

Gruppen-zwischen-Räume(n)

Eine qualitative Studie zum therapeutischen Transfer zwischen Tagesklinik und Zuhause

Kathrin Mörtl, Nicola Epple, Eva Rothermund und Jörn von Wietersheim

Zusammenfassung

Die vorliegende Studie untersuchte, wie Patienten einer Tagesklinik den therapeutischen Wechsel zwischen der Klinik und Zuhause erlebten. Die semi-strukturierten Interviews wurden mit 26 Patienten an drei Erhebungszeitpunkten geführt und anschließend transkribiert. Aus dem 800 Seiten umfassenden Datenmaterial wurden diejenigen Textstellen exzerpiert, die sich inhaltlich mit dem Transfer zwischen den Räumen Tagesklinik und Zuhause beschäftigten. Das so auf 60 Seiten reduzierte Material wurde mithilfe einer an die Objektive Hermeneutik angelehnten qualitativen Textanalyse ausgewertet. Die Ergebnisse zeigen, dass die Tagesklinik bei Beginn der Therapie im Vergleich zum häuslichen Umfeld entweder als Schutzraum oder als Konfrontationsraum erlebt wird. Anhand der Ergebnisse wird diskutiert, inwiefern die Patienten von einem Austausch dieser beiden Erfahrungswelten profitieren können, und dass es für den therapeutischen Prozess förderlich ist, wenn das Erleben in der Klinik mit dem Erleben zu Hause verbunden wird.

Gruppenpsychother. Gruppendynamik 44/2008, 110-134

Schlagwörter

Tagesklinik – Qualitative Forschung – Prozessforschung – Psychotherapie

Summary

Group(between)spaces.

A qualitative study about the therapeutic transfer between dayclinic and home environment

The goal of the present study is to provide more information about how patients of a dayclinic experience the daily therapeutic change between clinic and home environment. A semi-structured interview was conducted including 26 patients at three assessment times. The collected data comprised of 800 pages, from which we excerpted those text passages that directly dealt with the transfer between the “spaces” clinic and home environment. The reduced material consisted of 60 pages that were analyzed using the qualitative approach of Objective Hermeneutics. Results show that the dayclinic is experienced either as a shelter or a room of confrontation in the beginning of therapy. It will be discussed how patients can benefit from a transfer in between the two spaces and further, that it is helpful in the therapeutic process to connect the experience in the clinic with the experience at home.

Keywords

Dayclinic – Qualitative Research – Process Research – Psychotherapy

1 Einleitung

1.1 Therapie- und Alltagsraum

Die Patienten einer Tagesklinik befinden sich in raschem und zeitnahe Wechsel zwischen gewohntem Lebensalltag und einem intensiven Therapieprogramm: Sie gehen nach dem Aufstehen Zuhause in die Tagesklinik um dort auf unterschiedliche Weise an sich zu arbeiten, sich zu erforschen oder sich zu stabilisieren, und kehren nachmittags wieder in ihre häusliche Umgebung zurück.

Während sie im tagesklinischen Raum von 8.00 bis 16.00 Uhr in Therapie sind, kehren sie abends in ihre alltäglichen Rollen zurück. Wie Menschen diesen Wechsel für sich und ihren Therapiefortschritt nutzen können, ist unterschiedlich. Manche können die Nähe der Therapie zum Lebensalltag als erweiterten Therapiewirkraum nutzen, was auch in spezifischen therapeutischen Interventionen gefördert wird: zum Beispiel durch das Umsetzen von Therapieaufgaben Zuhause. Auch in umgekehrter Richtung wird die zeitliche Nähe zur Behandlung genutzt, indem der Alltag Zuhause einen unmittelbaren Einfluss auf das Therapieschehen hat; wie etwa durch das Berichten der abendlichen Problemsituationen am nächsten Therapietag. Soweit ähnelt der tagesklinische Rahmen eher dem ambulanten Setting, in dem der Patient einen vergleichbaren Transfer von Inhalten aus dem Therapieraum in die Alltagswelt und vice versa, erlebt.

Die unterschiedlichen „Settings definieren Möglichkeitsräume, in denen sich die psychosozialen Probleme der Patienten [auf unterschiedliche Weise] reinszenieren können“ (Haubl, 2005, S. 275). In der ambulanten Psychotherapie begrenzen sich die Begegnungen mit dem Therapeuten/der Therapeutin jedoch meist auf ein bis drei Stunden pro Woche und sind von einem Lebensalltag umgeben, der sich erst schrittweise und in einem zeitlich gestreckten Prozess verändert. Die Aufnahme in eine psychosomatische Tagesklinik bedeutet hingegen einen radikalen Eingriff in den Lebensalltag. Tagesklinik als „Vierzigstundenwoche“ (Heigl-Evers, Heneberg-Mönch, Odag, Standke, 1986) macht die Therapie selbst zum Alltag. In diesem Therapiealltag verschwimmt die Grenze zwischen therapeutischen Interventionen (z. B. gezielt in Therapieangeboten) und alltagsnahen Begegnungen (gemeinsames Essen in der Patientengruppe, von den Patienten autonom organisierte Gruppenaktivitäten). Dies führt zu einer „Veralltäglichung von Therapie“, die mit einer „Therapeutisierung der Alltags“ (Brücher, 2005, S. 154) Zuhause (z. B. durch Therapieaufgaben) einhergeht.¹ Patienten sind in der Tagesklinik nicht nur Patienten (wie in der ambulanten Einzel-

¹ Auch Strauß (2007a) schreibt im Rahmen der Entwicklung stationärer Gruppenpsychotherapie über die Integration beider Räume, dem Realraum und dem therapeutischen Raum (S. 211).

psychotherapie) sondern auch Mitpatienten und somit auch in therapeutischen Rollen für andere Patienten, wie dem Co-Therapeuten (vgl. Mörtl und Wietersheim zu dem tagesklinischen Hilfsfaktor „Patientengruppe“, im Druck).² Reinszenierungen, wie sie im ambulanten Einzel- und Gruppensetting zu beobachten sind, finden sich im tagesklinischen Raum zusätzlich in einem „Pseudoalltag“ wieder, indem hier Konflikte im alltäglichen Tagesklinikgeschehen und nicht im geschützten Rahmen einer „Sitzung“ reinszeniert werden. Durch diese Dichte an möglichen Konfrontationen innerhalb und außerhalb der Institution erleben manche Patienten die Tagesklinik nicht so schützend wie etwa eine stationäre psychosomatische Behandlung. Inwiefern diese Fülle an Beziehungsmöglichkeiten, Reinszenierungen und Transfersituationen zwischen den beiden „Lebensalltagen“ Tagesklinik und Zuhause für die Therapie genutzt werden kann, soll in dieser Arbeit untersucht werden. Dabei richtete sich die explorative Fragestellung darauf, wie Patienten diesen Wechsel zwischen den therapeutischen Räumen erleben und für sich nutzen können.

1.2 Behandlungskonzept der Psychosomatischen Tagesklinik Ulm

Die tagesklinische Behandlung geschieht in zwei weitgehend voneinander unabhängigen Gruppen. Die verbalen Verfahren in der einen Gruppe sind psychodynamisch (PD) orientiert, während die der anderen verhaltenstherapeutisch (VT) ausgerichtet sind. In beiden Verfahren werden Einzeltherapien (2x pro Woche) und Gruppentherapien (3x pro Woche) angeboten. Ergänzend werden nicht-verbale Gruppenangebote wie Kunsttherapie (2x pro Woche), Musiktherapie (2x pro Woche) und Entspannungstrainings (2x pro Woche) durchgeführt. Die insgesamt 18 Patienten (9 je Gruppe) haben eine durchschnittliche Behandlungsdauer von acht Wochen (40 Behandlungstage). Die Mahlzeiten werden gemeinsam eingenommen. Die allgemeinen Behandlungsziele bestehen in einer Symptomreduktion durch Bearbeitung der zugrundeliegenden Konflikte und Mechanismen sowie der Verbesserung der aktuellen psychosozialen Lebenssituation der Patienten.

Das verhaltenstherapeutische Behandlungskonzept ist an Prinzipien der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapie ausgerichtet; das Training sozialer Kompetenz ist neben dem Konzept der komplementären Beziehungsgestaltung nach Grawe (1998) und der kognitiven Therapie von Persönlichkeitsstörungen Bestandteil der Therapie.

Das psychodynamische Behandlungsteam arbeitet fokaltherapeutisch, wobei das Verstehen der symbolischen Symptomfunktion und das Erleben, Erkennen und Benennen zentraler Konflikte in der Interaktion eine wesentliche Rolle in der Therapie

² Heigl-Evers und Henneberg-Mönch (1986) betonen, dass der einzelne Patient in der Tagesklinik immer einer von mehreren ist, und es dadurch nahe liegt „die Gruppe auch im Dienste der Therapie einzusetzen, sie als therapeutisches Medium zu nutzen“ (S. 149). Kunz (2007) erläutert ebenfalls, dass die „Alltagsgruppe“ auch in der stationären Psychotherapie zunehmend Beachtung findet (S. 153).

einnimmt. Die Konflikte werden über die Reinszenierung im tagesklinischen Kontext mit der Therapeuten- und Patientengruppe aufgegriffen und bearbeitet (Zeeck, Scheidt, Hartmann, Wirsching, 2002).

