

Inter-Session-Prozesse

Ein vernachlässigtes Thema der Psychotherapieforschung

Inter-Session-Processes A Neglected Area of Psychotherapy Research

Zusammenfassung

Wir wissen bislang kaum etwas darüber, wie Patienten Erfahrungen aus der Therapie zwischen den Sitzungen verinnerlichen, erinnern und bewusst oder unbewusst für Veränderungen nutzen. Was *nach* einer Sitzung mit den Erfahrungen *in* der Sitzung „passiert“, ist jedoch vermutlich von zentraler Bedeutung für den längerfristigen Therapieerfolg. Der „Inter-Session-Prozess“ beschreibt die Verarbeitung von Therapie zwischen den Therapiesitzungen. Obwohl „Inter-Session-Prozesse“ als ein wesentliches Bindeglied zwischen Therapieprozess und -ergebnis angesehen werden können, wurden sie kaum empirisch untersucht. Die bislang durchgeführten Untersuchungen beziehen sich ausschließlich auf ambulante, einzeltherapeutische Settings. Es wird ein Überblick über bislang vorliegende Instrumente und Studien gegeben sowie die Bedeutung von Inter-Session-Prozessen für die Psychotherapieforschung dargelegt.

Abstract

We do not know much about how patients internalize, remember or use psychotherapeutic experiences between psychotherapy sessions and how they use them for change. What happens with *in-session-experiences after* a session („inter-session-process“) is of main importance for outcome. The inter-session-process describes the work on psychotherapy between sessions. Although inter-session-processes are a central element connecting psychotherapy process and outcome, they remain a neglected area of research. Previous studies examined individual outpatient settings only. This paper gives an overview over theory, instruments for measurement, previous studies and relevance of inter-session-processes for the field of psychotherapy research.

Key words

Inter-session-process · psychotherapy research · process · Generic Model · representation

Einführung

Was wissen wir eigentlich darüber, was unsere Interventionen in psychotherapeutischen Sitzungen beim Patienten bewirken und welche Aspekte des Gesagten oder der Beziehungserfahrung aus der Therapiestunde „mitgenommen“ werden?

Manche Patienten berichten, dass sie sich an die vorangegangene Stunde nicht mehr erinnern können. Andere wiederum werden

die Gedanken an bestimmte Sätze des Therapeuten nicht mehr los und beschäftigen sich über viele Stunden damit. Einige Patienten nutzen die Erfahrung einer als unterstützend und wohlwollend erlebten therapeutischen Beziehung dafür, bisherige Verhaltensstrategien und Abwehrformen zu verlassen, während andere sich an konkreten Äußerungen des Therapeuten orientieren, welche sie in problematischen Situationen detailliert erinnern.

Institutsangaben

¹ Abt. Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin, Universitätsklinik Freiburg

² University of Chicago, Committee on Human Development

Korrespondenzadresse

Dr. med. Almut Zeeck · Abteilung Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin · Universitätsklinik Freiburg · Hauptstraße 8 · 79104 Freiburg · E-mail: zeeck@psysom.ukl.uni-freiburg.de

Eingegangen: 1. Oktober 2003 · **Angenommen:** 25. November 2003

Bibliografie

Psychother Psych Med 2004; 54: 236–242 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

DOI 10.1055/s-2003-814790

ISSN 0937-2032

Unser Wissen darüber, wie Therapie verarbeitet wird, ist weitgehend fallbezogen und kasuistisch. Auch die Psychotherapieforschung konzentrierte sich bislang vorwiegend auf Inhalte und Geschehnisse *innerhalb* der Therapiestunde [1]. Was die so genannten unspezifischen und spezifischen „Wirkfaktoren“ in den Sitzungen aber kurzfristig bewirken – also das, was Patienten aus der Stunde in die Zeit danach mitnehmen, hat Psychotherapieforscher bislang überraschend wenig beschäftigt. Dabei ist es höchst wahrscheinlich, dass diese „Blackbox“ (der Zwischensitzungs- oder „Inter-Session-Prozess“) ein wesentliches Bindeglied zwischen dem Prozess in den Sitzungen („*Intra*-Session-Prozess“) und dem Ergebnis („*outcome*“) darstellt [2, 3].

Wir möchten den theoretischen Hintergrund und die Verankerung der Forschung zu „Inter-Session-Prozessen“ im Rahmen der allgemeinen Psychotherapieforschung skizzieren sowie einen Überblick über theoretische Hintergründe und bisherige Forschungsergebnisse geben.

Theoretischer Hintergrund

Das Thema „Inter-Session-Prozess“ ist eng mit der Frage verbunden, wie Veränderungen durch Psychotherapie erfolgen. Es ist Ziel der Therapie, dass das, was in einer Therapiestunde passiert, auf die Zeit danach fortwirkt. Dies erfolgt über Schritte der Verinnerlichung der Therapieerfahrung, welche wiederum Einfluss auf aktuelle Erlebens- und Verhaltensweisen eines Patienten hat. Ausdruck dieses Verinnerlichungsprozesses sind bewusste Gedanken, Erinnerungen und Gefühle, welche sich auf die Therapie beziehen – einschließlich komplexerer Vorgänge, wie imaginärer Dialoge mit dem Therapeuten. Orlinsky und Geller [2, 3], welche die Diskussion um Zwischensitzungsprozesse maßgeblich bestimmt haben, nennen diese bewussten Vorgänge „Repräsentationen der Therapie“ im Zwischensitzungszeitraum. Im Gegensatz zum unbewussten Teil des Verarbeitungsprozesses sind diese Repräsentationen mit Forschungsinstrumenten erfassbar.

