

Wann ist die Arbeit mit Übertragungsdeutungen in psychodynamischer Psychotherapie von Nutzen?

Ein empirischer Forschungsbericht¹

Per Høglend² and Glen O. Gabbard³

Zusammenfassung Der Einsatz von Übertragungsdeutungen als Technik der psychoanalytischen und psychodynamischen Psychotherapie wird seit nunmehr 100 Jahren ausführlich erörtert. Mehr als 8.000 Beiträge und Buchkapitel haben das Konzept der Übertragung diskutiert. Bis zum Jahr 2000 haben zehn Studien von dynamischen Kurzzeittherapien den Zusammenhang zwischen der Dosierung von Übertragungsdeutungen und dem Ergebnis einer Therapie untersucht. Sechs Studien berichteten über negative Korrelationen bei der Frequenz von Übertragungsdeutungen und dem Ergebnis einer Therapie; allein die Erststudie von Malan berichtete von einer positiven Korrelation. Alle bisherigen Studien-Designs sind mehr oder weniger fehlerhaft. In dieser Arbeit stellen wir a) eine lange zurückliegende Studie, die die unmittelbare Wirkung von Übertragungsdeutungen untersuchte (Gabbard 1994) und b) eine aktuell veröffentlichte groß angelegte randomisierte klinische Studie vor, die speziell geplant wurde, um die Langzeitwirkung von Übertragungsdeutungen zu erforschen (Høglend 2006, 2008).

Schlagwörter Sitzungsergebnis • Langzeitergebnis • Mediatoren • Moderatoren • Psychodynamische Psychotherapie • Übertragungsarbeit

When Is Transference Work Useful in Psychodynamic Psychotherapy? A Review of Empirical Research.

Abstract: The technical use of transference interpretations in psychoanalysis and psychodynamic psychotherapy has been debated extensively over a period of 100 years. More than 8,000 papers and book chapters have discussed the concept of transference. Up to year 2000, ten studies of brief dynamic psychotherapy had explored the association between dosage levels of transference interpretations and therapy outcome. Six studies reported negative correlations, and one initial study by Malan reported a positive correlation, between frequency of transference interpretations and outcome. All of the studies have more or less faulty designs. In this chapter, we present a study of immediate effects of transference interpretation (Gabbard 1994) and a recently published large randomized clinical study, specifically planned to research the long-term effects of transference interpretations (Høglend 2006, 2008).

¹ Høglend P & Gabbard GO (2012) When is transference work useful in psychodynamic psychotherapy? A review of empirical research. in: Levy R, Ablon SJ & Kächele H (Hrsg) Psychodynamic Psychotherapy Research. Humana Press, New York, 449-467; deutsche Übersetzung besorgt von M. Dittmann und H. Kächele (IPU Berlin)

² P. Høglend, M.D., Ph.D. (Korrespondenz-Kontakt)
Professor, Institute of Clinical Medicine, University of Oslo, Oslo, Norwegen
e-Mail: p.a.hoglend@medisin.vio.no

³ G.O. Gabbard, M.D.
Brown Foundation Chair of Psychoanalysis, Professor für Psychiatrie, Menninger Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Baylor College of Medicine, Houston, Texas, USA
e-Mail: ggabbard12@aol.com

bard 1994) and a recent large-scale dismantling randomized clinical trial specifically designed to study long-term effects of transference interpretation (Høglend 2006 und 2008).

Keywords: In-session outcome - long-term outcome - mediators - moderators – psychodynamic psychotherapy - transference work

Die Analyse der Übertragung ist, seit Freud den Begriff 1895 eingeführt hat, das Herzstück der Psychoanalyse und psychoanalytisch orientierter Psychotherapie. Das Konzept der Übertragung war aus Freuds Sicht eine lebendige Rekonstruktion der verdrängten lebensgeschichtlichen Vergangenheit des Patienten, die dieser auf das aktuelle Beziehungsgeschehen, v.a. auf die Beziehung zum Therapeuten, „überträgt“. In Freuds erster begrifflicher Annäherung beschreibt er es als eine „falsche Verknüpfung“ (Freud 1895d, S. 299). Anders ausgedrückt, verschiebt der Patient die Gefühle, die mit der vergangenen Figur im Leben des Patienten assoziiert werden, auf den Analytiker. Die erste detaillierte klinische Beschreibung der Übertragung war der berühmte Fall „Dora“ (Freud 1905e). Dora brach die Psychotherapie nach drei Monaten ab. Freud schrieb im Nachwort: „Es gelang mir nicht, der Übertragung rechtzeitig Herr zu werden...Zu Anfang war es klar, daß ich ihr in der Phantasie den Vater ersetzte...“ (S. 282)

Seit Freuds Tod reflektieren zahlreiche Beiträge zur Übertragung theoretische Unstimmigkeiten. Es wurde argumentiert, dass auch neuere Konzepte, wie das des therapeutischen Arbeitsbündnisses und das der Realbeziehung zum Therapeuten bei der Reaktion des Patienten auf den Therapeuten bedacht werden müssten (Ehrenreich 1987). Unklar ist, ab wann von der Übertragung als Reinszenierung einer früheren Beziehung bzw. als neue Erfahrung zu sprechen ist (Cooper 1987). Der Konstruktivismus (Hoffman 1998) rückt die persönliche Beteiligung des Analytikers in den Blick, wonach er selbst eine kontinuierliche Wirkung darauf hat, was er vom Patienten und der Interaktion versteht. Anders ausgedrückt beeinflusst das tatsächliche Verhalten des Analytikers immer die Erfahrung des Patienten, die dieser aus der analytischen Situation gewinnt. Einige Intersubjektivisten (Stolorow et al. 1987) haben argumentiert, dass zusätzlich zum repetitiven Aspekt der Übertragung auch ein unbewusster Wunsch im Patienten nach Heilung und einem wiedergutmachenden neuen Objekt in die Übertragung eingebettet ist.

Ursprünglich hat die psychoanalytische Literatur Deutungen definiert als therapeutische Interventionen, die dem Bewusstsein unbewusstes Material zuführen. Ob ein bestimmtes Material wirklich außerhalb des Bewusstseins des Patienten liegt (unbewusst ist), ist schwer festzustellen. Dies gilt nicht nur für den Forscher, der aufgezeichnete Sitzungen anhört, sondern auch für den Psychotherapeuten, der den Patienten behandelt.

In jüngerer Zeit haben sich klinische Theoretiker und Forscher auf sparsamere Definitionen von Deutungen gestützt, die „erfahrungsnäher“ sind. Dabei wurde festgestellt, dass sich viele Deutungen tatsächlich eher auf vorbewusstes, als auf wirklich unbewusstes Material beziehen. Die Darlegung der vielen, leicht unterschiedlichen Definitionen sprengt den Rahmen dieses Artikels. Es scheint jedenfalls ein allgemeines Einverständnis in der psychodynamischen Tradition zu geben, wonach Deutungen Interventionen beinhalten, die darauf abzielen, eine (ursächliche oder per Analogie hergestellte) Verbindung zwischen verschiedenen inneren dynamischen Anteilen (wie Wünschen, Bedürfnissen, Motiven, Affekten, Abwehr-

vorgängen, Ängsten usf.) und vergangenen oder aktuellen Objekten (Personen) herzustellen. Übertragungsdeutungen sind eine Untergruppe von Deutungen, in der auch explizit die Interaktionen von Patient und Therapeut verknüpft werden. Als Alternative zu Übertragungsdeutungen bieten sich solche Interpretationen an, die den Bezug zur Interaktion von Patient und Therapeut ausschließen. Beispielsweise seien hier Deutungen außerhalb der Übertragung genannt, die sich auf Konflikte bzw. interpersonale Muster der gegenwärtigen Beziehungen des Patienten oder auf die Suche nach Erinnerungen an vergangene Beziehungen stützen (ohne Bezug zur aktuellen therapeutischen Beziehung). Ein Beispiel einer solchen Deutung kann sein:

„Ich bemerke, dass Sie dazu tendieren, das Sprechen über Ihre Traurigkeit und Wut nach Ihrer Scheidung zu vermeiden. Vielleicht, weil Sie unwohl fühlen, wenn Sie sich daran erinnern?“

Eine Deutung desselben Materials kann einen expliziten Bezug zur Interaktion von Patient und Therapeut beinhalten (Übertragungsdeutung):

„Es scheint mir, dass Sie vermieden haben, über Ihre Traurigkeit und Wut nach Ihrer Scheidung zu reden, weil es Sie unwohl fühlen lässt. Vielleicht zögern Sie aus denselben Gründen, mit mir über Ihre Gefühle über das Ende der Therapie zu sprechen?“

Theoretisch kann fast jede Assoziation des Patienten eine Bedeutung für die Übertragung haben, gegen deren Bewusst-Werdung oft Widerstand geleistet und somit die Übertragung aufrechterhalten wird. Ein Beispiel für diesen Widerstand ist folgende Passage:

„Sie haben mir erzählt, dass Ihre Kollegin nicht ihren Teil zur Arbeit beisteuert. Das bereitete Ihnen Kopfschmerzen, die Sie seit unserer letzten Sitzung plagten. Könnte dies mit einem Gefühl zu tun haben, dass ich nicht meinen Teil zu dieser analytischen Arbeit beitrage? Vielleicht ist es schwierig für Sie, mir das direkt zu sagen“.

Eine Deutung dieses Materials kann auch ohne einen Bezug zur Übertragung gegeben werden:

„Sie fühlen, dass Ihre Kollegin die Situation ausnutzt. Ihr das zu sagen, fällt Ihnen schwer und deshalb bekommen Sie Kopfschmerzen.“

Von einflussreichen Theoretikern wurde argumentiert, dass eine Deutung außerhalb der Übertragung sowohl den Patienten als auch den Therapeuten defensive Intellektualisierung befördere und langfristig gesehen bestenfalls instabile Veränderungen verursache (Strachey 1934; Gill 1982). Auf der anderen Seite ermögliche die Analyse der Übertragung dem Patienten (und dem Analytiker), unmittelbar zwischen dem Realen der Situation und der Phantasie aus vergangener Erfahrung, unterscheiden zu können. Den Fokus auf Konflikte und Themen zu legen, die aus der therapeutischen Beziehung erwachsen, würde deshalb eine unmittelbare affektive Resonanz erzeugen und beleuchte die wahre Natur von Problemen in den Beziehungen des Patienten außerhalb der Therapie. Übertragungsdeutungen sollen eine Kette an Ereignissen in Bewegung setzen, die Einsicht und Veränderung ermöglichen. Dies könne ein Schutz gegen zukünftige stressbesetzte Ereignisse sein, indem der Patient seine Zukunft besser planen kann und nach einiger Zeit die Beziehungsqualität verbessert würde.

Der Einsatz von Übertragungsdeutungen als Technik der psychodynamischen Psychotherapie wird seit nunmehr 100 Jahren intensiv diskutiert. Auffällig unterschiedlich sind die Positionen, die einflussreiche Psychoanalytiker zur Wichtigkeit von Übertragungsdeutungen bzw. Deutungen außerhalb der Übertragung eingenommen haben.

Die „konservative“ Position

An einer Stelle betrachtete Freud die Auflösung von Übertragungen mittels Deutung als *sine qua non* therapeutischer Veränderung (Freud 1905e). Allerdings bezeichneten Freud und andere Analytiker die Übertragungsarbeit später als Ergänzung (sekundär) zur Arbeit außerhalb der Übertragung. Übertragungsdeutungen wurden vorwiegend zum Überwinden von Widerständen eingesetzt. Strachey (1935) festigte diese Perspektive in seiner einflussreichen Arbeit *Die Grundlagen der therapeutischen Wirkung der Psychoanalyse* (Originaltitel: *The nature of the therapeutic action of psychoanalysis*; 1934). Er hielt an dem Gedanken fest, dass die meisten Deutungen, die Analytiker tatsächlich vornehmen, solche außerhalb der Übertragung sind. Bis ein Patient eine intensive „Übertragungsneurose“ entwickelt habe, auch gefördert durch die Neutralität des Therapeuten (und dies geschehe nicht in einer Kurzzeittherapie), seien Übertragungsdeutungen „verfrüht“. Glover (1955) und andere warnten vor zu häufigem Einsatz von Übertragungsdeutungen, v.a. am Anfang der Behandlung. Andere amerikanische Autoren in der Mitte des 20. Jahrhunderts glaubten, ein moderater Einsatz von Übertragungsdeutungen sei zwar für Psychoanalyse und psychodynamische Langzeit-Psychotherapie unverzichtbar, jedoch sollte darauf in Kurzzeit-Psychotherapien gänzlich verzichtet werden (Berliner 1941; Deutsch 1949; Pumpian-Mindlin 1953).

