

Universitätsklinik Psychosomatische Medizin & Psychotherapie  
Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Horst Kächele  
Betreuer der Dissertation: Prof. Dr. Jörn von Wietersheim

---

Hilfreiche Faktoren in der Psychosomatischen Tagesklinik  
aus Patientensicht. Eine qualitative Studie

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Humanbiologie der  
Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

Kathrin Mörtl  
Klagenfurt  
2008

---

Amtierender Dekan: Prof. Dr. Klaus-Michael Debatin

---

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Jörn von Wietersheim

---

2. Berichterstatter: Prof. Dr. Anna Buchheim

---

Tag der Promotion: 21. November 2008

---

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>1. EINLEITUNG</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Wirkfaktoren in der Psychotherapie</b>	<b>2</b>
1.1.1 Wirksamkeitsstudien	2
1.1.2 Vergleichsstudien	3
1.1.3 Common Factors	4
1.1.4 Wirkfaktoren in der Gruppenpsychotherapie	7
1.1.5 Der Patient als Wirkfaktor und Wirkfaktoren aus Patientensicht	9
1.1.6 Veränderungsstadien im Therapieprozess	10
<b>1.2 Wirkfaktoren in der teilstationären Psychotherapie</b>	<b>13</b>
<b>1.3 Qualitative Ansätze der Wirkfaktorenforschung</b>	<b>16</b>
<b>1.4 Fragestellung</b>	<b>19</b>
<b>2. MATERIAL UND METHODEN</b>	<b>19</b>
<b>2.1 Vorerhebung</b>	<b>20</b>
2.1.1 Interviews mit Klinikern und Patienten	20
2.1.2 Ergebnisse der Vorerhebung	21
<b>2.2 Studienteilnehmer</b>	<b>23</b>
<b>2.3 Erhebungsmethode</b>	<b>24</b>
<b>2.4 Erhebungszeitpunkte</b>	<b>26</b>
<b>2.5 Auswertungsmethode</b>	<b>28</b>
2.5.1 Verwendung des Computerprogramms ATLAS.ti	30
2.5.2 Erste Analysephase: Offenes und Induktives Kodieren	36
2.5.3 Zweite Analysephase (A): Axiales und Theoretisches Kodieren	43
2.5.4 Zweite Analysephase (B): Induktives Kodieren und Sättigungspunkt	46
2.5.5 Dritte Analysephase: Selektives Kodieren	48
<b>2.6 Gütekriterien</b>	<b>49</b>
2.6.1 Kommunikative Validierung	52
2.6.2 Triangulation	52
2.6.3 Statistische Reliabilitätsprüfung	53
<b>3. ERGEBNISSE</b>	<b>58</b>
3.1 Rahmenkodierungen	58
3.1.1 Räumliches Setting	58
3.1.2 Involvierte Personen	59
3.1.3 Problemsituationen	60
3.1.4 Die Stufen des Veränderungsprozesses	61
<b>3.2 Hilfreiche Faktoren</b>	<b>62</b>
3.2.1 Gruppenfaktoren	66
3.2.2 Aktionsfaktoren	69
3.2.3 Transferfaktoren	71
3.2.4 Reflexion	75
3.2.5 Therapeutische Allianz	77
3.2.6 Umfeldfaktoren	79
3.2.7 Sicherer Rahmen	80
3.2.8 Motivation durch Erfolg	82
	III

3.3 Konzeptualisierung: Involvierte Personen und hilfreiche Faktoren	83
3.4 Konzeptualisierung: Assimilationsstufen und hilfreiche Faktoren	85
3.5 Konzeptualisierung: Konfliktbereiche und hilfreiche Faktoren	87
3.6 Exkurs: Die Funktion des tagesklinischen Settings	89
3.6.1 Die Tagesklinik als Schutzraum (A)	93
3.6.2 Tagesklinik als Konfrontationsraum (B)	102
3.7 Zusammenfassung der Ergebnisse	106
<b>4. DISKUSSION</b>	<b>108</b>
4.1 Hilfreiche Faktoren aus Patientensicht als Wirkfaktoren	108
4.2 Wirkfaktorenforschung: Tagesklinik und Veränderungsprozess	110
4.3 Die Funktion des tagesklinischen Settings im Veränderungsprozess	112
4.4 Methodische Limitation	114
4.5 Ausblick	115
<b>5. ZUSAMMENFASSUNG</b>	<b>117</b>
<b>6. LITERATURVERZEICHNIS</b>	<b>119</b>
<b>ANHANG</b>	<b>129</b>
<b>DANKSAGUNG</b>	<b>150</b>

## ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

APES:	Assimilation of Problematic Experiences Scale
Assim:	Assimilationsstufe
ATLAS.ti:	Archiv für Technik, Lebenswelt und Alltagssprache - Textinterpretation. Programm zur computerunterstützten qualitativen Forschung
CAQDAS:	Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software
CF:	Code Family (ATLAS.ti Begriff)
DH:	Dorothea Hinze
DSM-IV:	Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen 4
GT:	Grounded Theory (klassisch)
GTM:	Grounded Theory Methodologie (modifiziert)
HF:	Hilfreiche Faktoren
HTML:	Hyper Text Markup Language (Programmiersprache zur Grundlage für Dateien u.a. im Internet)
I:	Interviewerin
ICD-10:	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10
ISS :	Interpretation Support System
KM:	Kathrin Mörtl
Max:	Maximalwert
Min:	Minimalwert
Mw:	Mittelwert
N:	Stichprobenumfang
OPD:	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik
P:	Patient
PD:	Psychodynamik/psychodynamisch
PDOC:	Primary Document (ATLAS.ti Begriff)
QIA:	Qualitative Inhaltsanalyse
RCT:	Randomly Controlled Trials
Stabw:	Standardabweichung
T1:	Testzeitpunkt 1
T2:	Testzeitpunkt 2
T3:	Testzeitpunkt 3
TK:	Tagesklinik
VT:	Verhaltenstherapie/verhaltenstherapeutisch
XML:	Extensible Markup Language (Programmiersprache zur Grundlage von Darstellungen hierarchisch strukturierter Daten in Form von Textdateien)
ZH:	Zu Hause

# 1. EINLEITUNG

Die Frage „Wie funktioniert Psychotherapie und welche Faktoren führen zu einer Verbesserung der Beschwerden bei den Patienten<sup>1</sup>“ beschäftigt Psychotherapieforscher seit Anfang des 20. Jahrhunderts. Sind es bestimmte Techniken des Psychotherapeuten, der geschützte Rahmen, in dem der Patient über sich und andere sprechen kann, oder einfach die offene und verständnisvolle Haltung des Therapeuten? Wenn es so viele unterschiedliche Arten von psychotherapeutischen Richtungen gibt, welche davon hilft dann eigentlich am Besten? Macht es denn einen Unterschied ob ein Patient ein Mal wöchentlich über Monate hinweg zum Psychotherapeuten geht, oder sieben Wochen lang in einer psychosomatischen Tagesklinik behandelt wird? Wenn ja, warum?

Psychotherapie wirkt. Die Frage danach, warum Psychotherapie jedoch wirkt ist eine schwer zu beantwortende. Im Laufe eines ganzen Jahrhunderts gab es die unterschiedlichsten Methoden zu einer befriedigenden Antwort zu gelangen. Am Anfang des „Zweiten Jahrhunderts Psychotherapie“ wissen wir, dass es mehrere Antworten auf diese Frage geben muss. Nur *eine* Antwort kann die Vielfältigkeit und Komplexität des einzelnen Menschen, um den es in der Psychotherapie als Ganzes geht, nicht fassen. In der Psychotherapie ist die Anerkennung der Individualität jedes Patienten ein zentrales Prinzip, was Gemeinsamkeiten über die Patienten hinweg (z.B. Diagnosegruppen) aber keineswegs ausschließt. In den letzten Jahrzehnten haben Psychotherapieforscher gelernt ihre Fragen nach dem „Wie wirkt Psychotherapie“ genauer zu formulieren und durch die Untersuchung von wenigen spezifischen Aspekten zu bescheideneren aber treffsicheren Aussagen zu gelangen. Auf diese Weise werden jährlich neue und replizierte Untersuchungsergebnisse zusammengetragen, Baustein für Baustein wird das Wirkgerüst von Psychotherapie vervollständigt. In der vorliegenden Doktorarbeit wird hierzu ein weiterer Baustein bezüglich eines spezifischen psychotherapeutischen Therapiekonzeptes beigesteuert: der Tagesklinik. Dass die Tagesklinik wirkt, wissen wir aus umfangreich publizierten Forschungsergebnissen seit den sechziger Jahren. Wie genau diese intensive Behandlungsform aber auf den Patienten einwirkt, und welche konkreten Aspekte die Patienten dabei als hilfreich für ihren Genesungsprozess erleben, das wurde bisher noch nicht ausschöpfend untersucht.

---

<sup>1</sup> Der Einfachheit halber wird in der vorliegenden Arbeit das generische Maskulinum zur Kennzeichnung von Personen beiderlei Geschlechts verwendet. Wenn es sich eindeutig nur um weibliche z.B. Interviewerinnen oder Patientinnen handelt, werden die generischen Femininae verwendet.

## **1.1 Wirkfaktoren in der Psychotherapie**

### **1.1.1 Wirksamkeitsstudien**

Rosenzweig eröffnete in seinem Artikel 1936 zu den „Common Factors in Diverse Methods of Psychotherapy“ eine breite Diskussion darüber, ob die spezifischen, theoriegeleiteten Techniken wirklich eine so große Rolle im therapeutischen Vorankommen der Patienten spielte, wie damals angenommen wurde. Ab den 50er Jahren gewannen Metaanalysen, also vergleichende Analysen von bereits präsentierten Studienergebnissen, an Bedeutung. Diese gestatten die Berechnung so genannter „Effektstärken“, die eine statistische Hilfe für den Nachweis therapeutischer Wirksamkeit bzw. spezifischer therapeutischer Effekte darstellen (Tschuschke, Kächele & Hölzer, 1994). Eysenck veröffentlichte 1952 eine Metaanalyse von 24 Psychotherapie Outcome-Studien, in der er die Unwirksamkeit von Psychotherapie allgemein behauptet: „There thus appears to be an inverse correlation between recovery and psychotherapy; the more psychotherapy, the smaller the recovery rate“ (S. 322). Dies löste heftige Diskussionen aus. Walborn (1996) präsentiert im Kapitel „Outcome and Comparative Studies“ einen Überblick der Reaktionen auf Eysencks Schlussbemerkung: Luborsky, Singer und Luborsky (1975) veröffentlichten als erste eine Übersichtsarbeit komparativer Studien, die zeigte, dass Beratung und Psychotherapie effektiver seien als die Nichtbehandlung. Smith, Glas und Miller analysierten 1980 insgesamt 475 kontrollierte Studien zur Effektivität von 18 unterschiedlichen Psychotherapie-Richtungen. Demnach entwickelte sich ein durchschnittlicher Psychotherapiepatient besser als 80% der Patienten, die keine solche Therapie erhalten. Diese Metaanalyse stellte den ersten Gegenpol zu Eysencks Behauptung dar. Prioleau, Murdock und Brody (1983) kritisierten die Metaanalyse von Smith et al. (1980) bezüglich der unklaren Handhabung von Interventions- und Kontrollgruppe und wiederholten die Analyse des Datensatzes. Sie korrigierten die Ergebnisse und meinten, dass die Effektstärken nicht wie von Smith et al. behauptet bei 0.85 lägen, sondern nur eine Stärke von 0.40 erreichen. Die Folge war eine erneute Analyse des Datensatzes durch Smith et al. selbst, die die Kritikpunkte von Prioleau et al. (1983) aufgriffen und nun sogar zu einer Effektstärke von 0.93 gelangten. Die so in den 80er Jahren entstandene und sich fortsetzende Dynamik eines Schlagabtausches prägte die Scientific Community der nachfolgenden Jahrzehnte und wurde vielfach mehr oder weniger kritisch diskutiert (neben bereits erwähnten noch Luborsky et al., 1975; Shapiro & Shapiro, 1982; Stiles, Shapiro, Elliott, 1986; Tschuschke et al., 1994; Shapiro, 1995; Lambert & Ogles, 2004; Beutler & Castonguay, 2006; bis zu Joyce, Woolfardt, Sribney & Aylwin, 2006).

### 1.1.2 Vergleichsstudien

Neben der Debatte, ob Psychotherapie überhaupt wirkt, entstand eine Vielzahl von Studien zur Effizienz unterschiedlicher therapeutischer Richtungen. Das Ringen um den Preis der wirksamsten Psychotherapie begann parallel zu der Wirksamkeitsdebatte, die ab den 70er Jahren stattfand und in der Studie von Smith et al. (1980) einen Gipfel fand. Ein Überblick dieser zweiten Entwicklung findet sich bei Tschuschke et al. (1994). Luborsky et al. (1975) ziehen im Bereich der Effizienzforschung das Resumé, dass alle Therapierichtungen etwa gleich effizient seien. Das Dodo-Bird Urteil (angelehnt an eine Szene aus der Geschichte von Alice im Wunderland von Carroll 1869) wurde ausgesprochen: „Everyone has won and all must have prizes“. Shapiro & Shapiro (1982) behaupteten aufgrund der Datenbasis von Smith et al. jedoch die Überlegenheit behavioraler gegenüber psychodynamisch/humanistischer Methoden (vgl. Tschuschke et al., 1994). Demnach erreichten behaviorale Methoden eine Effektstärke von 1.08, während psychodynamisch/humanistische nur eine Effektstärke von 0.40 erzielten. Auch in diesem Bereich kam es zu einem Schlagabtausch: Die Reanalyse von Shapiro & Shapiro (1982) wurde kritisiert, da sie ihre Schlussfolgerung der Überlegenheit von behavioralen Ansätzen auf eine wackelige Einteilung der zu vergleichenden Gruppen stellte: Die behavioralen Therapien setzten sich aus 10 unterschiedlichen Techniken aus dem behavioralen „Therapiekreis“ zusammen, während die zu vergleichende Gruppe, die psychodynamisch orientierten Verfahren, bunt gemischt waren: Neben dem Miteinbezug von humanistischen wurden hier auch klientenzentrierte und gestalttherapeutische Methoden gezählt. Wilson und Rachmann (1983) kamen nach Sichtung der erfolgten Reanalysen dieser Studien deshalb zum Schluss: „It is therefore impossible to compare the conclusions reached by these different metanalyses“ (S. 60). Das Dodo-Bird Urteil wurde also insofern bestärkt, da man keine Möglichkeit sah, unterschiedliche Wirksamkeit festzustellen. Wie Tschuschke et al. (1994) noch schärfer zusammenfassten, eröffnete sich durch die durchgeführten Metaanalysen „ein weites Betätigungsfeld für Apologeten der einzelnen therapeutischen Schulen, die Eier zu finden, die man finden will“ (S. 287, 1994). Diese Kritik findet sich auch im Umfeld einer anderen Vergleichsstudie (Dobson, 1989), der zufolge sich Patienten einer kognitiven Therapie besser entwickelten als Kontrollpersonen (zu 98%), besser als kognitiv-behavioral Behandelte (zu 67%) und zu 70% auch besser als pharmakotherapeutisch oder psychodynamisch behandelte Patienten. Robinson, Berman und Neimeyer (1990) äußerten scharfe Kritik und behaupteten, dass die gefundenen Unterschiede auf die Einstellung der Forscher zurückzuführen sei: Je nachdem welcher

Therapieschule sich ein Forscher zugehörig fühle, würden die Ergebnisse zugunsten dieser Therapieschule ausfallen. Robinson et al. (1990) führten eine Überprüfung des Dobsonschen Datenmaterials mit zwei unabhängigen Ratern durch und bestätigten damit ihre Behauptung mit hohen Korrelationen zwischen Therapiezugehörigkeit des Forschers und Outcome der Metaanalyse. Eine weitere Überprüfung dieser Hypothese an demselben Material von Dobson wurde von Gaffan, Tsaousis und Kamp-Wheeler (1995) wiederholt und kam zum gleichen Schluss. Obwohl es in den letzten Jahrzehnten beinahe schon unzählige Publikationen zum Vergleich von der einen Psychotherapie mit einer anderen gibt, ist die von Robinson et al. (1990) angesprochene Einflussgröße des Forschers fast schon ein schlagendes Argument dafür, dass direkte Therapievergleiche nur in komplexen Studiendesigns und nicht in einer mit begrenzter Auswahl durchgeführten Metaanalyse zu leisten sind. An dieser Stelle ist vor allem der Beitrag von Manz, Henningson und Rudolf (1995) zum Thema methodische und statistische Aspekte der Therapieevaluation zu nennen, die dafür argumentieren, dass vorerst noch an der Entwicklung weiterer theoriekonformer Instrumente gearbeitet werden muss, bevor man überhaupt valide Ergebnisse unterschiedlicher Verfahren erheben kann.

### **1.1.3 Common Factors**

Neben der Vorstellung, dass es besonders die technikspezifischen Faktoren unterschiedlicher Psychotherapierichtungen wären, die einen heilsamen Effekt evozierten, setzte sich in den letzten Jahren wieder vermehrt der Gedanke durch (nachdem dieser bereits 1936 von Rosenzweig formuliert wurde), dass es vor allem die sogenannten „unspezifischen Wirkfaktoren“ seien, die den Patienten helfen; also „Common Factors“, die allen Psychotherapien gemein sind. Joyce et al. (2006) geben hierzu einen umfassenden Literaturüberblick und unterteilen die diesbezügliche Forschung in zwei Bereiche: Die Forschung zu Common Factors, die sich vor allem auf die therapeutische Beziehung und den Prozess der Beteiligten bezieht, und Forschung zum Contextual Model, das sich mehr auf die Rahmenbedingungen von Psychotherapie und der Rolle der jeweils Beteiligten bezieht (vgl. Joyce et al., S. 804). Da es hinsichtlich der Benennung von „unspezifisch“ wirksamen Faktoren in der Psychotherapie zu einer Vielzahl von Begrifflichkeiten gekommen ist, liegt dieser Doktorarbeit die Definition von Joyce et al. (2006) zugrunde: Die Common Factors umfassen die theoretischen Konzepte „therapeutische Faktoren“, „kurative Faktoren“, „nichtspezifische Faktoren“ und „Kernprinzipien“.

Die wohl bekannteste Konzeptualisierung der Common Factors ist die von Lambert & Ogles, die die 5. Auflage des Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (2004) mit einer Auflistung allgemeinen psychotherapeutischen Wirkfaktoren ergänzen. Ihre Einteilung der „Common Factors“ verfassen die Autoren (Lambert & Ogles, 2004, S. 173) nach Sichtung der Literatur, besonders heben sie die Konzeptualisierungen von Grenavage & Norcross (1990), Oei & Shuttlewood (1996) und Weinberger (1995) hervor. Die gruppierte Darstellung unterteilt er in drei verschiedene Dimensionen: Unterstützung, Lernen und Handlung (Tabelle 1)<sup>2</sup>. „These categories were chosen to represent a sequence that we presume operates in many psychotherapies“. Die Autoren schlagen vor, die Basisfaktoren in eine zeitliche Abfolge zu kategorisieren (zuerst „Support“, dann „Learning“, danach „Action“): Unterstützungs-Faktoren (wie die Identifikation mit dem Therapeuten, Vertrauen, Struktur, das Gefühl, dass der Therapeut den Patienten respektiert, versteht und akzeptiert) können demnach die weiteren Wirkfaktoren ermöglichen und aktivieren. Nach dem Bereitstellen eines sicheren, unterstützenden Rahmens erfolgt das Lernen in einem Übungsraum durch die interpersonelle Erfahrung zwischen Therapeut und Patient. Durch die dann veränderte subjektive Wahrnehmung und Reflexion des eigenen Empfindens und Verhaltens wird wiederum der Umgang mit eben diesen auf der aktiven Ebene des Handelns verändert.