Dabei kann man davon ausgehen, dass die Erfahrungen, die in der Therapie gemacht werden, kurzfristige und langfristige Effekte haben. Kurzfristige Effekte („*micro*“- oder „*meso*“-*outcomes* im Sinne der Psychotherapieforschung) würden beispielsweise darin bestehen, dass ein Patient sich an Ratschläge oder Sätze des Therapeuten in einer schwierigen Situation außerhalb der Therapiestunde erinnert und sich in seinem Verhalten danach richtet. Langfristige Effekte („*macro-outcomes*“) betreffen Veränderungen grundlegender Erlebens- und Verhaltensmuster.

Aus theoretischer Sicht sind bei der Frage nach der Verinnerlichung von Therapieerfahrung vor allem Arbeiten aus der psychoanalytischen und entwicklungspsychologischen Literatur von Bedeutung, die sich mit Fragen der Internalisierung, Repräsentation und psychischen Strukturen befassen. Ein umfassender theoretischer Überblick findet sich bei Orlinsky u. Geller [2], welche ihre eigene Definition als „selektive Integration“ psychoanalytischer und entwicklungspsychologischer Konzepte verstehen. Dabei liefert die Bindungstheorie Beschreibungen der Entwicklung psychischer Strukturen, welche auf der – von außen erfolgenden – Verhaltensbeobachtung von Säuglingen und Kleinkindern basieren, während die Psychoanalyse aus dem subjektiven

psychischen Geschehen Theorien zum Funktionieren des psychischen Apparates ableitet.

Sowohl die Bindungstheorie als auch die psychoanalytische Selbst- und Objektbeziehungstheorie gehen davon aus, dass Kinder aufgrund wiederholt erlebter typischer Interaktionsmuster Erwartungen hinsichtlich „des Charakters der Interaktionen mit ihrer Bezugsperson entwickeln“ [4]. Diese schlagen sich in „inneren Arbeitsmodellen“ [5–8] oder „Selbst-Objekt-Affekt-Einheiten“ [9] nieder und prägen damit zentral die Entwicklung des psychischen Apparates. Sie regulieren das Verhalten des Kindes zur Bezugsperson und steuern später das Verhalten in Beziehungen zu anderen. Man kann auch von „Schemata“ als relativ stabilen, überdauernden inneren Strukturen sprechen. Die Differenzierung, Flexibilität und Art dieser Schemata bildet die Grundlage dessen, was als Persönlichkeitsstruktur bzw. -organisation bezeichnet wird.

Innere Schemata bestimmen die Form subjektiven Erlebens, z. B. auch Übertragungsbereitschaften und lassen sich indirekt über die durch sie hervorgerufenen Repräsentationen¹ erschließen.

Bowlby nimmt an, dass sich die von ihm so genannten inneren Arbeitsmodelle („*inner working models*“; IWM) aus vier Systemen zusammensetzen: den Erwartungen interaktionellen Verhaltens, Erinnerungen an Bindungserfahrungen, autobiografischen Erinnerungen an spezifische Ereignisse und dem Verstehen anderer. Diese inneren Arbeitsmodelle beinhalten affektive und kognitive Komponenten und sind als ein System hierarchisch organisierter, miteinander verknüpfter Modelle vom Selbst und von anderen zu verstehen [10]. Sie sind Strukturen, welche Informationen durchlassen, begrenzen, verarbeiten und modulieren. Sie können auch miteinander in Konflikt stehen oder sich widersprechen. So ist es möglich, dass ein Schema aktiviert und ein weiteres unterdrückt oder vom Bewusstsein abgespalten wird (Abwehrprozesse). Unterschiede in grundlegenden Arbeitsmodellen, welche wesentlich durch Bindungserfahrungen geprägt werden, zeigen sich u. a. auch in sprachlichen Mustern und Denkstrukturen [11].

Aus Sicht der Entwicklungspsychologie vollzieht sich dabei eine Entwicklung von externer Erfahrung und Handlung (welche als „außen“ und „beobachtbar“ definiert wird) hin zu Vorstellung, Abstraktion und mentaler Symbolisierung („innen“). Die höchste Entwicklungsstufe ist diejenige, welche Fonagy als „*reflective functioning*“ bezeichnet. Er geht davon aus, dass nicht nur Bindungserfahrungen repräsentiert sind, sondern dass sich ein „*interpersonal interpretive mechanism*“ (IIM) entwickelt, welcher eine Verarbeitungsstruktur für neue Erfahrungen darstellt und Wahrnehmungen moduliert. Fonagy [4] betont, wie bedeutsam dabei der Erwerb der Fähigkeit zu einer reflexiven bzw. metakognitiven Kontrolle ist – d. h. der Fähigkeit, das mentale Befinden des Gegenübers zu begreifen und damit die Auswirkungen negativer Beziehungserfahrungen zu relativieren. Er geht damit über das Konzept von Bion [12] hinaus, welcher vor allem die Wichtigkeit des mütterlichen „*Containment*“ im Sinne einer po-

¹ Repräsentation meint hier dem Bewusstsein zugängliche Fantasien, Gedanken und Erinnerungen (nach Orlinsky u. Geller [2]).

sitiven Bindungserfahrung betonte. Fonagy spricht von der „Internalisierung des denkenden Selbst im Inneren des Containing-Objektes“. Bei diesem Prozess nimmt das Kind einerseits die Reflexivität der Mutter wahr mit der es sich identifiziert und andererseits, dass diese es selbst (das Kind) als wünschendes, eigenständiges Selbst erkennt.