Die wichtigsten Argumente in der klinischen Literatur gegen die häufige Verwendung von Übertragungsdeutungen sind, dass diese Angst auslösen oder kritisch wahrgenommen werden könnten. Aus Sicht des Patienten könne dieser Fokus auf die Beziehung zum Therapeuten mit Problemen mit signifikanten anderen und mit Sorgen im Umgang mit der außertherapeutischen Wirklichkeit einhergehen. Des Weiteren werden Übertragungsphänomene vom Patienten oft nur widerwillig anerkannt und sind deshalb schwierig zu deuten. Die interpersonellen Hauptkonflikte und – Verhaltensweisen des Patienten können in der Beziehung zum Therapeuten nicht repliziert (ausgedrückt) werden (Barber et al. 2002; Crits-Christoph 1998). Stone (1967) beispielsweise sprach davon, dass die Beziehung von Patienten zu Individuen, die anders sind als Therapeuten, oft unverzichtbare Daten für die Interpretation bereitstellen, da deren schiere Vielfalt an Bezügen in der Beziehung zum Therapeuten niemals reproduzierbar sei. Außerdem weisen neurowissenschaftliche Daten darauf hin, dass die Vorstellung einer Übertragungsneurose irreführend ist. Die Theorie der neuronalen Netzwerke stützt die Idee, dass es im Gehirn mehrere Netzwerke gibt, die verschiedene Selbst- und Objektrepräsentationen umfassen. Verschiedene Repräsentationen werden von verschiedenen Anteilen des Therapeuten getriggert. Daher ist es genauer, von „Übertragungen“ zu sprechen, als von „DER Übertragung“ (Westen et al. 2002).

Die „radikale“ Position

Andererseits ist die Vorstellung einer intensiven Analyse des Übertragungsgeschehens fast so alt wie die Psychoanalyse selbst. Einflussreiche Figuren wie Rank, Ferenczi, Reich und Sullivan haben, neben anderen, den häufigen Einsatz von Übertragungsdeutungen gestützt (Ferenczi und Rank 1924; Sullivan 1953). Befürworter der psychodynamischen Kurzzeittherapie haben durchweg empfohlen, dass die Manifestationen von Übertragungen - ebenso wie

Anspielungen auf selbige im Material des Patienten - identifiziert und gedeutet werden sollten, sobald sie auftauchen (Davanloo 1978; Malan 1976; Sifneos 1971). Vor diesem Hintergrund formulierte Rangell (1984) eine Frage: „Is it still resistance and defences first, as it has been with Freud, Anna Freud, Fenichel and others? Or have we now moved to what is promulgated by many as transference first, or even transference only?“ Gill (1982) betrachtete nochmals die ausführliche Diskussion um den Einsatz von Übertragungsdeutungen in seiner Monographie *Die Übertragungsanalyse: Theorie und Technik* (Originaltitel: *Analysis of Transference: Volume 1; 1982*). Gill and Muslin (1976) argumentierten, dass die meisten Deutungen, ungeachtet der Länge oder des Formats einer Therapie, Übertragungen im Hier und Jetzt zum Inhalt haben sollten. Dementsprechend folgerte Gill (1982), dass verschiedene Positionen zur jeweiligen Rolle von Übertragungsdeutungen bzw. Deutungen außerhalb der Übertragung mal mehr und mal weniger prominent im psychoanalytischen Diskurs vertreten waren und immer wieder neu entdeckt worden sind. Seiner Meinung nach ist dies der Abwesenheit von systematischer und kontrollierter Forschung geschuldet. Gabbard und Westen (2003) folgerten zwei Dekaden später: „Als Psychoanalytiker schreiben wir über therapeutische Handlungen als ob die Frage was den therapeutisch wirksam ist....durch logische Argumente und Debatten entschieden werden könnte. Dabei ist dies eine empirisch zu lösende Frage. Wir wissen derzeit einfach nicht, ob eine technische Haltung besser als eine andere ist (S. 837). Während der zeitgenössischen Debatte darüber, ob Veränderung sich vor allem über die Verinnerlichung der (gesamten) therapeutischen Beziehung vollzieht oder über Einsicht durch Übertragungsdeutungen in Gang gesetzt wird, hat sich die Dialektik des „entweder/oder“ in den vergangenen Jahren abgeschwächt. So wird in weiten Teilen anerkannt, dass beide Formen des therapeutischen Handelns wichtig sind und Synergien erzeugen (Gabbard und Westen 2003; Gabbard 2006).

Die „empirische“ Position

Viele Psychotherapieforscher (wenn nicht sogar die meisten) vertreten seit langer Zeit die Position, dass es nicht spezifische Techniken sind, die therapeutische Veränderung bewirken. Vielmehr zeigen sich nichtspezifische Faktoren wie Verstehen, Aufmerksamkeit und eine gute Beziehung zwischen Therapeut und Patient für die gesamte oder zumindest fast gesamte Veränderung verantwortlich (Rosenzweig 1936; Frank 1971; Wampold 1997; Baskin et al. 2003).

Die empirische Literatur 1976-1999

Obwohl Übertragungsdeutungen in der psychodynamischen Tradition stark verankert sind, wurden relativ wenige empirische Studien veröffentlicht, die sich um die Darlegung systematischer Belege der technischen Aspekte von Übertragungsdeutungen bemühen.

Wirkungen von Übertragungsdeutungen in der aktuellen Sitzung

Mehrere Studien legen die Vermutung nahe, dass Übertragungsdeutungen nicht unmittelbarer positive Antworten des Patienten zur Folge haben als andere Deutungen (Luborsky und Spence 1978; Silberschatz et al. 1986). Im Gegenteil, eher erhöht sich beim Einsatz von Übertragungsdeutungen das Risiko für Widerstandsäußerungen (McCullough et al. 1991; Joyce et al. 1996; Banon et al. 2001), für ein ungünstigeres Arbeitsbündnis (Marmar et al. 1989; Piper et al. 1991) und für eine geringere Beteiligung des Patienten (Henry et al. 1986). Piper et al. (1999) berichteten von 22 Patienten, die eine interpretative Therapie abbrachen. Im Vergleich zu 22 Patienten, die die Therapie bis zum Ende durchführten, war der Wert für das therapeutische Arbeitsbündnis nach Fremdeinschätzung der Therapeuten geringer, das Explorationsverhalten der Patienten weniger stark ausgeprägt und nach Einschätzung sowohl der Therapeuten als auch der Patienten Übertragungen stärker im Vordergrund.

Gabbard et al. (1988; 1994) untersuchten die Entwicklung von drei charakteristischen Sitzungen von jeweils einem Borderline-Patienten aus psychodynamischen Langzeittherapien an der Menninger Klinik. Alle Sitzungen der drei Psychotherapieprozesse wurden auf Tonband festgehalten und zwei Forschungsgruppen arbeiteten mit Transkripten von ausgewählten Therapiestunden. Ein Team aus drei forschungserfahrenen Klinikern bewertete die Interventionen, zwischen den gegenüberliegenden Polen von Expressivität auf der einen und Hilfsbedürftigkeit auf der anderen Seite, nach folgenden Abstufungen: Deutung, Konfrontation, Klärung, Ermutigung zum Ausarbeiten, empathische Bestätigung, Rat und Lob, sowie Bestätigung. Der Fokus jeder dieser sieben Interventionen wurde entweder als Übertragungsphänomen oder als Thema außerhalb der Übertragung klassifiziert. Ein separates Team bestehend aus drei klinischen Gutachtern wertete die Zusammenarbeit des Patienten mit dem Therapeuten als ein Maß für das Arbeitsbündnis aus. Die Beurteiler konzentrierten sich vor allem auf ein Kennzeichen des Arbeitsbündnisses, nämlich ob die Zusammenarbeit des Patienten mit dem Therapeuten auf dessen Interventionen hin eine Verstärkung (upward shift) oder eine Abschwächung (downward shift) des Arbeitsbündnisses zur Folge hatte.

Ein Ausschnitt des Transkripts der 32. Sitzung einer Patientin soll diese Methode veranschaulichen:

Therapeut: Mh hmm. Vielleicht fühlen Sie sich jetzt, äh, irgendwie entlastet?

Patientin: Ja, das ist ein sehr gutes Wort dafür. Es ist nur, es ist seltsam weil Sie, wenn Sie etwas sagen, Sie wissen schon, ich kann zwar sagen, dass Sie Recht haben, aber wenn Sie mich nach einem Beispiel fragen, dann kommt mir nicht wirklich eins in den Sinn.

Therapeut: Mh hmm. Schauen Sie mal, ich glaube, äh, eine...eine Art, wie Sie sich mit mir auseinandersetzen, ist beispielsweise, wütend zu sein.

(Diese Übertragungsdeutung führt zu einer Abschwächung des Arbeitsbündnisses.)

Patientin: We-wann bin ich...wütend geworden...auf Sie? Ich verstehe nicht, was Sie damit meinen.

Therapeut: Sie können sich nicht daran erinnern, wütend auf mich gewesen zu sein?

Patientin: Das ein...das, aber das war...weil ich Drogen genommen hatte...das eine Mal.

Therapeut: Mh hmm, ja, das wa...Also, das ist ein erstklassiges Beispiel.

Patientin: Jaa.

Therapeut: So wie ich mich erinnere, haben Sie zu diesem Zeitpunkt gesagt, dass Sie sich auf eine Art gut damit fühlten, was gerade vorging.

Patientin: Mh hmm. Also als ich hier Drogen nahm, wars nur, Sie wissen schon, irgendwie, ich weiß nicht, ich weiß nicht wie ich es beschreiben soll, irgendwie, äh, machte mir das bewusst, wie ich mich fühlte.

Diese Patientin neigte dazu, negativ auf Übertragungsdeutungen zu reagieren. Von den Verbesserungen ihrer Zusammenarbeit mit dem Therapeuten konnten nur 29% mit einer Übertragungsdeutung in Verbindung gebracht werden. Die beiden anderen Patienten neigten zu einer eher positiven Reaktion. In einem Fall konnten 63% der Verbesserungen mit Übertragungsdeutungen in Beziehung gesetzt werden und in einem dritten Fall standen 81% der Verstärkungen im Zusammenhang mit dem Übertragungsgeschehen. Alle drei Patienten zeigten ein gutes Ergebnis bezüglich ihrer Therapie (Horwitz et al. 1996). Immerhin kann als ein Befund festgehalten werden, dass Übertragungsdeutungen im Vergleich zu anderen Interventionen eine größere – sowohl positive als auch negative – Wirkung erzielten. Um Übertragungsdeutungen in der psychotherapeutischen Behandlung von Borderline-Patienten zu charakterisieren, prägten Gabbard et al. (1994) infolgedessen den Ausdruck: „großes Risiko – großer Ertrag“ („high risk – high gain“).

Anhand dieser Untersuchung haben die Forscher betont, wie wichtig es ist, den Einsatz von Übertragungsdeutungen an den jeweiligen Patienten anzupassen. Früh traumatisierte Patienten können das Bedürfnis zur Externalisierung von Aggression haben und werden nicht gut damit umgehen können, wenn ihnen Ärger oder Feindseligkeit zugeschrieben wird. Die Untersuchung legt nahe, dass eine positive Wertschätzung der inneren Erfahrungen des Patienten entscheidend ist. Chirurgen setzen Narkose-Mittel zur Betäubung ein, bevor sie operieren. Als Psychotherapeut kann es nötig sein, eine haltende Umgebung (holding environment) über empathische Bestätigung der Erfahrungen des Patienten zu schaffen, bevor Deutungen unbewusster Aspekte angeboten werden. Mit Patienten, die eher zur Internalisierung neigen und einen geringeren Grad an Traumatisierungen aus der Kindheit aufweisen, kann die Übertragungsdeutung eher zu einer angenehmen Entwicklung führen (Gabbard et al. 1994).