Tabelle 1: Auflistung allgemein gültiger Wirkfaktoren in der Psychotherapie (Common Factors) nach Lambert & Ogles, 2004, S. 173

<b>Support Factors</b>	<b>Learning Factors</b>	<b>Action Factors</b>
Cartharsis Identification with therapist Mitigation of isolation  Positive relationship Reassurance Release of tension Structure Therapeutic alliance Therapist/client active participation Therapist expertness  Therapist warmth, respect, empathy, acceptance Trust	Advice Affective Experiencing Assimilating problematic experiences Cognitive learning Corrective emotional experience Feedback Insight Rationale Exploration of internal frame of reference Changing expectations of personal effectiveness	Behavioral regulation Cognitive mastery Encouragement of facing fears Taking risks Mastery efforts Modeling Practice Reality testing Success experience  Working through

<sup>2</sup> Die Tabelle wird in der englischen Originalversion dargestellt, da die angezeigten Begriffe, wie auch das „Common Factor“ Konzept, international diskutiert werden und mittlerweile auch im deutschen Sprachgebrauch durchaus verwendet werden. Im Folgenden wird die daraus entstandene Konzeption des deutschen „Ulmer Wirkfaktoren Würfels“ (Kächele, 2005) vorgestellt, in der die Wirkfaktoren aus der Tabelle von Lambert & Ogles (2004) übersetzt sind.

Kächele (2005) präsentiert in seinem Plenarvortrag bei den Lindauer Psychotherapiewochen eine weitere Unterteilung der Lambertschen Wirkfaktoren im „Ulmer Wirkfaktoren Würfel“ (Tabelle 2). Er geht einen Schritt weiter und verknüpft das Schema der Wirkfaktoren mit Sichtweisen aus der Lerntheorie (vgl. hierzu klassisches und operantes Konditionieren) und Piagets Konzeption des „kognitiven Schemas“ (Assimilation vs. Akkomodation, 1976). Kächeles Darstellung von Psychotherapie, der Veränderung mittels korrigierend-emotionaler Erfahrungen, bettet die Lambertschen Wirkfaktoren als Mediatoren in ein System von inter- und intrapersoneller Veränderung ein. Diese Konzeptualisierung von Assimilation/Akkomodation, Veränderungsstadien und Wirkfaktoren wird auch in der hier vorliegenden Studie einen Fokus bilden.

Tabelle 2: Ulmer Wirkfaktorenwürfel nach Kächele, 2005

		<b>Lernen I</b> Affektives Lernen, Erfahrung der persönlichen Wirksamkeit, Kognitives Lernen, Ratgeben	
<b>Handeln I</b> Verhaltensregulation, Kognitive Bewältigung, Ermutigung zur Exposition, Risiken eingehen, Bewältigungsbe- mühungen	<b>Unterstützung I</b> Katharsis, Identifikation mit dem Therapeuten, weniger Einsamkeit, Bestätigung, Span- nungsverminderung	<b>Handeln II</b> Modellernen, Übung, Realitätstestung, Erfahrung durch Erfolg, Durcharbeiten	<b>Unterstützung II</b> Haltgebung, Therapeutische Allianz, Wärme, Respekt, Empathie, Akzeptanz
		<b>Lernen II</b> Korrigierende emotionale Erfahrung, Entdeckung der eigenen Subjektivität, Einsicht, Vernünftigkeit	

Der Versuch unterschiedliche Verfahren von Psychotherapie in einem Nenner gemeinsam wirkender Komponenten zu vereinheitlichen ist auch kritisch zu betrachten: So sind unterschiedliche Settings (einmal pro Woche ambulant mit einem Verhaltenstherapeuten, drei Mal wöchentlich bei einem ambulanten fokalthérapeutisch arbeitenden Psychoanalytiker oder ein 8-wöchiger Aufenthalt in einer psychosomatischen Klinik mit unterschiedlichen konzeptuellen Therapieingredienzen) vermutlich unterschiedlich wirksam. Nilsson, Svensson, Sandell & Clinton (2007) fassen den Stand der Forschung zu den Common Factors zusammen: Ihnen zufolge gibt es drei Interpretationszugänge zur Common Factors Forschung: Einmal den, dass die aktuelle Psychotherapieforschung noch keine Instrumente bietet um die Unterschiede verschiedener Psychotherapien zu erheben und sich die Forschung somit einem Konzept der Common Factors zuwendet (Vertreter

dieser Hypothese sind z.B. Kazdin & Bass, 1989). Eine weitere Interpretationsmöglichkeit ist jene, dass die technikspezifischen Wirkfaktoren einfach weniger wichtig sind als jene Common Factors, die man in jeder Psychotherapie wiederfindet (z.B. Hubble, Duncan & Miller, 1999). Ein weiterer Zugang zu den Common Factors ist der (vgl. Nilsson et al., 2007), dass technikspezifische Wirkfaktoren für unterschiedliche Patienten unterschiedlich wirksam sind. Nur durch die zusätzliche Erforschung von sogenannten Patientenvariablen in Verbindung mit der jeweiligen Psychotherapieausrichtungen könne man Unterschiede dieser feststellen und über die Common Factors hinaus spezifische Wirkfaktoren ermitteln (z.B. Beutler & Harwood, 2000; Blatt & Shahar, 2005).

Einige Dimensionen fehlen aber in der Auflistung des Handbook of Psychotherapy Research and Behavior Change. Das mittlerweile zum Klassiker gewordene Buch begnügt sich mit der Beschreibung von Klienten- (Kap II.6) und Therapeutenvariablen (Kap II.7). Hill (2005) erinnert daran, dass die therapeutische Beziehung als dritte, eigenständige Dimension, in der therapeutischen Wirksamkeit zu berücksichtigen und separat zu beforschen sei, womit das Handbook hier eine Lücke aufweist. Auch die spezifischen Faktoren, wie sie unter anderem in der systemischen- und der Gruppenpsychotherapie diskutiert werden, werden im Lambertschen Modell nicht genügend diskutiert.

#### **1.1.4 Wirkfaktoren in der Gruppenpsychotherapie**

Die Forscher der Gruppenpsychotherapie bzw. -psychoanalyse wendeten sich bereits in den 20er Jahren den spezifischen Wirkfaktoren der Gruppe zu. Als einer der ersten formuliert Burrow (1927) zwei therapeutische Faktoren: „vicarious learning“ (die Möglichkeit, dass Patienten ihre Symptome „stellvertretend“ an anderen Gruppenmitgliedern sehen und verstehen lernen) und „universality“ (die Erkenntnis der Patienten, dass sie mit einem Problem nicht alleine sind). In einer Überblicksarbeit der Literatur zu gruppentherapeutischen Wirkfaktoren stellt Landau (1993) die Metaanalyse von Corsini und Rosenberg (1955) in den 50er Jahren in den Mittelpunkt. Sie fassten die unterschiedlichen Modelle mittels einer ersten faktorenanalytischen Systematik zu folgenden Bereichen zusammen: Akzeptanz, Altruismus, Universalität, Intellektualisieren, Realitätsprüfung, Übertragung, Interaktion, Beobachterrolle und Ventilation. Auch Bloch, Reibstein, Crouch, Holroyd und Themen (1979) stellen ein eigenes Modell vor, das dem von Corsini und Rosenberg und der im Folgenden veranschaulichten Aufteilung von Yalom (1975) ähnelt. Das am häufigsten referierte Werk (siehe Bloch & Crouch, 1985) im

Bereich der Gruppenpsychotherapie ist das von Yalom (Erstausgabe 1975) publizierte Buch „Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie“, in dem er auf die umfangreichen Wirkfaktor-Studien aus Patienten- und Therapeutesicht Bezug nimmt. Da die gruppentherapeutischen Verfahren in der Psychosomatischen Tagesklinik einen Schwerpunkt einnehmen, soll an dieser Stelle auf Yaloms Untersuchung genauer eingegangen werden. Er beschreibt die in der Gruppenpsychotherapie wirkenden therapeutischen Komponenten auf drei Dimensionen:

- Bedeutung interpersonaler Beziehungen
- Korrigierende emotionale Erfahrung
- Die Gruppe als sozialer Mikrokosmos

Yalom untersuchte 20 Patienten, die erfolgreich eine Gruppenpsychotherapie (mindestens 8 Monate lang) gemacht hatten. Ausgewählt wurden die erfolgreichsten Patienten von 20 Gruppenpsychotherapeuten, die dann einen Fragebogen zu den Primärfaktoren (Tabelle 3) ausfüllten und ein Interview mit den Forschern führten. Auf diese Weise entstanden zwölf Kategorien aus Patientensicht, die die elf Primärfaktoren auf Therapeuteseite bestätigte und ergänzte.

Tabelle 3: Therapeutische Wirkfaktoren in der Gruppenpsychotherapie aus Therapeuten- und Patientensicht nach Yalom, 1996, S. 21 und S. 99

Therapeutische Primärfaktoren	Wirkfaktoren aus Patientensicht
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hoffnung-Einflößen</li> <li>2. Universalität des Leidens</li> <li>3. Mitteilung von Information</li> <li>4. Altruismus</li> <li>5. Korrigierende Rekapitulation der primären Familiengruppe</li> <li>6. Entwicklung von Techniken des menschlichen Umganges</li> <li>7. Nachahmendes Verhalten</li> <li>8. Interpersonales Verhalten</li> <li>9. Gruppenkohäsion</li> <li>10. Katharsis</li> <li>11. Existentielle Faktoren</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Interpersonales Lernen , Input</li> <li>2. Katharsis</li> <li>3. Kohäsion</li> <li>4. Selbstverständnis</li> <li>5. Interpersonales Lernen, Output</li> <li>6. Existentielle Faktoren</li> <li>7. Universalität des Leidens</li> <li>8. Hoffnung-Einflößen</li> <li>9. Altruismus</li> <li>10. Wiederdurchleben der Familiensituation</li> <li>11. Anleitung</li> <li>12. Identifizierung</li> </ol>

Als Kategorien in Ergänzung zu den allgemeinen Wirkfaktoren in der Psychotherapie fallen vor allem die Gruppenkohäsion, der Altruismus und das Hoffnung-Einflößen auf. Auch die Unterscheidung des interpersonales Lernens in Input und Output ist ein Beitrag, den Lambert & Ogles (2004) so nicht beschreiben. Alle weiteren Faktoren in Yaloms Übersicht könnten aber durchaus in das ausführliche Modell von Lambert & Ogles

(Tabelle 1) eingeordnet werden. Yaloms Auflistung stellte lange Zeit die wichtigste empirische Erarbeitung der Common Factors dar und wird bis heute in vielen Arbeiten als wichtige Referenz zitiert beziehungsweise als Ausgangsbasis für weitere und aktuelle klinische Studien genommen (z.B. Shechtman & Perl-Dekel, 2000; Sribney & Reddon, im Druck). Yalom führt mit seinem Beitrag aber auch einen weiteren Aspekt in die Wirkfaktorendimension ein: Die Unterscheidung der Primärfaktoren aus Therapeuten- und Patientensicht, die im Folgenden näher betrachtet werden soll:

### **1.1.5 Der Patient als Wirkfaktor und Wirkfaktoren aus Patientensicht**

Bereits Autoren wie Berzon, Pious und Farson (1963) und Yalom (1975) nahmen die Perspektive der Patienten in Studien zur Gruppenpsychotherapie mit auf. In den letzten Jahren widmen sich besonders Rennie (2000) und Bohart (2000) dem Patienten als Fokus in der Wirkfaktorenforschung. Bohart (2000) argumentiert in einer Sammelausgabe zur aktiven Klientenbeteiligung in der Psychotherapie, dass der Patient selbst den wichtigsten „Common Factor“ darstellt. In Reaktion auf Duncans und Millers Artikel im selbigen Band (2000) beschreibt Bohart, dass der Bezugsrahmen des Patienten das Zentrale ist, auf das sich therapeutische Interventionen gründen und „that includes using the client’s theory of change and the client’s goals, and framing interventions in terms of what makes sense from the client’s point of view“ (S. 123). Geht man von diesem Gedanken aus, so muss sich auch die Erforschung psychotherapeutischer Prozesse zu einem Teil auf die vom Patienten erlebten Faktoren während der psychotherapeutischen Behandlung stützen. Versteht man den Patienten als „active self-healing agent“ (Bohart, 2000, S. 130) in der Psychotherapie, so ist es notwendig, die von ihm selber erlebten (subjektiven) hilfreichen Faktoren zu beforschen und dabei nicht gezielt nach der Wirkung der einen oder anderen „Therapieschule“ zu suchen. Diese für die „Selbstheilung“ wichtigen Hilfsfaktoren werden sowohl „technikspezifische“ wie auch „unspezifische“ Faktoren beinhalten. Vor allem erfährt man durch die Befragung der Patienten aber was ihnen (subjektiv) hilft.

Das Common Factors Konzept ist größtenteils nicht empirisch fundiert nachgewiesen. Die meisten Autoren von Artikeln zu den Common Factors (Rosenzweig, 1936; Corsini & Rosenberg, 1955; Stiles et al., 1986; Hill, 1995; Shapiro, 1995; Weinberger, 1995; Walborn, 1996; Maione & Chenail, 1999; Lambert & Ogles, 2004; Beutler & Castonguay, 2006; Joyce et al., 2006; u.a.) verweisen auf andere empirische Studien (Ausnahmen bilden hier u. a. die Untersuchungen von Wirkfaktoren aus Patienten- und Therapeutensicht von

Berzon et al., 1963; Yalom, 1975; Bloch et al., 1979; Tracey, Lichtenberg, Goodyear, Claiborn & Wampold, 2003). Beutler und Castonguay (2006) sprechen in ihrer Konzeptualisierung von Wirkfaktoren von „empirically derived data“ im Gegensatz zu „empirically supported data“ (S. 8), da ihre Konzeption zwar von anderen empirischen Ergebnissen abgeleitet, aber nicht in einer dazu spezifisch durchgeführten Studie nachgewiesen wurde. Die Erfassung von Wirkfaktoren aus Patientensicht (z.B. durch Befragungen der Patienten zu diesem Thema) trägt also einen weiteren, unabhömmlichen Baustein zur Wirkfaktorenforschung bei.

### 1.1.6 Veränderungsstadien im Therapieprozess

Wie in den vorangegangenen Kapiteln skizziert, ist es für die Untersuchung von Wirkfaktoren in der Psychotherapie wichtig und notwendig diese im Kontext anderer Aspekte des Therapieprozesses zu beforschen. Nur so kann herausgefunden werden wie und wann, sowie bei welchen Patienten welche Faktoren wirksam sind. Eine wichtige Komponente im Beforschen des Therapieprozesses ist die Bestimmung unterschiedlicher Therapiestadien, in denen sich die Veränderungen des Patienten einordnen lassen.

Zwei bedeutende Modelle zu den unterschiedlichen Stadien im psychotherapeutischen Prozess stammen von Stiles, Elliott, Llewelyn, Firth-Cozens, Margison, Shapiro & Hardy (1990; Stiles, 2006) und Prochaska, DiClemente & Norcross (1992). Beide Einteilungen versuchen die Veränderung, bezogen auf die Wahrnehmung und Durcharbeitung von Problemen, skaliert einzustufen (Tabelle 4). Diese beiden sollen im Folgenden näher dargestellt werden. Weitere Einteilungen finden sich auch bei Kanfer, Reinecker & Schmelzer (1996) in Form des Selbstmanagement Modells, und im Dosis-Effekt-Modell von Howard, Lueger, Maling & Orlinsky (1993).

Tabelle 4: Zwei Modelle zur Einteilung des psychotherapeutischen Prozess: Prochaska et al. (1992) und Stiles et al. (1990).

**Transtheoretisches Modell** nach Prochaska et al. 1992 (deutsche Darstellung in Heidenreich & Hoyer, 1998, S. 386f)

Das Stadium der fehlenden oder eingeschränkten Problembewusstheit (**Precontemplation**) bezeichnet den Zustand, in dem eine Person keine oder nur eine geringe Absicht hat, ein Problem zu verändern. Meist wird das Problem nicht als solches wahrgenommen, Informationen, die darauf hindeuten, werden aktiv verdrängt. (...) Änderungsmoment sind in diesem Stadium häufig Angehörige oder andere Menschen, die auf eine Veränderung drängen. Äußere, z.B. justizielle Zwänge, können dazu führen, dass Personen trotz Verharren in diesem Stadium formal eine Änderung unterziehen.

Im Stadium der Nachdenklichkeit (**Contemplation**) tritt das aktuelle Problem ins Bewusstsein. Es handelt sich dabei um Personen, die der Aussage zustimmen würden, dass sie ein Problem haben - sie sind jedoch zum gegebenen Zeitpunkt noch nicht für eine aktive Veränderung bereit. Das Abwägen von Vor- und Nachteilen einer Veränderung spielt in diesem Stadium eine wichtige Rolle. (...) Auch die Rolle befürchteter beruflicher oder privater Nachteile bei Aufnahme einer Therapie kann in diesem Stadium eine wichtige Rolle spielen.

Im Stadium der Handlung im Sinne der aktiven Veränderung von Verhalten (**Action**) steht der Einsatz gezielter Maßnahmen zur Problemveränderung und -bewältigung im Mittelpunkt. Vermeidung wird aufgegeben, neues Verhalten etabliert. Es werden Strategien eingesetzt, die zu einer Veränderung des Problemverhaltens beitragen. Erstmals lassen sich positive Veränderungen des Problemverhaltens feststellen. (...)

Das fünfte und in dieser Konzeption vorläufig letzte Stadium der Aufrechterhaltung der erzielten Veränderungen (**Maintenance**) trägt der Tatsache Rechnung, dass eine Stabilisierung des bis zu diesem Zeitpunkt bereits veränderten Verhaltens erst noch erfolgen muß. In diesem Stadium müssen Rückfälle in alte, dysfunktionale Muster verhindert werden.

**Assimilationsmodell nach Stiles et al. 1990** (deutsche Darstellung in Heidenreich & Hoyer, 1998, S. 384)

**Stufe 0: Abwehr.** Problembewusstsein ist auf Seiten des Klienten/der Klientin nicht vorhanden, Erfahrungen werden abgewehrt, die Vermeidung funktioniert. Dementsprechend ist die affektive Beteiligung gering.

**Stufe1: Unerwünschte Gedanken.** Im Gespräch tauchen Gedanken auf, die mit unangenehmen Empfindungen verbunden sind, wobei KlientInnen lieber nicht näher darüber nachdenken. Die zugehörigen Inhalte können nur schwer oder gar nicht ausgedrückt werden. Die Vermeidungsstrategie erweist sich als weniger erfolgreich, gelegentlich treten unangenehme Affekte wie Angst, Ärger oder Traurigkeit auf.

**Stufe2: Vages Bewusstsein.** Problematische Erfahrungen werden ansatzweise wahrgenommen. Dazu gehörende unangenehme Gedanken werden formuliert, das Problem kann aber noch nicht klar benannt werden. Der Affekt schließt psychischen Schmerz oder Panik mit ein, die Erfahrungsinhalte werden klarer.

**Stufe3: Äußerung des Problems/Problemerkklärung.** Die Inhalte schließen klare Äußerungen über das Problem ein. Es gibt Ansatzpunkte, an denen gearbeitet werden kann. Der Affekt ist negativ, aber subjektiv bedeutungshaltig und löst keine Panik mehr aus.

**Stufe4: Verstehen/Einsicht.** Die Problematische Erfahrung wird mit einem Schema verbunden, d.h. es werden Beziehungen dieser Erfahrung zu anderen Inhalten hergestellt. Dieses zunehmende Verstehen ist verbunden mit steigendem positivem /abnehmenden negativen Affekt.

