle zwischen Forschung und Klinischer Praxis: FEST Erfahrungen

Gibt es nach wie vor ein inhärentes Spannungsverhältnis zwischen klinischer Beurteilung, Kreativität und Innovation auf der einen Seite und klinischen Richtlinien basierend auf klinischen Befunden auf der anderen Seite? Die Kluft zwischen Forschern und Klinikern zu überbrücken, ist eine Herausforderung: Kliniker tendieren dazu, Psychotherapieforschung als zu sehr vereinfachend oder irrelevant für ihre klinische Ausübung zu betrachten.

Die Ergebnisse von der FEST Untersuchung weisen darauf hin, dass Kliniker sehr gut in präzisen Bewertungen sind, z.B. in der Anwendung der PFS oder Einsicht (Høglend, 2003). Wie wurden die Ergebnisse gewonnen? Die Therapeuten waren zunächst an ihren eigenen Patienten interessiert und bereit ihre eigenen klinischen Fähigkeiten weiterzuentwickeln. In der Studienphase traf sich die Gruppe der Therapeuten regelmäßig, um ihre Erfahrungen zu diskutieren. Die Therapeuten lernten zuverlässige Operationalisierungen des theoretischen Konzepts. Alle waren der Ansicht, dass dies eine wertvolle und wichtige Ergänzung zur klinischen Erfahrung war, welche ihre klinischen Überlegungen und Ansichten inspirierte und weiterbrachte.

Die FEST Therapeuten waren auch klinische Beurteiler und Forscher, z.B. hatten die Therapeuten wiederholt Kontakt zu allen Patienten. Die Patienten berichteten, dass dies positiv zu den Effekten des therapeutischen Prozesses beigetragen hat. Mehrere Jahre nach Behandlungsende scheinen die Langzeit-Nachbeurteilungen auch eine besonders wertvolle Lernerfahrung für die Therapeuten gewesen zu sein.

Die Forschungsinstrumente wurden von den Therapeuten als mit ihren klinischen Zielen übereinstimmend wahrgenommen. Alle schätzten ihr forschungsbasiertes klinisches Training gegenüber ihrem zuvor ausführlichen Training an verschiedenen Lehrinstituten, welches hauptsächlich aus theoretischen Seminaren und instrumentellen Fallsupervisionen bestand, als überlegen ein. Obwohl einige diese klinische Supervision, die basierend auf manualisierten therapeutischen Verfahren die klinische Beurteilung hemmen kann, beibehielten, war der Eindruck dieser Studie, dass

manualisierte Techniken die klinische Flexibilität und Kreativität nicht schädigen und dass Therapeuten nicht ihren eigenen persönlichen Stil beeinträchtigen. Mit einem umfangreichen Training kann der Einsatz spezifischer Techniken gemäß einer Behandlungsanleitung gemessen und überwacht werden.

Zusammenfassung

Die erste apriorische Hypothese dieser Studie lautete, dass Übertragungsarbeit spezifische Langzeiteffekte, zumindest für Patienten mit reiferen Beziehungen, mehr psychologischen Ressourcen und weniger Psychopathologie, aufweisen würde. Allerdings weisen die Ergebnisse im Gegensatz zur gängigen klinischen Meinung darauf hin, dass die Teilstichprobe der Patienten mit geringer Objektbeziehungsqualität signifikant mehr von einer Therapie mit Übertragungsarbeit profitiert als ohne, während Patienten mit reifen zwischenmenschlichen Beziehungen gleichermaßen gut von beiden Behandlungen profitieren. Trotz des Umstandes, dass Patienten in der Vergleichsgruppe mehr als doppelt so viele zusätzliche Behandlungen im Vergleich zur Übertragungsgruppe erhalten haben, konnte der Effekt der Übertragungsarbeit für Patienten mit niedriger OBQ über eine dreijährige Nachuntersuchungsphase aufrechterhalten werden.