2 Material und Methode

2.1 Stichprobe

Das hier analysierte Material entstammt einer im Zeitraum November 2005 bis Juli 2006 durchgeführten qualitativen Studie zu tagesklinischen Wirkfaktoren. In diese Erhebung wurden 26 Patienten der psychotherapeutischen Tagesklinik eingeschlossen (von den 55 in diesem Zeitraum aufgenommenen Patienten wurde aus organisatorischen Gründen jeder zweite Patient ausgewählt, systematisch-konsekutives Sampling). Für die Untersuchung führten wir episodische Interviews, in denen wir die Patienten dazu motivierten, uns zu erzählen, wie die Tagesklinik „funktioniert“. Das bedeutet, welche schwierigen Situationen die Patienten erleben und was ihnen dabei hilft, etwas an der Situation zu ändern. Die Patienten wurden zu drei Zeitpunkten untersucht: in der Mitte der Therapie (zweite Behandlungswoche), zum Ende der Therapie (zwei Wochen vor Entlassung) und nach der Therapie (drei Monate nach Entlassung). Zum ersten Interviewzeitpunkt konnten wir von 26 Patienten Daten erheben, zu Mitte der Therapie noch von 24 (zwei Patienten wollten nicht mehr teilnehmen) und drei Monate nach Entlassung von 19 (weitere fünf Patienten schieden aus der Studie aus). Nach abgeschlossener Analyse der erhobenen 69 Interviews (800 DIN-A4 Seiten) zu hilfreichen Faktoren aus Patientensicht (Mörtl u. Wietersheim, 2008) wurde nun eine weitere Textanalyse als Teilstudie zum therapeutischen Transfer zwischen Tagesklinik und Zuhause durchgeführt, die hier präsentiert wird.

Aus dem vorliegenden Material der qualitativen Studie zu Wirkfaktoren wurde ein Teil der Texte zur weiteren Analyse ausgewählt. Die Materialauswahl erfolgte nach folgenden Kriterien: Nach einer ersten Datendurchsicht wurden jene Textstellen markiert, in denen die Patienten die Tagesklinik in eine Relation zum Raum Zuhause oder in eine Relation zu einer stationären Behandlung stellten. Anhand der Erhebungsmethode (siehe Punkt 2.2. Erhebungsmethode) erzählten uns die Patienten, wie sie schwierige Situation und hilfreiche Faktoren erlebten, aber auch, wie die Tagesklinik, vor allem der tägliche Wechsel von der Klinik nach Hause (und vice versa) für sie „funktioniert“. Einige Patienten verglichen in den Interviews unterschiedliche räumlicher Settings (Tagesklinik, Zuhause, Station). Somit bot sich ein reiches Material um die Funktion der Tagesklinik als räumliche Erlebenswelt zu analysieren. Insgesamt ließen sich 122 Textpassagen von 22 Patienten identifizieren, in denen die Patienten über solche räumlichen Aspekte (täglicher Wechsel zwischen Klinik und Zuhause, Vergleich der Tagesklinik mit vorangegangenen stationären Aufenthalten) berichteten. Damit wir trotz des reduzierten Textmaterials einen genügend guten

Einblick in die Funktionalität der Tagesklinik für den jeweiligen Patienten erhielten, wählten wir nur Textpassagen jener Patienten aus, die insgesamt mindestens zwei DIN-A4 Seiten umfassten. Somit wurden 99 Textpassagen (60 DIN-A4 Seiten, 12pt Times New Roman) ausgewählt. Die Auswahl erfolgte also nicht nach Patientenkriterien (z. B. Störungsgruppe), sondern nach inhaltlichen Aspekten im Textmaterial. Ausgewählt wurden für die Fragestellung relevante Textstellen und nicht gesamte Interviews. Die 60 zur Analyse exzerpierten DIN-A4 Seiten entstammten 33 Interviews von 14 Patienten. Die 14 der hier präsentierten Analyse zugrundeliegenden Patienten waren zwischen 18 und 53 Jahre alt (Mittelwert: 30,1, Standardabweichung: 11,1), hatten eine Behandlungsdauer von 6 bis 15 Wochen (Mittelwert: 10,5, Standardabweichung: 2,3), 10 davon (71,4 %) waren Frauen und ebenfalls 10 (71,4 %) wurden im psychodynamischen Team der Tagesklinik behandelt (drei Patienten im verhaltenstherapeutisch arbeitenden Team). Unter den Untersuchten befanden sich acht Patienten (57,2 %) mit einer affektiven Störung als ICD-10 Erstdiagnose, fünf weitere Patienten (35,7 %) mit einer neurotischen oder somatoformen Störung und eine Patientin (7,1 %) mit einer Essstörung.

2.2 Erhebungsmethode

Narrative Interviews sind geeignet, das persönliche Erleben von Patienten zu erfassen (Meier, 2002; Angus, Levitt, Hardtke, 1999). In diesen Interviews wird der Interviewpartner dazu motiviert, Episoden zu erzählen (episodisches Interview). Der Interviewer hält sich dabei eher im Hintergrund. Im Interview wollten wir erfassen, was die Patienten in der Tagesklinik in welchen Situationen als hilfreich erlebten. Hierzu wurde ein entsprechender Interviewleitfaden entwickelt und drei Probeinterviews (Oktober 2005) durchgeführt. In den späteren Interviews erklärten wir allen 26 Patienten zu Beginn, dass wir daran interessiert seien, wie die Tagesklinik „funktioniert“, welche schwierigen Situationen die Patienten erleben und was Ihnen dabei hilft, etwas an der Situation zu ändern. Durch die Aufforderung, uns schwierige Situationen aus der Tagesklinik und von Zuhause zu schildern, entstanden Erzählungen, die Einblick in die Funktion der Tagesklinik im Austausch mit dem Lebensraum Zuhause gaben. Dies konnte in der ursprünglichen Analyse von 800 Seiten Datenmaterial nicht genauer betrachtet werden, somit wurden diese Textstellen für die weiterführende und hier präsentierte Studie verwandt. Die Interviews dauerten im Schnitt 60 Minuten, wurden digital aufgezeichnet, transkribiert und anonymisiert. Sie wurden von zwei Forschungsmitarbeiterinnen geführt (einer Psychologin und einer Ärztin in Facharzt-ausbildung), die nicht an der Therapie der interviewten Patienten beteiligt waren. Um zu einem übereinstimmenden Interviewstil zu gelangen, wurde der Leitfaden gemeinsam entwickelt, Probeinterviews gemeinsam angehört und diskutiert. Die 26 Patienten wurden zu drei unterschiedlichen Zeitpunkten interviewt (zwei während der Behandlung und einer drei Monate nach Behandlung) um unterschiedliche Eindrücke zum hilfreich Erlebten und zur Funktionalität der Tagesklinik zu erhalten.

2.3 Auswertungsmethode

In unserer Auswertung orientierten wir uns an Schützes Narrationsanalyse (1983) und dem Konzept der Objektiven Hermeneutik (Oevermann, Allert, Konau, Krambeck, 1979). Das Material wurde in den ersten narrationsanalytischen Schritten einer formalen Textanalyse unterzogen: Wir bestimmten Textabschnitte, in denen die Patienten die Tagesklinik mit dem Raum Zuhause in Verbindung brachten und grenzten diese Segmente von anderen Erzähleinheiten ab. Die entsprechenden Passagen jedes Patienten wurden zusammengefügt (für jeden der drei Erhebungszeitpunkte). In einem nächsten Schritt der Narrationsanalyse arbeiteten wir die strukturell-inhaltlichen Aspekte der Erzählung heraus: Wir untersuchten die Inhalte der Erzählungen und wie diese von den Erzählern darüber hinaus miteinander verknüpft wurden. Die strukturelle Analyse beschäftigte sich auch damit, wie sich der Erzähler in seiner eigenen Geschichte über die Tagesklinik in Verbindung zu anderen erzählten Personen (Mitpatienten, Angehörigen und Therapeuten) positionierte. Zusätzlich zur Narrationsanalyse beschäftigten wir uns mit dem latenten Sinngehalt der Textpassagen, der Gegenstand der Analyse bei der objektiv hermeneutischen Methode ist: Bei dieser geht es „um die sorgfältige, extensive Auslegung der objektiven Bedeutung von Interaktionstexten, des latenten Sinns von Interaktionen“ (Oevermann et al., 1979, S. 381). Wir definierten die erzählten Geschichten und die darin geschilderten Interaktionen als zu explorierende Interaktion mit latentem Sinngehalt. In der Art und Weise, wie die Patienten über Interaktionen und Nicht-Interaktionen im tagesklinischen und im häuslichen Raum sprachen, zeigte sich ein latenter Sinngehalt bezüglich ihrer psychischen Struktur und ihrem aktuellen Therapieprozess. Dieser wurde durch Fein- und Sequenzanalyse herausgearbeitet.

2.4 Gütekriterien

Für die Objektive Hermeneutik sind „mehrere, einander kontrollierende und inspirierende Forscher notwendig“ (Lamnek, 2005, S. 533). Dies dient der Sicherstellung von Validität und Reliabilität. Lamnek betont die Wichtigkeit, dass die Forscher „ihre Positionen nicht durch Kompromisse in der Art des arithmetischen Mittels ausgleichen“ (ebd., S. 533), sondern „geradezu streitsüchtig ihre Interpretationen möglichst lange mit Argumenten gegen Einwände“ aufrechterhalten (Oevermann et al. 1979, nach Lamnek, 2005, S. 533). Auf diese Weise wird eine aus dem Konsens mehrerer Forscher getroffene Interpretation des dem Phänomen zugrundeliegenden Sinns erarbeitet. Die Diskussion wird zur Nachvollziehbarkeit genau dokumentiert. Im Weiteren wurden nach der Bearbeitung der Texte die Entlassungsbriefe der behandelnden Psychotherapeuten im Sinne der Triangulierung herangezogen. Diese Informationen wurden zur externen Validierung unserer herausgearbeiteten Interpretation genutzt. Das Hinzuziehen von weiterem Kontextwissen (wie zum Beispiel den Entlassbriefen) ist in der hermeneutischen Sozialforschung üblich.