**Stufe5: Anwendung/Durcharbeiten.** Auf dieser Stufe gibt es spezifische Problemlösungsaktivitäten, aber noch keine vollständige Problemlösung. Es wird über alternative Handlungsmöglichkeiten nachgedacht, neue Handlungsstrategien werden geplant. Die affektive Qualität ist in der Regel positiv.

**Stufe6: Problemlösung.** Die erfolgreiche Lösung spezifischer Probleme ist erreicht, was mit positivem Affekt und Stolz einhergeht. Eine zunehmende Generalisierung auf andere Probleme ist zu beobachten.

**Stufe7: Bewältigung.** Die gefundenen Lösungen werden zunehmend auf neue Situationen angewandt. Die Generalisierung geschieht dabei zum großen Teil automatisch und nicht geplant. Der begleitende Affekt ist positiv, wenn darüber geredet wird, ansonsten eher neutral, das das Problem bzw. die erfolgte Bewältigung nicht mehr im Zentrum der Aufmerksamkeit steht.

Das Assimilationsmodell (folgend als APES bezeichnet: Assimilation of Problematic Experiences Scale) wurde speziell für Veränderungsprozesse in Psychotherapien entwickelt, wobei sich das Modell nicht „auf bestimmte psychotherapeutische Ansätze oder Methoden bezieht“ (Stiles et al., 1990). Das Ziel des transtheoretischen Modells hingegen ist es eine Konzeptualisierung von Veränderungsstadien zu schaffen, die über den psychotherapeutischen Kontext hinausgehen. So wurde das Modell von Prochaska neben Studien zur Psychotherapie vermehrt in der Suchtforschung und in gesundheitspsychologischen Bereich angewandt (vgl. Heidenreich & Hoyer, 1998, S. 386). Obwohl die Ähnlichkeit der beiden Modelle auffällt (Precontemplation/Prochaska = Stufe 0 Abwehr/Stiles), ist der Schwerpunkt doch ein anderer: Während Prochaska et al. davon ausgehen, dass gleich nach der, wie sie es beschreiben, Verdrängung eines Problems, die aktive Beschäftigung mit den Vor- und Nachteilen beginnt, differenziert die APES diesen Veränderungsprozess weiter: Die Stufen 1 bis 4 beschreiben die Auseinandersetzung der Patienten mit dem ersten Auftauchen eines unerwünschten Gedanken über das Problem, über die innere Auseinandersetzung und schließlich die Äußerung des Problems, bis hin zur Einsicht, welche in Prochaskas Modell noch dem ersten Stadium zuzuordnen wäre. Die letzten Stadien – Action und Maintenance auf Seiten Prochaskas und die Stufen Durcharbeiten, Problemlösung und Bewältigung im APES Modell – sind in beiden Modellen wieder ähnlich konzeptualisiert.

Die deskriptive Beschreibung der Veränderungsmodelle wurde in den letzten Jahren weiterführend empirisch umgesetzt. Bezüglich der APES lässt sich eine aktive Weiterentwicklung des Konzeptes mit Brückenschlag zu anderen Prozess- und Outcomekonzepten beobachten. Zurzeit wird die APES und ihre Verbindung zu Outcome-Ergebnissen von mehreren Arbeitsgruppen (siehe Stiles, 2006) untersucht. Noch sind es vorläufige Ergebnisse an meist kleinen Stichproben, die auf einen Zusammenhang von Assimilationsstufe und Outcome hinweisen. Sollte es in Zukunft gelingen, diese Hinweise weiter zu bestätigen, so könnte die APES ein wichtiges Verbindungsstück zwischen Prozess- und Outcomeforschung darstellen. Hilfreiche Faktoren, wie sie in der hier präsentierten Studie beschrieben sind, könnten mit Assimilationsstufen assoziiert und mit Outcome-Ergebnissen in Beziehung gesetzt werden.

## 1.2 Wirkfaktoren in der teilstationären Psychotherapie

Die Tagesklinik ist ein wirksames Konzept, das nach einer Metaanalyse von Marshall, Crowther, Almaraz-Serrano, Creed, Sledge, Kluiters, et al. (2001) für ungefähr ein Drittel der Patienten in Akutbehandlung (vorwiegend Patienten mit Persönlichkeitsstörungen) wirksam ist. Beim Vergleich von stationärer und tagesklinischer Behandlung zeigten Tagesklinikpatienten eine schnellere Symptombesserung und eine größere Zufriedenheit. Die Ergebnisse dieser Outcome-Forschungen zur symptomatischen Verbesserung im Randomly Controlled Trial-Design (RCT) sind für die Wirksamkeitsüberprüfung und die spezifische Indikationsstellung stationärer und tagesklinischer Behandlung von großer Bedeutsamkeit. Sie können jedoch keinen Aufschluss über den psychotherapeutischen Prozess innerhalb des jeweiligen Settings liefern. Um heraus zu finden, welchen Patienten die Tagesklinik besonders hilfreich ist, müssen neben dem Wissen über die Effektgrößen zusätzlich Prozessinformationen gesammelt werden: Wie geschieht Veränderung und was wirkt z.B. in der tagesklinischen Psychotherapie (Agarwalla & Küchenhoff, 2004; Zeeck, Herzog, Kuhn, Hartmann, Scheidt & Wirsching, 2002, Zeeck, Scheidt, Hartmann & Wirsching, 2003)? Im deutschsprachigen Raum ähneln sich die Therapiekonzepte von stationärer und teilstationärer Psychotherapie sehr, bisher liegen jedoch zu wenig Erkenntnisse vor, um differentielle Indikationsstellungen mit einiger Sicherheit zu leisten (Wietersheim, Zeeck & Küchenhoff, 2005). Betrachtet man das Therapieprogramm stationärer und tagesklinischer psychotherapeutischer Behandlungen in Deutschland, bemerkt man eine Entwicklung von anfänglich schulspezifischen hin zu mittlerweile überwiegend theorieübergreifenden Konzepten. So werden häufig unterschiedliche verbale und nonverbale Verfahren (z.B. Musik- und Kunsttherapie) kombiniert, aber auch psychodynamische Verfahren werden durch verhaltenstherapeutische oder familientherapeutische Ansätze ergänzt (vgl. Artikel zur Kombinationsbehandlung von Wietersheim, Oster, Munz, Mörtl & Epple, eingereicht). Durch das breitgefächerte Angebot unterschiedlicher einzel- und gruppentherapeutischer Angebote bietet die psychosomatische Tagesklinik wie auch die stationäre Behandlung ein „pluripolares Behandlungsmodell“ (Küchenhoff, 1998): Die Patienten erhalten neben einer Vielzahl von therapeutischen Angeboten zusätzliche Zuwendungen vom Pflegepersonal (organisatorische Hilfe, Anlauf- und Weiterweisungsstelle bei akuten Problemen, etc.) und eine Interaktionsbasis mit der Mitpatientengruppe.

Nach Hempfling (1986) waren besonders die 60er (mit der Frankfurter Tagesklinik) und 70er Jahre in Europa von großer Bedeutung für die weitere Entwicklung des teilstationären Settings. Sie hebt die 1971 vom Bundestag einberufene Enquête-Kommission hervor, die die Lage der Psychiatrie in Deutschland analysierte und Reformvorschläge machte. In den 80er Jahren sah man die Tagesklinik noch „anstelle oder zur Abkürzung einer stationären Aufnahme“ (Hempfling, 1986, S. 23). In dieser Zeit entstanden mehrere Forschungsgruppen, die das teilstationäre Behandlungskonzept in ganz Europa untersuchten. In einer Auflistung von Scheene et al. (1986) findet man 12 Studien der 70er und 80er Jahre, die sich mit der Symptombesserung von Patienten in teilstationären im Vergleich zu stationären Einrichtungen beschäftigen. Neben diesen ersten Outcomestudien gab es in dieser Zeit eine qualitative Studie von Hoge, Farrell, Munchel & Strauss (1988), die sich vornehmlich mit dem teilstationären Prozess beschäftigt und die therapeutischen Faktoren in einer psychiatrischen Tagesklinik näher untersucht. In dieser Studie wurden 20 Patienten einer Tagesklinik (vorwiegend Patienten mit affektiven [35%], schizophrenen [35%] und psychotischen Störungen [15%]) mithilfe eines semistrukturierten Leitfadens interviewt. Nach der Auswertung nach einer bestimmten Textanalysetechnik (Grounded Theory orientiert, Glaser & Strauss, 1967), wurden 14 Faktoren ermittelt, die zu Veränderung in diesem speziellen Therapiesetting führten (Tabelle 5).

Tabelle 5: Therapeutische Faktoren aus Patienten- und Therapeutensicht in der Tagesklinik, nach Hoge et al. (1988, S. 203)

Factor	No. of Patients	% of Patients
Structure	19	95%
Interpersonal Contact	19	95%
Medication	17	85%
Altruism	11	45%
Cartharsis	8	40%
Learning	8	40%
Mobilization of Family Support	8	40%
Connection to Community	8	40%
Universality	7	35%
Patient Autonomy	6	30%
Successful Completion	5	25%
Security	5	25%
Feedback to Behavior	4	20%
Practice at Home	3	15%

Die gefundenen Ergebnisse lassen sich mit den heute gültigen Common Factors (wie in Kapitel 1.1.3 dargestellt) und den Wirkfaktoren in der Gruppenpsychotherapie (Yalom, 1975) vergleichen: Strukturgebende Faktoren, der interpersonelle Kontakt, Lernen,

Cartharsis, Altruismus und der sichere Rahmen. Als tagesklinikspezifische Faktoren führen Hoge et al. (1988) mit dieser Studie vier Wirkfaktoren ein: „Die Mobilisierung von Unterstützung in der Familie“ (z.B.: Familie zeigt Verständnis für die Krankheit der Patienten, Miteinbezug der Familie in das therapeutische Geschehen), „Die Verbundenheit mit dem Lebensumfeld“ (z.B.: Treffen mit Freunden, Teilnehmen an Freizeitaktivitäten, erste Kontakte mit dem später behandelnden ambulanten Psychotherapeuten), „Autonomie des Patienten“ (z.B. durch Haushalts- und organisatorische Tätigkeiten abends und am Wochenende, Patienten mussten weiterhin mit ihren Symptomen zu Hause klar kommen), und dem Wirkfaktor „Zu Hause üben“ (z.B. die Durchsetzungsfähigkeit zu Hause, Expression eigener Gefühle in der Familie). In der Diskussion ihrer Ergebnisse weisen Hoge et al. (1988) darauf hin, dass die methodische Umsetzung der Untersuchung von Wirkfaktoren aus Patientensicht weiter entwickelt werden müsse: Neben der Anwendung von qualitativer Textanalysestrategien und Interrater Reliabilitätsprüfungen, sollten die deskriptiven Ergebnisse der Wirkfaktoren untereinander mit weiteren Aspekten des psychotherapeutischen Prozesses verbunden werden.

Die Patienten einer Tagesklinik befinden sich in raschem und zeitnaheem 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 Umgebung zuhause 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 Therapiegeschehen 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 mit-verändert. Die Aufnahme in eine psychosomatische Tagesklinik bedeutet dahingegen einen radikalen Eingriff in den Lebensalltag. Tagesklinik als „Vierzigstundenwoche“ (Heigl-Evers, Henneberg-Mönch, Odag, Standke, 1986) macht die Therapie selbst zum Alltag. Durch eine Dichte an möglichen Konfrontationen innerhalb und außerhalb der Institution erleben manche Patienten die Tagesklinik nicht so geschützt wie etwa die stationäre psychosomatische Behandlung. Inwiefern diese Fülle an Beziehungsmöglichkeiten, Reinszenierungen und Transfersituationen zwischen den beiden Bereichen Tagesklinik und Zuhause für die Therapie genutzt werden kann, soll in dieser Arbeit untersucht werden. Dabei richtete sich ein Teil der explorativen Fragestellung darauf, wie Patienten diesen Wechsel zwischen den therapeutischen Räumen erleben und für sich nutzen können.

### **1.3 Qualitative Ansätze der Wirkfaktorenforschung**

Mit der von Lambert (2001) vorgeschlagenen Einteilung der Psychotherapieforschung in Effektivitäts- (wirkt eine bestimmte Psychotherapie) und Effizienzstudien (wie gut wirkt eine bestimmte Psychotherapie) bekommt auch die Wahl des Studiendesigns eine besondere Bedeutung: Während die Studien im ersten Bereich vermehrt das Randomly Controlled Trial (RCT) Design bevorzugen (gematchte Patientstichproben werden zufällig einer oder mehrerer Treatment Gruppen und einer Kontrollgruppe zugeordnet), sind Studien aus dem Bereich der Effizienzforschung mit klinischen Stichproben und sehr unterschiedlichen methodischen Ansätzen an der Frage der Symptombesserung interessiert. Die Schwierigkeit der Pharmakologie stammende RCT Design für die Psychotherapie anzuwenden beschrieben nach Wampold (2001) zuletzt Joyce et al. in einem Überblicksartikel zum Stand der Psychotherapieforschung (2006, S. 803):

„The RCT design [...] [states] that psychotherapy is a treatment that fits the medical model. In this model a specific disease entity disorder or problem can be identified. The RCTs [...] have typically focused on homogenous patient samples defined by specific DSM categories. [...] The RCT design requires that all patients in the trial share the diagnosis of interest; the presence of comorbidity is often downplayed. In response, practitioners contend that patients representing with “pure” forms of DSM disorder and

no comorbidity are exceptionally rare [...]. However, the RCT design is employed to evaluate the efficacy of the therapy “package” in alleviating symptoms, not the efficacy of specific therapeutic actions. [...] Advocates of a medical model view will admit that the effects of common factors may be evident but will declare these to be uninteresting and will continue to assert that observed effects are due to the specific elements of their therapy approach.”

Joyce et al. (2006) präsentieren hier wesentliche und ernstzunehmende Kritikpunkte gegenüber dem RCT Design: Nicht nur, dass die Stichprobenauswahl so spezifisch getroffen wird (bestimmte Diagnosegruppe, Komorbiditäten werden nicht berücksichtigt), dass sie keinesfalls mehr die klinische Realität abzubilden vermag, sondern auch die Ergebnisse der RCT Studien werden nur den untersuchten Variablen zugesprochen (einer spezifischen Therapieschule), auch wenn die Forscher weitere Einflussgrößen (z.B. Common Factors) nicht ausschließen und sogar für möglich halten.

Es stellt sich die Frage, wie Studien zu spezifischen und unspezifischen Wirkfaktoren und Therapieprozessen methodisch umgesetzt werden können. Maione & Chenail (1999) geben einen Überblick über die bereits vorliegenden qualitativen Studien zu den „Common Factors“ und meinen, dass das qualitative Vorgehen hilfreiche Informationen zu Patienten-Therapeuten- und Beziehungsvariablen liefert, die für das Verständnis und die daraus erfolgende spezifische Therapieindikation unbedingt benötigt werden. Auch andere Autoren plädieren hier für weitere qualitative Studien (Fossey, Harvey, McDermott & Davidson, 2002; Hill, 1995; bezogen auf das tagesklinische Setting besonders Zeeck et al. 2003). Fossey et al. (2002) schreiben: „[qualitative approaches] are especially appropriate for understanding individuals’ and groups’ subjective experiences of health and disease; social, cultural and political factors in health and disease; and interactions among participants and health care settings.” (S.718) und weiter, dass hierzu die Anwendung quantitativer Verfahren nicht zufriedenstellend ist. Damit schließen sie sich den Aussagen von McLeod (2001) an, der davon ausgeht, dass psychotherapeutische Prozesse nur durch die Hinzuziehung qualitativer Methoden (v. a. Tiefeninterviews) befriedigend erforscht werden können. Die qualitativen Vorgehensweisen in der Datenerhebung (offen strukturierte narrative Interviews oder Originaltonbandaufnahmen der Sitzungen) und Auswertung (beschreibende oder konzeptualisierende Verfahren) bieten die Möglichkeit

den Prozess in Hinblick auf wirkende, hilfreiche oder heilsame Faktoren zu ergründen. Gerade in dem komplexen Setting eines wie oben beschriebenen „pluripolaren Behandlungsmodells“ Tagesklinik ist es nur unter Einschränkung möglich herauszufinden, ob eine bestimmte Intervention des Gruppentherapeuten hilft, oder aber der Erfahrungsaustausch mit einem Mitpatienten. Vielmehr noch wäre eine solche forschersiche Differenzierung in Betracht des „Gesamtbehandlungspaketes Tagesklinik“ nicht sehr sinnvoll, da doch klinisch versucht wird, die einzelnen Behandlungsbausteine miteinander zu verknüpfen.

Bohart zeichnet in seinem Artikel 2000 ein Bild von Psychotherapie, in dem der Therapeut dem Patienten als active self-healing agent einen Sitzplatz zur Verfügung stellt und ihm durch seine Interventionen Krücken an die Hand gibt (S. 130). Im tagesklinischen Kontext kämen dem Stuhl des Patienten noch weitere Stühle der Mitpatienten hinzu, die gemeinsam an einem Tisch versammelt sind und dort selbst ihre „kollektive Selbstheilung“ in und durch die Gruppeninteraktion gestalten. Somit bietet die Therapie Unterstützung und Struktur in dem natürlich auftretenden Selbstheilungsprozess (Bohart, 2000, S. 130). Uns interessierte in der Untersuchung besonders, welche Krücken im Sinne von hilfreichen Faktoren (von Therapeuten- und Mitpatientenseite) die Patienten beschreiben und inwiefern die tagesklinische Besonderheit - der tägliche Wechsel bei gleichzeitig so intensiver täglicher Psychotherapie - auch eine solche Krücke darstellt. Dieser Aspekt des „therapeutischen Settings“ ist in der aktuellen Wirksamkeitsdiskussion trotz der Neu-Entdeckung von „Common Factors“ immer noch stiefmütterlich behandelt. Neben Therapeuten- Klienten- und Beziehungsvariablen (Hill, 2005) ist eine weitere wichtige Komponente sicherlich auch das Setting. In der vorliegenden Studie wurde deshalb neben einer explorativen und offenen Herangehensweise an die subjektiv erlebten hilfreichen Faktoren auch die konkrete Erforschung des Einflusses des räumlichen Therapiesettings auf Veränderungsmechanismen (in der Tagesklinik und zu Hause) fokussiert. Die Begriffsverwendung des „Settings“ ist im Folgenden klar abzugrenzen von dem im klinischen Alltag und anderen Publikationen verwendeten allgemeinen Begriff des Therapiesettings: Dieses bezieht sich meist auf die Art und Weise des gesamten Therapiekonzeptes, wie zum Beispiel Therapierichtung, Länge und Frequenz der Therapie, Therapie im Sitzen oder Liegen, im Einzel- oder Gruppensetting und anderes. In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff „Setting“ als Synonym ausschließlich für die räumliche Dimension des therapeutischen Settings verwendet: Tagesklinik und Zuhause.

## 1.4 Fragestellung

Anhand von Patientenbefragungen wurde untersucht, welche allgemeinen und settingspezifischen Komponenten die Patienten selbst als hilfreich erlebten, um ein Bild vom „Funktionieren der Tagesklinik“ aus deren Sicht zu erhalten. Folgende Fragestellungen wurden formuliert:

1. Welche Faktoren ermöglichen aus Patientensicht eine Veränderung/ Verbesserung?
2. Wie lassen sich die hilfreichen Faktoren in einem Auswertungssystem kategorisieren?
3. Gibt es eventuell weitere Einflussgrößen, die in Zusammenhang mit den gefundenen Hilfsfaktoren stehen?
4. Inwiefern spielen Faktoren bezogen auf den Austausch zwischen der Tagesklinik und dem Zuhause eine Rolle?