Da die Patienten verschiedene Probleme und Symptome aufwiesen – Depression, Angst und PS –, können die Ergebnisse nicht genau darauf hinweisen, welche Effekte bei homogenen Diagnostikgruppen auftreten. Auf der anderen Seite erhöht die Diagnosenielfalt die Generalisierbarkeit ambulanter Patienten, die auf der Suche nach einer Psychotherapie sind. Die experimentelle Kontrolle einer spezifischen psychotherapeutischen Technik kann verschiedene Ergebnisse aus der klinischen Praxis liefern, bei der der Therapeut versucht, seine oder ihre Technik den einzelnen Patienten anzupassen. Eine solche Kontrolle ist der einzige Weg, um kausale Beziehungen zu untersuchen.

Gesündere Patienten können subtilere Übertragungshinweise anbieten, so dass Therapeuten gezwungen sind, Übertragungsarbeit mehr auf Schlussfolgerungen als auf konkreten Hinweisen zu basieren. Im Gegensatz dazu können die frühen spontanen Übertragungsdarstellungen von weniger gesunden Patienten, wie Angst vor Ablehnung, Abhängigkeit / Konterdependenz oder Idealisierung / Entwertung, eine „abhängige“ oder „pathologische“ Form annehmen, die für Übertragungsarbeit geeigneter ist.

Konklusion

Der Ergebnisüberblick in der FEST Untersuchung deutet darauf hin, dass:

- moderate Akzentsetzung auf Übertragungsarbeit insbesondere dann sinnvoll sein kann, wenn man Patienten mit Persönlichkeitsstörungspathologie und

gravierenden und chronischen Schwierigkeiten im Gründen von stabilen und erfüllenden Beziehungen behandelt.

- ein moderater Gebrauch von Übertragungsarbeit spezifische positive Effekte auf die langfristige Funktionsfähigkeit für Patienten mit niedriger OBQ, mediert durch einen Anstieg der Einsicht während der Therapie, hat.
- FEST zur Entwicklung von Methoden beigetragen haben dürfte, um einige Techniken der Psychoanalyse zu untersuchen – warum, für wen und wie sie wirken.

Danksagung

Die Autoren danken Svein Amlo, M.D., für seine Mitwirkung an den Beispielen der Kategorien der Übertragungsarbeit.

Literatur

- Alden, L. E., Wiggins, J. S., & Pincus, A. L. (1990). Construction of circumplex scales for the inventory of interpersonal problems. *Journal of Personality Assessment*, *55*, 521-536.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual strategic and statistical considerations. *Journal of Personality & Social Psychology*, *51*, 1173-1182.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, *164*, 922-928.
- Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Shappell, S., Barber, J. P., Luborsky, L., & Shaffer, C. (1999). Relations of transference interpretations to outcome in the early sessions of brief supportive-expressive psychotherapy. *Psychotherapy Research*, *9*, 485-495.
- Gabbard, G. O. (1992). When is transference work useful in dynamic psychotherapy? *American Journal of Psychiatry*, *163*, 1667-1669.
- Gabbard, G. O., Horwitz, L., Allen, J. G., Frieswyk, S., Newsom, G., Colson, D. B., & Coyne, L. (1994). Transference interpretation in the psychotherapy of borderline patients: A high-risk, high-gain phenomenon. *Harvard Review of Psychiatry*, *2*, 59-69.
- Hersoug, A. G., Høglend, P., Gabbard, G. O., & Lorentzen, S. (2013). The combined predictive effect of patient characteristics and alliance on long-term dynamic and interpersonal functioning after dynamic psychotherapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *20*, 297-307.
- Høglend, P. (1993). Transference interpretations and long-term change after dynamic psychotherapy of brief to moderate length. *American Journal of Psychotherapy*, *47*, 494-507.
- Høglend, P. (2003). Long-term effects of brief dynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research*, *13*, 271-292.
- Høglend, P., Amlo, S., Marble, A., Bøgwald, K.-P., Sørbye, Ø., Sjaastad, M. C., & Heyerdahl, O. (2006). Analysis of the patient-therapist relationship in dynamic psychotherapy: An experimental study of transference interpretations. *American Journal of Psychiatry*, *163*, 1739-1746.
- Høglend, P., Bøgwald, K.-P., Amlo, S., Heyerdahl, O., Sørbye, Ø., & Marble, A. (2000). Assessment of change in dynamic psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, *9*, 190-199.
- Høglend, P., Bøgwald, K.-P., Amlo, S., Marble, A., Ulberg, R., Sjaastad, M. C., ... Johansson, P. (2008). Transference interpretations in dynamic psychotherapy: Do they really yield sustained effects? *American Journal of Psychiatry*, *165*, 763-771.
- Høglend, P., Dahl, H.-S., Hersoug, A. G., Lorentzen, S., & Perry, J. C. (2011). Long-term effects of transference interpretation in dynamic psychotherapy of personality disorders. *European Journal of Psychiatry*, *26*, 419-424.
- Høglend, P., Hersoug, A. G., Bøgwald, K.-P., Amlo, S., Marble, A., Sørbye, Ø., ... Crits-Christoph, P. (2011). Effects of transference work in the context of