Zur Reliabilität sei folgende methodische Anmerkung gemacht: In manchen Bereichen der qualitativen Forschung werden Interkoder-Reliabilitätsprüfungen gefordert, um zu belegen, dass die Ergebnisse der Textanalyse verlässlich und wiederholbar sind. Üblicherweise findet vor einer Reliabilitätsprüfung eine Schulung der Kodierer statt. Ohne eine Hinführung bis dato unabhängiger Kodierer zu einem komplexen Textmaterial wäre eine valide Reliabilitätsprüfung nicht möglich. Ein Cohens Kappa oder Krippendorfs Alpha-Wert (vgl. Diskussion zu den Reliabilitätsindices für qualitative Forschung bei Krippendorff, 2004) von > 0.7 spiegelt dann aber vor allem das gute Inter-Rater Training anstelle einer gelungenen Objektivitätsprüfung. Denn de facto werden „unabhängige Kodierer“ a priori so detailliert in das Textverständnis eingeführt, dass sie aus diesem Vorwissen heraus eine ähnliche Kodierung vornehmen. Die unabhängigen Kodierer werden durch (notwendige) Trainings zu ge-bias-ten Ratern, und schaffen somit ein Gütekriterium, das dem Datenmaterial und der Fragestellung bei weitem nicht gerecht wird. Das Erkenntnisinteresse qualitativer Studien hat nämlich die Erkundung eines Phänomens zum Ziel; das heißt neue Erkenntnisse über das Feld zu sammeln und daraus Hypothesen zu generieren und keinesfalls vorab formulierte Hypothesen zu verifizieren. In der hier präsentierten Studie wurde deshalb keine statistische Interkoder-Reliabilitätsprüfung durchgeführt. Die Reliabilität ist durch den konstanten Austausch der Forschergruppe und die genaue Dokumentation der Analyseschritte gewährleistet.

3 Ergebnisse

In unserer Analyse des Textmaterials wurde deutlich, dass sich zwei grundsätzliche Arten des Umgangs der Patienten mit dem Therapieraum Tagesklinik herauskristallisierten. Dabei benannten wir die Funktion der Tagesklinik für die eine Gruppe von Patienten als „Schutzraum“, für eine andere Gruppe von Patienten als „Konfrontationsraum“. Im Folgenden werden zur Veranschaulichung der Konzeptualisierung repräsentative Textstellen für alle 14 Patienten dargestellt.

3.1 Die Tagesklinik als Schutzraum (A)

Erlebten die Patienten die Tagesklinik als Schutzraum, bedeutete dies, dass sie sich hier in sicherem Rahmen entdecken und ausprobieren konnten.³ In dieser Gruppe fassten wir Patienten zusammen, die sich trauten, in der Tagesklinik Seiten von sich zu zeigen, die sie sonst eher verbergen (vor allem ängstliche, depressive oder aggressive Seiten). Durch die Unterstützung der Gruppenmitglieder und Therapeuten war

³ Wie bereits Lamott (2007) beschreibt, stellt aber bereits der Rahmen einer Psychotherapie (Ort, Zeit, Frequenz) „einen verlässlichen Schutzraum zur Verfügung, in dem der inneren Welt der Gruppenteilnehmer ein Ort für ihre Entäußerung gegeben wird“ (S. 51).

es ihnen möglich, sich sowohl allein als auch in der Interaktion mit anderen neu zu erfahren und andere Verhaltensweisen zu erproben. Für diese Gruppe bot die Tagesklinik als geschützter und vertrauensvoller Ort eine gute Möglichkeit zur Fundierung des Arbeitsverhältnisses zwischen Patient, Therapeuten und Patientengruppe.

Folgende Beispiele illustrieren die individuellen Sicht- und Herangehensweisen, die wir unter „Tagesklinik als Schutzraum“ subsummierten. Dabei fassen wir unter A1 (s. Abb. 1) zwei Patienten (Sascha, Karin⁴) zusammen, aus deren Interviews hervorging, dass es ihnen gelang, aus dem sicheren Ort „Tagesklinik“ heraus Verbindungen und Übergangsmomente nach Hause zu schaffen. Sie verhielten sich am Therapieort nicht regressiv, sondern nahmen die tagesklinischen Interventionen als „Krücken“ mit in ihren Alltag und schafften so eine Verbindung zwischen den erfolgreichen Therapieschritten in der Klinik und dem mühsamen Vorankommen Zuhause.

(Sascha, 21 Jahre, ICD-10 Diagnosen: *Mittelgradige depressive Episode und Soziale Phobie*): Sascha lebte gemeinsam mit seinen Brüdern und Eltern im Haus der Ursprungsfamilie. Der Ablöseprozess von den Eltern und elterlichen Normen und Formen war im Gange und wurde ambivalent erlebt:

Sascha-2 (Z 533ff)⁵

P: Deswegen, denk ich wirklich an's Ausziehen. Bloß, es ist halt schon ein großer Schritt. (...)

I. Mh, mh.

P: Das ist halt auch ein bisschen schwerer, wie soll ich meinen Eltern das klarmachen, dass sie nicht ausflippen oder dass dann wieder noch mehr Vorwürfe kommen „wieso willst Du jetzt hier raus“ und so. Das ist grad noch so ein bisschen der Knackpunkt. (...)

P: Ja ich weiß / ⁶ um wirklich aus der Form komplett raus zu kommen, müsste ich halt wirklich, mein ich zumindest ausziehen, aber solange ich halt noch da wohn, bin ich irgendwie noch in der Form drin.

Auch die Enge zwischen strengem und enttäuschem/enttäuschendem Vater und der (über)fürsorglichen Mutter war spürbar, während die Suche nach Nähe und Bestätigung durch die Eltern weiter notwendig blieb: die Mutter tröstete ihn, räumte sein Zimmer auf, wartete bis Sascha abends nach Hause kam. Der Ablöseprozess während der Therapie bildete sich für Sascha in Tischszenen ab: Zuhause erlebte er sich in Auseinandersetzungen mit dem Vater herabgesetzt:

⁴ Alle Namen wurden anonymisiert.

⁵ Die Ziffer, die dem anonymisierten Namen folgt, zeigt an um das wievielte Interview (1: in der vierten Therapiewoche, 2: eine Woche vor Entlassung und 3: drei Monate nach Entlassung) es sich handelt. Anschließend folgt die Zeilenangabe der gezeigten Textstelle im transkribierten Interview.

⁶ Die Tonbandaufnahmen wurden wörtlich transkribiert. Unverständliche Passagen wurden mit einem Schrägstrich gekennzeichnet. Ein Schrägstrich kennzeichnet jeweils ein nicht verstandenes Wort. Auffällige nonverbale Kommunikation (Lachen, lange Pausen, Seufzen, etc.) sind in Klammern vermerkt. Die in Klammern dargestellten Punkte (...) weisen auf Auslassungen im gezeigten Textmaterial hin.

Sascha-1 (Z 219 ff)

P: Es war so, ich war am Freitag krank, Kopfschmerzen und so und bin halt nicht in die Klinik gegangen und da hat mir halt mein Vater gedroht, wenn ich die Klinik jetzt schmeiße, dann schmeißt er mich raus. Und da war ich dann halt auch erst mal fertig.

I: Mhm.

P: Den ganzen Nachmittag und am nächsten Morgen noch eine ganze Weile.

I: Ja, und da hat es dann angefangen, also dass Sie da so in ein Loch gefallen sind, oder?

P: Ich bin halt, also es war beim Mittagessen, dort hat er es während dem Essen gesagt, ich habe auch erstens, ich war auch erst mal äußerlich vollkommen ruhig.

I: Mhm.

P: Und habe mir gedacht, huch, jetzt habe ich mich bloß mal ins Bett gelegt und jetzt. Ich wollte dann am liebsten niemanden sehen niemanden hören nichts.

Während Sascha sich Zuhause in der Konfrontation mit dem Vater ruhig verhielt, sich zurückzog, erfuhr er sich parallel dazu in der Gruppentherapie von den Mitpatienten verstanden und umsorgt:

Sascha-1 (Z 231 ff)

P: Am nächsten Morgen bin ich dann in die Klinik und da war ich auch ruhig, ich war zwar da, aber ich habe nichts gesagt, ich habe nicht mal bei der Morgenrunde am Tisch etwas gesagt und war wirklich arg still, war wirklich noch niedergeschlagen und dann kam die Gruppentherapie und da hat dann eine gefragt, was los wäre und da habe ich es dann erzählt.

I: Ja.

P: Ja und danach ging es dann eigentlich sind dann noch mal zwei zu mir gekommen und da haben wir was zusammen gemacht und da hat sich das eigentlich recht schnell erledigt gehabt.

Sascha-1 (Z 372ff)

P: In der Tagesklinik habe ich Leute, mit denen ich auch wirklich reden kann, gerade in der Gruppe. Das habe ich Zuhause nicht in dem Maß. Da sind Leute, die ähnliche Probleme haben wie ich, ähnliche Erfahrungen gemacht haben wie ich, vielleicht sogar dieselben, die einen dann auch verstehen können.

Sascha beschrieb, dass der Ablöseprozess seine Zeit brauchte, hierbei bot die Tagesklinik für ihn durch den Wechsel eine Brücke zwischen neuen Erfahrungen in der Klinik und deren Erprobung im Alltag Zuhause. Diese Erprobung beschrieb er in einer Schwimm-Metapher:

Sascha-3 (Z 946ff)

P: Und man kann das nicht gleich übernehmen, es braucht halt einfach dann noch Zeit. Aber, wie soll ich das beschreiben, ah, em, em, dadurch, dass man nach Hause fährt oder so hat man Zeit, das langsam einzuführen.

I: Mh

P: Wenn ich mir vorstell, dass man den ganzen Tag, komplett, was weiß ich ein paar Wochen weg ist und dann versucht, das umzusetzen, dann stößt man wahrscheinlich auf sehr großen Widerstand.