Übertragungsdeutungen und Ergebnis der Therapie

Untersuchungen zum Psychotherapieprozess können Therapeuten bei der Wahl ihrer Interventionen anhand der Bewertung von abgrenzbaren Teilergebnissen („mini-outcomes“) helfen. Dementsprechend werden Studien zum Ergebnis von Therapien (outcome studies) gebraucht, um langfristige Ergebnisse von Strategien mit bzw. ohne Übertragungsarbeit zu vergleichen. Malan und seine Mitarbeiter aus der Tavistock Clinic (Malan 1976a, b) berichteten von zwei Studien, die eine positive Korrelation zwischen Eltern-Übertragungs-Deutungen und langfristig gutem Ergebnis der Therapie beschreiben. Malan evaluierte den Behandlungsprozess mithilfe von Notizen der Therapeuten, die nach der Sitzung aus der Erinnerung diktiert wurden. Seine Ergebnisse lösten eine Begeisterungswelle für die empirische Forschung innerhalb der psychodynamischen Tradition aus. Marziali und Sullivan (1980) re-evaluierten die 22 Therapien aus Malans Wiederholungsstudie und konnten dessen Ergebnisse replizieren. Allerdings beinhalteten nur 9 von 22 Therapien diverse Eltern-Übertragungs-Deutungen und dies nur zu einem sehr geringen Anteil (im Vergleich zu anderen Deutungen).

Marziali (1984) analysierte auf Tonband aufgenommene Sitzungen von 25 Patienten. In einem von sieben Messergebnissen konnten Eltern-Übertragungs-Deutungen ein gutes Ergebnis voraussagen. Piper et al. (1986) berichteten, dass die Häufigkeit von Übertragungsdeutungen nicht mit dem Ergebnis korrelierten. McCullough et al. (1991) untersuchten

Therapeut-Patient-Interaktionen bei psychodynamischen Kurzzeittherapien in 16 Fällen. Übertragungsdeutungen, auf die eine affektive Reaktion des Patienten folgte, korrelierten positiv mit dem Ergebnis. Es sollte beachtet werden, dass in dieser Studie Übertragungsdeutungen dennoch fünfmal häufiger eine Widerstands- als eine positive affektive Reaktion folgte.

Rosser et al. (1983) untersuchten 32 Patienten mit chronisch obstruktiver Atemwegserkrankung. Alle Patienten wurden von zwei erfahrenen Psychoanalytikern behandelt. 16 Patienten wurden zufällig auf acht Sitzungen analytischer Psychotherapie verteilt. Die Analytiker wurden instruiert, nach eigenem Ermessen von Übertragungsdeutungen Gebrauch zu machen. Die anderen 16 Patienten erhielten acht Sitzungen dynamischer Psychotherapie von denselben zwei Analytikern, die aufgefordert wurden, Übertragungsdeutungen bei dieser Gruppe zurückzuhalten. Die Veränderung psychiatrischer Symptome war im Fall der Psychotherapie ohne Übertragungsdeutungen signifikant größer. Allerdings suchten diese Patienten nicht in erster Linie nach einer psychologischen Behandlung und die durchgeführten Therapien waren immens kurz. Piper et al. (1991) untersuchten die Ausrichtung auf Übertragungsdeutungen auf der einen und der Beziehung sowohl zum therapeutischem Arbeitsbündnis als auch zum Therapie-Ergebnis auf der anderen Seite. Die Stichprobe umfasste 64 ambulant behandelte Patienten, die 20 Sitzungen psychodynamischer Kurzzeittherapie von erfahrenen Psychotherapeuten erhielten. Innerhalb der Untergruppe von Patienten mit einer hohen Qualität an Objektbeziehungen (QOR) (Azim et al. 1991) wurde von negativen Korrelationen berichtet. Im einen Extrem (oberes Quartil der Ausrichtung auf Übertragungsdeutungen) wurden fast zehn Übertragungsdeutungen pro Sitzung vorgenommen. Der Anteil der Patienten, die nach Einschätzung der Gutachter deutlich gebessert waren, lag in dieser Untergruppe bei 25%. Im unteren Quartil der Übertragungsdeutungen (weniger als zwei Übertragungsdeutungen pro Sitzung) wurden 100% der Patienten als gebessert eingeschätzt.

In einer norwegischen Studie mit 43 Patienten (Høglend 1993b) wurde ein bestimmter QOR-Grenzwert festgelegt. Diejenigen Patienten, die diesen Grenzwert übertrafen, wurden mit hoher Frequenz an Übertragungsdeutungen (durchschnittlich sechs pro Sitzung) behandelt. Diejenigen Patienten hingegen, die unter dem Grenzwert lagen, bekamen eine dynamische Psychotherapie mit wenigen Übertragungsdeutungen. Anders als erwartet, wurde langfristig eine negative Wirkung für Übertragungsdeutungen gefunden, die in hoher Frequenz den „passenden“ Patienten gegeben wurden. Die Studie ist durch die Stichprobengröße in ihrer Aussagefähigkeit begrenzt. Die wahren Effekte in der Population könnten klein bis sehr groß sein. Da die beiden Gruppen ungleich waren, schließen mögliche Selektions- und Reifungseffekte eindeutige kausale Interpretationen aus. Eine solche wäre, dass die Patienten der Vergleichsgruppe zugänglicher für jegliche Behandlungen waren.

Connolly et al. (1999) haben herausgefunden, dass Patienten mit einer Beziehungsfähigkeit auf aktuell niedrigem Niveau einen weniger günstigen Fortschritt sogar bei seltener erfolgten Übertragungsdeutungen (keine bis zwei pro Sitzung) zeigten. Ogrodniczuk et al. (1999a) untersuchten 40 Patienten, die in einer interpretativen Psychotherapie behandelt wurden. Es wurden signifikant negative Korrelationen zwischen dem gemäßigten Einsatz von Übertragungsdeutungen (zwei bis vier pro Sitzung) auf der einen und der Beziehung sowohl zum therapeutischen Arbeitsbündnis als auch zum Therapie-Ergebnis für Patienten mit niedrigem QOR auf der anderen Seite gefunden.

Basierend auf diesen Studien sah die Zukunft von Übertragungsdeutungen in niederfrequenten Therapien eher düster aus. In der 4. Auflage des *Handbook of Psychotherapy and*

Behaviour Change folgern Henry et al. (1994): „Auch wenn Übertragungsdeutungen der theoretische Kern der psychodynamischen Technik sind, scheinen die Versuche, ihren einzigartigen Wert zu demonstrieren, zum Scheitern verurteilt und werden nur wenig neues Wissen zu Tage fördern“. Diese Schlussfolgerung war vermutlich ein bisschen verfrüht, da die meisten der überprüften Studien naturalistische Studien sind. Trotz einiger replizierter Befunde sind Intra-Gruppen-Korrelationen offen für mehrere Interpretationen (Stiles et al. 1994). Ein Grund für die berichteten negativen Verbindungen könnte in der Ermutigung zum vermehrten Einsatz von Übertragungsdeutungen liegen. Diese Instruktion kann die Therapeuten unabsichtlich ermutigt haben, auch kritische Übertragungsdeutungen anzubieten, um den wachsenden Widerstand zu überwinden, oder in einer Art „Überdosierung“ dem Patienten zur Einsicht zu zwingen, anstatt dem Patienten dann zu helfen, wenn dieser dazu bereit ist. Sechs von zehn Studien hatten Behandlungsformate von 20 Sitzungen und weniger. Es könnte also argumentiert werden, dass diese Therapien zu kurz für Übertragungsarbeit waren. Die Forschungsgrundlage, die zuvor besprochen wurde, ist zu dürftig, um eine Richtlinie zum technischen Einsatz von Übertragungsdeutungen in psychodynamischer Psychotherapie zu sein. Allerdings schien trotz der Begrenztheit der Studienlage die Schlussfolgerung angemessen zu sein, wonach Kliniker sich bewusst sein sollten, dass zu häufige Übertragungsdeutungen (durchschnittlich vier bis sechs oder mehr pro Sitzung) nicht den Widerstand der Patienten überwinden hilft, sondern sogar einen negativen therapeutischen Prozess befördern kann.

Die erste experimentelle Studie von Übertragungsdeutungen (FEST)

Die FEST-Studie (Høglend et al. 2006; Høglend et al. 2007; Høglend et al. 2008) ist eine dekonstruierende, randomisierte klinische Studie; diese wurde speziell entworfen, um Langzeiteffekte von Übertragungsdeutungen in dynamischen Psychotherapien zu untersuchen. Patienten wurden von Allgemeinmedizinischen Praxen, spezialisierten psychiatrischen Privatpraxen und ambulanten psychiatrischen Klinik-Ambulanzen an Studien-Therapeuten zugewiesen und auf Eignung geprüft. Die Aufnahmekriterien waren großzügig gewählt. 100 Patienten wurden zufällig jeweils einer einjährigen dynamischen Psychotherapie mit Übertragungsdeutungen oder einer Therapie ohne solche Interventionen zugewiesen.

Da das Hauptziel von Übertragungsdeutungen in der langfristigen Verbesserung von Anpassungs- und interpersonalen Fähigkeiten liegt, wurden alle Patienten im Rahmen einer Follow-up-Studie ein Jahr und drei Jahre nach Behandlungsende erneut befragt. Es ist ein wichtiger methodologischer Aspekt der Studie, dass die Patienten nicht über die Hauptthese unterrichtet wurden. Anders ausgedrückt, wussten sie nicht, dass sie zufällig zwei verschiedenen Behandlungsformen zugewiesen worden sind. Ihnen wurde gesagt, das Ziel der Studie sei, die Langzeiteffekte von dynamischer Psychotherapie zu erforschen. Die Kliniker, die die Ergebnisse evaluierten, wussten nicht, um welche der beiden Behandlungsgruppen es sich jeweils handelte. Die zufällige Zuweisung von Patienten in zwei Gruppen konnte erfolgreich umgesetzt werden. Bezüglich der grundlegenden Charakteristiken wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen den zwei Gruppen gefunden.

Die *Psychodynamic Functioning Scales* (PFS) waren Maßstab für die Hauptergebnisse dieser Studie. Die sechs Skalen, die dasselbe Format aufweisen wie das *Global Assessment of*

Functioning, wurden eingesetzt, um das psychologische Funktionsniveau über die letzten drei Monate zu messen. Drei der Skalen messen interpersonale Aspekte: Qualität der Familienbeziehungen, Qualität der Freundschaften und Qualität der romantischen bzw. sexuellen Beziehungen. Die anderen drei Skalen messen die Beziehungsfähigkeit: Toleranz von Affekten, Einsicht und Problemlösefähigkeit. Inhaltsvalidität, interne Konstruktvalidität, diskriminante Validität von Symptom-Messungen und Sensibilität für Veränderungen in der psychodynamischen Therapie wurden in verschiedenen Patienten-Stichproben ermittelt (Bøgwald et al. 2004; Hagtvet et al. 2008; Hersoug 2004; Høglend et al. 2000; Høglend 2004). Die Reliabilität von einzelnen, zufällig ausgewählten, erfahrenen Beurteilern reichte von 0.65 bis 0.79. In dieser Studie wurden für jeden Fall drei klinische Beurteiler eingesetzt, die nicht wussten, um welche der beiden Behandlungsgruppen es sich jeweils handelte, und die Patienten vor der Behandlung, sowie wieder ein Jahr, zwei Jahre und vier Jahre nach Beginn der Therapie evaluierten. Die Schätzung der Reliabilität zwischen den drei Beurteilern mit dem Intra-Class-Coefficient (ICC) schwankte mit durchschnittlichen Punktwerten zwischen 0.87 und 0.93 bei der PFS. Alle nachfassenden Bewertungen wurden im Dezember 2005 abgeschlossen. Der Gesamt-Mittelwert der Circumplex-Version des *Inventory of Interpersonal Problems* (Alden et al. 1990) wurde eingesetzt, um die Selbstausskunft der Patienten zu interpersonalen Problemen zu drei Zeitpunkten zu messen: vor, während und nach der Behandlung (ein Jahr und drei Jahre später). Zu allen Messzeitpunkten beurteilten die Patienten 24 Lebensereignisse auf einer Skala von „-3“ (extrem negativ) bis „+3“ (extrem positiv) (Havik et al. 1995). Zusätzliche Behandlungen wie der Kontakt mit Gesundheitsexperten, sowie Psychotherapie, psychopharmakologische Behandlung und Arbeitsunfähigkeit wurden aufgezeichnet.