Die psychoanalytische Theorie, vor allem die Selbst- und die Objektbeziehungstheorie [9,13]², sind dagegen aus einer subjektivistischen Perspektive formuliert. Aus dieser Sicht existiert keine „objektive“, äußere Welt, sondern alle Repräsentationen sind subjektive Verarbeitungen der Außenwelt, bei welchen „Objektvorstellungen“ (die sich auf das beziehen, was als außerhalb der eigenen Person erlebt wird) und „Selbstvorstellungen“ (welche sich auf das beziehen, was vom Individuum als innerhalb seiner Selbst erlebt wird) unterschieden werden. Basis der Selbst- und Objektvorstellungen sind nach Kernberg „self-object-affect-units“, d. h. positiv oder negativ getönte Interaktionsschemata. Die Grenze zwischen Selbst- und Objektvorstellungen ist zunächst durchlässiger und wird im Laufe der Entwicklung immer weiter gefestigt. Kernberg [9] unterscheidet fünf Entwicklungsstadien internalisierter Objektbeziehungen und unterscheidet frühe (Introjektion) und spätere, reifere Internalisierungsprozesse (Identifikation), welche letztendlich zur Ichidentität und zu differenzierten psychischen Strukturen (Ichideal, Ichfunktionen etc.) führen. Er geht davon aus, dass Wahrnehmung, Gedächtnis und angeborene Verhaltensmuster sowie Affektdispositionen diesen Entwicklungsprozess mitbestimmen und stellt Bezüge zur Neurobiologie, Systemtheorie und Verhaltensforschung her.

Orlinsky u. Geller [2] schlagen eine Aufhebung der Dichotomie der beschriebenen Perspektiven vor. Aus ihrer Sicht sind die Prozesse der Verinnerlichung objektiver Erfahrung und Handlung sowie der subjektiven Identifikation Stadien eines Entwicklungsprozesses. Sehr vereinfacht kann dieser Entwicklungsprozess folgendermaßen dargestellt werden: interpersonelles Involviertsein führt zu → Schemata von der Beziehung zwischen Selbst und Anderem → und diese zur Persönlichkeitsorganisation.

Es ist nun davon auszugehen, dass die frühen und in der Folge durch weitere wichtige Beziehungserfahrungen modifizierten Bindungserfahrungen das Erleben aktueller Beziehungserfahrungen bedeutsam mitbestimmen und z. B. in engem Zusammenhang mit Übertragungsprozessen in der Therapie stehen. Connolly, Crits-Christoph et al. [15] konnten zeigen, dass die interpersonellen Themen aus Narrativen von Patienten vor Beginn der Therapie signifikant mit späteren Narrativen über den Therapeuten korrelierten. Ferner scheinen unsichere oder verstrickte Bindungsmuster zu einer Deaktivierung oder Hyperaktivierung von sprachlich repräsentierten bindungsrelevanten Informationen zu führen [16]. Luborsky et al. [17] versuchten Übertragungsphänomene in den „Core Conflictual Relationship Themes“ zu operationalisieren. Connolly et al. [18] verweisen dabei auf

zwei Komponenten: eine strukturelle (mentale Repräsentation von interpersonellen Beziehungen) und eine prozessuale (aktuelle Beziehungen werden von diesen Repräsentationen geprägt).

Grundlage therapeutischen Vorgehens ist die Annahme, dass auch noch „späte“ Beziehungserfahrungen über Prozesse der Internalisierung und Identifikation die Persönlichkeitsstruktur verändern/modifizieren können.

Orlinsky u. Geller [2] unterscheiden verschiedene Arten der Identifikation, welche auch im therapeutischen Prozess eine Rolle spielen („role identification“, „relational identification“, „reflexive identification“, „substitutive identification“, „compensatory identification“). Als Beispiel soll hier die reflexive Identifikation genannt werden, bei welcher sich der Patient mit der fürsorglichen und selbstreflexiven Seite des Therapeuten identifiziert und diese im Laufe der Zeit so verinnerlicht, dass auch nach Abschluss der Therapie eine selbstanalytische Funktion weitergeführt werden kann.

Ergänzend ist die „Schematheorie“ [19] zu erwähnen, welche auf Modellen aus der kognitiven Psychologie und Aspekten aus der Systemtheorie aufbaut. Mit einem starken Bezug auf die Arbeiten von Piaget werden Schemata als grundlegende Organisationsstrukturen der Psyche verstanden, welche über Prozesse der Assimilation und Akkommodation im Austausch mit der Umgebung sind. Auch Grawe [19] nimmt an, dass Träume, Gedanken, Gefühle, Fantasien und sprachliche Äußerungen Rückschlüsse auf Schemata, welche supprimiert oder aktiviert sein können, zulassen.

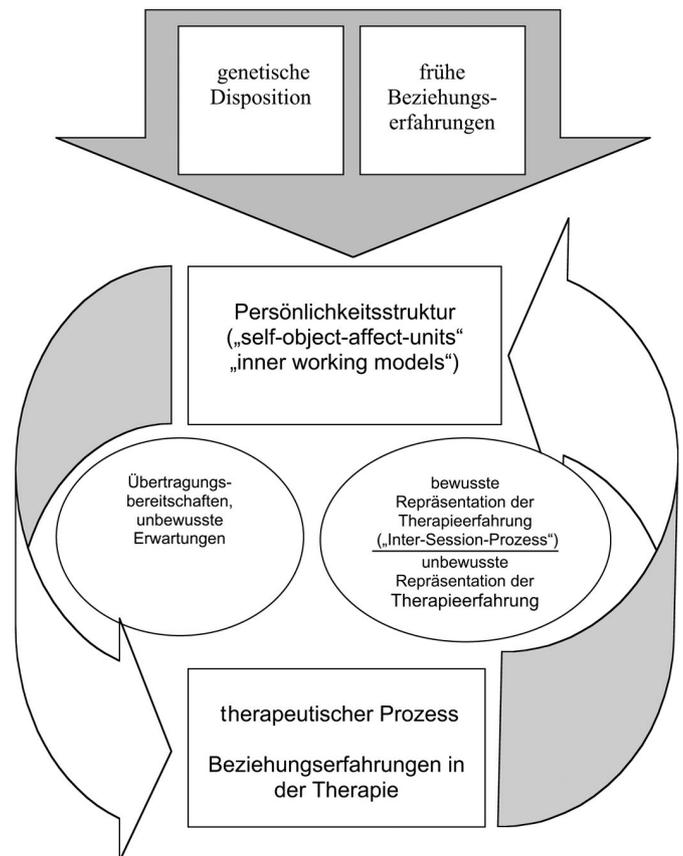


Abb. 1 Determinanten des Inter-Session-Prozesses.