## 2. MATERIAL UND METHODEN

Die psychotherapeutische Behandlung an der Psychosomatischen Tagesklinik Ulm geschieht in zwei Gruppen. Die verbalen Verfahren in der einen Gruppe sind eher psychodynamisch (PD) orientiert, während die der anderen eher verhaltenstherapeutisch (VT) ausgerichtet sind. In beiden Verfahren werden Einzelgespräche (2x pro Woche) und Gruppentherapien (3x pro Woche) angeboten. Ergänzend werden nicht-verbale Therapien wie Kunsttherapie (2x pro Woche), Musiktherapie (2x pro Woche) und Entspannungstrainings (2x pro Woche) durchgeführt (siehe Tagesklinik-Wochenplan Anhang C1 und C2). Die insgesamt 18 Patienten (9 je Gruppe) werden im Schnitt acht Wochen lang behandelt. Die Mahlzeiten werden gemeinsam eingenommen. Das Gesamtbehandlungsziel besteht in der Symptomreduktion und der Verbesserung der aktuellen psychosozialen Lebenssituation der Patienten. Das verhaltenstherapeutische Behandlungskonzept ist an Prinzipien der kognitiven 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 fokalthérapeutisch, wobei das Verstehen der symbolischen Symptomfunktion und das Erleben, Erkennen und Benennen zentraler Konflikte in der Interaktion eine wesentliche Rolle in der Therapie einnimmt. Die Konflikte werden über die Reinszenierung im tagesklinischen Kontext mit der Therapeuten- und Patientengruppe aufgegriffen und bearbeitet (Zeeck et al., 2002).

Die Mitarbeiter (vorwiegend ärztliche und psychologische Psychotherapeuten) der Tagesklinik sind einem der beiden Teams (PD, VT) zugehörig und haben getrennte Teambesprechungen und Supervisionen.

## **2.1 Vorerhebung**

Die Anfangsphase des Forschungsprojektes war gekennzeichnet durch eine Fülle von Ideen und Möglichkeiten. Nach einer ersten Sichtung der für die Idee interessanten Literatur war klar, dass die Frage „Wie wirkt die Tagesklinik“ noch näher ausdifferenziert werden musste. Viele Aspekte im Bereich der Wirkfaktorenforschung waren bereits ausführlich beforscht und publiziert, trotzdem erschien der Bereich im teilstationären Setting vernachlässigt zu sein. Genau hier sollte die Studie ansetzen. Als erster Schritt musste eine spezielle Methodik in der Erhebung und Auswertung festgelegt werden. Die Erhebung im Interview war seit Anfang unserer Diskussion unser Mittel der Wahl, da wir die subjektive Sicht der Patienten großräumig fassen wollten und somit keinen Fragebogen mit vorgefertigten Ideen des Forschers verwenden wollten. Die Aufnahme und Sichtung aller Therapiegespräche in der Tagesklinik wäre spannend gewesen, da wir das Originalmaterial, also die Realzeitwirkung, hätten analysieren können, solch ein Projekt wäre aber nur in einem Einzelstudiendesign möglich gewesen (dies hätte Video- oder Tonbänder in allen therapeutischen Räumen notwendig gemacht).

### **2.1.1 Interviews mit Klinikern und Patienten**

Die Diskussion um die Erhebungs- und Auswertungsmethode in der Forschungsgruppe<sup>3</sup> drehte sich in den ersten Wochen darum, wie man die Interviews gestalten sollte. Es sollte so wenig wie möglich vorgegeben werden, gleichzeitig aber mussten konkrete Informationen gesammelt werden. Um herauszufinden, welche konkreten Informationen auch klinisch bedeutsam waren, beschlossen wir unsere klinisch tätigen Mitarbeiter in diese Überlegungen mit einzubinden. Das Team der Tagesklinik charakterisierte sich durch eine Vielfalt an verschiedenen ausgebildeten Menschen, die unseren Patienten ein individuelles Therapieangebot ermöglichten. Da vor allem die Patientensicht erhoben

---

<sup>3</sup> Die Forschungsgruppe, die sich seit September 2005 wöchentlich trifft setzt sich zusammen aus: Prof. Dr. Jörn von Wietersheim (Psychologe, Leiter der Tagesklinik, erfahren in qualitativen und quantitativen Methoden, u.a. Qualitative Inhaltsanalyse), Dr. Dorothee Munz (Psychologin, Leiterin des VT-Teams in der Tagesklinik, erfahren vor allem in quantitativen Methoden), Dr. Jörg Oster (Psychologe, spezialisiert auf quantitativ-statistische Auswertungen), Dorothea Hinze (Ärztin in Facharztausbildung und interessiert an qualitativer Forschung) und die Autorin der vorliegenden Arbeit Mag. phil. Kathrin Mörtl (Psychologin und erfahren in qualitativen Methoden, u.a. Qualitative Inhaltsanalyse).

werden sollte, wurden auch einige unserer damaligen Patienten in die Vorerhebung mit einbezogen. Sie wurden gefragt, wonach wir in unserer Studie fragen sollten. Für die Befragung erstellten wir einen kurzen Erhebungsbogen, der als Anhang D angefügt ist. Folgende Bereiche standen zur Diskussion und sollten durch die Vorerhebung klare Formen annehmen:

- Testzeitpunkte
- Dimensionen von Veränderung
- Zusätzliche Erhebung der Angehörigensicht als Fremdeinschätzung
- Das räumliche Setting der Interviewsituation beeinflussende Variable der Ergebnisse
- Einzel- oder Gruppensetting der Befragung
- Zusätzliche Erhebung der Therapeutensicht als Fremdeinschätzung

In diesen Erhebungsbogen flossen Inhalte der vorangegangenen Forschungsbesprechungen mit ein. Den Befragten (n=15; 10 Mitarbeiter, 5 Patienten) wurde erklärt, warum eine Studie geplant war und forderten sie auf dazu ihre Sicht zu schildern, aber auch andere Ideen oder Vorschläge mit einzubringen.

In der Vorerhebung von 10 unterschiedlich arbeitenden Mitarbeitern (zwei Psychoanalytiker [ein Mann, eine Frau, beide Ärzte], eine Musiktherapeutin, ein Sozialarbeiter, eine Kunsttherapeutin, eine integrative Therapeutin, eine Verhaltenstherapeutin, zwei Ärztinnen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, eine Krankenschwester) und 5 Patienten (4 Frauen, ein Mann), wurde in den ca. 50-minütigen Erhebungsgesprächen vieles vorgebracht. Eine Übersicht (Tabelle 6) zeigt, welche Vorgehensweisen und Fragen die Mitarbeiter und Patienten der Tagesklinik gerne in der Studie wiedergefunden hätten. Die Interviews der Vorerhebung wurden nicht inhaltsanalytisch ausgewertet, es wurde lediglich versucht eine zusammengefasste Tabelle zur Ordnung der Informationen zu erstellen. Die folgenden abgebildeten „Kategorien“ sind Kurzbeschreibungen des Gesagten.

### **2.1.2 Ergebnisse der Vorerhebung**

Die hier erhobenen Daten dienten dazu, zusätzliche Aspekte aus Sicht von klinischen Mitarbeitern und Patienten für das Forschungsvorhaben mit einzubeziehen. Es folgt eine Übersichtstabelle (Tabelle 6).

Tabelle 6: Vorerhebung für den Interviewleitfaden, Informationen von Therapeuten (Therap.) und Patienten (Pat.); TK steht für Tagesklinik, t für Testzeitpunkt.

Vorerhebung zur TK Studie 2005/06	Okt.-Nov. 2005	
	n=10	n=5
Wann sollen wir erheben?	Therap.	Pat.
t0:= in der Ambulanz (vor TK Aufnahme)	2	0
t1:= 1. Woche	0	1
t1:= nach 2 Wochen	2	1
t1:= nach 3 Wochen	4	0
t1:= nach 4 Wochen	1	1
t2:= 2 Wochen vor Entlassung	4	0
t2:= letzte Woche	2	3
t4:= mehr Testzeitpunkte, weniger lang	1	2
t3:= Mitte der TK Zeit (ohne Katamnese)	2	3
t3:= Katamnese	3	1
Nur 2 Testzeitpunkte während der TK (Prozesse sind langsam)	1	0
Design und Praktikabilität	Therap.	Pat.
Fragen nach schwierigen Episoden in der TK	1	0
Fragen nach besten Episoden in der TK (was half?)	1	0
Fragebogen zusätzlich mit nach Hause geben	2	0
Reine Fragebogenerhebung	1	0
Frage „Was wäre anders wenn Sie 6 Wochen auf Kur wären?“	1	0
Befragung über Therapievoreinstellungen (Ruf der TK, 1.Termin, ..)	1	0
Fragebogen bedeutet Mehrarbeit für Patienten, problematisch	1	0
Aufpassen bei den Formulierungen (Veränderungsdruck!)	2	0
Interviews statt Fragebögen	2	1
Nach Katamneseinterview: Angebot mit Einzeltherapeut zu sprechen	1	1
Was verändert sich in der TK und zu Hause?	Therap.	Pat.
Selbstwahrnehmung	2	0
Wahrnehmung anderer	2	2
Umgang mit eigenen Gefühlen & Verhalten	4	1
Einsicht über innere Vorgänge	1	0
Selbstverständnis	2	0
Selbstbewusstsein	1	0
Selbstwert	3	0
Flexiblerer Umgang mit Beziehungen	5	1
Motivation	1	0
Verhaltensänderung	2	0
Strategien der Problembewältigung	2	1
Neue Gedanken haben können	1	3
Gruppenerfahrung	1	0
Etwas ausprobieren wollen	1	0
Fantasien werden klarer	1	0
Projektionen ändern sich	1	0
Sollen Angehörige mit in die Studie einbezogen werden?	Therap.	Pat.
Partner als Fremdbeurteilungsinstrument am besten geeignet	1	0
Genaue Klärung, dass es Studiengespräch (nicht Therapie) ist	2	0
Partnerbefragung nur einmal während TK	1	0
Partner ist unbeständige Quelle	1	0
Angehörige einen Fragebogen zur Veränderung zu Hause ausfüllen lassen	2	0
Kein Paargespräch, getrennte Interviews!	1	1
Bei Persönlichkeitsstörung interessant	1	0
Angehörige in der Studie macht es zu komplex	1	0
Zu eng an Therapieprozess, problematisch	2	0
Patientengespräche reichen, Angehörige spiegeln dasselbe wider	1	0
Angehörige könnten sich aufgewertet fühlen (Pos. Therapieeffekt)	1	2
Patienten haben manchmal Angst Angehörige mit einzubeziehen	1	0
Viele mit ein beziehen, damit TK und Therapie publik wird	0	1
Partner kann Veränderung nicht sehen	0	1

Patient muss aussuchen wer kommen soll	0	1
Soll die Erhebung auch zu Hause oder nur in der TK stattfinden?	Therap.	Pat.
Störanfälligeres Umfeld für Erhebung zu Hause (TK praktikabler)	1	1
Imaginatives Einfühlen nach Hause in der TK, statt Interview zu Hause	1	0
Einige werden das nicht wollen, dann unterschiedliche Variablen	1	0
Interview zu Hause über Telefon oder Chat	4	2
Kein geschützter Raum zu Hause, problematisch	1	4
Nur Katamnesegespräch zu Hause	1	0
Wäre eine Gruppenbefragung der Patienten sinnvoll?	Therap.	Pat.
Wenn Fremdbeurteilung dann die Gruppe!	2	0
Zu eng an Therapieprozess, problematisch	1	0
Ja, um Gruppenerfahrung und Bedeutung zu erheben	3	0
Muss auch die Therapeutesicht erhoben werden?	Therap.	Pat.
Reine Patientenerhebung ist spannender	1	0
Nein, Fragestellung will doch nur die Settingperspektive untersuchen	1	0
Unbedingt, sonst gehen wichtige Informationen verloren	1	1

In Tabelle 6 ist darauf zu achten, dass es bei der Vorerhebung nicht das Ziel war die gefundenen Inhalte der Befragung in der Studie auch anzuwenden. Es ging nicht darum, nur die häufigsten Aspekte der Vorerhebung in die Studie mit einzubauen und die weniger genannten außen vor zu lassen. Manche genannten Inhalte wurden auch gar nicht berücksichtigt, wie zum Beispiel der Vorschlag eine reine Fragebogenstudie durchzuführen, obgleich diese Methode sicher auch Vorteile gehabt hätte. Das Ziel war, die vielschichtigen Erfahrungen (aus Therapeuten- und Patientensicht) zu sammeln, um diese in der Forschungsgruppe bei der Planung des Design mit einzubeziehen, vor allem dort, wo es in der Forschergruppe Unklarheiten gab.

## 2.2 Studienteilnehmer

Im Zeitraum zwischen November 2005 und Juli 2006 wurden 26 Patienten erfasst. Eingeschlossen wurden alle Patienten der Psychosomatischen Tagesklinik, einziges Ausschlusskriterium stellte eine mögliche Überforderung im therapeutischen Alltag durch die Studienteilnahme dar (drei Patienten). Von den 55 in diesem Zeitraum aufgenommenen Patienten wählten wir aus organisatorischen Gründen jeden zweiten Patienten aus (systematisch-konsekutives Sampling). In Tabelle 7 sind die von uns interviewten Patienten (ca. 25% der pro Jahr Behandelten) mit Geschlecht, mittlerem Alter, mittlerer Aufenthaltsdauer, Behandlungsgruppe und Diagnosen nach ICD-10 im Vergleich zur Gesamtpatientenzahl (n=103) der Tagesklinik im Jahr 2005 dargestellt. Die diagnostische Einschätzung wurde von den in der Tagesklinik angestellten psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten vorgenommen. Die beiden Gruppen ähnelten sich über alle Aspekte ohne signifikanten Unterschied.

Tabelle 7: Beschreibung der Stichprobe im Vergleich zur Tagesklinik (TK) Population im Jahr 2005.

	Studienteilnehmer (n=26)	TK Patienten 2005 (n=103)	P <sup>1</sup> 2
Frauenanteil in % (Anzahl)	73,1% (19)	79,6%	0,594 <sup>2</sup>
Mittleres Alter (Min-Max; Standardabweichung)	31,5 (18-56; 10,3)	34,4 (18-59; 10,9)	0,167 <sup>1</sup>
Mittlere Behandlungsdauer in Wochen (Standardabweichung)	9,6 (1,8)	7,8 (3,6)	0,169 <sup>1</sup>
Behandlungsgruppe „Psychodynamik“ in % (Anzahl)	46,2% (12)	44,7%	1,000 <sup>2</sup>
<b>Hauptdiagnosen ICD-10 in % (Anzahl)</b>			
F30 Affektive Störungen	50% (13)	34,9%	0,260 <sup>2</sup>
F40 Angststörungen	19,2% (5)	19,2%	1,000 <sup>2</sup>
F45 Somatoforme Störungen	7,7% (2)	6,8%	1,000 <sup>2</sup>
F50 Essstörungen	11,6% (3)	21,4%	0,405 <sup>2</sup>
F60 Persönlichkeitsstörungen	7,7% (2)	9,8%	1,000 <sup>2</sup>
Andere	3,8% (1)	7,9%	1,000 <sup>2</sup>
P <sup>1</sup> =Mann-Whitney U-Test, P <sup>2</sup> =Fisher's Exact Test (2-tailed)			

### 2.3 Erhebungsmethode

Um den Eindruck und das persönliche Erleben von Patienten zu erfassen, eignen sich narrative Interviews (Meier, 2002; Angus, Levitt & Hardtke, 1999). In diesen Interviews wird der Interviewpartner dazu motiviert, Episoden zu erzählen, der Interviewer hält sich eher im Hintergrund. Im Interview sollte erfasst werden, was die Patienten in der Tagesklinik in welchen Situationen als hilfreich erlebten. Hierzu wurde ein entsprechender Interviewleitfaden entwickelt (Anhang E) 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 zu Hause zu schildern, waren hilfreiche Faktoren beider Umgebungen in den Episoden enthalten. Um den Interviewerinnen und den Patienten eine Strukturierungshilfe mit auf den Weg zu geben, wurde die Heidelberger Struktur-Lege-Technik (Scheele & Gröben, 1984) eingesetzt; eine Technik, die in Forschungsbereichen zur Abbildung von subjektiven Systemen (Gröben & Scheele, 2000) angewandt wird. Die Patienten werden bei der Struktur-Lege-Technik angehalten bestimmte Fragestellungen graphisch bzw. räumlich darzustellen. In unserem Interview forderten wir die Patienten nach den problemspezifischen Erzählungen dazu auf, diese in einem Wort oder einer kurzen Phrase

zusammen zu fassen, was auf eine Karte geschrieben wurde. Anhand der Kärtchen war es möglich, die verschiedenen Bereiche einander thematisch zuzuordnen und abzugrenzen. Zu Ende jedes Interviews wurden die Kärtchen und ihre Position zueinander dokumentiert (ein Beispiel ist in Abbildung 1 veranschaulicht, weitere im Anhang F1 bis F10), die hier vorgenommenen Kategorisierungen erster Ordnung durch die Patienten flossen später in die Entwicklung des Codesystem mit ein.

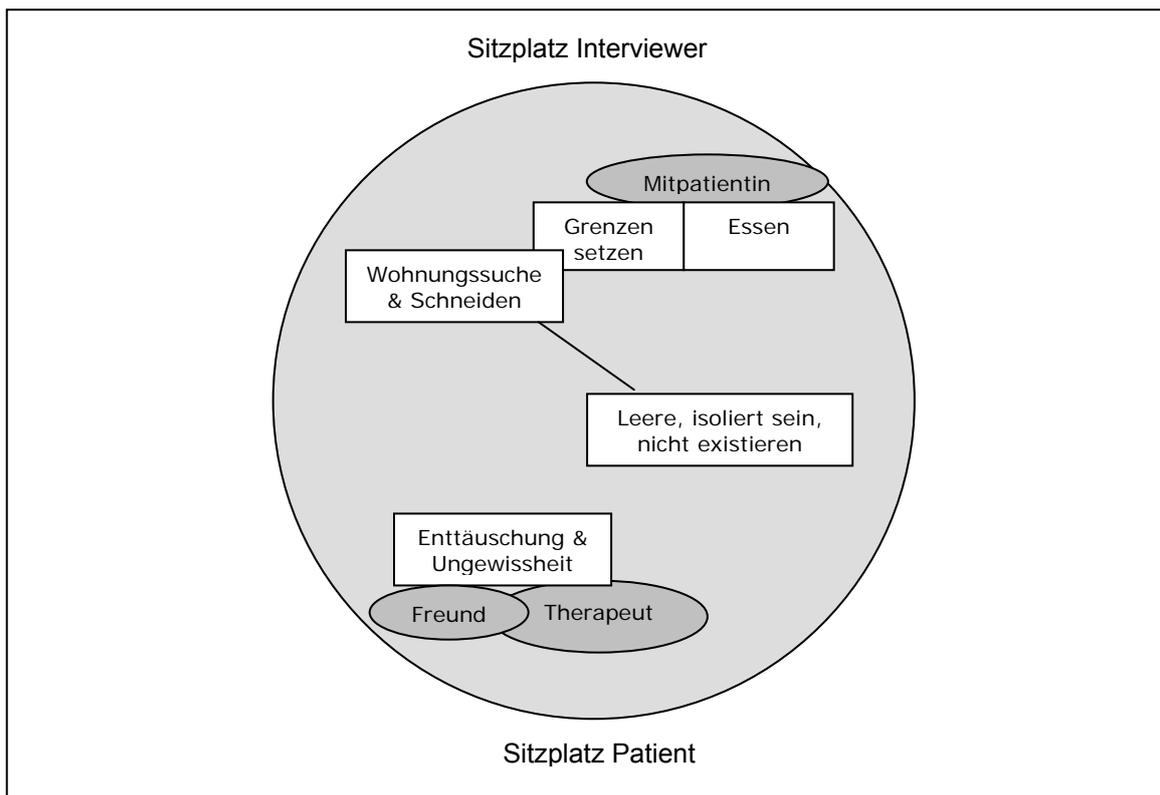


Abbildung 1: Abbildung der aktuell problematischen Themen eines Interviews mit der Struktur-lege Technik

Die Interviews dauerten ungefähr eine Stunde, wurden digital aufgezeichnet, transkribiert, und anonymisiert. Sie wurden von zwei Forschungsmitarbeiterinnen geführt (Mag. phil. Kathrin Mörtl/Psychologin und Dorothea Hinze/Ärztin in Facharztausbildung Psychosomatische Medizin), beide waren nicht an der Therapie der interviewten Patienten beteiligt. Um zu einem übereinstimmenden Interviewstil zu gelangen, wurde der Leitfaden gemeinsam entwickelt, Probeinterviews gemeinsam angehört und diskutiert. In der späteren Auswertung der Interviews wurden die Häufigkeiten der gefundenen Hilfsfaktoren pro Interview verglichen (Interviewerin Hinze: 26 Interviews: Mittel von 10,3 Hilfsfaktoren pro Interview; Interviewerin Mörtl: 43 Interviews: Mittel von 12,4 Hilfsfaktoren pro Interview), die Mittelwertvergleiche sind in Tabelle 8 dargestellt. Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied ( $p=0,220$ ) zwischen den vergebenen hilfreichen

Faktoren in den Texten der beiden Interviewerinnen. Es ist also davon auszugehen, dass der Interviewstil der beiden durch die gemeinsame Leitfadententwicklung so gut aufeinander abgestimmt wurde, dass sich in den Texten der zwei Interviewerinnen im Mittel ähnlich viele Hilfsfaktoren finden ließen.