Die Psychotherapieforschung wird beständig mit Fragen konfrontiert, bei denen es darum geht, wie individuell auf Behandlungen angesprochen wird. Für welche Typen von Patienten oder für welche Patientencharakteristika bzw. –Eignungen sind Behandlungen maximal oder minimal effektiv (Havik et al. 1995)? Als mögliche Moderatoren für Behandlungseffekte wurden *a priori* zwei Patientencharakteristika ausgewählt (Kraemer et al. 2002): Die QOR-Skala (Azim et al. 1991; Høglend 1993; Høglend 1994a) und das Vorhandensein bzw. Nicht-Vorhandensein von Persönlichkeitsstörungen (PS). Die Quality of Object Relations Scale (QOR) misst auf einer 8-Punkt-Skala, von reif zu unreif, bei Patienten die lebenslang wirksame Tendenz, bestimmte Arten von Beziehungen mit anderen zu einzugehen. Der zuvor festgelegte Grenzwert, um hohe gegenüber niedrigen QOR-Werten zu differenzieren, lag bei 5.00. QOR-Werte über dem Grenzwert bedeuten, dass kürzlich eingegangenen Beziehungen vielleicht schwierig sind, aber es wenigstens eine reife Beziehung in der Vergangenheit des Patienten gibt. QOR-Werte auf oder unter dem Grenzwert bedeuten, dass es in der Vergangenheit wenig befriedigenden Beziehungen gab, die von geringerer emotionaler Beteiligung, geringerer Stabilität und dem Bedürfnis nach Abhängigkeit oder Kontrolliertheit geprägt sind. Die Reliabilität zwischen den drei Beurteilern (ICC) lag für den durchschnittlichen QOR-Wert bei 0.84.

Behandlungsprozess

Beide Behandlungen implementierten allgemeine psychodynamische Prinzipien. In der einen Behandlung wurden Deutungen der aktuellen Beziehung zwischen Patienten und Therapeuten

vermieden (Vergleichsgruppe). In der anderen Behandlung wurde das Material aus der aktuellen Beziehung zwischen Patienten und Therapeuten als ein wichtiger Bestandteil für Klärungen, Konfrontationen und Deutungen genutzt (Übertragungsgruppe). Das Studiendesign ist ein sogenanntes konstruierendes oder dekonstruierendes Design, in dem eine einzelne Komponente (Übertragungsanalyse) einem bestehenden Behandlungssetting hinzugefügt (oder entzogen) wird. Dadurch kann bestimmt werden, welche spezifische Technik die Ursache für die Effizienz der Behandlung ist. Die spezifischen Techniken, die für die Übertragungsarbeit gebraucht werden, sind in Tabelle 1 aufgeführt.

Tabelle 1 Spezifische Übertragungstechniken

1.	Der Therapeut thematisiert Transaktionen in der Beziehung von Patient und Therapeut.
2.	Der Therapeut fördert die Erforschung von Gedanken und Gefühlen zu Therapie und Therapeut, sowie zu Auswirkungen auf Übertragungsvorgänge durch die (hohe) Aktivität des Therapeuten.
3.	Der Therapeut ermutigt den Patienten, darüber zu diskutieren, was der Therapeut bezüglich des Patienten fühlt oder denkt.
4.	Der Therapeut bezieht die Verknüpfungen dynamischer Anteile (Konflikte) mittels Deutung, unmittelbare Übertragungs-Manifestationen und Anspielungen auf das Übertragungsgeschehen explizit in seine Überlegungen mit ein.
5.	Der Therapeut deutet repetitive interpersonale Verhaltensweisen, einschließlich genetischer Deutungen und Verknüpfungen zum Übertragungsgeschehen.

Die Items 1 bis 3 sind vorbereitende Interventionen und die Items 4 bis 5 sind Übertragungsdeutungen im engeren Sinne. In der Vergleichsgruppe nutzten die Therapeuten konsequent Material zu interpersonalen Beziehungen außerhalb der Therapie als Basis für ähnliche Interventionen (Deutung außerhalb der Übertragung), allerdings ohne Verknüpfung mit der Beziehung von Patient und Therapeut.

Die Therapeuten wurden speziell geschult, um ein mäßiges Niveau von Übertragungsdeutungen (durchschnittlich zwei pro Sitzung) und Behandlungen ohne solche Deutungen mit gleicher Ruhe und Kontrolle zu ermöglichen. Genauigkeit und Integrität der Behandlungen wurde ausführlich durch zwei Beurteiler ermittelt, die blind für die Behandlungsgruppe waren (Sitzungen $n=452$), anhand von jeweils vier bis fünf vollständigen Sitzungen jeder Behandlung dokumentiert (Høglend 2006; Høglend 1994b; Ogrodniczuk & Piper 1999b; Bøgwald, Høglend und Sorbye 1999). Die Integrität der Behandlungen war ausgezeichnet. Nur der Einsatz von Übertragungsdeutungen war signifikant verschieden zwischen den beiden Behandlungen. Durchschnittlich wurden 1.7 Übertragungsdeutungen pro Sitzung der Übertragungsgruppe eingesetzt, was einen mäßigen Einsatz anzeigt, wie es auch im Studienprotokoll dargestellt ist. Der Einsatz von Deutung außerhalb der Übertragung war in der Vergleichsgruppe etwas häufiger, aber auch in der Übertragungsgruppe gab es mehr Deutung außerhalb der Übertragung als Übertragungsdeutungen (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2 Integrität der Behandlung (auswertete Sitzungen N=452)

	Übertragung	Vergleich
	N=52	N=48
Übertragungsdeutungen (fünf Items)***	1.7 (0.7)	0.1 (0.2)
Deutung außerhalb der Übertragung (fünf Items)***	2.4 (0.5)	2.7 (0.6)
Unterstützende Interventionen (sieben Items)	0.7 (0.3)	0.7 (0.3)
Allgemeine Fähigkeiten (acht Items)	3.6 (0.2)	3.6 (0.3)

Skalenformat:

Keine Gewichtung	Gering	Mäßig	Erheblich	Ausgeprägt
0	1	2	3	4

*** $p < 0.005$

Umfassende Überprüfungen der Integrität der Behandlungen sind vor allem in dekonstruierenden Studien angebracht. Wenn Therapeuten „gezwungen“ werden, einzelne Komponenten der Behandlung hinzuzufügen oder zurückzuhalten, nehmen sie vielleicht andere intuitive Korrekturen in einer oder beiden Behandlungsgruppen vor.

Fall-Darstellung

Der 50jährige Soziologe suchte eine Psychotherapie, da er unter Angst- und Somatisierungssymptomen litt. Diese waren aufgetreten, nachdem er seine Frau einige Monate vor Beginn der Therapie verlassen hatte. Er grübelte beständig darüber, ob er wieder zurückgehen sollte, um ihr einen Gefallen zu tun. Es wurde die Diagnose einer Anpassungsstörung und vermeidenden Persönlichkeits-Störung gestellt.

Psychodynamische Formulierung

Der Patient war mit seiner verhalten depressiven, unterwürfigen Mutter identifiziert und war seinem dominierenden, aber distanzierten Vater gegenüber ambivalent eingestellt. Er hatte gelernt, Konflikte zu vermeiden und sich stattdessen harte Arbeit aufzubürden. Er wollte Unstimmigkeiten mit seiner Frau „reparieren“, indem er sich unterwürfig gab. Auf Arbeit versuchte er, Konflikte zu lösen, indem er den „schwachen“ Teil unterstützte. Durchsetzungsfähigkeit ist für ihn gleichbedeutend mit „blutrünstiger Aggression“, was dazu führte, dass er sich selbst mit Schuldgefühlen traktierte und bei anderen diesen ein imaginiertes Unglücklich-Sein unterstellte. Auch, wenn andere stark unbegründete Forderungen stellten, wollte er diese erfüllen. Es folgen Ausschnitte einer Sitzung:

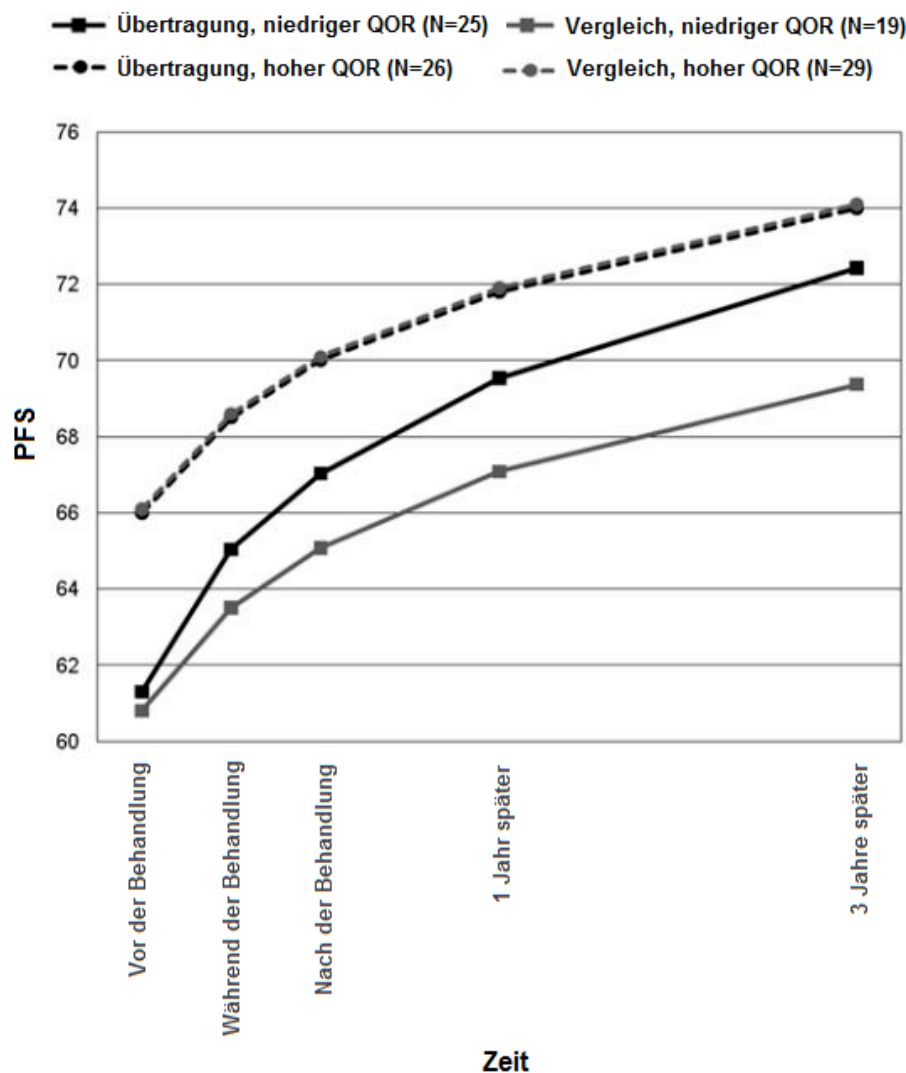
Sitzung 16

- Patient: Sollte ich zurück nach Hause gehen? Ich habe solche Angst, Nancy weh zu tun (Frau). Außerdem würde sie sehr sauer sein...und was würden die Kinder denken?
- Therapeut: Was stellen Sie sich vor, von dem ich denke, dass Sie es tun sollten?
- Patient: Ich weiß nicht.
- Therapeut: Wenn Sie es sich aussuchen könnten, was sollte ich denken?
- Patient: Verdammt...Ich weiß nicht. Sie würden sagen: „Mach Dich nach Hause zu Nancy!“
- Therapeut: Haben Sie bemerkt, dass Sie gerade im Dialekt gesprochen haben? Gewöhnlich sprechen Sie gewöhnliches Norwegisch.
- Patient: Ja...Ja.
- Therapeut: Sie kennen das von klein an. Vielleicht sehen Sie mich als Autorität aus der Vergangenheit: „Das ist nicht der richtige Weg, wie man das macht, Junge“. Sie scheinen mich in dieser autoritären Position zu sehen.
- (Lange Pause)
- Therapeut: Ich glaube, Sie begreifen das gut genug und sind in der Lage, darauf zu schauen, auch zwischen den Sitzungen und sogar wenn ich nicht mehr da bin.
- Patient: Also, ja, ich...
- Therapeut: Sie sind katholischer als der Papst.
- Patient: Was?
- Therapeut: Ich denke, Sie fühlen sich fast jedem völlig verpflichtet, auch allem, was Ihre Eltern denken könnten. Aber Sie sind derjenige, der sich selbst am meisten abverlangt, Sie sind derjenige, der absolut strikt ist. „Mach Dich nach Hause.“
- Patient: Also, ja... (stöhnt)....
- ...Gelegentlich will ich glücklich sein, aber ich weiß nicht, ob das dann bedeutet, dass ich mich aus Konflikten und Problemen raushalten muss? Wenn ich es schaffe, einen möglichen Konflikt zu vermeiden, dann fühle ich mich erleichtert...für eine Weile. Ist das mein Ziel im Leben...bin ich so abgestumpft?
- Therapeut: Vielleicht fühlen Sie (irgendwas wie dies), dass Sie mehr verdient haben? ...Wäre es hilfreich, wenn ich Ihnen sagen würde, was zu tun ist?
- Patient: Ja, ich stimme zu....
- (Später in der Sitzung)
- Patient: Ein Kollege hat einen Empfehlungsbrief für eine unserer Sekretärinnen geschrieben. Er hat ihn mir gezeigt, ... vielleicht, um nach meiner Meinung zu fragen. Es war ein sehr schlechtes Stück Arbeit und ungerecht gegenüber der Sekretärin! Ich hab mich nicht getraut, es ihm zu sagen, auch wenn er ein guter Typ ist.
- Therapeut: Wäre es Ihnen möglich gewesen, mich zu korrigieren?
- Patient: Ist mir nie passiert. Sie lassen mich in Gang kommen. Also würde ich, wenn ich Sie kritisiere, mich selbst kritisieren.
- Therapeut: Ist das nicht etwas, das Sie die ganze Zeit tun? ... Drei Sitzungen zuvor sagten Sie, dass Sie die Therapie verlängern möchten. Ich erinnerte Sie an den Beendigungs-Plan und sie sind sofort zurückgewichen.
- Patient: Ich weiß nicht, ich habe nicht mehr darüber nachgedacht. Vielleicht ist es gut so.
- Therapeut: Sie machen mich nicht zu einem autoritären Menschen, aber Sie machen mich zu einer autoritären Figur, die weiß, was am besten für Sie ist – vielleicht tun Sie dies, um nicht opponieren zu müssen?
- Patient: Denken Sie das so?
- Therapeut: Ich weiß nicht, was denken Sie?
- Patient: Nein...naja....
- Therapeut: Vielleicht widersprechen Sie ein bisschen (bezüglich der Beendigung)?
- Patient: Ja, ich habe wirklich das Bedürfnis nach mehr...Es gibt Dinge, die ich fühle, in die ich tiefer einsteigen sollte. Zu Beginn der Therapie sagten Sie, dass ich frustriert und wütend werden

könnte und so weiter. Aber Sie haben mir vor allem meine eigene Meinung wiedergegeben, vielleicht in anderen Worten.

Ergebnis

Die erste *a priori* Hypothese dieser Studie lautete, dass Übertragungsdeutungen langfristig spezifische Wirkungen zumindest bei Patienten mit eher reifen Beziehungen, mehr psychologischen Ressourcen und geringerer Psychopathologie bewirken. Jedoch haben wir entgegen der konventionell klinischen Weisheit herausgefunden, dass die Untergruppe der Patienten mit niedrigem QOR signifikant mehr von einer Therapie mit Übertragungsdeutungen im Vergleich zu einer Therapie ohne Übertragungsdeutungen profitierte (Høglend et al. 2006). Wie in Grafik 1 zu sehen ist, hielt die Wirkung von Übertragungsdeutungen auch drei Jahre nach der Behandlung (Høglend 2008) an, obwohl die Patienten der Vergleichsgruppe gegenüber der Übertragungsgruppe mehr als doppelt soviel zusätzliche Behandlungstermine erhielten. Patienten mit reifen interpersonalen Beziehungen profitierten gleich gut von beiden Behandlungsformen.

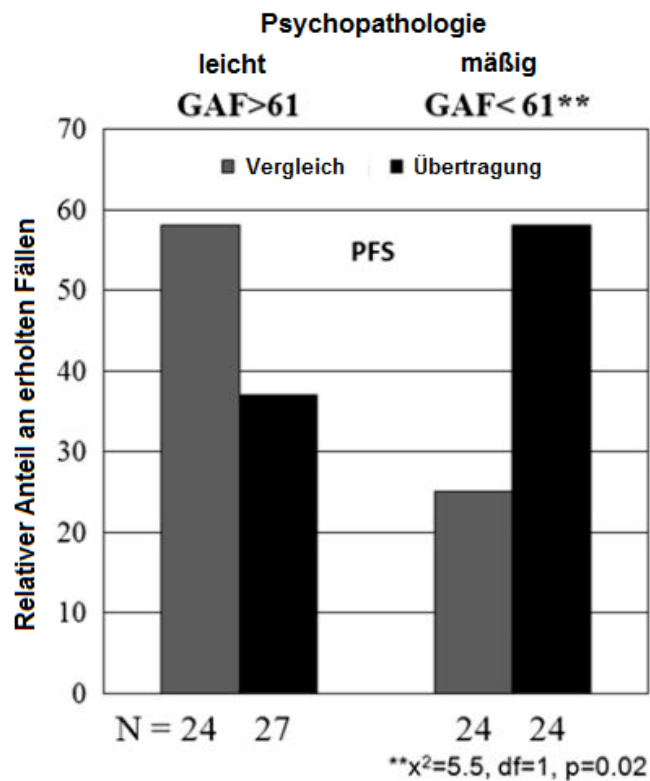


Grafik 1

Modellierte vorhergesagte Trajektorien der Psychodynamic Functioning Scales für die Übertragungsgruppe und die Vergleichsgruppe aufgeteilt für die Untergruppe der Patienten mit hohen (N = 55) und niedrigen (N = 44) Werten auf der Quality of Object Relations Scale (QOR life long pattern).

Wie ebenfalls aus Grafik 1 ablesbar ist, profitierten Patienten mit reifen interpersonalen Beziehungen gleich gut von beiden Behandlungsformen.

Weiterhin haben wir anhand der *Global Assessment of Functioning* Skala die Stichproben in zwei weitere Unterstichproben aufgeteilt: diejenigen Patienten mit einem GAF-Wert über 61 (leichte Psychopathologie) und Patienten mit einem GAF-Wert unter 61 (mäßiger bis schwerer Psychopathologie). Ein geringfügig negativer (nicht signifikanter) Effekt der Übertragungsdeutungen wurde bei denjenigen Patienten mit leichter Psychopathologie beobachtet. Bei Patienten mit eher schwerer Psychopathologie wurde ein beträchtlich positiver Effekt ermittelt. Wie in Grafik 2 zu sehen ist, gab es innerhalb dieser Untergruppe dreimal häufiger Patienten, die gemäß der PFS nach einer Therapie mit - gegenüber einer Therapie ohne (Høglend 2007) - Übertragungsdeutungen sich deutlich besserten.



Graphik 2

Anteil der Fälle in der Übertragungs – und Vergleichsgruppe, die zum Ende der Behandlung im PFS sich deutlich verbessert haben, aufgeteilt nach milder Psychopathologie (N= 51, GAF > 61) und moderater Psychopathologie (N =48, GAF <61)

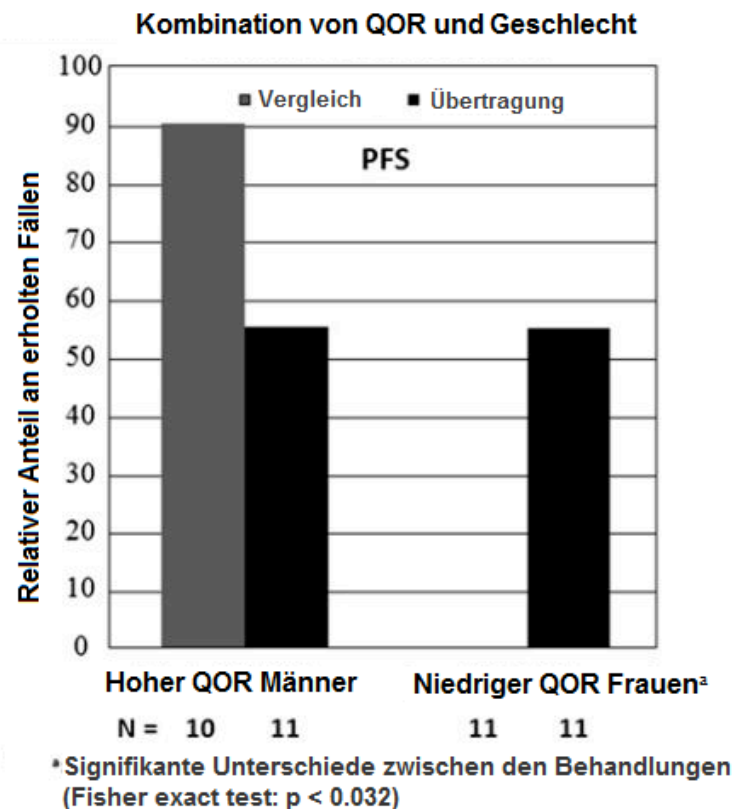
Innerhalb der Unterstichprobe, die im Text diskutiert wurde, gab es dreimal häufiger Patienten, die, gemäß der PFS, nach einer Therapie mit - gegenüber einer Therapie ohne - Übertragungsdeutungen rekonvaleszierten.

Gesündere Patienten bieten vielleicht eher subtilere Übertragungshinweise an, folglich drängen sie Therapeuten, Übertragungsdeutungen eher auf Schlussfolgerungen, denn auf konkrete Beweise zu gründen. Schon Glover (1955) hatte herausgearbeitet, dass die frühen „spontanen“ Übertragungsinszenierungen von weniger gesunden Patienten wie Angst vor Zurückweisung, Abhängigkeit bzw. betonter Autonomie und Idealisierung bzw. Entwertung eine „abhängige“ oder „pathologische“ Form annehmen können, die eher für Übertragungsdeutungen geeignet ist. Unsere Untersuchungsergebnisse stimmen wahrscheinlich mit denen von Levy et al. (2006) überein. Dort wurde berichtet, dass ein Jahr der übertragungsfokussierten Psychotherapie für Patienten mit Borderline-Störung im Vergleich zu Dialektisch-Behavioraler Therapie oder psychodynamisch supportiver Therapie hinsichtlich Bindungsverhalten und Reflektionsfähigkeit von Vorteil war.

Geschlechtsunterschiede bei der FEST-Studie

In klinischen Theorien wurde der Wirkung des Geschlechts viel Beachtung geschenkt. Analytiker haben beispielsweise erkannt, dass das Geschlecht zur Übertragungsausprägung beiträgt (Notman und Nadelson 2004). Gleichwohl weisen mehrere Forschungsberichte darauf hin, dass Frauen und Männer auf verschiedene Psychotherapieverfahren ähnlich ansprechen (Clar-kin und Levy 2004). Beinahe alle Studien haben das Geschlecht als einen allgemeingültigen Prädiktor untersucht. Nur in zwei Studien wurde der Moderatoreffekt des Geschlechts untersucht, ob Frauen und Männer unterschiedlich auf Psychotherapie ansprechen. Zlotnick et al. (1996) haben keinen solchen Effekt des Geschlechts der Patienten gefunden. Ogrodniczuk et al. (2001) haben berichtet, dass Männer eher auf interpretative Psychotherapie, während Frauen eher auf eine unterstützende Therapie ansprechen.