² Es müsste hier eine ganze Reihe weiterer psychoanalytischer Autoren genannt werden (z. B. Winnicott, Fairbairn), worauf aber aufgrund des begrenzten Umfangs dieser Arbeit verzichtet werden muss; ein umfassender theoretischer Überblick zu Prozessen der Internalisierung findet sich z. B. bei Schafer [14].

Zusammenfassend kann man sagen, dass Inter-Session-Prozesse beeinflusst werden durch (Abb. 1):

1. die von frühen Beziehungserfahrungen wesentlich geprägte „Grundstruktur“ bzw. Persönlichkeitsstruktur, welche die heutigen psychischen Verarbeitungsmuster bestimmt (zentrale Konflikte, Übertragungsbereitschaften, affektiv getönte Selbst- und Objektvorstellungen, Abwehrmechanismen),
2. das aktuelle Geschehen zwischen Patient und Therapeut in der therapeutischen Situation und
3. die Intensität des therapeutischen Prozesses bzw. die emotionale Beteiligung des Patienten.

Es ist davon auszugehen, dass das Zusammenspiel dieser Aspekte zu einem spezifischen Prozess führt, welcher in bedeutsamer Beziehung zu einer Veränderung bisheriger Beziehungs-, Abwehr- oder Handlungsmuster steht und voraussichtlich auch in verschiedenen Stadien des therapeutischen Prozesses anders gestaltet ist. Aktuelle Beziehungserfahrungen können dabei kongruent mit früheren, oder aber als gegensätzlich zu diesen erlebt werden. Dabei ist noch ungeklärt, wie das Intra-Session-Erleben und dann der Inter-Session-Prozess gestaltet sein müssen, um positive, korrigierende Erfahrungen zu ermöglichen.

Einbettung in das „Generic Model of Psychotherapy“

Orlinsky u. Howard [20] ermöglichten mit ihrem Entwurf eines „Generic Model of Psychotherapy“ die Einordnung empirischer Befunde aus der Psychotherapieforschung in einen allgemeinen, schulübergreifenden Bezugsrahmen. Ihr Modell bildet trotz vereinzelter Kritik bis heute den umfassendsten Bezugsrahmen zum Verständnis psychotherapeutischer Prozesse. Sie unterscheiden Determinanten/Inputvariablen (Versorgungssystem, Behandlungsrahmen, Therapeuten- und Patientenmerkmale), Prozess (z. B. Interventionen, Selbstbezogenheit³/Offenheit von Patient und Therapeut, therapeutische Realisierungen⁴, s. u.) und Konsequenzen/Output (Auswirkungen im kurz-, mittel- oder langfristigen Verlauf).

Hinsichtlich des *Therapieergebnisses (outcome)* können verschiedene Ebenen differenziert werden: „micro“ (Minuten bis Stunden), „meso“ (Tage bis Wochen) und „macro“- (Monate bis Jahre) Outcome. Orlinsky et al. [21] ordnen neun verschiedenen Stufen von Zeitabschnitten („time frames“) Zeitskalen („time scales“) und diesen wiederum einen Prozess- und Outcomefokus zu. So entspricht beispielsweise die Stufe 3 Sitzungsprozessen (wichtige Momente in der Beziehung, Interventionen, Gesamtsitzungsdynamik) und der Outcomefokus wäre der Post-Sitzungs-Outcome (Veränderungen der Stimmung, Motivation, Kognition direkt nach der Sitzung). Stufe 4 würde ganze Tage mit allen Aspekten von Therapieprozessen und Zwischensitzungsprozessen, z. B. auch Hausaufgaben betreffen; der Outcomefokus wäre der so genannte „Micro-Outcome“: bessere Bewältigung von Problemsituationen, bessere kommunikative Fähigkeiten etc..

³ Meint das Selbsterleben von Patient und Therapeut mit ihrer jeweiligen Offenheit oder Abwehr den Inhalten der Therapie gegenüber.

⁴ Gemeint sind die unmittelbaren Auswirkungen der therapeutischen Interaktion mit Effekten wie Remoralisierung, Kompetenzerweiterung und Aufbau einer tragfähigen Beziehung.

Hinsichtlich des *Therapieprozesses* werden folgende Variablen/Aspekte unterschieden:

- die therapeutische Beziehung,
- der therapeutische Vertrag (betrifft u. a. Setting, Bezahlung, festgelegte Regeln),
- therapeutische Interventionen,
- Selbstbezogenheit von Patient und Therapeut („self relatedness“),
- therapeutische Realisation und
- unbewusste Übertragungswiderstände.

Der Inter-Session-Prozess wird von Orlinsky u. Geller als wichtiger Aspekt ergänzt. Dabei betonen sie, dass die Frage der inneren Umsetzung von Psychotherapie im Inter-Session-Prozess noch weit gehend ungeklärt ist. Sie gehen davon aus, dass Prozesse der Internalisierung Therapieprozess und Ergebnis verknüpfen („process-outcome-linkage-model“ [2]).