Tabelle 8: Mittelwertsvergleich der mittleren Anzahl der Hilfsfaktoren pro Interviewerin.

Interviewerin	Anzahl der Texte	Mean Rank	Sum of Ranks	Test Statistics (Grouping Variable: Interviewerin)	Mean
Hinze	26	31,19	811,00	Mann-Whitney U	460,000
Mörthl	43	37,30	1604,00	Wilcoxon W	811,000
				Z	-1,228
Total	69			<b>Asymp. Sig. (2-tailed)</b>	<b>,220</b>

Alleine der Mittelwertsvergleich bezüglich der beiden Interviewerinnen ließe aber die Möglichkeit eines statistischen Artefakts zu: Denn vielleicht zeigte der Mittelwertsvergleich nicht, dass die beiden Interviewerinnen gleiche Interviewstile pflegten, sondern dass die Person, die die Texte analysierte, ähnlich viele hilfreiche Faktoren über das gesamte Datenmaterial herausarbeitete. Dieses Argument lässt sich unter Berücksichtigung der Streuung entkräften: Den Interviews wurden unterschiedlich viele hilfreiche Faktoren zugeordnet, je nachdem ob ein Patient eben mehr oder weniger solche erlebte und beschrieb. Im Fall der Interviews von Dorothea Hinze betrug die Standardabweichung bei einem Mittelwert von 10,3 (Mw) hilfreichen Faktoren pro Interview insgesamt 7,0 (Stdabw), der Minimalwert lag bei 1 und der Maximumwert bei 25 hilfreichen Faktoren pro Interview. Bei den Interviews von Kathrin Mörthl wurden im Mittel 12,4 (Mw) hilfreiche Faktoren bei einer Standardabweichung von 7,5 (Stdabw) gefunden, deren Minimalwert bei 1 und deren Maximumwert bei 35 hilfreichen Faktoren pro Interview lag. Die Kodiererin der Texte führte also nicht gleich viele Kodierungen pro Interview durch, sondern war hier durchaus variabel (und dem Datenmaterial angepasst). Es ist also anzunehmen, dass der oben dargestellte Mittelwertsvergleich wirklich zeigt, dass die Interviewstile beider Interviewerinnen keinen signifikanten Unterschied zeigten.

## 2.4 Erhebungszeitpunkte

Mit den 26 Patienten wurden insgesamt 69 Interviews durchgeführt. Wir interviewten die Patienten zu drei unterschiedlichen Zeitpunkten (26 zu t1, 24 zu t2 und 19 zu t3). Es wurde vermutet, dass sich die hilfreichen Faktoren, von denen die Patienten in ihren

Problemgeschichten berichteten, über die Zeit hinweg unterschiedlich darstellen würden. In der Literatur wurde vielfach beschrieben, dass Patienten verschiedene Phasen im therapeutischen Prozess durchwandern (vgl. hierzu die vier Wirkprinzipien bei Grawe, 1998 und die unterschiedlichen Phasen in analytischen Fokalthérapien bei Thomä & Kächele, 1996). Der Therapieplan der vorgestellten Tagesklinik gibt keine klar abgegrenzten zeitlichen Prozessphasen während der achtwöchigen Behandlung vor (außer einer diagnostischen Anfangsphase), trotzdem wurden die in der Literatur diskutierte Phasenspezifität in das Untersuchungsdesign wie folgt mit einbezogen: Die für die Untersuchung gewählten Testzeitpunkte wurden nach ausführlicher Diskussion in der Forschungsgruppe und mit allen klinischen Mitarbeitern der Tagesklinik festgelegt: Das erste Interview (t1) sollte in der 4. Aufenthaltswoche der Patienten stattfinden, in der der Therapieprozess etwa zu Mitte der Therapie sehr intensiv ist und mit einer Reihe von unterschiedlichen Veränderungen einhergehen kann. Das zweite Gespräch setzten wir nahe an das Therapieende, in die vorletzte Woche der Behandlung. Zu diesem Zeitpunkt wird die Abschlussphase der tagesklinischen Behandlung vorbereitet, Patienten können neben den aktuell erlebten Faktoren auch in Rückblick auf die kurz zurückliegenden Wochen Auskunft geben. Trotzdem waren die Patienten noch nicht „akut“ mit der Entlassung und dem Abschied-Nehmen beschäftigt. Die klinische Erfahrung zeigt, dass die ursprüngliche Problematik in der Endphase der Therapie wieder auftauchen kann, obwohl während der Behandlung eine Besserung aufgetreten war. Im Anschluss an die Therapie wurden alle Studienteilnehmer zu einem Gespräch drei Monate nach Entlassung eingeladen, um die erlebten hilfreichen Faktoren durch den „Blick zurück“ auf die Behandlung zu erfassen. Durch die Reflexion der Patienten auf das aktuelle und kurz zurückliegende therapeutische Geschehen wurde ein „genügend guter“ Überblick über die Phasen des therapeutischen Prozesses erhalten.

Das letzte Interview wurde etwas anders strukturiert als die ersten beiden. Zum Zeitpunkt t3 machte es im Rahmen unserer Fragestellung (aktuelle hilfreiche Faktoren in der Tagesklinik) wenig Sinn danach zu fragen, was aktuell bei problematischen Situationen zu Hause hilft. Daher wandten wir Elliotts Change Interview (Elliott, Slatick & Urman, 2001) an. In diesem offen strukturierten Interview ging es darum, welche Aspekte während dem Tagesklinikaufenthalt hilfreich und welche hemmend gewesen waren (also inhaltlich sehr nahe an unserer Interviewführung). Als Modifizierung des Change Interviews legten wir die beiden Abbildungen (von t1 und t2) der Problemsituationen, die wir mithilfe der

Struktur-lege-Technik erstellt hatten, auf den Tisch und fragten die Patienten konkret zu diesen Situationen. Neue Kärtchen wurden zum 3. Gespräch nicht mehr gestaltet. Durch den „Blick zurück“ war es uns auch möglich, solche hilfreichen Faktoren identifizieren zu können, die eventuell erst nach einer gewissen Zeit der tagesklinischen Interventionen ins Bewusstsein der Patienten rückten.

## **2.5 Auswertungsmethode**

Den methodischen Bezugsrahmen unserer Analyse bildet die von Strauss und Corbin (1997) vorgeschlagene Anwendung der Grounded Theory, die uns eine Palette von Auswertungsprozeduren für unser qualitatives Vorgehen lieferte. Der grundlegende Forschungsstil der Grounded Theory (Glaser & Strauss, 1967) liefert ein breites Spektrum von Einzeltechniken, mit deren Hilfe aus Interviews, Feldbeobachtungen und Dokumenten eine in den Daten begründete Theorie entstehen kann: Als gegenstandsverankerte Theorie wird sie induktiv aus der Untersuchung des Phänomens abgeleitet, welches sie abbildet (vgl. Strauss & Corbin, 1997, S. 7). Seit den 60er Jahren hat sich die Grounded Theory Methodologie in unterschiedliche Richtungen mit mehr oder weniger stringenten Meinungsführern weiterentwickelt. Neben klassischen Richtungen (z.B. die so bezeichnete „Glaserian Grounded Theory“), die von einem nicht zu modifizierenden Gesamtpaket von Grounded Theory Prozeduren ausgehen, wird die Grounded Theory Methodologie (GTM) heute großteils den konkreten Forschungskontexten und -intentionen angepasst (Mey & Mruck, 2007). Unsere Forschungsintention war, etwas über die Funktionsweisen der Tagesklinik aus der Sicht mehrerer Patienten zu erfahren. Wie es Mey und Mruck (2007) beschreiben, werden im Laufe der GTM erste Beobachten notiert, kodiert und durch Vergleiche untereinander zu theoretisch relevanten Konzepten verdichtet. Da wir zusätzlich zu der Ergründung des Phänomens aber auch die Intention hatten, eine Vielzahl von Patienten zu befragen, um ein komplexes Bild der Tagesklinik aus der Sicht unterschiedlicher Patienten fassen zu können, ergänzten wir in der weiteren Vorgehensweise den Rahmen der Grounded Theory im Sinne eines Second Generation Modells nach Glaser (Berg & Milmeister, 2007). Im konkreten Studiendesign kombinierten wir hier die GTM mit der Auswertungsmethode der Qualitativen Inhaltsanalyse (QIA) nach Mayring (2000). Konfrontiert mit einer enormen Datenmenge war es nicht sinnvoll, den ersten Analyseschritt der Grounded Theory Methodologie, das Offene Kodieren, auf 69 zwanzig seitige Texte anzuwenden. Wir gingen besonders auf die ersten Texte unterschiedlicher Patienten zu unterschiedlichen Interviewzeitpunkten und

beider Interviewerinnen ein (siehe Abbildung 2). Danach veränderte sich unser GTM Auswertungsstil (der anhand des ersten Codesystems pragmatischer, zielgerichteter und selektiver wurde), wobei wir Prozeduren der GTM und der QIA anwandten (induktiver Miteinbezug neuer Aspekte des Phänomens Tagesklinik, Konzeptualisierung in den einzelnen Kodes und Weiterverknüpfung zu Kategorien). Diese komplexe Methodenkombination wird im folgenden Teil der vorliegenden Arbeit näher erläutert.

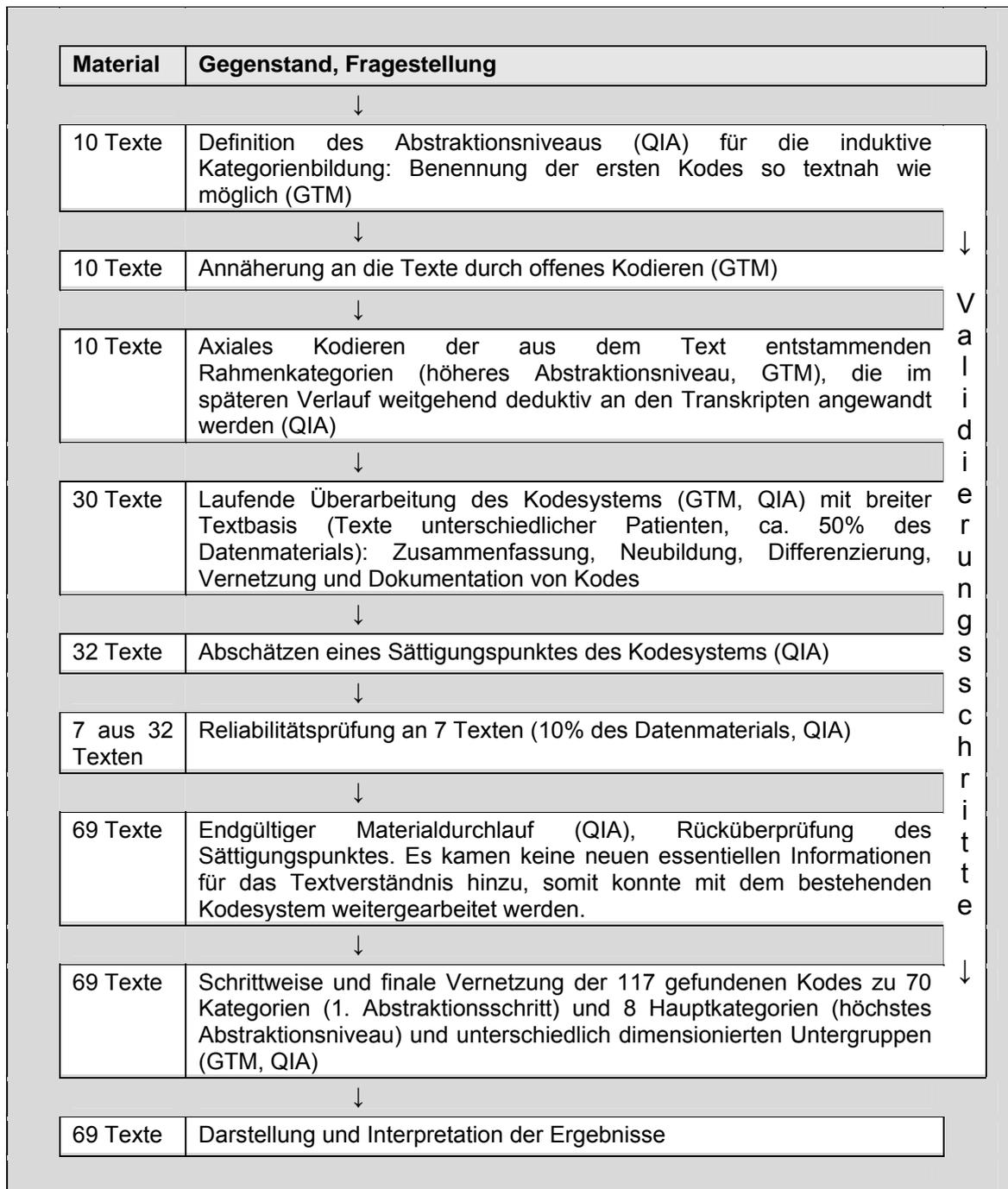


Abbildung 2: Ablaufmodell der Textanalyse. QIA: Qualitative Inhaltsanalyse (Mayring, 2000), GTM: Grounded Theory Methodology (Strauss & Corbin, 1997)

Die Grounded Theory und Qualitative Inhaltsanalyse konnten gut kombiniert werden, da wir den ersten Teil unserer Textanalyse stark an GTM Richtlinien ausrichteten (Offenes, Theoretisches und Selektives Kodieren) und erst im zweiten Teil unseres umfassenden Datenmaterials (ab Text 32) vermehrt Techniken der Qualitativen Inhaltsanalyse anwandten (Selektives Kodieren, Interrater-Reliabilität). Angelehnt an Mayrings Ablaufmodell induktiver und deduktiver Kategoriengewinnung (2000) wurden die Auswertungsschritte in Abbildung 2 dargestellt.

Im Folgenden verwenden wir den Begriff „Kode“ für textnahe und wenig abstrahierte Zuordnungen, und „Kategorie“ für die konzeptuellen Zuordnungen auf höherem Abstraktionsniveau. Wir schließen uns damit der Definition von Berg und Milmeister (2007, S. 187) an:

„Kode und Kategorie sind nicht bedeutungsgleich, dennoch sind die Übergänge zwischen beiden Begriffen fließend. In der Regel ist ein Kode datennah, er ist an eine Textstelle angeknüpft, eine Kategorie hingegen ist ein Bestandteil der zu entwickelnden Theorie. (...) ein Kode [entspricht] der Rezeption des Datentextes, eine Kategorie dem Versuch des eigenen konzeptuellen Sprechens“

Die Analyse wurde mit Hilfe des Computerprogramms ATLAS.ti (Muhr, 1997; ©2002-2007, ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH) umgesetzt.

### **2.5.1 Verwendung des Computerprogramms ATLAS.ti**

Als Werkzeug der computerunterstützten Umsetzung der an die Grounded Theory angelehnte Textanalyse wurde das ATLAS.ti – Programm (Muhr, 1997)<sup>4</sup> benutzt, das als Interpretations-Unterstützungs-System (ISS – Interpretation Support System), oder synonym genannt, als Computergestützte Qualitative Datenanalyse (DAS – Computer Assited Qualitative Data Analysis Software) beschrieben wird, um die Analyse des umfangreichen Textmaterials und die Dokumentation komplexer Beziehungen zwischen Textpassagen, Anmerkungen und Konzepten zu erleichtern. Das Programm hat den

---

<sup>4</sup> ATLAS.ti® bietet eine sinnvolle Unterstützung bei der intensiven Kodierung und Kategorisierung einer großen umfangreichen Textmenge. Die Zusammenstellung und Bearbeitung, die Kodierung von Zitaten aus dem Textmaterial ist komfortabel möglich. Seit der Version 5 ist die Textanalyse auch mit relativ kurzer Einarbeitungszeit möglich und kompatibel zu vielen Windows® Formaten (.doc, .rtf, etc.), was ATLAS.ti zum Mittel unserer Wahl machte.

Anspruch die qualitative Forschung schneller, effizienter und übersichtlicher zu machen und durch implementierte grafische Darstellungen, sowie HTML Funktionen und unterschiedlichen Export Möglichkeiten (in das Statistikprogramm SPSS oder als XML Output) ein kompaktes „all in one“ Instrument zu schaffen. ATLAS.ti ermöglichte die Segmentierung, Kodierung und Kommentierung der Textpassagen sowie deren Vernetzung.

Der zentrale Arbeitskontext in der Umsetzung der Analyse ist die Hermeneutische Einheit, die technisch gesehen ein Container für Rohdaten und für die im Laufe der Untersuchung entstehenden Daten ist: Markierte Textpassagen (Quotations), Codes, Kommentare (Memos), Primärtextfamilien (PDOC Familien), Netzwerkansichten. Alle Objekte konnten in nur einer Datei unter einem einzigen Namen gespeichert werden. Aus „kognitiver“ Sicht war die Hermeneutische Einheit ein „Chunk“, der viele kleinere Einheiten zusammenfassen und somit effizienter gehandhabt werden konnte. Im Vergleich unterschiedlicher computergestützter Auswertungsverfahren bot ATLAS.ti das umfangreichste und flexibelste Instrumentarium (Lewins & Silver, 2007, S. 36): Die im Computerprogramm integrierten Werkzeuge konnten individuell an die Auswertungsstrategie angepasst werden und weit über die klassische Grounded Theory (aus der viele Grundideen und Begrifflichkeiten in die Programmierung von ATLAS.ti einfließen) angewandt werden. Die vorhandenen technischen Strukturen wurden unserer Analysestrategie angepasst, die spezifische Umsetzung der Arbeit mit den im Computerprogramm zur Verfügung gestellten Strukturen, wird im Folgenden genauer beschrieben.