In der FEST-Studie haben Frauen und Männer auf beide Behandlungen über die gesamte Stichprobe hinweg ($N=99$) gleich reagiert, was früheren Untersuchungsergebnissen entspricht. Allerdings sprachen Frauen signifikant besser auf Übertragungsdeutungen an als Männer und selbige sprachen signifikant besser auf eine Therapie ohne Übertragungsdeutungen an als Frauen (Ulberg et al. 2009). Als die Moderator-Effekte der QOR und das Geschlecht kombiniert wurden, stellte sich ein stark positiver Effekt von Übertragungsdeutungen bei Patientinnen mit einem niedrigen QOR-Skalenwerten ein, wohingegen sich bei männlichen Patienten mit hohem QOR-Skalenwerten ein negativer Effekt von Übertragungsdeutungen zeigt.



Grafik 3 Anteile der Fälle zum Zeitpunkt nach der Behandlung (post-treatment) in der Übertragungsgruppe und der Vergleichsgruppe innerhalb der Teilstichproben der Frauen mit niedrigen QOR-Skalenwerten ($N=22$) und der Männer mit hohen QOR-Skalenwerten ($N=21$)

Wie in Grafik 3 zu sehen zeigen keine Frauen mit niedrigen QOR-Skalenwerten nach einer Therapie ohne Übertragungsarbeit eine klinisch signifikante Veränderung.

Die Untersuchungsergebnisse der FEST-Studie scheinen mit denen früherer naturalistischer Studien nicht übereinzustimmen. Das mag den unterschiedlichen Studien-Designs geschuldet sein. In der FEST-Studie variierte das Niveau der Übertragungsarbeit wesentlich von Fall zu Fall. In naturalistischen Studien ist es üblich, die Untergruppen über die Berechnung von Intergruppen-Korrelationen zwischen Übertragungsdeutungen und Ergebnis zu analysieren.

Bei unserer Auswertung der Untergruppe fanden wir heraus, dass es eine signifikant negative Korrelation ($r=-0.40$) zwischen dem Niveau früher Übertragungsarbeit und Ergebnis gibt. Innerhalb der Untergruppe von Patienten mit niedrigem QOR, die Übertragungsdeutungen erhielten ($N=25$), zeigte sich eine positive Reaktion auf ein moderates Niveau an Übertragungsdeutungen verglichen mit Therapien ohne Übertragungsdeutungen. Korrelationen innerhalb der Gruppen deuten darauf hin, dass ein hohes Niveau an Übertragungsdeutungen zumindest bei manchen Patienten zu einem negativen therapeutischen Prozess beiträgt oder dass viele Übertragungsdeutungen denjenigen Patienten mit „schlechter Prognose“

gegeben werden, um in erfolglosen Bemühungen den Widerstand, die Abwehrhaltung oder Feindseligkeit zu überwinden. Naturalistische Studien können vielleicht kein „Gesamtbild“ zeichnen und können zu fehlerhaften Schlussfolgerungen bezüglich der Effekte von Übertragungsdeutungen führen (Stiles et al. 1994). Zurzeit ist die experimentelle Beeinflussung von Behandlungstechniken die einzig verfügbare Methode, um ursächliche Auswirkungen zu untersuchen.

Die Untersuchungsergebnisse der FEST-Studie stimmen anscheinend mit einer vorangegangenen quasi-experimentellen Studie von Høglend et al. (1993) überein. Diese Studie berichtete über einen negativen Auswirkung von hochfrequenten Übertragungsdeutungen (durchschnittlich sechs pro Sitzung) auf äußerst geeignete Patienten. Demgegenüber steht ein positiver Effekt von niedrig-frequenten Übertragungsdeutungen (durchschnittlich weniger als eine pro Sitzung) auf weniger geeignete Patienten. Allerdings gab es keine Vergleichsgruppe, die ohne Übertragungsdeutungen behandelt wurde.

Veränderungsmechanismen

Das zweite Ziel dieser Studie war es, herauszufinden, ob nachhaltige Veränderungen der Beziehungsfähigkeit durch erhöhte Einsicht oder durch die Identifikation des Patienten mit dem Therapeuten (Repräsentation des Therapeuten) herbeigeführt werden kann (Kraemer et al. 2002; Baron und Kenny 1986).

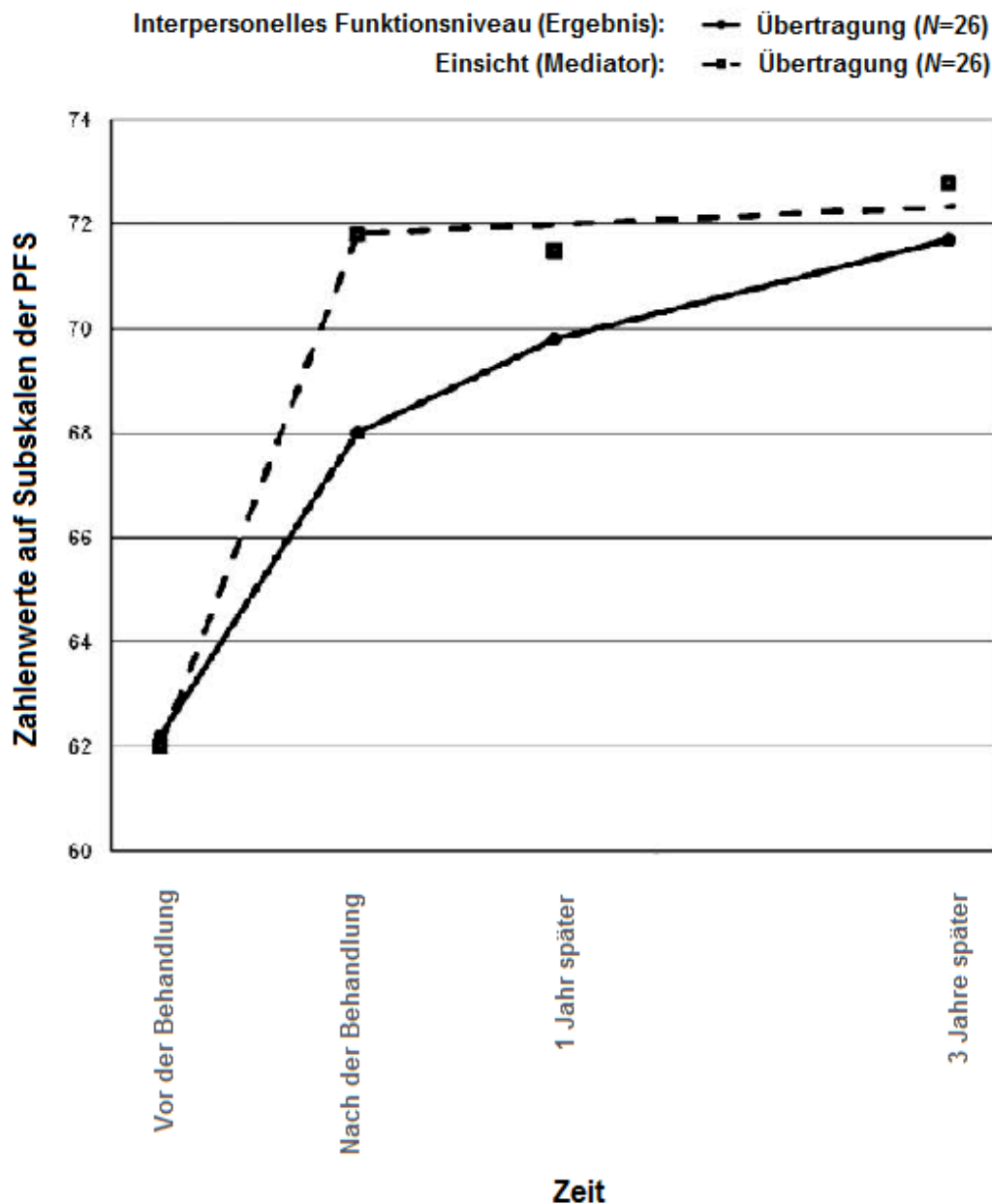
Stabile dynamische Veränderungen nach einer Therapie sollten nicht von der physischen Anwesenheit des Therapeuten abhängen, sondern wirken auch nach der Therapie wegen erhöhter Einsicht oder durch die Repräsentation des Therapeuten. Diese Repräsentation (Schaffer 1968) spiegelt die Identifikation des Patienten mit dem Wissen, den Einstellungen und Verhaltensweisen des Therapeuten wieder (Schlesinger und Robbins 1983). Geller et al. (1981) haben das sogenannte *Therapist Representation Inventory*, ein Instrument zur Selbstauskunft, geschaffen, das die Repräsentation des Therapeuten erfasst. Der Zugang zu dieser Repräsentation ermöglicht eine Selbstanalyse (Geller et al. 1993; Orlinsky et al. 1993).

Psychoanalytische Theoretiker heben den therapeutischen Dialog hervor, welcher durch die Aktivierung der Repräsentation des Therapeuten in Krisenzeiten als Mediator für langfristige Veränderungen (Baron, Kenny 1986; Loewald 1960) fungiert. Andere so wie Blum (1992) behaupten, dass „der entscheidende Vermittler von Veränderung ‚Einsicht‘ „ ist. Ranggell (1992) bemerkte, dass Einsicht zwar wichtig, aber nicht ausreichend ist. Die Internalisierung der gesamten Beziehung zu dem Therapeuten könne wichtiger sein. In unserer Studie wurden sowohl Einsicht durch klinische Beurteiler (Høglend 2000) gemessen und der „therapeutische Dialog“ mit fünf Items des *Therapist Representation Inventory* (Selbstauskunft des Patienten) ausgewertet. Sowohl Einsicht, als auch therapeutischer Dialog wurden als mögliche Mediatoren bezüglich einer langfristigen Beziehungsfähigkeit analysiert.

Einsicht wird definiert als kognitives und emotionales Verständnis von Hauptdynamiken innerer Konflikte, die mit interpersonalen Mustern und repetitiven Verhaltensweisen und mit Erfahrungen aus der Vergangenheit verbunden sind. Die Fähigkeit, eigene Schwächen und Stärken zu verstehen und zu beschreiben, gehört auch in diesen Bereich⁴. Der therapeutische

⁴ Eine Beschreibung der EINSICHTsSkala findet sich in Gabbard & Høglend (2012)

Dialog enthält Items wie „Wenn ich ein Problem habe, versuche ich es im Geiste mit meinem Therapeuten zu lösen“ und „Ich versuche meine Probleme so zu lösen wie mein Therapeut und ich sie in der Therapie ausgearbeitet haben“.



Grafik 4 Deskriptive mittlere Trajektorien über die Beobachtungszeit von EINSICHT (Mediator) und INTERPERSONELLEM FUNKTIONSNIVEAU (Ergebnis) für die Patienten in der Übertragungsgruppe mit einem niedrigen QOR Skalenwert (N=26).

Grafik 4 zeigt, dass sich in der Untergruppe von Patienten mit niedrigen QOR-Skalenwerten, welche mit Übertragungsdeutungen behandelt wurden (N=26), die Einsicht während der Therapie erheblich verbessert hat. Sogar die Beziehungsfähigkeit verbesserte sich über einen Zeitraum von drei Jahren nach Therapieende kontinuierlich.