Instrumente zur Erfassung von Inter-Session-Prozessen

Orlinsky u. Geller nahmen an, dass innere Schemata nicht direkt zugänglich sind, aber immer wieder anhand von bewussten Repräsentationen indirekt erfasst werden können. Ausgangspunkt war daher, Patienten zu fragen, was sie wie oft, wann und mit welchen Gefühlen über den Therapeuten und die Therapie denken und fantasieren. Hier sind Interviews oder Fragebogen mögliche Zugangswege, welche beide auf sprachlichen Informationen beruhen. Fragebogen haben den Vorteil, dass Patienten sich weniger gehemmt fühlen, Informationen zu eventuell schambe-setzten Themen zu geben. Es wurden zwei Instrumente zur Erfassung der inneren Repräsentation der Therapie entwickelt: das „Therapist-Representation-Inventory, TRI“ [22], welches versucht, das beim Patienten entstehende Bild des Therapeuten zu erfassen und der „Inter-Session Experience Questionnaire, IEQ“ [2]. Der IEQ wurde insbesondere für die Verlaufsmessung während einer Therapie entwickelt und soll die Gedanken, Erinnerungen und Fantasien über die Therapie zwischen den Sitzungen erfassen.

Das „*Therapist-Representation-Inventory*“ (TRI) existiert bislang nur in der ursprünglichen englischen Fassung. Patienten werden aufgefordert, eine kurze schriftliche Beschreibung des Therapeuten zu geben und die mit den bewussten Erinnerungen an den Therapeuten verknüpften Sinnesmodalitäten (Worte, Bilder, Geräusche, Körpersensationen) anzugeben, ferner die Häufigkeit, Lebendigkeit und Dauer der Repräsentationen sowie die Umstände, während welcher sie auftraten. Zur Einschätzung werden dann das Stadium der kognitiven Entwicklung, die formalen Eigenschaften der Repräsentationen und der thematische Inhalt eingeschätzt. Ergänzend werden die Lebendigkeit und Frequenz von Träumen beurteilt.

Der „*Inter-Session-Experience-Questionnaire*“ IEQ wurde von Hartmann und Herzog ins Deutsche übersetzt (Inter-Session-Fragebogen, ISF) und hinsichtlich seiner Gütekriterien überprüft [23, 24]. Er ist ein 42-Item-Fragebogen, welcher von Patienten innerhalb von 5–10 Minuten ausgefüllt werden kann (deutsche Version: 52 Items [24]). Das Rating erfolgt jeweils kurz vor einer Therapiestunde und bezieht sich auf die Zeit zwischen der letz-

ten und der jetzigen Sitzung. Die Patienten bewerten die Items nach „nicht“, „etwas“ oder „viel“. Der IEQ umfasst fünf Bereiche:

1. die Häufigkeit und den Umfang von Repräsentationen zur Therapie,
2. die Situationen, in welchen sie auftreten,
3. die Inhalte der Repräsentationen,
4. die mit den Repräsentationen verbundenen Affekte und
5. ob über die Therapie und den Therapeuten mit anderen gesprochen wurde.

In einer Analyse von 279 Therapien ergaben sich vier Hauptdimensionen [2]:

1. Das Wiederauflebenlassen des therapeutischen Dialogs (imaginäre Unterhaltung mit dem Therapeuten).
2. Das Erleben von Entlastung und Remoralisierung (positive Empfindungen im Zusammenhang mit dem Gefühl, unterstützt und gehalten zu werden entsprechend Winnicotts „holding environment“).
3. Das Hervorrufen von Angst und Frustration (negative Empfindungen, wobei offen bleibt, ob Patienten in negativen Stimmungen an die Therapie denken und sich diese Stimmungen dadurch noch verschlechtern, oder ob durch Repräsentationen der Therapie negative Empfindungen ausgelöst werden).
4. Die vor- oder unbewusste Verarbeitung von Therapieerfahrung (Tagträume oder Träume über Therapie und Therapeuten).

Es stellten sich bei dem Versuch, grundlegende Muster der Inter-Session-Erfahrung zu extrahieren, zwei Cluster heraus: eines umfasst die unterstützenden Repräsentationen (Wiederauflebenlassen des therapeutischen Dialogs in Zusammenhang mit Entlastung und Remoralisierung) und das andere eher auf Konflikte bezogene Repräsentationen (Wiederauflebenlassen des therapeutischen Dialogs in Verbindung mit Hervorrufen von Angst und Frustration sowie vor- und unbewusste Erfahrungen). Diese Struktur konnte an verschiedenen Stichproben repliziert werden (zur ausführlichen Darstellung des deutschen Instrumentes siehe [24]).

Bisher vorliegende Studien zu Inter-Session-Prozessen

Bislang wurden Inter-Session-Prozesse mit Ausnahme einer eigenen Studie [25] nur in ambulanten Einzeltherapien untersucht. Es gibt einen Hinweis auf eine Evaluation bei Paar- und Familiengesprächen, welche aber nicht publiziert wurde [2]. Einige Studien erfolgten im Rahmen von Dissertationen oder wurden bislang nur im Rahmen von Vorträgen auf den Jahrestagungen der Society for „Psychotherapy Research“ vorgestellt.

Bewusste Repräsentationen der Therapie zwischen den Sitzungen sind insgesamt sehr häufig. Orlinsky u. Tarragona [26] zeigten, dass sich ca. 90% aller Patienten zwischen den Sitzungen mit der Therapie oder ihrem Therapeuten beschäftigen. Die Gedanken, Fantasien und Erinnerungen dauern zwischen 30 und 60 Sekunden. Die meisten Repräsentationen erfolgen in Form optischer oder akustischer Vorstellungen [22]. Sie sind am intensivsten kurz vor oder kurz nach der Therapiestunde. Die häufigsten und intensivsten Repräsentationen scheinen ferner in schwierigen, angespannten Situationen aufzutreten [22] und dienen ver-

mutlich dazu, diese und damit verbundene Affekte besser zu bewältigen. Sie zeigten, dass 53% der Patienten in Therapie und 28% der Patienten nach Therapieende die Erinnerung an die Therapie wachriefen, wenn sie mit Schmerz, Traurigkeit, Angst oder Schuldgefühlen zu kämpfen hatten oder Probleme lösen mussten; ferner in Situationen, in welchen sie sich alleine oder verlassen fühlten. Auch Hartmann [23] fand, dass „Inter-Session-Erleben“ in affektiv angespannten Situationen insgesamt doppelt so häufig auftrat wie in entspannten Kontexten.