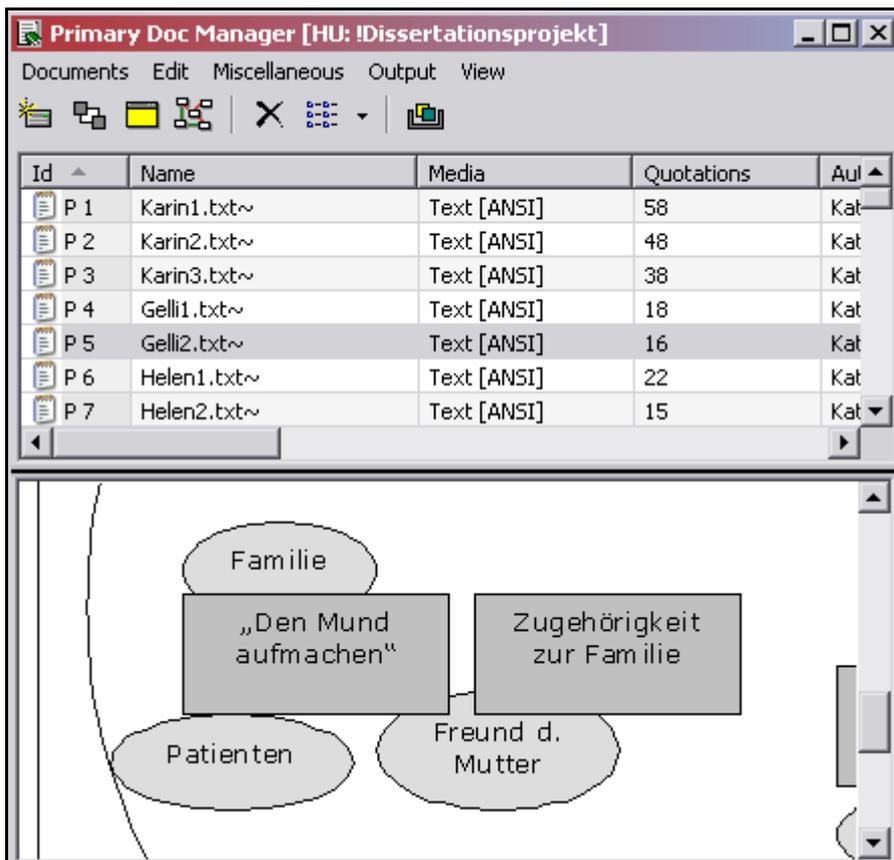


Abbildung 3: Ansicht des Datenfenster „Primary Doc Manager“ (P steht für Primary Document, der Textdatei) im Computerprogramm ATLAS.ti inklusive der grafischen Darstellung der Struktur-Lage-Bilder („Problematische Situationen“) während des Interviews.

Primary Doc Manager (Abbildung 3): Als Primary Documents (PDOC) konnten die Textdateien in ATLAS.ti bearbeitet werden. Die Liste der PDOCs fasste im vorliegenden Forschungsprojekt die 69 transkribierten Interviews mit den Patienten. Die Texte wurden im Vorfeld anonymisiert und unter einem Nicknamen mit dazugehörigem Erhebungszeitpunkt als Textdokument (.txt) gespeichert (z.B. Gelli-1.txt, Ronja-3.txt<sup>5</sup>). Das Wellenlinien-Symbol „~“ zeigte an, dass zu dem jeweiligen PDOC ein Memo verfasst wurde. Im PDOC Manager konnte sofort eingesehen werden, wie viele Textpassagen im entsprechenden PDOC kodiert wurden (in der Spalte „Quotations“) und von wem und wann es erstellt worden ist. Der darunter liegende Memobereich im PDOC-Manager wurde genutzt um allgemeine Kommentare zu dem jeweiligen PDOC zu verfassen. Hier konnten technische Informationen festgehalten werden (z.B. „Im Text Gelli-2.txt wurden insgesamt

<sup>5</sup> Alle Namen und zur Identifizierung der Patienten führende Daten (Ortsnamen, Jahreszahl) wurden anonymisiert. Die Nummer, 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 dann meistens die Zeilenangabe der gezeigten Textstelle im transkribierten Interview.

16 Kodierungen vorgenommen“). Jedes PDOC Memo beinhaltete auch das jeweilige Bild der Struktur-lege-Technik (das als .doc Word Datei eingegeben wurde). Die Abbildungen zeigten die von den Patienten benannten Problemsituationen und die dazu gehörigen involvierten Personen. In Abbildung 3 handelt es sich um das Interview einer Patientin mit einer bulimischen Essstörung, die ihre Problematik in der Familie („den Mund aufmachen“ und „Zugehörigkeit zur Familie“) in den Mittelpunkt ihres Gespräches stellt. Durch die Ansicht der Struktur-lege-Bilder erhielt die Textanalytikerin außerdem einen schnellen Überblick über das gesamte Interview, was die Handhabung des umfassenden Datenmaterials erleichterte.

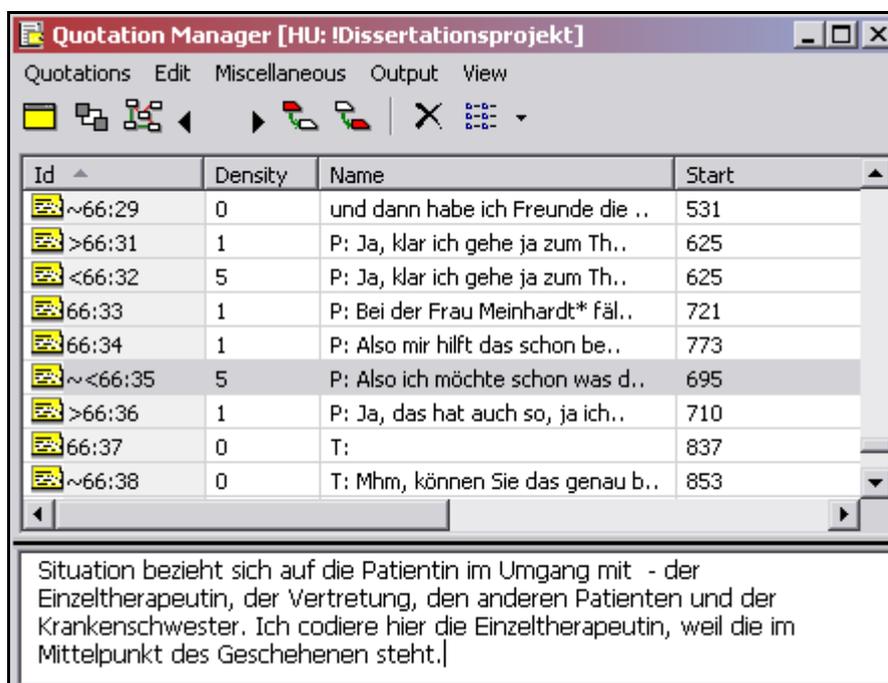


Abbildung 4: Ansicht des Datenfenster „Quotation Manager“ im Computerprogramm ATLAS.ti; die Spalte ID enthält die Nummerierung der jeweiligen markierten Textstelle.

Quotation Manager (Abbildung 4): Die im Text markierten Textstellen (Quotations) konnten Codes und Memos zugeordnet werden, sie konnten auch untereinander verknüpft sein. Der Quotation Manager zeigte auf einen Blick alle markierten Textstellen der Hermeneutischen Einheit, geordnet nach bestimmten Koordinaten, die im Feld „ID“ vermerkt sind. Eine Nummerierung „66:35“ bedeutete, dass die markierte Textstelle dem PDOC 66 entspringt und dort die 35. ist. Die Symbole kleiner „<“ und größer „>“ signalisierten, dass die entsprechende Quotation mit einer weiteren verknüpft wurde; dabei wurde in der Spalte „Density“ sichtbar, mit wie vielen dies der Fall war. Das Wellenzeichen „~“ stand wiederum für einen Kommentar bezüglich der jeweiligen

Quotation, der im darunterliegenden Memo Bereich des Quotation Manager sichtbar wurde. Der Memobereich wurde dazu verwandt unklare oder unsichere Kodierungen zu kommentieren. Wenn sich eine Inhaltsanalytikerin beim Verknüpfen einer Textstelle mit einem Kode unsicher war oder die Kodierung für außen stehende Personen vielleicht unklar sein könnte, wurde hier ein Memo verfasst. Diese Memos waren für die Nachvollziehbarkeit der Kodierungen unbedingt notwendig (Reliabilität), mussten aber nicht bei jeder einzelnen Kodierung gemacht werden. Der geübte Textanalytiker war mithilfe der Kodierregeln (die im nächsten Manager, dem Code-Manager, vorgestellt werden) soweit über die Vorgehensweisen beim Kodieren eingeschult, dass die meisten Verknüpfungen mithilfe der Kodierregeln klar verständlich und nachvollziehbar waren.

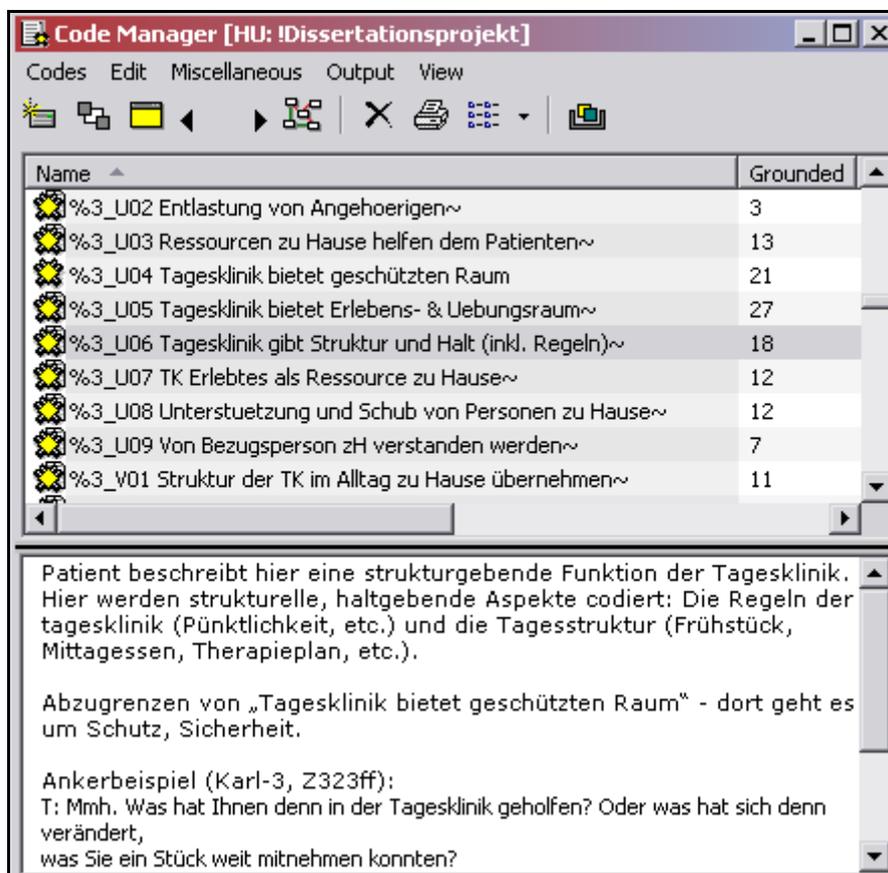


Abbildung 5: Ansicht des Datenfenster „Code Manager“ im Computerprogramm ATLAS.ti; sichtbar ist eine Auflistung der Kodes inklusive deren Nummerierung.

Code Manager (Abbildung 5): In diesem Bereich des Computerprogramms erhielt die Inhaltsanalytikerin eine Liste aller erstellten Kodes und Informationen darüber, wie oft ein Kode vergeben wurde (in der Spalte „Grounded“) und von wem und wann der Kode erstellt worden ist. Die Kodes des vorliegenden Projektes wurden mit einer Nummerierung am Anfang des Kodennamens versehen, um sie bereits innerhalb der Liste alphabetisch zu

gruppieren. Die insgesamt 70 gefundenen Codes zu hilfreichen Faktoren wurden somit bereits geordnet (z.B. bedeutete hier das Sonderzeichen „%3“, dass sich die Codes in irgendeiner Weise auf den tagesklinischen Transfer bezogen, „U“ unterstich den unterstützenden Charakter der im Code abgebildet werden sollte). Diese Ordnung, die durch alphabetische Reihung erlangt wurde, konnte noch nicht als erste Konzeptualisierung angesehen werden, sie diente in der Phase der Kodierung lediglich dazu, sich leichter im „Kode-Wald“ zurecht zu finden. Konzeptualisierungen, inhaltliche Gruppierungen von Codes und deren Verknüpfungen wurden erst im späteren Verlauf der Analyse vorgenommen und wichen von dieser Nummerierung zur Orientierung ab. Der darunter liegende Memo-Bereich übernahm in unserem Forschungsprojekt eine wichtige Funktion: Zu jedem einzelnen Code wurde eine Kodierregel verfasst, die im Memo Bereich festgehalten wurde und einerseits der allgemeinen Nachvollziehbarkeit der Analyse zugute kam, andererseits einem zweiten Kodierer eine basierte Einführung in das Codesystem. Neben der Beschreibung des Codes, eventuell auch Bemerkungen zu der Abgrenzung hinsichtlich anderer aber ähnlicher Codes, fand sich im Memo-Bereich des Code Managers auch jeweils ein Ankerbeispiel. Dieses zeigte stellvertretend eine Textstelle, die typisch für die Verknüpfung zu diesem Code war.

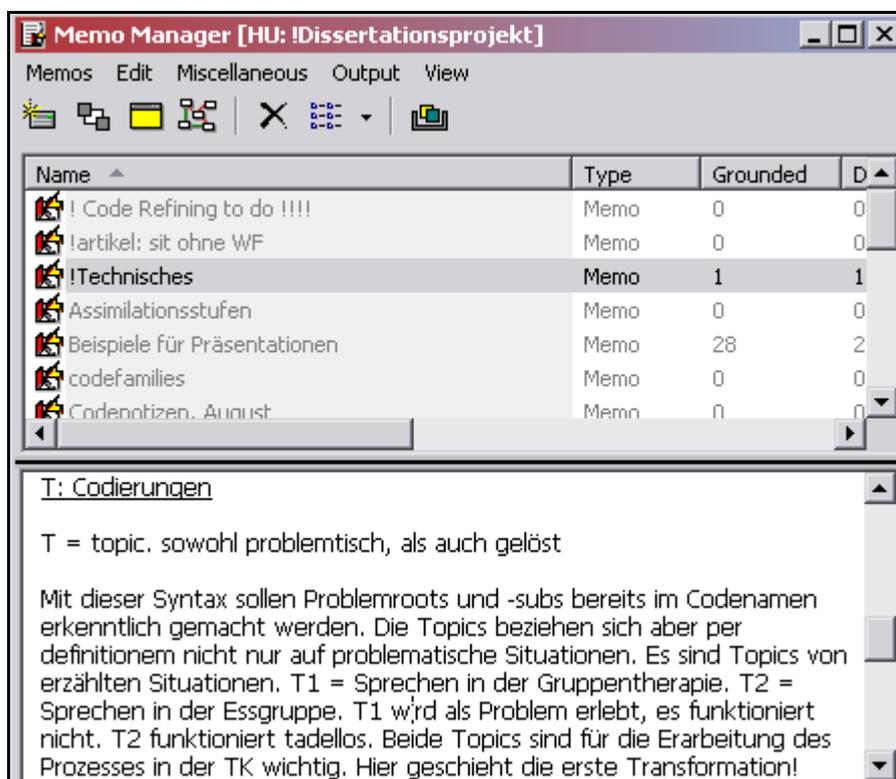


Abbildung 6: Ansicht des Datenfenster „Memo Manager“ im Computerprogramm ATLAS.ti

Memo-Manager (Abbildung 6): Ein wichtiges methodisches Element, bezogen auf das praktische Arbeiten mit ATLAS.ti in der Textanalyse, ist das Dokumentieren der Arbeitsschritte. Memos, also Notizen, konnten wie beschrieben in fast allen aktiven Fenstern gemacht werden (Zusatzbereich bei den Kodes, den Quotations und bei den PDOCs.) Neben den bereits gezeigten Memo Möglichkeiten bietet ATLAS.ti einen gänzlich eigenen Memo-Manager zum verfassen „freier“ Memos. Aus den freien Memos konnten schrittweise Kodes formuliert werden. Wir verwendeten für die ersten textnahen Kodes (in der Phase des offenen Kodierens) bereits den Code-Manager. Dies bot etliche technische Vorteile: Die Output Funktion des Code-Managers war differenzierter und wurde von uns auch in den Anfangsphasen genutzt, das Query Tool (ein weiteres technisches Detail) konnte nur in Bezug auf Kodes und Kodefamilien angewandt werden, es gab Super-Codes aber keine Super-Memos. Diese Beispiele können hier nur abstrakt angegeben werden, da keine technische Einführung in das ATLAS.ti Programm angestrebt wird (weiteres zu den genannten Begriffen kann im Handbuch nachgelesen werden). Der Memo-Bereich war also eine Art freier Notizblock für generelle Bemerkungen zum Codesystem, dem Forschungsprojekt, anfallenden Aufgaben, noch zu transkribierende Interviews oder Anmerkungen zu Präsentationen des Analysematerials auf Kongressen.

### **2.5.2 Erste Analysephase: Offenes und Induktives Kodieren**

Am Beginn der Textanalyse beschäftigten sich die beteiligten Forscher mit dem Lesen der ersten Texte. In den Forschergruppen wurden auffällige und bezüglich der Fragestellung interessante Aspekte diskutiert. Der Austausch unterschiedlicher Eindrücke hinsichtlich des Textmaterials ermöglichte das Sammeln von Ideen zur Kodierung. Durch induktives Vorgehen wurden in einem ersten Schritt die dichten und bedeutsamen Textstellen herausgearbeitet und Memos (Notizen) dazu erstellt, um sich dem Textmaterial explorativ anzunähern. Diese ersten Schritte der Datenanalyse wurden besonders vom Schreiben der Memos begleitet, die in der qualitativen Vorgehensweise (sowohl der GTM als auch der QIA) aus Gründen der Transparenz und Nachvollziehbarkeit unbedingt notwendig waren. Memos wurden zu allen für die Analyse wichtigen Ebenen erstellt. Erstens bezüglich der zugrunde liegenden Theorie und dem Vorverständnis der Forscher: Fragestellung, Richtung der Auswertungsstrategie, Zusammenstellung und Vorerfahrungen der Forschergruppe. Zweitens wurden Memos zu den zu analysierenden Dokumenten erstellt: Interviewzeitpunkte, eventuelle Anmerkungen der Interviewerinnen zu den Gesprächen. Als dritte Memo-Ebene galten die Notizen zu den konkret markierten Textstellen und den

jeweils zugeordneten Kodes: Gründe warum eine Textstelle mit einem bestimmten Kode verknüpft wurde, Hinweise darauf, warum eine bestimmte Textstelle interessant erschien, Ideen für die Benennung möglicher Kodes anhand der konkreten Textstelle.