- therapeutic alliance and quality of object relations. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 67, 355-367.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223-233.
- Johansen, P., Høglend, P., & Hersoug, A. G. (2011). Therapeutic alliance mediates the effect of patient expectancy in dynamic psychotherapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 50, 283-297.
- Johansen, P., Høglend, P., Ulberg, R., Amlo, S., Marble, A., Bøgwald, K.-P., ... Heyerdahl, O. (2010). The mediating role of insight for long-term improvements in psychodynamic therapy. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 78, 438-448.
- Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. S., Weber, M., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 74, 1027-1040.
- Malan, D. (1976). *Toward the validation of dynamic psychotherapy*. New York, NY: Plenum.
- Ogrodniczuk, J. S., & Piper, W. E. (1999). Measuring therapist technique in psychodynamic therapies: development and use of a new scale. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 10, 69-79.
- Piper, W. E., Azim, H. F., Joyce, A. S., & McCallum, M. (1991). Transference interpretations, therapeutic alliance, and outcome in short-term individual psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 48, 946-953.
- Sifneos, P. E. (1992). Short-term anxiety-provoking psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 13, 271-292.
- Tracey, T. J., & Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment*, 1, 207-210.
- Ulberg, R., Høglend, P., Marble, A., & Johansson, P. (2012). Women respond more favorably to transference intervention than men: A randomized controlled study of long-term effects. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 200, 223-229.
- Ulberg, R., Johansson, P., Marble, A., & Høglend, P. (2009). Patient sex as moderator of effects of transference interpretation in a randomized controlled study of dynamic psychotherapy. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54, 78-86.

Anne Grete Hersoug, Psy.D., Ph.D., ist Klinische Psychologin. Sie arbeitet als Psychotherapeutin und Supervisorin sowie als Senior Researcher an der Universität in Oslo. Ihr neues Forschungsthema bezieht sich auf die therapeutische Allianz und die Entwicklung interpersonaler Beziehungen in psychodynamischer Psychotherapie mit depressiven Jugendlichen.

Randi Ulberg, M.D., Ph.D., ist Fachärztin für Psychiatrie und arbeitet als Supervisorin. Sie leitet im Vestfold Hospital Trust in Norwegen eine Forschungsstelle. Ihre Forschung bezieht sich hauptsächlich auf die Auswirkungen von Übertragungsarbeit auf

Erwachsene und Jugendliche. Sie ist Leiterin einer laufenden Studie über psychodynamische Psychotherapie für depressive Jugendliche.

Per Høglend, M.D., Ph.D., ist Psychiatrieprofessor an der Universität Oslo in Norwegen. Seine Forschungsprojekte beziehen sich auf psychodynamische Psychotherapie für Erwachsene, wobei der Schwerpunkt auf den verschiedenen Auswirkungen der Übertragungsarbeit für verschiedene Gruppen von Patienten liegt. Er hat 120 wissenschaftliche Arbeiten mit einem breiten Themenspektrum veröffentlicht.