In katamnestischen Untersuchungen konnte gezeigt werden, wie häufig sich Patienten noch nach Abschluss mit der Therapie beschäftigen: 25% denken 1–2-mal/Woche an Therapie oder Therapeuten, 60% ca. 1–2-mal pro Monat [27]. Die bewussten Erinnerungen an die Therapie treten am häufigsten kurz nach Therapieende auf und nehmen dann in ihrer Häufigkeit ab [28].

Knox et al. [29] beschrieben, dass die Art und Weise, wie die Repräsentation der Therapie gestaltet ist, z.B. ob visuell, auditiv oder taktil, starken individuellen Schwankungen unterliegt. Dies scheint u.a. von den Gefühlen dem Therapeuten gegenüber abzuhängen [30]. Patienten, welche intensiver in den therapeutischen Prozess involviert sind, zeigen auch intensivere Repräsentationen [22,31].

Negative Auswirkungen von Erinnerungen an die Therapie wurden überraschenderweise nicht oder selten berichtet [29]. Repräsentationen der Therapie werden eher positiv als unterstützend und beruhigend erlebt. Hier müssten sicherlich verschiedene therapeutische Ansätze verglichen werden – insbesondere solche, welche explizit mit oder ohne Gegenübertragungsprozesse bzw. mit oder ohne supportive Techniken arbeiten. Ferner muss berücksichtigt werden, dass Patienten möglicherweise in Interviewverfahren, wie sie von Knox angewandt wurden, negative Empfindungen zurückhalten. In einer eigenen Untersuchung fanden sich signifikante Unterschiede der Inter-Session-Prozesse von Patienten mit und ohne Borderlinepersönlichkeitsstörung: Borderlinepatienten zeigten im Behandlungsverlauf intensivere und häufiger negative Emotionen, welche sich auf Therapie und Therapeuten bezogen [32,33]. Bender et al. [34] fanden ferner, dass sich die Zwischensitzungsrepräsentation des Therapeuten bei verschiedenen Persönlichkeitsstörungen unterscheiden lässt.

Eine bedeutsame Frage betrifft im Weiteren den Einfluss der therapeutischen Beziehung auf die Repräsentation der Therapie. Es wäre anzunehmen, dass es bei der Entwicklung einer guten therapeutischen Allianz möglich wird, auch schwierige und mit „Stress“ verbundene Erfahrungen in der Therapie zuzulassen, ohne dass ein grundlegend positives Schema vom „Selbst mit Anderem“ infrage gestellt wird (Phasenabhängigkeit der Therapie-repräsentation). Dies konnten wir in unserer eigenen Untersuchung zeigen [25]. Bei Hartmann [23] fand sich eine klare Korrelation zwischen positiven Repräsentationen und einer guten therapeutischen Beziehung. Montgomery [35] fand bei 35 Patienten Unterschiede zwischen Repräsentationen des Therapeuten, welche in der fünften Woche und im fünften Monat erhoben wurden: zum späteren Zeitpunkt waren sie weniger differenziert und kohärent, vermutlich als Zeichen eines regressiven Prozesses. Es finden sich auch Hinweise darauf, dass Patientencharakteristika wie z.B. das Geschlecht oder die Differenziertheit der

Beschreibungen von Mutter und Vater die Repräsentationen vom Therapeuten beeinflussen [36,37].

Insgesamt kann man sicherlich sagen, dass Repräsentationen der Therapie dazu genutzt werden, den Dialog mit dem Therapeuten im therapiefreien Intervall fortzusetzen [3,29,38].

Widersprüchliche Ergebnisse finden sich zu Veränderungen von Repräsentationen im Therapieverlauf: während Hartmann [23] eine Abnahme der Intensität des Inter-Session-Erlebens fand, wiesen Knox et al. [29] eine Zunahme nach. Hartmann [23] fand dabei keinen Zusammenhang mit der Sitzungsfrequenz (1- oder 2-stündig). Hier scheint von Bedeutung zu sein, dass Hartmann strukturierte Kurztherapien untersuchte, während es sich bei Knox et al. [29] z.T. um deutlich längere Behandlungsprozesse handelte (im Mittel 81 Therapiestunden).

Betrachtet man die Literatur, welche sich mit Zusammenhängen zwischen Inter-Session-Prozess und Therapieergebnis befasst, so konnte Tarragona [36] Korrelationen zwischen supportiven, richtungweisenden Repräsentationen und dem subjektiv von Patienten eingeschätzten Therapieerfolg zeigen; Geller et al. [22] fanden Zusammenhänge zwischen selbst eingeschätztem Therapieerfolg und der Fortsetzung des therapeutischen Dialogs im Inter-Session-Prozess. Geller u. Farber [39] wiesen einen negativen Zusammenhang zwischen sexuellen und aggressiven Fantasien über den Therapeuten und dem selbst eingeschätzten Therapieerfolg nach. Neimeyer u. Feixas [40] untersuchten Verhaltenstherapien bei depressiven Patienten und fanden, dass Hausaufgaben die Beschäftigung mit der Therapie forcierten und zu besseren Ergebnissen führten als Vorgehensweisen ohne Hausaufgaben.

Es fehlen allerdings in den meisten Studien objektive Selbst- und Fremdeinschätzungen des Behandlungsverlaufs sowie Katamneseuntersuchungen. Auch müssten die Inhalte des Inter-Session-Erlebens in engem Zusammenhang mit dem therapeutischen Kontext und Vorgehen diskutiert werden.