Sascha-3 (Z 983ff)

P: Man kann es irgendwie so, ich weiß nicht, ob das ein guter Vergleich ist, so wie schwimmen lernen, also. Man ist auf dem Land, / Tagesklinik und geht dann ab und zu in's Wasser und fängt halt an, macht Schwimmübungen, erst im seichten Wasser oder so. Und wenn man halt die ganze Zeit und so Ganztagesklinik (Anmerkung: Station), so stell ich mir das vor, so wie „rein in's Wasser und versuch mal zu schwimmen“.

(Karin, 37 Jahre, Bipolare affektive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode): Karin erlebte die Tagesklinik nach einer stationären und tagesklinisch-psychiatrischen Behandlung als weiteren Schritt in ihrem Leben und therapeutischen Prozess. Im Raum der psychosomatischen Tagesklinik konnte sie die Therapieintensität (und was davon in den Raum Zuhause übertragen werden durfte) eigenverantwortlich kontrollieren. Dies beschrieb sie in der Metapher der Arbeit und der Tür zwischen den getrennten Welten:

Karin-3 (Z 190ff)

P: Es war irgendwie so. Ja, fast wie beim Arbeiten, also da hat man ja auch ne gewisse Welt für sich, wo man den andern (Anmerkung: den Partner) gar nicht so einblicken lassen kann.

Karin-3 (Z 220ff)

I: Mmh. Sie haben das verglichen mit der eigenen Welt am Arbeitsplatz. Is es denn dann so, dass die Tagesklinik, also auch die Zeit in der Sie hier waren, so eine abgeschlossene Welt war? Also wo Sie hier sind und wenn Sie heimgehen, sind Sie wieder Zuhause. (...)

P: Also ich, für meinen Teil, ich war natürlich schon involviert, komplett. Ich hab ja auch solche Tagesprotokolle geführt, und die haben mir auch selber sehr viel gebracht. Und da hab ich mich einfach mal auch hinsetzen müssen, ob das jetzt Samstag oder Sonntag war. Und überlegen was war da, was war da, wie hab ich mich da gefühlt. Das hab ich gemacht und dann. Also ich denk ich war schon, mehr involviert, als dann vielleicht in dem Berufsalltag. Weil da macht man ja doch eher die Tür zu und sagt „Ende“. Wobei ich auch jemand bin, der sich da trotzdem, auch Gedanken macht. So, keine Ahnung.

I: Mmh

P: (...) Und von daher, ja. Gabs nicht so eine klare Grenzlinie zwischen den Welten, wie jetzt beim Arbeiten. Aber ein bisschen war das schon meins. Also .. ja. Ich bin hierher gegangen und ich konnte Dinge erfahren, besondere Gespräche, etc. etc. und ähm. Das hat auf jeden Fall auf mich gewirkt.

Die Tür vom tagesklinischen zum alltäglichen Raum Zuhause nahm eine zentrale Rolle ein. Dabei kontrastierte sie Arbeit bzw. Therapiezeit mit Freizeit oder dem Erleben außerhalb der Klinik. Gleichzeitig grenzte sie in weiteren Teilen des Interviews die Tagesklinik als einen Raum für psychisch Kranke gegen den (Arbeits-)Alltag „Normaler“ ab. Auf dieser Basis definierte sie das tagesklinische Angebot als „Krücke“ um selbständig im Alltag wieder Fuß zu fassen.

Karin-3 (Z 661ff)

P: Ja. Ja. Und es ist einfach auch Kontakt zum Außen. Ob das jetzt hier is. Trifft man ja auch auf viele verschiedene Leute, oder ob das eben dieses andere private Leben ist. Wo man sich einfach, ja, man ist im Leben drin.

I: Mmh

P: Und das is ne Herausforderung, wie für alle andern Menschen auch.

I: Ja

P: Und man wird eben begleitet, man kriegt ne Krücke, und kann hier einfach auch mal nur sein.

Die Balance und Integration gegensätzlicher (Selbst-)Anteile waren auch ein Abbild von Karins intrapsychischem Prozess. Im Außen konnte sie diese Anforderung gerade durch den Wechsel zwischen den Räumen (Tagesklinik und Zuhause) aktiv mitgestalten:

Karin-3 (Z 637ff)

P: Das quasi die normalen Dinge, quasi wie einkaufen, egal was, da einfach trotzdem erledigt sein wollen. Und die besorgt nicht irgendjemand, also man kriegt nicht irgendwas hingestellt, wie jetzt in der stationären Aufenthalt, sondern man kümmert sich nach wie vor noch um sein Leben. Man gestaltet das immer noch mit.

A2. Im Gegensatz zu den unter A1 besprochenen Patienten (siehe Abbildung 1), die einen Transfer zwischen dem Alltags- und Therapiekontext beschrieben, gab es auch solche (Stefan, Birgit), die ihre Erfahrung einer schützenden Tagesklinik- von ihrer Erlebens- und Gefühlswelt Zuhause abspalteten. Ihre Haltung zur Therapie war von Verharren in einer regressiven Position geprägt:

(Stefan, 34 Jahre, Panikstörung und Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode): Stefan kontrastierte die Tagesklinik mit seiner vorangegangenen Erfahrung einer stationären Behandlung. Die Station beschrieb er als einen festen Rahmen mit versorgenden Anwendungen, der ihm ermöglichte sich zu erholen. Im Eingebettetsein dieser "richtigen" Klinik schätzte er vor allem den Zusammenhalt der Gruppe, der ihm Geborgenheit vermittelte und gleichzeitig die Eigenverantwortung abnahm. Er meinte selbst, dass er fern ab der echten Probleme (und Angehöriger) Zuhause gewesen sei und dies als sehr hilfreich empfunden habe. Wenig hilfreich schilderte er aber das Wiederheimkommen vom stationären Aufenthalt, das Konfrontiertsein mit Veränderungsabsichten, die er nicht fortführen konnte, sondern über die er "hinwegging".

Stefan-1 (Z 173ff)

P: Wo es z. B. das große Problem war, wo ich vorher in einer, ah, stationären halt Voll-ding war, dass man da dann, ah, das Gespräch da geführt hat usw. und man hat sich viele Gedanken drüber gemacht, dann konnt ich aber nicht in die, ah, Tat umsetzen sondern es waren viele Sachen, wo man sich halt bewusst worden ist und dann gesagt

hat, das muss man machen, wenn man wieder zurück ist. Und so und dann wenn man zurückgekommen ist war das ein Riesenberg was man überwinden hat müssen und man hat dann auch viele Sachen, was man sich vorgenommen hat, dann auch wieder fallenlassen oder so.

Im Gegensatz dazu war die Tagesklinik unkontrollierender und unkontrollierbarer. Die von ihm als locker erlebte Atmosphäre konnte er nicht in Selbstverantwortung und Aktivität übersetzen:

Stefan-3 (Z 96ff)

P: Weil das ist, jetzt mal böse gesagt, so ein bisschen hobbymäßig. Man kommt morgens, trinkt einen Kaffee, sagt hallo, man spricht ein bisschen und geht wieder heim.

I: Ja.

P: Da ist nichts ähm ja, nichts dahinter oder so was. Und in einer richtigen Klinik (Anmerkung: einer vollstationären Klinik) oder wo man halt den ganzen Tag ist, da ist man ja dann auch übers Wochenende und die Gespräche sind viel intensiver oder so was. Weil hier, das ist so, man ist, weiß nicht, fünf Stunden und dann geht man wieder heim und der Tag ist erledigt. Das ist eher so wie ein Kaffeeklatsch oder so. So habe ich es empfunden da.

Von seinen Lebensaufgaben Zuhause (z. B. dem Kinderwunsch der Freundin) fühlte er sich überfordert. Er konnte den Freiraum der Tagesklinik wenig nutzen, er verblieb im Wunsch des "von der Patientengruppe aus dem Sumpf gezogen werden", den die Patienten der Tagesklinik ihm nicht erfüllten:

Stefan-3 (Z 438ff)

P: Aber wie gesagt, das große Problem ist halt immer, dass man das alleine machen muss. Sich alleine aus den Haaren aus dem Sumpf ziehen, funktioniert nicht.

I: Ja.

P: Da gibt's doch das berühmte Bild.

I: Mhm.

P: Und so vergleiche ich das teilweise. Dass Du dann dastehst und hinten an den Haaren und probierst, Dich aus dem Sumpf zu ziehen. Und kein anderer da ist. Und das ist der große Vorteile, die so in der Gruppe sind, wo die Gruppe sehr stark ist dann.

Ohne klare Regeln und Leitung von anderen schaffte es Stefan noch nicht, Fortschritte zu erzielen, der mögliche Aktivierungsraum der Tagesklinik blieb dem bewussten Erleben verschlossen.

(Birgit, 32 Jahre, Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode und Sonstige Essstörung): Birgit beschrieb die Tagesklinik als „abgeschlossenen“, geschützten Ort. In der festen Struktur erlebte sie einen Raum, der ihr Möglichkeiten zur Entfaltung bot, sie erlebte ihn als „ganz ihren“, in dem sie gestützt wurde und in dem sie Fortschritte machen konnte. Im Unterschied dazu fühlte sie sich Zuhause nicht verstanden.

Birgit-1 (Z 634ff)

P: Das ist eigentlich, das ist noch ein Schritt, den ich hoffentlich lerne in den nächsten vier Wochen auch noch: Das ist hier meins und draußen, (Pause) ich kann mich nicht mitteilen, also ich habe so das Gefühl, mit meinem Mann kann ich nicht reden. Er fragt mich zwar, aber irgendwie bin ich da blockiert, ich kann dann nicht erzählen irgendwie. Ich weiß nicht, ich habe irgendwo immer Angst, dass er es vielleicht auch nicht versteht

Birgit-1 (Z 734ff)

P: Und so ist das Zuhause doch da, also es spielt schon auch, wenn im Moment das für mich hier schon so abgeschlossen, also irgendwo eine Wand da ist, aber ich hoffe doch, dass ich die Wand irgendwann abbauen kann.