Neben dem Schreiben von Memos während der ersten Annäherung zum Textmaterial wurden im Zuge des „Offenen Kodierens“ erste induktive Kodes erstellt. Mayring (2005) stellt fest, dass sich der Schwerpunkt der QIA (weg von der „Strukturierung“, also einer deduktiv operierenden Technik) hin zur induktiven Kategorienbildung verlagert hat und beschreibt sie wie folgt (Mayring, 2005, S. 11):

„Auch die Grounded Theory (Strauss, 1992), eine der in den Sozialwissenschaften am häufigsten eingesetzten qualitativen Analysestrategien, arbeitet zentral mit der induktiven Ableitung von Kategorien (dort codes genannt) aus dem Material heraus. (...) Mit induktiv ist dabei gemeint, dass das Textmaterial Ausgangspunkt ist und die Kategorien möglichst eng an den Textpassagen orientiert formuliert werden.“

Ein Kode ist eine Überschrift beziehungsweise eine Paraphrase, die vom Kodierer zur Benennung einer Textstelle erstellt wird. Ziel war es diesen Kode auf weitere Textstellen hin anzuwenden. Durch die Erstellung und Sammlung von solchen Kodes entstand ein Kodesystem. Diese Vorgehensweise verdeutlicht, dass eine „Textinterpretation nicht nur Rezeption, Segmentierung und Kategorisierung eines Textes [ist], sondern vor allem auch Produktion eines neuen Textes“ (Böhm et al., 1994, S. 319). Die Entstehung eines solchen neuen Textes erfolgte auf zwei Ebenen (vgl. Lamott & Mörtl, eingereicht): Erstens auf der textuellen Ebene: Alle direkt auf die Texte bezogenen Tätigkeiten, wie das Zerlegen des Originaltextes in relevante Textpassagen, das Kodieren, die Suche nach Textstellen mittels Kodes und Suchstrings und dem Schreiben von Memos. Zweitens auf der konzeptuellen Ebene: Bildung von Strukturen aus den Produkten der textuellen Phase, Konzentration auf Kodes und deren Gruppierung in Kode-Familien und die Suche nach übergeordneten Theorien, Hypothesen, und Kategorien.

Im ersten Analyseschritt näherte man sich dem Text vorerst durch erste Formulierungen an. Berg und Milmeister (2007) beschreiben diesen Prozess des „Offenen Kodierens“ wie folgt:

„Bogdan und Biklen (1992) vergleichen die Situation damit, dass man in einer großen Turnhalle eine Riesenmenge Spielzeug ausgebreitet hat und dass die Aufgabe des Kategorisierens darin besteht, die Einzelstücke in Haufen zusammenzulegen, die untereinander in einem sinnvollen Zusammenhang stehen. Dabei ist das Schema, nach dem die einzelnen Gegenstände geordnet werden, nicht von Anfang an bekannt. Es bildet sich erst während der Arbeit an den Daten heraus. Das Ziel ist jedenfalls, wie Kuckarzt (1997) es sieht (...), dass schlussendlich alle Zitate gruppiert sind wie Medikamente in einer Apotheke, d.h. in säuberlich etikettierten Schubladen und Regalen systematisch geordnet abgelegt sind.“ (S. 195)

In einer Probeauswertung wurden mit dem Text Sascha-1 begonnen. Der Interviewleitfaden gab eine erste Vor-Strukturierung vor, nämlich die Einteilung des Textes in Problemsituationen. Anhand Sascha-1 wurde versucht, erste rein deskriptive Beschreibungen für die Problembereiche zu finden. So entstanden die ersten Codes durch Offenes Kodieren: „Problem in der Gruppe zu sprechen“, „Probleme über sich selbst zu sprechen“, „Probleme über Gefühle zu sprechen“. Die Facetten der Problembereiche in Sascha-1 zeigten Ängste, Vermeidungsstrategien und die Unsicherheit gegenüber anderen. Die Benennung dieser ersten Codes erfolgte so textnah wie möglich (auf möglichst geringem Abstraktionsniveau).

Nachdem wir neben den Problemthemen erste weitere Kode-Ebenen an Sascha-1 herausarbeiteten (hilfreiche Faktoren, involvierte Personen in den Problemnarrativen, etc.) wurden weitere Texte bestimmt, die in eine erste Auswertungsrunde mit einfließen sollten. Auf diese Weise wurde ein Rahmen festgelegt, in dem „offen kodierten“ wurde und alle bezüglich des zu untersuchenden Phänomens „Hilfreiche Faktoren in der tagesklinischen Behandlung“ in einer ersten Auswertungsrunde gesammelt wurden. Da diese Auswertungsrunde entscheidend für die weitere Richtung der Textanalyse war, wurden die ersten 10 Interviews (14,5 % unserer Gesamtstichprobe) nach „Matching“ Kriterien aus der Gesamtstichprobe ausgewählt (Paula-1, Lena-1, Lena-2, Karin-1, Karin-2, Barbara-1,

Barbara-2, Anton-2, Werner-1, Berta-1). Beachtet wurden dabei vor allem die Variablen Interviewerin, Therapiegruppe, Testzeitpunkt und Geschlecht (Tabelle 9). Das Kriterium der Erstdiagnose wurde hier *nicht* berücksichtigt, da zu Beginn der Auswertung die Daten hierzu nicht eingesehen wurden. Die Information zur Diagnose hätte die Kodierer beeinflussen und zu einem möglichen Bias in der Auswertung führen können.

Tabelle 9: Gegenüberstellung des gesamten Untersuchungsmaterials (Ges.stichpr.) mit den Interviews der ersten und damit für die weitere Kategorienentwicklung entscheidenden Auswertungsphase; VT steht für das verhaltenstherapeutische Team in der Tagesklinik, T für Testzeitpunkte

Gesamtes Untersuchungsmaterial		Interviews der ersten Analysephase		% der Ges.stichpr.
N (Personen)	26	N (Personen)	7	26,9%
<b>N (Interviews)</b>	<b>69</b>	<b>N (Probeinterviews)</b>	<b>10</b>	<b>14,5%</b>
T1	26	T1	6	23,1%
T2	24	T2	4	16,7%
T3	19	T3	0	0 %
Frauen	19 (=73,1%)	Frauen	8 (=71,4%)	42,1%
Psychodynamisch	35 (=50,7%)	Psychodynamisch	5 (=50%)	14,3%
VT	34 (=49,3%)	VT	5 (=50%)	14,7%
Interviewerin 1	43 (=57,7%)	Interviewerin 1	6 (=60%)	14,0%
Interviewerin 2	26 (=42,3%)	Interviewerin 2	4 (=40%)	15,4%

Um die Vorgehensweise der ersten Auswertungsrunde an den 10 Texten zu veranschaulichen, wird im Folgenden ein Auszug aus dem Kodier-Tagebuch 2006 (einsehbar als Memo) dargestellt:

**27.6.** Karin-1 wird kodiert (Offene Kodierung): Codes zu Hilfreichen Faktoren werden gesammelt.

**4.7.** Barbara-1 und Paula 1 werden kodiert: Das erste Kodierschema entsteht: Nachdem die problematischen Situationen aus dem Text segmentiert wurden, bekam jede problematische Textpassage ein „@Topic“ zugeordnet. Das Sonderzeichen @ wird den Themen/Topics der Problembereiche vorangestellt, um diese im ATLAS.ti leichter alphabetisch sortieren zu können. Zudem wird kodiert wo und mit wem diese Situation stattfand. Im Sinne des Offenen Kodierens werden hier verschiedene Codes gesammelt (mit Hinblick auf spätere Zusammenfassung). Es fällt auf, dass die geschilderten Problembereiche auf unterschiedlichen „Verarbeitungsstufen“ stattfinden: Manchmal weiß ein Patient noch gar nicht so richtig, was eigentlich sein Problem ist, ein anderes

Mal befindet sich ein anderer Patient bereits mitten in der Bewältigung seines Problems. Dies sollte im Kodeschema Beachtung finden!

**10.7.** Mit Paula-1 werden Codes hinzugefügt, bestehende hilfreiche Faktoren werden immer wieder verändert und umbenannt. Es wird klar, dass viele Kodierungen allgemein übergreifende Regeln brauchen. Die ersten Regeln für das Kodierbuch entstehen (Wie wird mit Ja/Nein-Antworten der Patienten umgegangen, welches Schema der zur Kodierung der Problemnarrative soll gewählt werden), ein Beispiel:

**Regel 1.)** Ja/Nein-Antworten der Patienten auf ausformulierte Fragen der Interviewerin werden nicht kodiert. Die ausformulierte Frage dient der Intervention, sollte der Patient dieser zustimmen, dann reicht dies nicht um eine subjektive Sicht des Patienten zu erfassen. Erst wenn der Patient ein Merkmal, aufgrund der Intervention (ausformulierte Frage), in sein Narrativ einbaut (z.B. ein Beispiel hierzu nennt), dann wird es als solches kodiert.

**30.7.** Die Hilfreichen Faktoren werden erstmals kategorisiert (also in Überkategorien = Kode-Familien eingeteilt). Vorerst scheinen alle Hilfreichen Faktoren in folgende Kategorien zuordenbar: Interaktive Prozesse, Internale Prozesse, Der sichere Rahmen in der Psychotherapie, Täglicher Wechsel und Bezug zur Außenwelt.

**21.8.** Anton-2 wird kodiert (noch immer erste Kodierungsphase mit den 10 ausgewählten Texten): Es kommen weitere Hilfreiche Faktoren hinzu („Familie ändert sich mit“, „Aktiv etwas am Verhalten ändern“, „Alltag der TK zu Hause übernehmen“, „Sich abfinden“, „Verhalten in der TK zu Hause üben“, „Unmittelbarkeit der Behandlungsergebnisse“, „Erfolge stärken“, „Positive Reaktionen des Umfelds“, „Sich mit anderen vergleichen“, „Nicht mehr zurückfallen wollen“). Eine erste Rekodierungsschleife wird angedacht (innerhalb der ersten 10 Texte). Die immer wieder modifizierten Codes (modifiziert in der Formulierung) wurden auch schon in den ersten Interviews angewendet. Nun muss überprüft werden, ob die ursprüngliche Zuordnung zu diesem Kode auch noch jetzt zu der neuen Beschreibung des hilfreichen Faktors passt. Außerdem kamen viele hilfreiche Faktoren hinzu. Die ersten Interviews müssen noch einmal gelesen und auf Vorkommnisse der neuen Faktoren überprüft werden. Das bedeutet nicht, dass zuvor schlampig gearbeitet wurde, es zeigt nur, dass sich der Fokus des Kodierers in den unterschiedlichen Kodierphasen (die von vielen Faktoren abhängig sind) ändert. Ein mehrmaliges Lesen, Betrachten aus verschiedenen Blickwinkeln, Rekodieren ist notwendig und bringt eine Fülle von Informationen. Diese werden am Schluss noch einmal zusammengefasst, gefiltert und gebündelt.

**22.8.** Karin-2 wird kodiert (um eine SPSS Datei einmal im Verlauf von Karin-1 zu Karin-2 anlegen zu können)

**23.8.** Besprechung mit Dorothea Hinze: Minimale Kodiereinheit muss den Sinn wiedergeben. Also entweder muss die Quotation länger sein, oder (wenn das erklärende Textstück weiter entfernt liegt), muss es im ATLAS.ti „geankert werden“. >>> Kodierregel 13.

**24.8.** Karin-1 und -2 werden nach neuem System (vom 23.8.) neu kodiert und auch nach Assimilationsstufen (im Veränderungsprozess bei den Problemthemen) und Zuordnung neu überprüft (uns lag nur eine alte Anwendung von Juli vor). Außerdem werden diese 2 Texte (als Zeitreihenversuch) als Pilotdurchlauf in die SPSS Datei nach erster Vorlage eingegeben.

**28.8.** Lena-Marie-2: Viele Codes werden angewandt, nur wenige noch ergänzt (ein Topic, zwei hilfreiche Faktoren). Lena-Marie-1 wird kodiert. Einige Topics kommen hinzu, Hilfreiche Faktoren sind größtenteils bereits im Codesystem abgedeckt (!).

**30.8.:** Kurze Zeitplanbesprechung mit Dorothea Hinze. Transkription & Kodierung von Barbara-2. Ausdruck und Auflistung der mittleren Quotationsanzahl in den Interviews von KM und DH, Auflistung der Häufigkeit von hilfreichen Faktoren pro Originaltext.

**15.09 bis 1.10.:** Im Zuge der Interratertraining (27.09. Vorbesprechung, Einleitung, 28.9 nach Durchsicht des ersten kodierten Interviews): Umbenennung, Löschung,

Zusammenfassung von Codes:

- Zusammenfassung von zu nahen Codes: „Neue Perspektive zu einem Verhalten entdecken“ & „Zusammenhänge/Gründe erkennen“ in: „Zusammenhänge/Gründe erkennen“
- Löschung von Codes: „Neue Erfahrungen machen“ (zu unspezifisch, wurde meist doppelt codiert, alle Quotations konnten anderen bestehenden Codes hinzugefügt werden)
- Umbenennung von Codes: „Belastende Situationen aushalten“ in „Situationen aushalten / unter Kontrolle haben“

Zu Ende der ersten Analysephase wurden allgemeine Kodierregeln verfasst (Tabelle 10). Die Regeln legen die Vorgehensweise in der Kodierung fest und halfen dem Kodierer eindeutige Zuordnungen zu treffen. In Ergänzung dazu werden im Ergebnisteil (Kapitel 3.2) die spezifischen Kodierregeln zu den einzelnen hilfreichen Faktoren dargestellt.

Tabelle 10: Allgemeine Kodierregeln zum Codesystem

**Allgemeine Kodierregeln:**

- 1.) Ja / Nein Antworten der Patienten auf ausformulierte Fragen der Interviewerin werden nicht kodiert. Die ausformulierte Frage dient der Intervention, sollte der Patient dieser zustimmen, dann reicht dies nicht um eine subjektive Sicht des Patienten zu erfassen. Erst wenn der Patient ein Merkmal, aufgrund der Intervention (ausformulierte Frage), in sein Narrativ einbaut (z.B. ein Beispiel hierzu nennt), wird es als solches kodiert.
- 2.) Wenn sich eine Aussage im Interview auf eine frühere problematische Situation bezieht, wird diese mit der zuvor vorkommenden Situation verlinkt. Sie wird nicht zu einem bestimmten Kode hinzugefügt, sondern nur als sogenannter „Anchor“ gelinkt. Auf diese Weise verhindert man, dass die kodierte Stelle in die Häufigkeitsdarstellung von kodierten Stellen mit einfließt (und zu einer Verfälschung führt). Der „Anchor“ alleine kann aber trotzdem wichtige Information für eine frühere Textstelle liefern und ist somit zu kodieren.
- 3.) In einer Problemsituation kann ein Kode nur 1x kodiert werden. (z.B. erwähnt die Patientin das Modelllernen wiederholt, dann wird es nur an der ersten Stelle kodiert.) Mehrfachcodierung würde hier die statistische Analyse beeinflussen. In unterschiedlichen Situationen kann aber der gleiche hilfreiche Faktor über das gesamte Interview 2 oder 3 Mal kodiert werden.
- 4.) Eine Situation kann nur zu einer Assimilationsstufe kodiert werden. Sollten zwei oder drei unterschiedliche Stufen von der Patientin beschrieben werden, dann ist die Situation als ganzes zu betrachten und einzuschätzen (und vorzugsweise die höhere Stufe!).
- 5.) Jede Situation muss einen Ort, und einen Kode zu den Bezugsperson/en, ein Topic und eine Assimilationsstufe haben. Hilfreiche Faktoren können, müssen aber darin nicht enthalten sein.
- 6.) Wenn eine Situation zum Setting TK kodiert wird, dann können dort auch Hilfsfaktoren des anderen Settings zuhause vorkommen. Dies deutet auf eine starke Wechselwirkung hin. Z.B. Barbara (Textstelle 22:5): Sie spricht über Vorfall in der Tagesklinik und wie die Gespräche zu Hause dabei helfen die sichere Basis zu behalten, sie von Schuldgefühlen entlasten. Kodiert wird der Ort TK
- 7.) Die „mit wem“ Perspektive bezieht sich immer konkret auf das Topic der Situation. In Barbara-1 (Textstelle 22:1) geht es um Schuldgefühle in der Tagesklinik, um den Tod eines Patienten und um das Schweigen der Patientengruppe, auch die Mutter und Therapeuten werden erwähnt. Das Topic bezieht sich auf die innere Auseinandersetzung der Patientin damit. Es wird also „Mit sich alleine“ kodiert, nicht „Patientengruppe“ und „Mitpatient“. Wenn die Situation sich speziell auf die Schuldgefühle und die Auseinandersetzung damit zu Hause mit der Mutter abspielen würde, dann wäre diese hier zu kodieren.
- 8.) Bei unklarer Kodierung (dort wo man sich selbst nicht sicher ist oder wo man denkt, dass andere es nicht eindeutig verstehen könnten) wird eine Erklärung im Bereich der Quotation-Memos vorgenommen.
- 9.) Lose Hilfsfaktoren: In Ausnahmefällen können einzelne Hilfsfaktoren auch inmitten des Textes klar ersichtlich formuliert vorkommen, ohne in ein Narrativ einer Situation eingebunden zu sein. In den Interviews zum dritten Zeitpunkt werden dahingegen nur lose Hilfsfaktoren kodiert, das es zu

diesem Zeitpunkt keine aktuellen Problemsituationen mehr gibt, sondern die hilfreichen Faktoren im Rückblick betrachtet werden.

10.) Kleinste Kodiereinheit: Jede Quotation muss Sinn machen. Keine Markierung darf so kurz gefasst sein, dass sie ein späterer Leser nicht verstehen kann. Sollte dies nicht der Fall sein muss entweder die Quotation länger markiert werden, sodass sie nachvollzogen werden kann (nicht einen Satz aus dem Zusammenhang reißen), oder, wenn das erklärende Textstück weiter im Text entfernt liegt, muss ein „Anchor“ (Verlinkung) dorthin gesetzt werden.

### **2.5.3 Zweite Analysephase (A): Axiales und Theoretisches Kodieren**

Bereits in der ersten Analysephase zeichnete sich eine Struktur der Kodierung ab, die in der zweiten Phase verfestigt und definiert wurde: Da die problematischen Situationen als Strukturierung bereits durch den Interviewleitfaden vorgegeben waren, bot sich dies als Vorlage an. Die Problemnarrative wurden gekennzeichnet. Eine Problemsituation wurde als eine Textstelle definiert, in der der Patient über ein Geschehnis (innerhalb oder außerhalb der Tagesklinik) berichtete, das ihn belastete und er als schwierig erlebte. Diese Probleme konnten sich mit anderen Menschen ereignen oder auch in der Beschäftigung mit sich selbst ausgetragen werden. Diese Beschreibung der Problemsituationen war ebenfalls Teil des Interviewleitfadens, und ging somit in die Auswertung als Rahmenkategorie vor. Der Rahmen zu jeder markierten Problemsituation wurde aufgrund der in der ersten Analysephase gesammelten Daten wie folgt gesetzt: Jedes Problemnarrativ erhielt eine Kodierung zu:

- Ort an dem das Problem erlebt wird
- Involvierte Person/en in der Situation
- Thema des Problems
- Stufe des Veränderungsprozesses in dem sich der Patient bezüglich des Problems befindet

Die einzelnen Codes innerhalb dieser Rahmenkategorien werden im Ergebnisteil (Kapitel 3.1) näher dargestellt und beschrieben. Ähnliche Strukturierungsversuche von Narrativen findet man auch im Narrative Processes Coding System (Angus et al., 1999) und in der Theme-Analysis von Meier & Boivin (zitiert nach Meier, 2002<sup>6</sup>). Innerhalb der Beschreibung der Auswertungsmethode nahm die Festlegung dieser Rahmenkategorien

---

<sup>6</sup> Die Theme-Analysis ist als solche von Meier & Boivin nicht publiziert, somit wird der Hinweis im von Meier (2002) veröffentlichten Artikel dafür herangezogen.

einen wichtigen Aspekt ein. In der zweiten Analysephase wurde beschlossen, die Rahmenkodierungen in dieser Struktur am weiteren Textmaterial als „Axiale Kodierungen“ im Sinne der GTM weiterzuführen. Diese Analysetechnik erstellt einen „Kodierrahmen“ (Berg & Milmeister, 2007, S. 201) innerhalb des Codesystems, um das Datenmaterial zu ordnen.