Von den 26 Patienten aus der Übertragungsgruppe mit QOR-Skalenwerten unter dem Mittelwert konnten sich während der einjährigen Behandlungsperiode 18 (69%) schneller auf der Einsichtsskala verändern, als auf der Beziehungsfähigkeitsskala. Während des einen Jahres nach der Behandlung veränderten sich nur acht (32%) derselben Patienten mehr auf der Einsichtsskala (*Insight Scale*) als auf den Beziehungsskalen (*Interpersonal Scales*) ($\chi^2=8.01$, $df=1$, $p=0.005$). In der Vergleichsgruppe verbesserten sich die Beziehungsfähigkeit und die Einsicht zu gleichen Teilen. Einsicht kann eine wichtige Funktion bezüglich der Beziehungs-

fähigkeit auch in anderen Untergruppen haben, aber wir konnten nicht bestimmen, was zuerst in den Gruppen auftauchte.

Unserer Meinung nach können die identifizierten Zusammenhänge zwischen Übertragungsdeutung, Einsicht und des Resultats eine Brücke zwischen klinischer Theorie auf der einen und empirischer Forschung auf der anderen Seite schlagen (Johansson et al. 2010).

Der therapeutische Dialog hat sich in der Übertragungsgruppe mit niedrigen QOR-Werten nicht stärker verändert, als in der Vergleichsgruppe mit niedrigen QOR-Werten. Dies zeigt, dass die Internalisierung der „gesamten Beziehung“ kein Mechanismus ist, der zwischen Übertragungsdeutung und Langzeit-Outcome vermittelt. Die Internalisierung der „gesamten Beziehung“ zum Therapeuten kann für eine Verbesserung nach der Therapie wichtig sein. Jedoch konnten wir nicht dokumentieren, ob dieser angenommene Mechanismus eine Folge der Übertragungsarbeit war.

Fall-Vignette

Eine 40-jährige Sekretärin wollte aufgrund einer Depression und Essanfällen, die sich nach ihrer Scheidung vor sieben Jahren entwickelt hatte, eine Psychotherapie beginnen. Ihre beiden Kinder waren im jugendlichen Alter. Mittlerweile lebte sie mit ihrem vierten Partner zusammen und war wegen ihrem Mangel an Stabilität in Beziehungen mit Männern besorgt. Es wurde eine depressive Störung und eine Essstörung diagnostiziert. Die Patientin wurde der psychodynamischen Psychotherapie mit Übertragungsdeutungen durch die Randomisierung zuwiesen.

Als jüngstes von drei Kindern musste sie sich mit einem dominanten und verbal aggressiven Vater sowie mit einer depressiven, negativen und alkoholkranken Mutter auseinandersetzen. Ihre Familie hatte nur begrenzte Fähigkeiten in der Verbalisierung von Gefühlen; ihre Eltern brachten ihr nur wenig Verständnis entgegen. Während ihrer Kindheit förderte ihr sportliches Talent ein gewisses Mass an Selbstwert.

Zum Zeitpunkt der Therapie traten ihre Schwierigkeiten, Gefühle zu äußern, zu Tage. Anstatt bei Unstimmigkeiten mit ihrem Partner verärgert oder traurig zu werden, aß sie große Mengen an Eiscreme, um dann wiederum eine sehr strikte Diät mit wenigen Kalorien durchzuführen. Sie dachte darüber nach, ihren Partner zu verlassen und erhoffte sich von der Psychotherapie Hilfe, sich selbstständiger zu fühlen.

In der Anfangsphase der Therapie fühlte die Patientin, dass der Therapeut sie versteht und es tauchten keine Unstimmigkeiten zwischen den beiden auf. Mithilfe von Übertragungsdeutungen richtete der Therapeut die Aufmerksamkeit auf ihre Abhängigkeitsbedürfnisse:

- | | |
|------------|---|
| Therapeut: | In Ihren Beziehungen ist alles ruhig und friedlich. Ich kann mich auf dasselbe in unserer Beziehung freuen. Ich kann mich sicher fühlen, dass es keine Konflikte zwischen uns geben wird. |
| Patientin: | Ja, das...äh, das hängt davon ab. Mit meinen Schwestern...wir haben nie Auseinandersetzungen. |
| Therapeut: | Also haben Sie wenig Übung darin, für sich selbst einzustehen. Ihre Mutter hatte Angst vor Konflikten und Sie haben gelernt, davor auch Angst zu haben. In unserer Beziehung werden Sie sich vielleicht auch enttäuscht fühlen, ziehen sich zurück und essen zu viel, so wie Sie es mit ihr und anderen getan haben. Aber Sie ärgern sich nicht. Haben Sie darüber nachgedacht? Ich gebe Ihnen nicht den Rat oder die Rückversicherung, nach der Sie gefragt haben. |

Patientin: Ich bin mir nicht sicher, nach was ich bei anderen fragen kann, wie bei meinen Kindern und frage mich dann, was andere Leute machen würden.

Therapeut: Können Sie sich vorstellen, was ich in Ihrer Situation gemacht hätte?

Patientin: Ob ich mir vorstellen kann, was Sie machen würden? Ich bekomme hier keine Antworten.

Therapeut: Wie fühlen Sie sich damit?

Patientin: Ich weiß nicht.

Therapeut: Nein, aber vielleicht werden Sie sich enttäuscht fühlen, ziehen sich zurück und essen zu viel, anstatt sich zu ärgern oder wütend zu werden.

Im weiteren Verlauf der Therapie schilderte die Patientin öfter ihre Sicht der Dinge:

Therapeut: Was fühlen Sie mir gegenüber, wenn ich Sie sozusagen auf dünnes Eis führe, indem ich Sie darauf hinweise, dass Sie nicht sagen, was Sie meinen?

Patientin: Ich bin mir nicht sicher, wie ich mich fühle. Ich bemerke, dass ich mich plötzlich verändere und dass ich etwas zu eigensinnig werde. Warum also nicht etwas dazwischen probieren?

Zum Ende der Therapie wurde die Patientin gefragt, ob sie etwas Neues über sich selbst gelernt habe. Darauf antwortete sie, dass ihr vor der Therapie nicht klar gewesen war, wie viele ihrer vor allem negativen Gefühle sie automatisch verleugnet hatte. Vor der Therapie war sie sich in einem gewissen Maß der Verbindung zwischen Stress und Fressanfällen bewusst. Nach der Therapie konnte sie die Verbindungen zwischen spezifischen Stressoren, negativen Gefühlen, Esssucht und der Art und Weise wie dies alles ihren Alltag beeinträchtigt hat sehr viel detaillierter darstellen.

Nach einem Zeitraum von drei Jahren betonte die Patientin, wie hilfreich ein bestimmter Fokus gewesen ist, nämlich die Erforschung der Art und Weise, wie sich in ihrer Beziehung zum aktuellen Partner und auch zum Therapeuten die Gefühle, die sie gegenüber ihren Eltern hatte, wiederholten. Sie empfand sich selbst als weniger abhängig vom Rat anderer, war nicht länger niedergeschlagen und die Esssucht hatte sich eingestellt. Die Beziehung zu ihrem Partner hatte sich verbessert, auch wenn sie sich manchmal nach Streitigkeiten zurückzog.

Fazit

Was können wir aus diesem Forschungsüberblick schließen, das uns bei der Beantwortung der eingangs gestellten Frage hilft?

Eine etablierte klinischen Theorie der psychodynamischen Tradition wird von der empirischen Forschung gestützt. Ein mäßiger Einsatz von Übertragungsdeutungen hat spezifische Effekte auf anhaltende Fähigkeiten und wird durch Einsicht während der Therapie beeinflusst.

Jedoch scheint ein hochfrequenter Einsatz von Übertragungsdeutungen nicht die Abwehrhaltung, den Widerstand oder die Feindseligkeit bei „schwierigen Patienten“ zu überwinden. Solche Patienten, von denen viele an einer schweren Persönlichkeitsstörung leiden, können derartige Interventionen als Angriff auf ihre Abwehr erfahren, die sie als notwendigen Selbstschutz sehen. Der übermäßige Gebrauch von Übertragungsdeutungen kann zu einer Festigung der Abwehrhaltung führen, um daraufhin die als Angriff wahrgenommenen Interventionen abzuwehren. Die Forschung legt nahe, dass es entscheidend für Patienten mit *Cluster B* Pathologie ist, den Weg für Übertragungsdeutungen über positive Wertschätzung der inneren Erfahrungen der Patienten zu ebnen.

Übertragungsarbeit gemäßigt einzusetzen, kann besonders bei der Behandlung von Patienten nützlich sein, die mit einer Persönlichkeitsstörung und schwereren, chronischen Schwierigkeiten konfrontiert sind, eine stabile und erfüllende Beziehung einzugehen. Es ist sehr gut gezeigt worden, dass diese Patienten nicht nur einem reduzierten psychologischen Wohlbefinden unterworfen sind, sondern auch einer insgesamt höheren Sterblichkeit unterliegen, wie in vielen epidemiologischen Studien gezeigt wurde.

Zukünftige Forschung

Es braucht noch einiges an Forschung, um die Wirkung und das Funktionsprinzip von Übertragungsdeutungen gänzlich zu verstehen. Die Anwesenheit oder Abwesenheit von Übertragungsdeutungen bzw. deren Frequenz ist alleine nicht ausreichend. Der Effekt von Deutungen hängt von mehreren Merkmalen ab: Die Genauigkeit der Deutungen selbst, dem Grad an Kongruenz der Intervention, der Treffsicherheit bzw. Konsistenz mit einer unabhängig abgeleiteten psychodynamischen Formulierung über den Patienten (Crits-Christoph 1998; Piper et al. 1993; Høglend & Piper 1995); und Zugehörigkeit wie bspw. der Grad an Zuwendung bzw. Feindseligkeit, der dem Patienten durch die Deutung kommuniziert wird (Benjamin 1974); und dem Inhalt wie bspw. dem dynamischen Konflikt bzw. den Beziehungskomponenten, die in der Deutung enthalten sind: Wünsche, Abwehrmechanismen, Ängsten, aktuelle Andere, Elternfiguren und Therapeuten. Die Tiefe der Deutungen kann als ein Inhaltsaspekt gesehen werden (Cooper et al. 2002).

Übertragungsdeutungen im therapeutische Kontext (anfängliche, mittlere, späte) und die Qualität anderer Deutungen können wichtig sein. Zusätzlich zu den nicht-interpretativen Interventionen, die Übertragungsdeutungen folgen, fallen auch diejenigen, die ihnen vorangehen, ins Gewicht (Gabbard 1994). Das Verhältnis des therapeutischen Arbeitsbündnisses kann zum Zeitpunkt eines Deutungsangebots wichtig sein. Das Timing und die Qualität der Deutungen ist wahrscheinlich der am schwierigsten auszuwertende Aspekt, jedoch ebenso wahrscheinlich entscheidend dafür, wie gut eine Deutung vom Patienten empfangen und beachtet wird.

Weiterhin haben die Einstellung und die Subjektivität des Therapeuten, sowie die Gegenübertragungsreaktionen einen Einfluss auf die Qualität der Deutungen (Henry et al. 1986; Muran 2002). Um besser zu verstehen, wie dynamische Psychotherapie funktioniert, sollten mehr Studien zu einzelnen Behandlungskomponenten Priorität haben. Wenn wir spezifische Komponenten isolieren, die die größte Wirkung erzielen, seien es spezifische Techniken oder allgemeine Faktoren, dann kann die Suche nach Mechanismen (Mediatoren) von einer großen Anzahl mutmaßlicher Mechanismen eingeengt werden. Untersuchungen der Mechanismen und deren Wechselwirkung, wie das therapeutische Arbeitsbündnis, die Toleranz von Affekten, die Selbstwertschätzung, Selbstwirksamkeit, soziales Vermeidungsverhalten, Coping (Problemlösefähigkeit) und der Einsatz von Abwehrmechanismen, können bei der Erweiterung des Grundwissens hilfreich sein.