I: Mhm.

P: Also ich habe die Möglichkeit, das zusammenzubringen. Ich muss es halt nur irgendwie noch ... Und ich glaube, die Möglichkeit wäre mir nicht gegeben, wenn ich irgendwo komplett weg wäre.

Zwischen diesen Erlebensräumen konnte die Wand leider nicht durchlässiger werden, die Inhalte beider Settings konnten während des Klinikaufenthaltes nicht „zusammengebracht“ werden. Sie erzählte auch im letzten Gespräch, drei Monate nach Entlassung, dass die beiden Welten durch eine Wand getrennt blieben:

Birgit-3 (Z 261ff)

P: Irgendwie, dass es vielleicht leichter wäre, die zwei Dinge zusammenzubringen, dass es dann allgemein leichter wäre. Und das kann ich mir irgendwo, ich weiß nicht, irgendwie habe ich dann auch Angst, dass vielleicht das eine komplett kaputt geht (Anmerkung: Zuhause) oder das andere total. Ich weiß es nicht. Also es ist schon

I: Also das eine, das „Ihre“ ist in der Therapie?

P: Ja.

I: Und das andere ...

P: Draußen.

I: ist Zuhause?

P: Ja, ist Zuhause. Ja. Das ist für mich auch immer ein Drinnen und ein Draußen, weil Therapie findet doch immer im Raum statt, im geschützten Raum, wenn man so will.

Während sie sich in der Tagesklinik gestärkt fühlte, konnte sie sich Zuhause während und nach der Tagesklinik nicht verändern, der Erfolg in der Klinik rutschte ihr Zuhause weg:

Birgit-3 (Z 80ff)

P: Aber, ich habe es mir auch vorgenommen, aber das ist beim Vornehmen geblieben.

I: Ja.

P: Es ist immer weniger geworden. (lacht) Irgendwie, ja, weil letzten Endes ist es ja doch so, das Alltägliche, das holt Dich sofort wieder ein. Oder ich bin eher der, ich bin schon eher der Typ dazu, der sich da schnell überrollen lässt. Der (Pause) irgendwie, ja, weiß auch nicht. (lacht)

Die Fortschritte konnten nicht internalisiert werden und verblieben Setting-gebunden in der Tagesklinik beziehungsweise im Anschluss vorerst im Raum der ambulanten Psychotherapie.

A3. In dieser Gruppe befanden sich Patienten, die zu Anfang der Therapie eine Spaltung zwischen Tagesklinik und Zuhause beschrieben, die jedoch im Verlauf der Therapie eine Verbindung dieser Räume entwickeln konnten.

(*Renate, 51 Jahre, Panikstörung, Dysthymia und Andere Persönlichkeitsstörung*): Renate kontrastierte ihren Tagesklinikaufenthalt zu der vorhergegangenen psychosomatischen „Kur“. Dort hatte sie es geschafft, sich schnell auf Therapie einzulassen. Das Zuhause „hatte nicht mehr soviel Macht“ über sie.

Renate-1 (Z 1689ff)

P: So, ja nach 2, 3 Wochen, hat das, was was daheim ist nicht mehr die die Macht über mich und ich kann mich dann besser auf die Therapie einlassen

Anscheinend konnte sie sich in der Abgeschiedenheit (von Zuhause, vom Mann) der Station „ein Stück selbst“ finden. Nach dem Aufenthalt verlor sie dieses „Stück selbst“ wieder, in ihrer Wahrnehmung nahm ihr Mann es ihr weg. Obwohl sie sich der Kontrolle des Mannes unterstellt fühlte, schien diese Kontrolle für sie wichtig zu sein. Den täglichen Wechsel zwischen Tagesklinik und Zuhause erlebte sie nun als „Hin- und Hergerissensein“.

Renate-1 (Z 1694ff)

P: Ich hab hier bestimmt 4 Wochen gebraucht, weil ich so hin und hergerissen war

I: Mh

P: Dass ich mich überhaupt auf das einlassen können hab. Ich hab das versucht, so richtig festzuhalten

I: Mh.

P: Ich denk /, ich versäum so viel, weil ich, weil das dann wieder weg ist.

T. Mh, mh.

P: / ständiger Wechsel sonst was macht.

Sie schien in diesem Setting die Balance zu verlieren, wollte an etwas „festhalten“ (an für sie typischen Beziehungsstrukturen – Unterwerfung vs. Kontrolle). Der tägliche Wechsel zwischen den getrennt gehaltenen Räumen verursachte Instabilität. Die Aufhebung des Vertrauten stört auf der einen Seite das gewohnte Gleichgewicht, auf der anderen Seite eröffnet es neue Räume im Therapieverlauf (Spielräume für inneres Wachstum):

Renate-3 (Z 400ff)

I: Hat Ihnen da was in der Tagesklinik geholfen?

P: Ja, mm, ich hab mich da auch / / / es war vielleicht auch unter Druck und was, wie die die die Außenwelt, die nimmt ja sehr viel Raum ein, also so, was man hat, was man nach außen präsentiert und innerlich, ah, hab ich zu wenig Raum gehabt.

I: Mh.

P: Und wenn ich jetzt innerlich wach, ist das äußere nicht mehr so wichtig.

I: Ahja, mh.

P: /// ich brauch das eigentlich nicht mehr so.

Während der in der Station erlebte Erfolg ihr nach Rückkehr zum Ehemann abhanden kam, konnte sie ihre Entwicklung in der Tagesklinik in kleinen Schritten Zuhause erproben und nach der Behandlung behalten:

(Reante-3 (Z 1851ff))

P: Mm, weil, mein Mann hat dann auch ein bisschen so die Entwicklung mitgekriegt, also so die langsame Entwicklung, als wenn man von der Kur (Anmerkung: der Station) heimkommt und dann (...) und das ist oft zum Scheitern verurteilt (...)

I: Mh, mh, mh. Also Sie sagen und im Gegensatz dazu ist, was ist da anders, wenn Sie dann, Sie sagen, da ist eine kontinuierliche Entwicklung, was ist da anders?

P: Man muss sich schon während der Therapie mehr damit auseinandersetzen. (...) Aber so im Endeffekt hab ich's besser geschafft, mich abzugrenzen.

I: Mh. Und durch was geht das dann einfacher? Ist das immer der permanente Übungseffekt oder ist, warum, was meinen Sie, was da hilfreich ist? (...)

P: Für mich waren das 2 Welten.

I: Mh. Aber, für diesen Entwicklungsschritt zuhause, was denken Sie wo war da die Tagesklinik hilfreich? War das dann immer, ja eine Auffrischung Ihrer Üb-, wie man das auch nennt?

P: Ja, dass man dranbleiben muss.

I: Also, dass man dranbleiben muss.

P: Ja, das ist, wenn man wieder damit konfrontiert wird oder ahm, wenn man daheim wieder einen Rückschritt macht

I: Mh, mh. Und man sucht nach neuen Lösungen oder man kuckt, was könnte ich mit der, mit der Schwierigkeit jetzt oder mit diesem, wo's schwierig wird, wie könnt ich da anders mit umgehen oder was ist da hilfreich?

P: Ja / ja wieder, ah, neue Wege auch, wenn's mit einer bestimmte Vorstellung, wenn's da nicht klappt, dann find ich mir wieder einen anderen Weg oder such einen anderen Weg

I: Mh.

P: und das halt das langsam das innere Wachsen, also man wächst ein Stück und dann wird man wieder ein Stück zurückgedrängt.

(Kerstin, 21 Jahre, *Bulimia nervosa*): Die Tagesklinik bot für Kerstin vorwiegend Struktur, einen Ablauf an dem sich die Patientin mit ihrer Essproblematik orientieren konnte. Neben dem strukturierten tagesklinischen Raum bestand der leere Raum Zuhause (wo sie aß und erbrach). Diesen leeren Raum konnte die Patientin durch die tägliche (dosierte) Konfrontation nun so erleben, dass eine Bearbeitung dieser Leere auch in der Tagesklinik möglich wurde.

Kerstin-3 (Z 132 ff)

P: Weil ich kann auch heimgehen und das, was ich erlebt habe an dem Tag, auch umsetzen. Und das auch Zuhause.

I: Ja.

P: Und wenn ich acht Wochen oder zwölf Wochen in einer ganz stationären Behandlung wäre, dann werde ich entlassen und sofort ins kalte Wasser geworfen. Und ich finde eigentlich, dass die Tagesklinik da schon auf jeden Fall besser ist.

I: Mhm.

P: Also, ja, ich muss ja draußen klarkommen. Und so finde ich das eigentlich besser, dass ich, ja, Hälfte-Hälfte gehabt habe. Da konnte ich hier abschalten den ganzen Tag und abends konnte ich auch für mich auch mal sein und nicht ständig nur mit Therapie verbunden sein. Weil mein ganzes Leben heißt ja nicht Therapie. (lacht)

Nach dem Aufenthalt im 3. Gespräch beschrieb die Patientin, dass die Tagesklinik selbst eine Art Überdosis war, ein „Zuviel“, das sie erst im Nachhinein verdauen und verstehen konnte. Gerade durch diese Erkenntnis scheint sie es geschafft zu haben, sich von der ausschließlichen Definition über das Essen entfernt zu haben.

Kerstin-3 (Z 367ff)

P: Weil während der Tagesklinik, das war mir zu, das war mir einfach zu viel. Da wusste ich überhaupt nicht, was alle von mir wollten. (lacht)

I: Mhm.

P: Und das hat jetzt lange gebraucht bei mir, um das überhaupt, sagen wir mal. Also das macht mir auch überhaupt nichts aus, weil ich bin froh, es kam überhaupt dazu.

Ja.

I: Mhm.