Diskussion

Die Forschung zu Inter-Session-Prozessen befindet sich noch in den Anfängen und hat daher bislang vorwiegend explorativen Charakter. Es besteht noch eine deutliche Diskrepanz zwischen einer komplexen Theorie und den noch recht „basal“ anmutenden empirischen Befunden. Die vorliegenden Untersuchungen scheinen jedoch einige theoretische Grundannahmen zu bestätigen. So sind die Gedanken und Erinnerungen an die Therapie affektiv getönt, werden in bedeutsamen Kontexten wachgerufen und scheinen einen Zusammenhang mit dem Erleben einer guten therapeutischen Beziehung und möglicherweise auch dem Therapieergebnis zu haben.

Es bedarf jedoch weiterer Forschung, z. B. der genaueren Exploration von Zusammenhängen zwischen Inter-Session-Erleben und Persönlichkeitsstruktur oder vorherrschendem Bindungsmuster. Die Zusammenhänge zwischen *Intra*-Session-Prozessen und der Therapierepräsentation (auch Unterschiede bei verschiedenen Therapieschulen) sind weit gehend unklar – d. h. welche Art von

Intervention oder Erleben innerhalb der Sitzung führt zu positiven, differenzierten und hilfreichen Repräsentationen der Therapie? Folgende weitere Fragen erscheinen von zentraler Bedeutung: Wie verändern sich Repräsentationen in verschiedenen Stadien des therapeutischen Prozesses? Welche Zusammenhänge finden sich zu Übertragungsprozessen? Geben Inter-Session-Prozesse Hinweise darauf, welche Schemata (aus welchem Entwicklungsstadium) reaktiviert wurden? Was wird in komplexen therapeutischen Settings repräsentiert bzw. wie gestaltet sich das Inter-Session-Erleben dort? Wie gestalten sich Inter-Session-Prozesse in Gruppen- und Familientherapien?

Literatur

- 1 Lambert MJ(ed). Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (5. Auflage). New York: John Wiley & Sons, 2004
- 2 Orlinsky DE, Geller JD. Patients representations of their therapists and therapy: new measures. In: Miller NE, Docherty JP, Luborsky L, Barber JP (eds): Psychodynamic Treatment Research. New York: Basic Books, 1993: 423 – 466
- 3 Orlinsky DE, Geller JD, Tarragona M, Farber B. Patients representations of psychotherapy: a new focus for psychodynamic research. J Consult Clin Psychol 1993; 61 (4): 596 – 610
- 4 Fonagy P. Die Bedeutung der Entwicklung metakognitiver Kontrolle der mentalen Repräsentanzen für die Betreuung und das Wachstum des Kindes. Psyche 1998; 52 (4): 349 – 368
- 5 Bowlby J. Attachment and loss (Vol. 1): Attachment. New York: Basic Books, 1969
- 6 Bowlby J. Attachment and loss (Vol. 2): Separation. New York: Basic Books, 1973
- 7 Bowlby J. Attachment and loss (Vol. 3): Loss, sadness and depression. New York: Basic Books, 1980
- 8 Bowlby J. A secure base – clinical applications of attachment theory. London: Tavistock/Routledge, 1988
- 9 Kernberg O. Object relations theory and clinical psychoanalysis. New York: Jason Aronson, 1976
- 10 Bretherton I. Communication patterns, internal working models and the intergenerational transmission of attachment relationships. Infant Ment Health J 1990; 11 (3): 237 – 251
- 11 Main & Kaplan. Security in infancy, childhood, and adulthood: a move to the level of representation. In: Bretherton I, Waters E (eds): Growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development. 1985; No. 209, Vol. 50: Nos. 1 – 2
- 12 Bion WR. Lernen durch Erfahrung. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 1990 (Übersetzung von E. Krejci, Original: 1962)
- 13 Kohut H. The analysis of the self. New York: International Universities Press, 1971
- 14 Schafer R. Aspects of internalization. New York: International Universities Press, 1968
- 15 Connolly MB, Crits-Christoph P, Barber JP, Luborsky L. Transference patterns in the therapeutic relationship in supportive expressive psychotherapy for depression. Psychotherapy Research 2000; 10 (3): 356 – 372
- 16 Buchheim A, Mergenthaler E. The relationship among attachment representation, emotion-abstraction patterns and narrative style: a computer based text analysis of the adult attachment interview. Psychotherapy Research 2000; 10 (4): 390 – 407
- 17 Luborsky L, Crits-Christoph P. Understanding transference: the CCRT method. New York: Basic Books, 1990
- 18 Connolly MB, Demorest A, Azarian K et al. Varieties of transference patterns in psychotherapy. J Consult Clin Psychol 1996; 64 (4): 1213 – 1221
- 19 Grawe K. Schema-Theorie und Heuristische Psychotherapie. Forschungsbericht 2/1986, 2. Auflage. Bern: Universität Bern: Psychologisches Institut, 1987
- 20 Orlinsky DE, Howard KI. A generic model of psychotherapy. Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy 1987; 6 (1): 6 – 27
- 21 Orlinsky DE, Ronnestad MH, Willutzki U. Fifty years of psychotherapy process-outcome research. In: Lambert MJ (ed): Bergin and Garfield's

- Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (5. Auflage). New York: John Wiley & Sons, 2004: 307 – 389
- ²² Geller JD, Cooley RS, Hartley D. Images of the psychotherapist: a theoretical and methodological perspective. *Imagination, Cognition and Personality* 1981; 1: 123 – 146
- ²³ Hartmann A. Therapie zwischen den Stunden. Exploration von Inter-Session-Prozessen. Frankfurt/M: Peter Lang Europäischer Verlag der Wissenschaften, 1997
- ²⁴ Hartmann A, Orlinski D, Geller JD, Zeeck A. Der Inter-Session-Fragebogen – ein Instrument zur Erfassung von psychotherapie relevanten Prozessen zwischen den Sitzungen. *Psychother Psych Med* 2003; 53: 464 – 468
- ²⁵ Zeeck A, Hartmann A, Balke K, Kuhn K. Inter-Session-Prozesse: quantitative und qualitative Daten aus dem Bereich teilstationärer Psychotherapie. *Psychother Psych Med*, (Manuskript in Vorbereitung)
- ²⁶ Orlinsky DE, Tarragona M. Patients representations of the therapist and experiences in therapy sessions: further findings. Toronto, Canada: Vortrag auf der 20. Jahrestagung der Society for Psychotherapy Research, 1989
- ²⁷ Epstein M. Mental representations of the therapeutic relationship during the post-termination period. Chicago: Dept. of Psychology, University of Chicago, 1989
- ²⁸ Farber & Geller. The relationship of therapist-patient gender pairings to representation and outcome in psychotherapy. Toronto, Canada: Vortrag auf der 20. Jahrestagung der Society for Psychotherapy Research, 1989
- ²⁹ Knox S, Goldberg JL, Woodhouse SS, Hill C. Client' internal representations of their therapists. *Journal of Counseling Psychology* 1999; 46 (2): 244 – 256
- ³⁰ Barchat D. Representations and reparations in therapy: the august phenomenon. Toronto, Canada: Vortrag auf der 20. Jahrestagung der Society for Psychotherapy Research, 1989
- ³¹ Wzontek N, Geller JD, Farber BA. Patients posttermination representation of their psychotherapists. *J Am Acad Psychoanal* 1995; 23: 395 – 410
- ³² Zeeck A, Hartmann A. Intersession experiences of patients in a psychotherapeutic day clinic: differences between patients with or without a personality disorder. Weimar/Deutschland: Vortrag auf der Tagung der Society for Psychotherapy Research, 2003
- ³³ Hartmann A, Zeeck A. Relationships between patients evaluations of sessions and intersession experiences: explorations of processes comparing patients with or without a personality disorder. Weimar/Deutschland: Vortrag auf der Tagung der Society for Psychotherapy Research, 2003
- ³⁴ Bender DS, Farber BA, Sanislow CA, Dyck IR, Geller JD, Skodol AE. Representations of therapists by patients with personality disorders. *J American Journal of Psychotherapy* 2003; 57: 219 – 236
- ³⁵ Montgomery SH. The unfolding of representations of the therapy relationship: internalization in the supervisory relationship. Santa Fe, USA: Vortrag auf der 19. Jahrestagung der Society for Psychotherapy Research, 1988
- ³⁶ Honig J. The effect of level of object representations on patients' internalized representations of their therapists during the beginning phase of treatment. Dissertation. Dept. of Clinical Psychology, Teachers College: Columbia University, 1989
- ³⁷ Tarragona M. Patients experience of psychotherapy between sessions: their relations to some input, process and output variables of Psychotherapy. Chicago: Dissertation, Department of Psychology, University of Chicago, 1989
- ³⁸ Rosenzweig DL, Farber BA. Clients representations of their therapists over the course of psychotherapy. *J Clin Psychol* 1996; 52 (2): 197 – 207
- ³⁹ Geller JD, Farber BA. Factors influencing the process of internalization in psychotherapy. *Psychotherapy Research* 1993; 3 (3): 166 – 180
- ⁴⁰ Neimeyer RA, Feixas G. The role of homework and skill acquisition in the outcome of group cognitive therapy for depression. *Behavior Therapy* 1990; 21: 281 – 292

Leserbrief

Köllner V et al. Psychosomatische Beschwerden und Anforderung psychosomatischer Konsile in der Frauenheilkunde. *Psychother Psych Med* 2003; 53: 485 – 493

Der aufwändige Artikel verdeutlicht die Wertigkeit von Fragebogenerhebungen, auch in der Psychosomatischen Medizin. Obwohl Hinweise auf die Konfliktdynamik häufig verloren gehen, eignen sie sich für statistische Zwecke.

Neben Häufigkeitsangaben zu erhöhten Angst- und Depressionswerten, zur ärztlichen Einschätzung von sexuellem Missbrauch sowie zum Verhalten von Frauen nach sexuellem Missbrauch wird – im Hinblick auf das Befragungsergebnis, dass Konsile zu selten angefordert werden – hervorgehoben, dass viele Klinikärztinnen und -ärzte psychosomatische Aspekte in ihrer Häufigkeit unterschätzen. Eine Tatsache, die Insidern bekannt ist.

Wie der tägliche Umgang mit psychosomatisch Kranken zeigt, können betroffene Patienten bei statistischen Fragebogenerhebungen zwar „Zählobjekt“ sein, sie finden dann aber als Subjekt, in ihrer individuellen Wirklichkeit und Betroffenheit wenig oder keine Beachtung.

Auch wenn statistische Erhebungen in der psychosomatischen Medizin zur Grundlagenforschung gehören, befassen sich in der **PPmP**, zumindest während der letzten Jahre, Texte zur klinischen psychosomatischen Medizin vornehmlich mit theoretischen Erwägungen, während die Frage, was man für psychosomatisch Kranke praktisch tun kann, um sie von ihren oft sehr belastenden Beschwerden zu befreien, nur wenig Beachtung findet. Da psychosomatisch Kranke in der Regel allein wegen ihrer Körperbeschwerden und nicht wegen ihres unbewussten Konfliktgeschehens den Arzt aufsuchen ist im Interesse betroffener Patienten zu wünschen, dass diesem Aspekt in Zukunft mehr Aufmerksamkeit und Raum gewidmet wird.

Dr. med. Ernst-Albrecht Günthert
 Facharzt für Urologie
 Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
 Engelschalkinger Str. 199
 81927 München

E-mail: eagenthert@t-online.de