Bibliographie

- Alden L, Wiggins J & Pincus A (1990) Construction of circumplex scales for the inventory of interpersonal problems. *Journal of Personality Assessment* 55: 521-536
- Azim HFA, Piper W, Segal PM, Nixon GWH & Duncan SC (1991) The "quality of object relations scale". *Bulletin of the Menninger Clinic* 55: 323-343
- Banon E, Grenier E & Bond M (2001) Early transference interventions with male patients in psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice Research* 10: 79-97
- Barber J, Foltz C, Derubeis R & Landis J (2002) Consistency of interpersonal themes in narratives about relationships. *Psychotherapy Research* 12: 139-158
- Baron R & Kenny D (1986) The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic and statistical considerations. *Psychological Bulletin* 101: 1173-1182
- Baskin TW, Tierney SC, Minamy T & Wampold BE (2003) Establishing specificity in psychotherapy: A meta-analysis of structural equivalence of placebo controls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71: 973-979
- Benjamin L (1974) Structural analysis of social behavior (SASB). *Psychological Review* 81: 392-425
- Berliner B (1941) Short psychoanalytic psychotherapy: its possibilities and its limitations. *Bulletin of the Menninger Clinic* 5: 204-211
- Blum H (1992) Psychic change: the analytic relationship(s) and agents of change. *International Journal of Psychoanalysis* 73: 255-266
- Bøgwald K & Dahlbender RW (2004) Procedures for testing some aspects of the content validity of the psychodynamic functioning scales and the global assessment of functioning scale. *Psychotherapy Research* 14: 453-468
- Bøgwald KP, Høglend P & Sorbye O (1999) Measurement of transference interpretations. *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 8: 264-273
- Clarkin J & Levy KN (2004) The influence of client variables on psychotherapy. in: Lambert M (Hrsg) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. 5. Aufl. Wiley, New York Chichester Brisbane, 194–226
- Connolly MB, Crits-Christoph P, Shappell S, Barber JP & Luborsky L (1999) Relations of transference interpretations to outcome in the early sessions of brief supportive-expressive psychotherapy. *Psychotherapy Research* 9: 485-495
- Cooper AM (1987) Changes in psychoanalytic ideas: transference interpretation. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 35: 77-98
- Cooper S, Bond M, Audet C, Boss K & Csank P (2002) The psychodynamic intervention rating scale. Unpublished MS
- Crits-Christoph P (1998) The interpersonal interior of psychotherapy. *Psychotherapy Research* 8: 1-16
- Deutsch F (1949) *Applied psychoanalysis. Selective objectives of psychotherapy*. Grune & Stratton, New York
- Ehrenreich J (1989) Transference: one concept or many? *Psychoanalytic Review* 76: 37-65
- Ferenczi S & Rank O (1924) *Entwicklungsziele der Psychoanalyse*. Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien
- Frank JD (1971) Therapeutic factors in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy* 25: 350-361
- Freud S (1895d) Studien zur Hysterie. GW Bd I, S 252-312
- Freud S (1905e) Bruchstück einer Hysterieanalyse. GW Bd V, S.161-286.
- Gabbard GO & Horwitz L, Frieswyck, S., Allen, J.G., Colson, D.B., Newsom, G., Coyne, L. (1988) The effect of therapist interventions on the therapeutic alliance with borderline patients. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 36 (697-727):

- Gabbard GO, Horwitz L, Allen JG, Frieswyk S, Newsom G, Colson DB & Coyne L (1994) Transference interpretation in the psychotherapy of borderline patients: A high-risk, high-gain phenomenon. *Harvard Review of Psychiatry* 2: 59-69.
- Gabbard GO & Westen D (2003) Rethinking therapeutic action. *International Journal of Psychoanalysis* 84: 823-842
- Gabbard GO (2006) When is transference work useful in dynamic psychotherapy? *American Journal of Psychiatry* 163: 1667-1669
- Geller J, Cooley R & Hartley D (1981) Images of the psychotherapist: a theoretical and methodological perspective. *Imagination Cogn Pers.* 1: 123-146
- Geller J & Faber B (1993) Factors influencing the process of internalization in psychotherapy. *Psychotherapy Research* 3: 166-180
- Gill MM & Muslin H (1976) Early interpretation of transference. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 24: 779-94
- Gill MM (1982) Analysis of transference. Vol. 1: Theory and technique. International Universities Press, New York
- Gill MM (1996) Die Übertragungsanalyse. Theorie und Technik. Fischer, Frankfurt/M
- Glover E (1955) The technique of psychoanalysis. Baillière Tindall & Cox, London
- Hagtvet K & Høglend P (2008) Assessing precision of change scores in psychodynamic psychotherapy: a generalizability theory approach. *Meas Eval Couns Dev.* 41: 162-1178
- Havik O, Monsen J, Høglend P, Von Der Lippe A, Lyngstad G & Stiles T (1995) Norwegian Multi-Site Study of Process and Outcome in Psychotherapy (NMSPOP). Research protocol. Bergen: Department of Clinical Psychology, University of Bergen.
- Henry W, Schacht T & Strupp HH (1986) Structural analysis of social behavior: Application to a study of interpersonal process of differential psychotherapeutic outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 54: 27-31
- Hersoug A (2004) Assessment of therapists' and patients' personality: relationship to therapeutic technique and outcome in brief dynamic psychotherapy. *Journal of Personality Assessment* 83: 191-200
- Hoffman IZ (1998) Ritual and spontaneity in the psychoanalytic process: a dialectical-constructivist view. Analytic Press, Hillsdale, NJ
- Høglend P, Heyerdahl O, Amlo S, Engelstad V, Fossum A, Sorby O (1993) Interpretations of the patient-therapist relationship in brief dynamic psychotherapy: effects on long-term mode specific changes. *Journal of Psychotherapy Practice Research* 2: 296-306
- Høglend P (1994a) Selection for brief dynamic psychotherapy modified after Sifneos. Manual. University of Oslo, Department of Psychiatry, Oslo
- Høglend P (1994b) Manual for process ratings of general skill, supportive interventions and specific techniques. Manual. University of Oslo, Department of Psychiatry, Oslo
- Høglend P, Bøgwald K, Amlo S, Heyerdahl O, Sorbye O & Marble A (2000) Assessment of change in dynamic psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice Research* 9: 190-199
- Høglend P (2004) Analysis of transference in dynamic psychotherapy: A review of empirical research. *Canadian Journal of Psychoanalysis* 12: 280-300
- Høglend P, Amlo S, Marble A, Bøgwald K-P, Sørbye Ö, Sjaastad MC & 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, Johansson P, Marble A, Bøgwald K & Amlo S (2007) Moderators of the effects of transference interpretations in brief dynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research* 17: 162-174
- Høglend P, Bøgwald KP, Amlo S, Marble A, Ulberg RS, M.C. & Johansson P (2008) Transference interpretations in dynamic psychotherapy: Do they really yield sustained effects? *American Journal of Psychiatry* 165: 763-771
- Horwitz L, Gabbard GO, Allen JG, Frieswyk SH, Colson DB, Newsom GE & Coyne L

- (1996) Borderline personality disorder: Tailoring the psychotherapy to the patient. American Psychiatric Press, Washington, D. C.
- Joyce AS & Piper WE (1996) Interpretative work in short-term individual psychotherapy: an analysis using hierarchical linear modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64: 505-512
- Kraemer H, Wilson G, Fairburn C & Agras W (2002) Mediators and moderators of treatment effects in randomized clinical trials. *Archives of General Psychiatry* 59: 877-883
- Levy KN, Meehan KB, Kelly KM, Reynoso JS, Weber M, Clarkin JF & Kernberg OF (2006) Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of Transference-Focused Psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 74: 1027-1040
- Luborsky L & Spence DP (1978) Quantitative research on psychoanalytic therapy. in: Garfield S & Bergin AE (Hrsg) *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*, 2nd edn. Wiley & Sons, New York Chichester Brisbane, S 331-368
- Malan D (1976a) *The Frontier of Brief Psychotherapy*. Plenum Medical Book Company, New York & London
- Malan D (1976b) *Toward the Validation of Dynamic Psychotherapy. A Replication*. Plenum Medical Book Company, New York & London
- Marmar CR, Weiss DS & Gaston L (1989) Towards the validation of the California Therapeutic Alliance Rating System. *Psychological Assessment* 1: 46-52
- Marziali EA (1984) Prediction of outcome of brief psychotherapy from therapist interpretive interventions. *Archives of General Psychiatry* 41: 301-304
- Marziali EA & Sullivan J (1980) Methodological issues in the content analysis of brief psychotherapy. *British Journal of medical Psychology* 53: 19-27
- Mccullough L, Winston H, Farber B, Porter F, Pollack J, Laikin M (1991) The relationship of patient-therapist interaction to the outcome in brief dynamic psychotherapy. *Psychotherapy: Theory Practice Research Training* 28: 525-533
- Notman M & Nadelson C (2004) Sex in the consulting room. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry* 32: 193-200
- Ogrodniczuk J, Piper W, Joyce A & Mccallum M (2001) Effect of patient gender on outcome in two forms of shortterm individual psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice Research* 10: 69-78
- Ogrodniczuk JS & Piper WE, Joyce, A.S., & Mccallum, M. (1999a) Transference interpretations in short-term dynamic psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease* 187: 572-579
- Ogrodniczuk JS & Piper WE (1999b) Measuring therapist technique in psychodynamic psychotherapies. Development and use of a new scale. *Journal of Psychotherapy Practice Research* 8: 142-154
- Orlinsky D, Geller J, Tarragona M & Farber B (1993a) Patients' representations of psychotherapy: a new focus for psychodynamic research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61: 393-410
- Piper WE, Azim HF, Joyce AS & Mccallum M (1991) Transference interpretations, therapeutic alliance, and outcome in short term individual psychotherapy. *Archives of General Psychiatry* 48: 946-953
- Piper WE, Delbane EG, Bienvenu J-P, De Carufel F & Garrant J (1986) Relationships between the object focus of therapist interpretations and outcome of short-term individual psychotherapy. *British Journal of Medical Psychology* 59: 1-11
- Piper WE, Ogrodniczuk JS, Joyce AS, Mccallum M, Rosie JS & Kelly JG (1999) Prediction of dropping out in time-limited, interpretive individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory Practice Research Training* 36: 114-122.
- Pumpian-Mindlin E (1953) Considerations in the selection of patients for short-term therapy.

- American Journal of Psychotherapy 7: 641-653
- Rangell L (1984) The analyst at work. Synthesis and critique. *International Journal of Psychoanalysis* 65: 125-140
- Reich W (1945) Character analysis. Trans. T. Wolfe. Orgone Institute Press, Rangley, ME
- Rosenzweig S (1936) Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry* 6: 422-425
- Rosser R, Denford J, Heslop A, Kinston W, Macklin D, Minty K & Et Al. (1983) Breathlessness and psychiatric morbidity in chronic bronchitis and emphysema: a study of psychotherapeutic management. *Psychological Medicine* 13: 93-110
- Schlessinger N & Robbins F (1983) A developmental view of the psychoanalytic process. Follow-up studies and their consequences. International Universities Press, New York
- Sifneos PE (1971) Short-term dynamic psychotherapy: evaluation and technique. Plenum, New York, London
- Silberschatz G, Fretter PB & Curtis JT (1986) How do interpretations influence the process of psychotherapy? *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 54: 646-652
- Stiles WB & Shapiro DA (1994) Disabuse of the drug metaphor: Psychotherapy process-outcome correlations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62: 942-948
- Stolorow RD, Brandchaft B & Atwood GE (1987) Psychoanalytic treatment: An intersubjective approach. Analytic Press, Hillsdale
- Stone L (1967) The psychoanalytic situation and transference: Postscript to an earlier communication. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 15: 3-58
- Strachey J (1935) Die Grundlagen der therapeutischen Wirkung der Psychoanalyse. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse* 23:68-74; englisch (1934) The nature of the therapeutic action of psycho-analysis. *International Journal of Psychoanalysis* 15: 127-159; Dt
- Sullivan HS (1953) The interpersonal theory of psychiatry. Norton, New York
- 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
- Wampold BE (1997) Methodological problems in identifying efficacious psychotherapies. *Psychotherapy Research* 7: 21-43
- Westen D & Gabbard G (2002b) Development in cognitive neuroscience: II Implications for theories of transference. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 50: 99-134
- Zlotnick C, Shea M & Pilkonis P (1996) Gender, type of treatment, dysfunctional attitudes, social support, life events, and depressive symptoms over naturalistic follow-up. *American Journal of Psychiatry* 153: 1021-1027