P: Also ich setze mich da jetzt auch nicht mehr unter Druck damit, weil ich weiß, bei mir dauert alles immer ein bisschen länger. Und ich bin froh, dass es kommt und dass es jetzt losgeht. Und dass sich jetzt auch richtig was verändert und ich das auch wirklich für mich mache und nicht für die anderen.

Obwohl Kerstin während der Tagesklinik erzählte, dass ihr der Austausch zwischen dem Raum Zuhause und der Klinik half, scheint sich der von ihr erlebte tatsächliche Fortschritt erst nach der Therapie einzustellen. Die Verbindung der beiden Erlebensräume mag eine erste Verbindung dargestellt haben, an der die Patientin in der anschließenden ambulanten Therapie weiter arbeitete. Die neuen Räume im Leben der Patientin waren nun mit neuen Themen gefüllt, mit anderen Möbeln als nur dem Kühlschrank und der Toilette ausgestattet:

Kerstin-3 (Z 762ff)

P: Ja. Aber ich habe auch das Gefühl, es ist, klar, wichtig, aber mein Körper ist gar nicht mehr das Wichtigste. Das ist mir bewusst langsam, dass schlank sein auch nicht glücklich bedeutet. Ja. Und da will ich auch nie wieder zurück, dass ich sage, ich bin bloß glücklich, wenn ich 50 wiege, oder so. (Räuspern) Also jetzt sind es schon so die äußerlichen Einflüsse und von mir, was mich beschäftigt weiterhin, aber nicht mehr mein (Räuspern) Aussehen. Klar, ich will schon schön sein und ich richte mich schon auch her, aber das, finde ich, gehört auch zu einer Frau dazu ein bisschen (lacht).

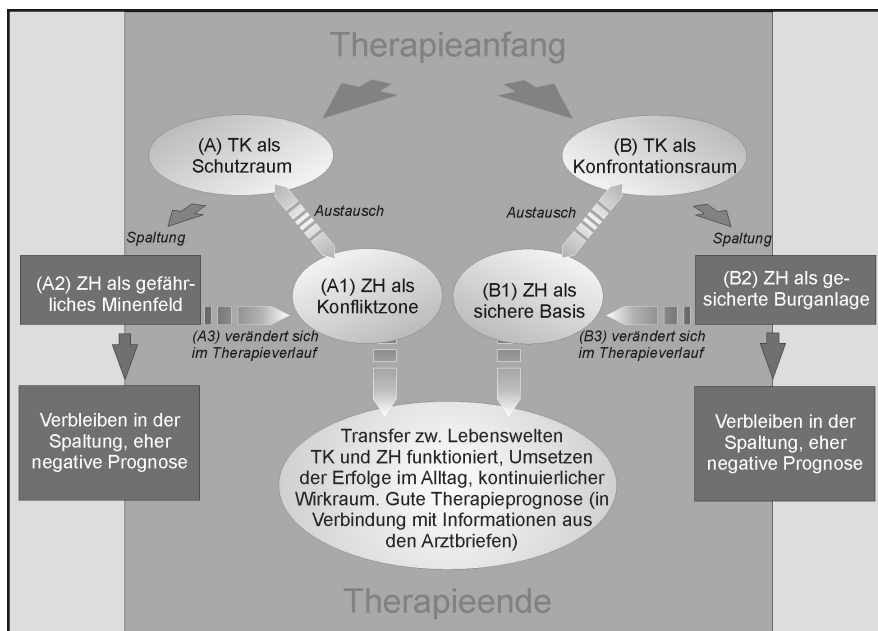


Abbildung 1: Konzeptualisierung des therapeutischen Wirkraumes im Spannungsfeld zwischen Tagesklinik (TK) und dem Raum Zuhause (ZH)

3.2 Tagesklinik als Konfrontationsraum (B)

Neben den Patienten, die die Tagesklinik als Schutzraum erlebten, konnten wir eine weitere Gruppe definieren, für die im Gegensatz dazu das Zuhause als ein sicherer Bereich besetzt erfahren wurde. Die Behandlung empfanden sie anfänglich stark konfrontativ und verunsichernd. Dabei unterscheiden wir erneut zwei kontrastierende Untergruppen, sowie eine dritte, der eine Veränderung von der Spaltung der beiden Erlebensräume zur Integration gelang.

B1. In dieser Gruppe stellen wir stellvertretend Berta vor. Für sie war charakteristisch, dass sie ihr Zuhause als sichere Basis erlebte.

(Berta, 18 Jahre, *Somatoforme Störung*): Am Abend Zuhause zu sein war für Berta eine „Erholung“, das Gewohnte“ half ihr, abends abzuschalten.

Berta-1 (Z 956ff)

I: Was ist das Zuhause für Sie dann, wenn Sie abends hier nach Hause gehen?

P: Ja, eigentlich Erholung von dem ganzen hier. (...) Ja, das ist halt genau so ein Raum, so, das ist jetzt bei mir die komplette Wohnung, so, wo ich mich einfach zurückziehen

kann von dem hier. Das ist ja was ganz Verschiedenes, Zuhause und hier. Und Zuhause ist es anders, weil, hier komme ich ja mit meinen Problemen in Konfrontation und Zuhause, ja, habe ich noch was anderes zu tun als jetzt die ganze Zeit darüber nachzudenken.

In der Analyse wurde klar, dass Berta Zuhause nicht einfach abschaltete (sich somit eventuell der Therapie entzog), sondern dass das Zuhause ihr eine sichere Basis gab, aus der heraus sie agieren konnte. Die Tagesklinik erlebte sie als Kampffeld, auf dem sie mit „ihren Problemen in Konfrontation“ geriet und was starke Angst in ihr auslöste.

Berta-3 (Z 421ff)

P: Weil ich habe es gemerkt, es ist verdammt anstrengend schon von morgens bis mittags. Mir ging's oft gar nicht gut, als ich nach Hause gekommen bin, aber es war gut, dass ich nach Hause gekommen bin.

I: Weil Sie Zuhause so eine Oase hatten, wo Sie?

P: Ja, genau. (lacht)

I: Wo Sie sich da wieder regenerieren konnten, weil das bekannt ist für Sie.

P: Ja, (...) da konnte ich raus und da konnte ich was anderes machen, über was anderes nachdenken, über kleinere Probleme, so: Oh, was ziehe ich heute an? Oder so. (...) die haben mich halt abgelenkt und da bin ich jetzt nicht die ganze Zeit, also ich hatte immer Angst, also ich könnte mir denken, dass, wenn es stationär gewesen wäre, dass ich da rund um die Uhr und dass ich da hätte nicht richtig abschalten können. Weil dann laufe ich über den Gang und dann läuft mir der Mitpatient über den Weg. Und wenn ich mit dem ein Problem habe, den sehe ich von morgens bis abends und dann gehe ich nicht mittags nach Hause und kann mal vielleicht darüber nachdenken, was ich jetzt machen will. Und ich denke, das war schon das Entscheidende, dass ich auch ein bisschen vielleicht über so was nachdenken konnte, wie ich das regeln will.

Berta beschrieb ihre Situation hier in Kontrast zu ihrer Vorstellung einer stationären Behandlung. Zur Stabilisierung nutzte sie das teilweise „Entfliehen“ in das gewohnte Umfeld, wo sie Situationen aus der Therapiezeit bearbeitete. Am nächsten Tag konnte sie (gut gegen die Angst gewappnet) Konfrontationen mit den Patienten wie auch mit eigenen Anteilen angehen und somit im therapeutischen Prozess vorankommen. Der tägliche Wechsel stellte für Berta eine wichtige Stütze dar, mit der sie die Fähigkeit zur Regulation ihrer durch die Therapie ausgelösten Gefühle entwickelte.⁷

Somit stellte das Zuhause für die Kategorie B1 einen sicheren Ausgangspunkt (sichere Basis) im täglichen Wechsel zum Konfrontationsraum Tagesklinik dar. Dagegen erlebten die Patienten der Untergruppe B2 das Zuhause als gesicherte Buranlage. Stellvertretend stellen wir Helen vor:

⁷ Vergleiche hierzu die Ausführung von Henneberg-Mönch (1986), die bezüglich der tagesklinischen Behandlung beschreibt, dass „die Rahmenbedingung des täglichen Kommens und Weggehens Regulationsmöglichkeiten schafft.“ (S. 123).

(Helen, 22 Jahre, *Somatoforme Störung und Emotional instabile Persönlichkeitsstörung*) Helen erlebte die Tagesklinik als Ort des „Anstoßes“. Im ersten Gespräch betonte die Patientin, dass sie in der Klinik in „vielen Sachen den „Anschubs bekommt“, und das in der Tagesklinik Erkannte und Erlebte gut Zuhause umsetzen konnte. Dort ist sie alleine und konnte – distanziert vom intensiven Erleben – ihre Fortschritte kontrollieren und dosieren.

Helen-1 (Z 478ff)

P: Durch das viele Reden. Ich habe halt Probleme, darüber zu reden. Aber das kann ich halt hier irgendwie leichter, und dann überlegt man auch und man wägt ab und guckt... grade die Entscheidung mit der Arbeit ist hier gefallen, also, weil ich halt endlich drüber reden konnte und selber gemerkt habe, dass es nicht das ist, was ich eigentlich machen wollte, diese Berufsausbildung (Anm.: anonymisiert)

Helen-1 (Z 614ff)

P: So geht es mir mit vielen Sachen hier, dass ich hier den Anschubs kriege und Zuhause dann aber auch weiter überlege.

Im zweiten Gespräch kippte die Perspektive der Patientin: Der Therapieraum wurde zur negativen Projektionsfläche. Die Therapeuten beschrieb sie als kontrollierend und manipulativ. Sie glaubte von den Therapeuten hintergangen zu werden, die sie gegen ihren Willen ausspionierten und zu krankmachenden Therapiegruppen zwingen wollten. Die zuvor von Helen gut einsetzbare Dosierung von Intensität im Tagesklinikraum und dem Alltagsraum Zuhause funktionierte nicht mehr. Sie spaltete den als böse erlebten Konfrontationsraum von der guten, gesicherten Burganlage Zuhause ab, was Sie im dritten Gespräch (drei Monate nach Entlassung) im Rückblick schilderte:

Helen-3 (Z47ff)

P: Meine Therapeutin. Ich habe immer noch das Gefühl, dass sie mich nicht ernst genommen hat.

I: Die Einzeltherapeutin?

P: Ja. Auch die anderen. (...)

I: Ja. Also Sie haben das Gefühl gehabt, Sie sind nicht ernst genommen worden?

P: Ja.

I: Vom ganzen Therapeutenteam?

P: Ja.

I: Wie hat sich das geäußert? Also wenn Sie so zurückschauen.

P: Ja, gerade in den Einzelgesprächen ist mir das immer aufgefallen, dass die immer wieder mit diesem Essproblem kamen und ich ja überhaupt kein Essproblem mehr habe

Helen-3 (Z 152ff)

P: Ich habe es so oft bei ihr (Anm.: der Einzeltherapeutin) probiert, zu sagen, dass ich mich nicht verstanden fühle. Aber das hat sie dann immer so, ich weiß nicht, wie ich sagen soll, so unter den Teppich gekehrt und hat dann wieder mit ihren Sachen angefangen. Irgendwann hat sie dann wieder angefangen, auf meiner, also auf mir und meiner Mum rumzuhacken

Helen-3 (Z434ff)

P: Und hier war ich halt einfach gezwungen, acht Stunden wirklich da zu bleiben. Und dann auch noch mit jedem darüber zu reden, was ich gerade für ein Problem habe.

I: Ja.

P: Was dann eh nicht ernst genommen wird.

I: War es denn auch mit den Patienten zu viel?

P: Teilweise schon. (...) Hier war ich ja irgendwie gezwungen, mit ihnen zusammen zu sein.

I: Ja.

P: Teilweise habe ich dann auch das Gefühl gehabt, sie (Anm.: die Mitpatienten) werden mir auf den Hals geschickt, also sie werden geschickt, damit ich nicht alleine bin. Weil teilweise brauche ich einfach meine Zeit alleine für mich.

Das gipfelte in einem Abbrechen der Therapie. Anfangs zeichnete sich ein großes Veränderungspotential für die Patientin ab, die den Wechsel zwischen Tagesklinik und Zuhause als Anstoß erlebte. Dieses Potential konnte sie nicht nutzen, da die Feinabstimmung in der Dosierung scheiterte.

In der Gruppe B3 vollzieht sich eine Veränderung von dem Zuhause als gesicherter Burganlage hin zu einer sicheren Basis, einem Ort des Kräftetankens. Stellvertretend beschrieb Ronja ihr Erleben:

(Ronja, 36 Jahre, Mittelgradige depressive Episode, Soziale Phobie und Histrionische Persönlichkeitsstörung): Die zwei Räume (Tagesklinik – Zuhause) sind in Ronjas Erleben vorerst voneinander getrennt. Diese Getrenntheit wird dort verständlich, wo sie über ihre Beziehungs(-regulations)problematik spricht. Sie behält gerne die absolute Kontrolle in Beziehungen.

Ronja-2 (Z 1169ff)

P: Aber das ist, / mein Zuhause ist wirklich auch so wie so ne sichere Burg für mich. Also ich fühl mich auch ganz unwohl wenn jemand kommt, das ist wie ein Eindringen in meinen Sicherheitsraum. Aber ich kenn das auch nicht, wir hatten früher nie Besuch. Da waren halt nur die Verwandten, es waren nie andere Leute oder Freunde von meinen Eltern oder so. Auch von mir nachher gar nicht mehr, ich konnte nie jemand mitbringen. Das ist also wirklich für mich ganz schwierig überhaupt, ich fühl mich da auch nicht – in meiner eigenen Wohnung dann nicht wohl, wenn jemand zu Besuch ist. Als wenn das wirklich so für mich der sichere Ort ist.

Der tagesklinische Rahmen ermöglichte ihr diese Position anders zu erleben: Anfänglich beschrieb Ronja das Zuhause als sichere Burg, als Rückzugsort; die Tagesklinik wurde aktiv beschränkt, als 8-Studentag (kontrollierbar) eingestuft.

Ronja-1 (Z 759ff)

P: Weil ich habe gemerkt, ich möchte die Situation wie in der Arbeit haben, so diese 8 Stunden wo ich weiß, ich muss 8 Stunden mit anderen Menschen auskommen Dann

brauche ich meine Freiheit, dann kann ich nach Hause, dann habe ich meinen Sport und dann kann ich sacken lassen und mein Wochenende will ich auch für mich haben.

Die Beziehungen in der Tagesklinik wurden somit kontrollierbar, das Zuhause blieb vorerst unangetastet, ihr Privatraum. Gerade der ständige, alltägliche Wechsel dieser beiden Umgebungen, erschwerte es Ronja zunehmend, diese kontrollierende Position beizubehalten: Die Konfrontationen in der Gruppe (durch die Patienten und Therapeuten) mehrten sich, Ronja erlebte den Wechsel nun als belastend. Das Leben zwischen einem kontrollierten und funktionalisierten Kontakt und Unabhängigkeit geriet aus dem Gleichgewicht. Das Kontrollieren wurde zur Belastung, die Unabhängigkeit zur Einsamkeit. Die erlebte Wut auf andere, konfrontierende Gruppenmitglieder und Mitarbeiter wurde von Ronja nun als Angst gedeutet.

Ronja-3 (Z 275ff)

P: Ja, ich hab da, wo ich diese heftigen, wo ich immer abbrechen wollte (Anm.: die Behandlung in der Tagesklinik), wo ich richtig fix und fertig war, da war das auf einmal ganz schlimm Zuhause, wo ich gedacht habe, ich kann nicht mehr. Und dann richtig diese ganz schlimmen, also so was von Alleinsein, Verlassensein und, grade wo die eine dann auch gegangen war, und ich habe gedacht, ich mag nicht mehr, ich und ich hatte wirklich das Gefühl, ich sterbe. Und es ist alles hoffnungslos. Aber so schlimm, ich mag nicht mehr. Und das war für mich auch gar nicht diese Angst, mein Leben zu beenden, sondern das war wie eine Erkenntnis. (...)

I: Ja.

P: Und das habe ich dann wirklich in der, und dann habe ich aber auch gemerkt, Mensch, wenn du jetzt wieder abbrichst, dann und natürlich die Situation „Mensch, und alle sind weg“, das war natürlich wieder eine Trotzreaktion, das kam halt auch wieder „nee, jetzt habe ich keinen Bock mehr“, aber letztendlich, und der Ärger hat wirklich dieses, komplett Hoffnungslose richtig überdeckt, was richtig/ / / und seitdem ist es auch besser geworden, also ist dann immer abgeschwächer aufgetreten, also wenn man das einmal durchlebt hat.

So wurden der Patientin erst durch den therapeutischen Rahmen der Tagesklinik diese Erkenntnisse möglich.

4 Diskussion

Die Patientengruppe nimmt in der Tagesklinik eine zentrale Stellung ein (vgl. Mörtl et al., im Druck). Neben dem Behandlungsschwerpunkt der Gesprächsgruppentherapie und den anderen in Gruppen durchgeführten Angeboten (Kunst- und Musiktherapie, etc.) sind die informellen Kontakte, das alltägliche Leben in der Klinik mit den Patienten prägend für den therapeutischen Prozess jedes Einzelnen. Auch die Art und Weise der außertherapeutischen Kontakte untereinander, zum Beispiel inwieweit ein zu regressivem Verhalten neigender Patient von der Gruppe versorgt wird, oder ein anderer Patient, der sich auf den Gruppenprozess schwer einlassen

kann, von den anderen konfrontiert wird, nimmt Einfluss auf den therapeutischen Fortschritt. In der Bewältigung des Wechsels zwischen den beiden Welten Tagesklinik und Zuhause, den jeder Patient täglich für sich meistern muss, nimmt die Unterstützung der Gruppe einen hohen Stellenwert ein. Gerade in der zeitlich begrenzten tagesklinischen Akutbehandlung von 6-8 Wochen ist es für den therapeutischen Fortschritt förderlich, wenn sich Patienten schnell an den Rhythmus der Therapie anpassen können. Der Umgang mit dem tagesklinischen Setting stellt neben einer möglichen Belastung auch eine Chance für den therapeutischen Prozess dar.

Im abschließenden Vergleich der Textanalysen mit den Entlassbriefen zeigte sich, dass die Art und Weise wie der Wechsel zwischen diesen Räumen erlebt und gestaltet wurde, auch eine prognostische Aussagekraft bezüglich des Therapieerfolgs in der teilstationären Behandlung besitzt. So konnten wir zeigen, dass vor allem jene Patienten profitierten, die ihre Veränderung in der Tagesklinik auch Zuhause aktiv erprobten und die ihre Konflikte Zuhause auch im tagesklinischen Alltag thematisierten. Andere Patienten, die in der Behandlung in der Klinik eher zu regressiven Verhaltensweisen neigten („sich therapieren lassen“) und in der Klinik durchaus Fortschritte in ihrer Auseinandersetzung mit sich selbst erzielten, schafften es manchmal nicht, diese in ihren konflikthaften Lebensalltag zu transferieren. Sie verharrten nach der Therapiezeit in ihren üblichen Verhaltensmustern. Es muss aber auch beachtet werden, dass die Abspaltung des sicheren TherapieRaums vom „gefährlichen“ Lebensumfeld am Anfang einer Therapie durchaus sinnvoll und notwendig sein kann: Patienten, die etwa in einem Autonomiekonflikt in ihrem Lebensumfeld standen, werden die Abgegrenztheit des tagesklinischen Raumes erst einmal gut dafür nutzen können, sich zu entwickeln, um erst in späteren Schritten die neu explorierten Verhaltensweisen Zuhause umzusetzen. Unserer Beobachtung nach ist ein Verbleiben in der abgrenzenden Position bis zum Therapie-Ende nicht förderlich für den Therapieprozess in der Tagesklinik (dies ist ein Unterschied zum stationären Setting, das diese Abgrenzung als wichtige Rahmenbedingung für das therapeutische Konzept einsetzt). Der Wechsel bringt immer auch eine Infragestellung der bekannten Verhaltensmuster in der Lebensgestaltung mit sich, die Angst auslöst.⁸ Prinzipiell versuchen Menschen ihr Erleben möglichst in Richtung eines subjektiv befriedigenden stabilen Zustands zu regulieren. Psychische oder psychosomatische Erkrankungen stellen das Erreichen einer relativ stabilen Organisation dar, welche der Mensch in Auseinandersetzung mit der bisherigen Umwelt hervorgebracht hat. Wenn sich diese Stabilität jedoch nicht als befriedigend erwies, kann es zu einem Veränderungswunsch führen (vgl. Deneke, 2001, S. 247f und Mentzos, 2000). Der tägliche Wechsel impliziert zwar therapeutische Impulse zur Instabilität und enthält dadurch aber auch ein besonderes Veränderungspotential.

⁸ Situationen, die Instabilität hervorrufen, begreift Frommer (2003) im Sinne einer strukturell nicht mehr zu bewältigenden Überforderung und Bedrohung. In der Arbeit von Grip-Hagelstange (1997) zu Luhmanns Systemtheorie wird Ähnliches hervorgehoben.

Mit dieser Studie ist es uns gelungen, diesen Aspekt der Wirksamkeit des Settingwechsels tagesklinischer Therapie anhand von Patientennarrativen zu erfassen. Wird diese „strukturelle Überforderung“ als Veränderungspotential genutzt, bietet die Tagesklinik den Vorteil, dass die Reinszenierungen der Verhaltensmuster in der Klinik *parallel* zu den aktuellen Konflikten im realen Lebensumfeld geschehen. Die Patientengruppe bietet eine gleichzeitige Möglichkeit zu korrigierenden emotionalen Lernerfahrungen, die Psychotherapie ausmachen (vgl. Kächele, 2005). Die Gleichzeitigkeit durch den Wechsel wird als therapeutisches Agens genutzt. Darüber hinaus zeigen unsere Ergebnisse, dass die Handhabung des Wechsels Aussagekraft als prozessbezogenes Diagnostikum besitzt.

Daraus lassen sich folgende Implikationen für den klinischen Alltag ableiten:

1. In einem tagesklinischen Setting ist es unabdingbar neben der Problemfokussierung einen Fokus auf die Verbindung der beiden therapeutischen Wirkräume (Klinik und Zuhause) zu richten.
2. Die Handhabung des Wechsels durch die Patienten sollte für den Therapieplan als Rückkopplungsschleife genutzt werden: wenn keine Verbindung, kein Transfer zwischen den beiden Alltagswelten besteht, sollte dies von den Therapeuten thematisiert werden, um eine Entwicklung einer Integration von Therapie in den Lebensalltag (und vice versa) anzustoßen.

Wie in allen qualitativen Analysen liegen auch in dieser Studie die Grenzen in der Stichprobengröße, der Repräsentativität und der Reliabilität der Ergebnisse (vgl. dazu die kritische Forderung nach evidenzbasierter Psychotherapie: Strauß, 2005, 2007b und Barlow, 2005). Die untersuchte Patientengruppe wurde konsekutiv ausgewählt, die Auswahl der Patienten erfolgte nicht nach bestimmten Kriterien. Hinsichtlich der Anzahl von ca. 100 Patienten die in der Psychosomatischen Tagesklinik Ulm pro Jahr behandelt werden, sind die zur Analyse vorliegenden Texte ein beträchtlicher Anteil, was zu einer repräsentativen Abbildung des Phänomens Tagesklinik beiträgt (vgl. dazu die prinzipiell sinnvolle Generalisierung von Theorien aufgrund Fallkontrastierung bei Poscheschnik, 2005, S. 18f). Eine Repräsentativität im statistischen Sinne kann mit einem qualitativen Studiendesign jedoch nicht erreicht werden.

Literatur

- Angus, L., Levitt, H., Hardtke, K. (1999). The narrative process coding system: research applications and implications for psychotherapy practice. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1255-1270.
- Barlow, S. (2005). Analytische und Psychodynamische Gruppenpsychotherapie: gibt es dazu Daten? *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 41, 239-266.
- Brücher, K. (2005). *Therapeutische Räume. Zur Theorie und Praxis psychotherapeutischer Interaktion..* Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.

- Deneke, F.W. (2001). Psychische Struktur und Gehirn: Die Gestaltung subjektiver Wirklichkeiten (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Frommer J. (2003). Die Bedeutung des strukturdynamischen Ansatzes für eine Theorie der Neurosen und Persönlichkeitsstörungen. *Nervenarzt*, 74, 23-29.
- Grawe, K. (1998). Psychologische Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Gripp-Hagelstange, H. (1997). Niklas Luhmann – Eine Einführung (2. Aufl.). München: Wilhelm Fink UTB.
- Haubl, R. (2005). Reinheit und Gefährdung – Gruppenanalyse auf dem Weg zur Realitätstauglichkeit. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 41, 267-285.
- Heigl-Evers, A., Henneberg-Mönch, U. (1986). Die Anwendung der tiefenpsychologisch fundierten Gruppenpsychotherapie in der Tagesklinik. In A. Heigl-Evers, U. Henneberg-Mönch, C. Odag, G. Standke, G. (Hrsg.), *Die Vierzigstundenwoche für Patienten. Konzept und Praxis teilstationärer Psychotherapie* (S. 149-165). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Heigl-Evers, A., Henneberg-Mönch, U., Odag, C., Standke, G. (Hrsg.) (1986). *Die Vierzigstundenwoche für Patienten. Konzept und Praxis teilstationärer Psychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Henneberg-Mönch, U. (1986). Behandlung einer Patientin mit schwerer struktureller Ich-Störung. Die Möglichkeiten der psychoanalytisch-interaktionellen Technik im teilstationären Setting. In A. Heigl-Evers, U. Henneberg-Mönch, C. Odag, G. Standke, G. (Hrsg.), *Die Vierzigstundenwoche für Patienten. Konzept und Praxis teilstationärer Psychotherapie* (S. 121-136). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kächele, H. (2005). Korrigierende emotionale Erfahrungen – ein Lehr- und Lernprozess. Plenarvortrag auf den 55. Lindauer Psychotherapiewochen, Lindau. Dokument online abrufbar auf <http://www.lptw.de/archiv/vortrag/2005/kaechele.pdf>
- Krippendorff, K. (2004). Measuring Reliability of Qualitative Text Analysis Data. *Quality & Quantity*, 38, 787-800.
- Kunz, S. (2007). 15 Jahre Stationäre (Gruppen-)Psychotherapie in Littenheid – Ein Erfahrungsbericht über den Wandel der Psychotherapie. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 43, 150-160.
- Lamnek, S. (2005). Qualitative Sozialforschung. Ein Lehrbuch (4. Aufl.). Weinheim: Beltz PVU.
- Lamott, F. (2007). Setting. In R. Haubl, F. Lamott (2. Aufl.), *Handbuch Gruppenanalyse* (S. 49-61). Frankfurt a/M: Dietmar Klotz.
- Meier, A. (2002). Narrative in psychotherapy theory, practice, and research: A critical review. *Counselling and Psychotherapy research*, 2, 239-251.
- Mentzos, S. (2000). Neurotische Konfliktverarbeitung. Einführung in die psychoanalytische Neurosenlehre unter Berücksichtigung neuer Perspektiven (17. Aufl.). Frankfurt a/M: Fischer.
- Mörtl, K., Wietersheim, J. V. (2008). Client experiences of helpful factors in a day treatment program. A qualitative approach. [iFirst article], 1-13. URL: <http://dx.doi.org/10.1080/10503300701797016>, [abgerufen am 1. April, 2008].
- Oevermann, U., Allert, T., Konau, E., Krambeck, J. (1979). Die Methodologie einer „objektiven Hermeneutik“ und ihre allgemeine forschungslogische Bedeutung in den Sozialwissenschaften. In H. G. Soeffner (Hrsg.): *Interpretative Verfahren in den Sozial- und Textwissenschaften* (S. 352-434). Stuttgart: Enke.
- Poscheschnik, G. (2005). Empirische Forschung in der Psychoanalyse – Einige Gedanken zur wissenschaftstheoretischen und methodologischen Standortbestimmung. In G. Poscheschnik (Hrsg.): *Empirische Forschung in der Psychoanalyse* (S. 11-59). Gießen: Psychosozial.

- Schütze, F. (1983). Biographieforschung und narratives Interview. *Neue Praxis*, 13, 283-293.
- Strauß, B. (2005). Psychotherapieforschung und die Verwissenschaftlichung professionellen Handelns in der psychodynamischen Gruppenpsychotherapie. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 41, 231-238.
- Strauß, B. (2007a). Spannungsfelder um die klinische Gruppenpsychotherapie – Zwischen Spezialisierung und Integration. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 43, 201-217.
- Strauß, B. (2007b). Entwicklungen in der stationären Gruppenpsychotherapie. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 43, 145-149.
- Zeeck, A., Scheidt, C. E., Hartmann, A., Wirsching, M. (2003). Stationäre oder teilstationäre Psychotherapie? *Psychotherapeut*, 48, 420-425.

Korrespondenzadresse: Mag. phil. Kathrin Mörtl, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universität Ulm, Am Hochsträß 8, 89081 Ulm.
E-Mail: kathrin.moertl@uniklinik-ulm.de