„Die Hauptfunktion des axialen beziehungsweise theoretischen Kodierens besteht darin, über das empirische Material hinauszukommen. Es gilt zwei gegensätzliche Gefahren zu bannen: das Versinken in der Datenflut und das Aufpropfen datenfremder Kategorien“. Zuvor beschreiben die Autoren auf S. 199, dass das axiale Kodieren vor allem Schlüsselfragen wie Wer? Wann? Was? Wo? Warum? beinhalten kann, die sich noch erweitern lassen mit Womit? Was, wenn ...? etc.

In der Datenanalyse wurden demzufolge, die Fragen Wo? Mit wem? Was? und Wie? (also in welcher Veränderungsstufe) in den Kodierrahmen mit einbezogen. Die Rahmenkategorien wurden zwar in ihrer Struktur vom Interviewleitfaden vorgegeben, die einzelnen Ausprägungen darin (z.B. die jeweiligen Themen des Problems) wurden aber induktiv in den ersten 10 Texten erarbeitet.

Nachdem der axiale Kodierrahmen festgelegt war, wurde dieser über das Datenmaterial hinweg einheitlich angewandt, indem jeder Problemsituation die jeweilige Ausprägung des Rahmens zugeordnet wurden. Innerhalb des Kodierrahmens führten wir auch eine theoretische Kodierung im Bereich der Problemthemen und dem Veränderungsprozess durch. Im ersten Bereich (den Problemthemen) sammelten wir vorerst die deskriptiven Beschreibungen der Problemsituationen. Es handelte sich dabei um Codes wie (Auszug aus dem Codesystem vom 3.11.2006):

Aggressiv sein und keine Kontrolle darüber haben  
Am Wochenende ohne Halt sein  
Angst andere zu belasten  
Angst verlassen zu werden  
Angst vor Kontrollverlust  
Den eigenen Weg im Leben finden  
Essproblem - Kein Maß finden  
Grenzen, abgrenzen  
Hilflosigkeit und Ärger  
Innere Leere

- Keine Lust auf Aktivität
- Nähe-Distanz Problem
- Nein sagen
- Partnerprobleme
- Schuldgefühle wegen Unnützbarkeit
- Selbstfürsorge & Fürsorge der anderen
- Sich ausnutzen lassen
- Sich nicht wichtig genug sein (Altruismus)/ sich herabsetzen
- Vergessen werden und wütend werden

In diesem Versuch, die Problemthemen zu erfassen war es bald klar, dass alleine die deskriptive Beschreibung der vom Patienten benannten Probleme nicht ausreichen würde um zu einer guten Beschreibung des Phänomens zu gelangen. Die Kodes gingen durcheinander, waren unterschiedlich generalisiert verfasst und waren nicht gut voneinander abzugrenzen: So konnte das Problem „Nein-Sagen“ gleichzeitig auch ein „Partnerproblem“ sein, wie auch ein Ausdruck des „Sich ausnutzen lassens“. Die „Angst verlassen zu werden“ konnte ein Ausdruck einer „Nähe-Distanz Problematik“ sein oder unmittelbar zu einem „Essproblem“ führen. Ziel im axialen Kodieren war es, den Problemnarrativen *eindeutige* Themen zuzuordnen. In der Forschungsgruppe wurde ein Aspekt näher diskutiert, nämlich der der „Partnerprobleme“, der in vielen Interviews auftauchte: Ein Streit mit dem Partner (im Moment unter dem Thema „Partnerprobleme“ kodiert) konnte einmal Ausdruck einer Nähe-Distanz Problematik sein (die Patientin verfällt immer in den Momenten in Angstzustände, wenn der Freund etwas autonom ohne sie unternimmt, bleibt er zu Hause wird es der Patienten ebenfalls „zuviel“ und sie schickt ihn weg), oder auch ein Problem im Bereich der Selbst- und Fremdfürsorge (die Patientin übernimmt den gesamten Haushalt alleine, hat aber keine Zeit ihre Entspannungsübungen mehr zu machen, spricht es beim Ehemann an, der darauf mit Unverständnis reagiert). Zudem war es manchmal der Fall, dass ein Patient zwar über eine problematische „Fürsorge“-Situation sprach, dies aber noch nicht erkennen bzw. benennen konnte und unter die Überschrift eines Symptoms stellte „Depression“. Hätten wir in diesem Schritt der Auswertung nur textnahe Formulierungen vorgenommen, ohne die Sicht und Interpretation des Textanalytikers mit einfließen zu lassen, hätte dies zu einer sehr begrenzten Beschreibung des Phänomens geführt. Die Diskussion über die mögliche Einteilung der Problemthemen führte zu einigen Verirrungen im Kodierprozess, eine einheitliche Struktur konnte induktiv nicht erschlossen werden. Darum recherchierten wir in der Literatur bereits vorhandene Modelle zur Einteilung von Problem- und Konfliktbereichen. Berg und Milmeister (2007, S. 200) beschreiben diesen Schritt des theoretischen Kodierens wie folgt:

„Zwar können die am Material gewonnenen konkreten Kodes (...) zueinander in Verbindung gesetzt werden, das Ergebnis kann aber ohne eine zusätzliche Heuristik ein eher konfuse Produkt sein. Das theoretische Kodieren erlaubt es, diesen Knäuel zu entwirren, Verbindungen herzustellen zu bestehenden Wissens- und Theoriebeständen. Theoretische Kode-Familien stellen so die eigentliche Grundlage der Generierung und Entwicklung von Theoriebausteinen dar.“

Im Bereich der Problemthemen entschlossen wir uns ein Modell aus der psychoanalytisch orientierten Forschung und Klinik als Strukturierungshilfe zu verwenden: In der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD, Arbeitskreis-OPD, 1996) wird in der Achse III des Manuals eine Einteilung von Konflikten vorgenommen. Die unterschiedlichen Ebenen der OPD Einteilung werden im Ergebnisteil (Kapitel 3.1.3) dargestellt. Auch bei der Konzeptualisierung des von uns beobachteten Unterschieds in der „Stufe des Veränderungsprozesses“ in der Problemsituation konnten wir nach eingehender Literaturrecherche einem bereits bestehenden Konzept in der Psychotherapieforschung zuordnen: Der Assimilation of Problematic Experiences Scale (APES, Stiles et al. 1990), mehr dazu ebenfalls im Ergebnisteil.

Jedenfalls führte die Strukturierung nach OPD und APES in diesen Bereichen des Axialen Kodierens dazu, dass alle Texte rekodiert werden mussten. Die bis zu diesem Zeitpunkt formulierten Themen- und Veränderung- Kodes ließen sich nicht einfach einer der neuen Kode-Familien zuordnen (indem z.B. die oben dargestellten Themen-Kodes den unterschiedlichen OPD Konflikt-Ebenen als Subkodes zugeordnet hätten werden können). Jede einzelne Problemsituation musste erneut gelesen und anhand der OPD- und APES-Manuale (die genaue Regeln für die Zuordnung beschreiben) zugeordnet werden.

#### **2.5.4 Zweite Analysephase (B): Induktives Kodieren und Sättigungspunkt**

Parallel zu der Entwicklung des Axialen und Theoretischen Rahmens in Zusammenhang mit der Struktur der Problemgeschichten, wurden die hilfreichen Faktoren weiterhin induktiv im Text erschlossen (nach den bereits beschriebenen GTM Techniken, wie sie so auch in der QIA angewandt werden): Bereits bestehende hilfreiche Faktoren wurden – wo passend – weiteren Textstellen zugeordnet, neue Kodes wurden erstellt, Kodes mit zu wenig Trennschärfe wurden zusammengefügt, zu allgemein formulierte Kodes wurden in

mehrere Codes differenziert. So entstand innerhalb von 32 Texten ein ausdifferenziertes Codesystem, das während der Entwicklung in drei Rekodierungsschleifen aktualisiert wurde. Zu diesem Zeitpunkt wurden noch immer Techniken, die das Offene Kodieren beinhalteten (also neue Aspekte bezüglich des zu explorierenden Phänomens in einem neuen Code zu erfassen), angewandt. Dies bedeutete, dass jedes Mal, wenn ein weiterer Code erstellt wurde, dieser an dem zuvor kodierten Material hatte rekodiert werden müssen. Mit zunehmenden Umfang des kodierten Textmaterials und dem wachsenden Codesystem, kam es immer seltener vor, dass noch neue Codes gefunden wurden. Wir beschlossen nach dem 32. kodierten Text einen Sättigungspunkt zu formulieren (QIA) und von da an nicht mehr „offen zu kodieren“. An diesem Punkt der Auswertungen veränderte sich der Schwerpunkt des methodischen Bezugsrahmens: Bislang wandten wir Methoden der GTM so an (wie sie auch in der QIA durchaus umgesetzt werden). Ab dem Zeitpunkt des Sättigungspunktes, und einem fortan „geschlossenen Kodierens“ übernahmen wir die Technik der QIA (wie sie in der GTM nicht mehr vorgesehen wird). Muckel (2007, S. 215) beschreibt in ihrem Beitrag folgende Unterschiede zwischen GTM und QIA:

„Die Kategorien der Qualitativen Inhaltsanalyse werden im Verlauf der Datenanalyse festgelegt und sind von da an „fest“. Die Kategorien der Grounded Theory Methodologie bleiben bis zum Abschluss der Theorienentwicklung (und darüber hinaus) im Prozess und offen für Veränderungen, sie werden dem Prinzip des permanenten Vergleichs untergeordnet. In der Qualitativen Inhaltsanalyse werden Kriterien festgelegt, die den Zuordnungsprozess der Daten zu einer Kategorie definieren (...); in der GTM werden Ähnlichkeiten und Relationen der Daten untereinander zur sukzessiven Elaboration der Kategorien und ihrer Beziehung miteinander herangezogen (...). In der GTM werden (...) durch eine Abfolge von aufeinander abgestimmten Kodierprozeduren polyphone Kategorien angestrebt, die Widersprüche zulassen sowie dem Anspruch der Dichte gehorchen. In der Qualitativen Inhaltsanalyse werden m.E. tendenziell eher eindimensionale Kategorien angestrebt, die genau definiert werden können und widerspruchsfrei nebeneinander stehen“.

Diesem Unterschied kann im ersten Abschnitt zugestimmt werden. Bis zum Ende der zweiten Analysephase wurden GTM Techniken angewandt, diese wurden zusätzlich mit Kodierregeln ergänzt, wie sie bislang eher (aber nicht ausschließlich nur) in der QIA

angewandt werden. Durch die Definition des Sättigungspunktes an dieser Stelle wurde das Offene Kodieren weitgehend geschlossen. Trotzdem floss in die weitere Auswertung in Analysephase drei die GTM weiterhin mit ein. Mayring beschreibt selbst, dass der Ansatzpunkt der Qualitativen Inhaltsanalyse der ist „die Vorteile dieser systematischen Technik zu nutzen, ohne in vorschnelle Quantifizierungen abzurutschen“ (Mayring, 1990, S.86). Laut Muckel (2007) ließe die QIA m. E. keine Widersprüche im Codesystem zu, eindimensionale Kategorien werden angestrebt. Mit der Bemerkung „mit Einschränkung“ weist Muckel aber selbst darauf hin, dass die QIA nicht notwendigerweise in einem so strikten Tonus (z.B. des Selektiven Kodierens) angewandt werden müsse. In der vorliegenden Arbeit wurde weiterhin GTM mit QIA kombiniert, wobei der Schwerpunkt nun im Selektiven Kodieren lag.

### **2.5.5 Dritte Analysephase: Selektives Kodieren**

Nach Erreichen des Sättigungspunktes wurde entschieden die bis dato formulierten 70 hilfreichen Faktoren anzuwenden und keine weiteren Codes mehr zu erstellen. Wir wandten die bereits ausformulierten Codes de-duktiv an, was jedoch *nicht* der deduktiven Inhaltsanalyse nach Mayring gleicht, in der theoretisch begründete Aspekte a priori an das Datenmaterial herangetragen werden (vgl. Mayring 2000). Insofern wurden die Phase des Offenen und Induktiven Kodierens abgeschlossen. Obwohl nach Text Nummer 32 keine neuen Codes mehr hinzukamen (QIA), sollten neuen Aspekten bezüglich der Beschreibung des Phänomens bis zum Schluss berücksichtigt werden (GTM). Es konnte ja passieren, dass die Texte 56 und 57 (vielleicht beides Texte von derselben Patientin, die bisher noch keinen Eingang in das Codesystem hatten) vollkommen neue Informationen hinsichtlich der Fragestellung lieferten. Diese sollten auf keinen Fall verloren werden. Gleichzeitig musste aber ein Sättigungspunkt (quasi das Ende der Erstellung neuer Codes) geschaffen werden, um den Arbeitsaufwand (im Sinne von unzähligen Rekodierungsschleifen mit einem 800 DIN-A4 Seiten umfassenden Textmaterial) zu begrenzen. Durch Diskussionen in der Forschungsgruppe wurde folgende Lösung gefunden: Sollten neue Aspekte hinsichtlich hilfreicher Faktoren gefunden werden, so mussten diese in das Codesystem einfließen. Da es nicht mehr möglich war neue Codes zu erstellen, musste der neu gefundene Aspekt in einen anderen Code integriert werden. Das bedeutet das der bisher vorhandene Code in seinen Kodierregeln weiter gespannt werden musste. Auf diese Weise konnten also neue Aspekte Berücksichtigung finden, ohne das das bisher mit dem Code

verknüpfte Textmaterial erneut überprüft werden musste (denn die alte Kodierregel blieb ja erhalten und wurde nur ausgedehnt).

In dieser dritten Phase legten wir einen Fokus auf die weitere Hierarchisierung des Codesystems. Bereits in den ersten beiden Analyseschritten wurden Codes zu Code-Familien zusammengefasst. In der dritten Analysephase sollten die Kategorien noch einmal überdacht und ausdifferenziert werden. So entstand vor allem bezüglich der hilfreichen Faktoren (die nun in ihrer Anzahl von 70 hilfreichen Faktoren) vorlagen, eine neue Hierarchisierung, die in Abbildung 7 dargestellt ist und auf die im Ergebnisteil noch näher eingegangen wird.

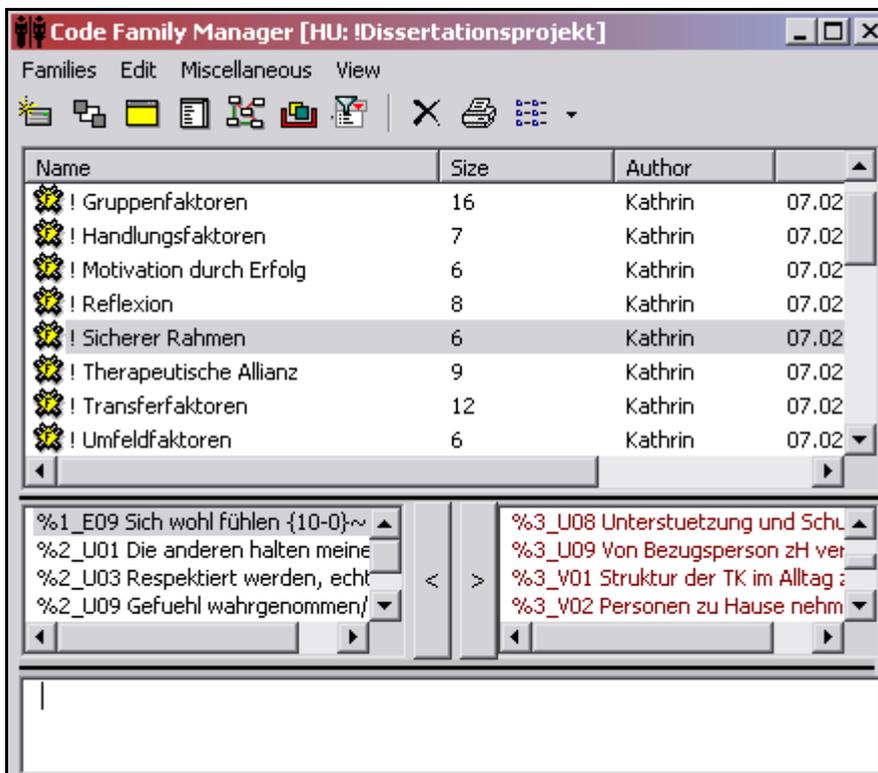


Abbildung 7: Ansicht des Datenfenster „Code Family Manager“ im Computerprogramm ATLAS.ti

## 2.6 Gütekriterien

Unter Gütekriterien versteht man jene Kriterien, die die gute wissenschaftliche Qualität von Studiendurchführung und deren Ergebnissen nachweisen. Da sich qualitative Studien oft dem Vorwurf der Willkürlichkeit und Subjektivität stellen müssen, soll dieses Kapitel den aktuellen Stand der Wissenschaft und dessen konkrete Anwendung der präsentierten Studie ausführlich beschreiben. In der quantitativen wie auch in der qualitativen Forschung

gibt es bestimmte Vorgaben, was unter dem Label „Qualitätssicherung“ zu verstehen ist (besonders die Begriffe Validität und Reliabilität sind hier designübergreifend zu nennen), jedoch unterscheiden sich die Regelwerke hierzu. Die Unterschiede in der Bewertung von Forschungsergebnissen entspringt dem Unterschied im Erkenntnisinteresse der beiden Forschungsstile: Während quantitative Erhebungs- und Auswertungsmethoden sich die Überprüfung einer zuvor formulierten Hypothese in standardisierten und wiederholbaren Forschungsdesigns zum Ziel machen, liegt das Erkenntnisinteresse qualitativer Projekte an der offenen, datennahen Erhebung, der Sammlung von umfangreichen (oft widersprüchlichen) Material und der explorativen, also hypothesengenerierenden, Vorgehensweise. Lamnek schreibt hierzu (2005, S. 86), dass

„das unbestrittene Ziel aller Sozialforschung die möglichst unverfälschte Erfassung der sozialen Wirklichkeit [ist]. In diesem Zusammenhang wird gegen die quantitative Methodologie der Vorwurf erhoben, dass sie weniger an dieser Wirklichkeit interessiert ist, so wie sie sich für den Betroffenen darstellt, als an der Überprüfung der vom Forscher vorab formulierten Theorien und Hypothesen“ und (S.89): „Im Unterschied zur quantitativen Auffassung ist die Hypothesenentwicklung in der qualitativen Sozialforschung ein konstitutives Element des Forschungsprozesses. [...] Je strukturierter hingegen die [Erhebungs- und Auswertungs-]Technik ist, desto unwahrscheinlicher ist das Auffinden neuer Fakten, deren Existenz vorher nicht in Rechnung gestellt wurde, oder die Entdeckung von Hypothesen, die nicht bereits vor Untersuchungsbeginn formuliert wurden“.

In der qualitativen Sozialforschung gibt es, im Unterschied zur konventionell, standardisiert ausgerichteten Sozialforschung (mit den Schlagworten Validität, Reliabilität, Generalisierbarkeit und Repräsentativität; vgl. Lamnek, S.145) keine eindeutigen Standards, welche Gütekriterien zur Sicherung eines guten Standards eingehalten werden müssen. Strauss und Corbin (1990) beschreiben die qualitative Forschung als einen großen Schirm unter dem alle Forschungsmethoden, die das Erleben, Verhalten, Interaktionen und den sozialen Kontext beschreiben und erklären wollen, ihren Platz finden. Trotz der Offenheit in der Datenerhebung schreiben die Autoren dann aber über den qualitativen Forscher: „However exciting may be their experiences while gathering data, there comes

the time when the data must be analysed. Often researchers are perplexed by this necessary task“ (Strauss & Corbin, 1997, XII). In den letzten Jahren entstanden gleich mehrere Publikationen, die eigenständige (und von der quantitativen Methodologie unabhängige) Gütekriterien zu Einschätzung und Überprüfung qualitativer Forschung vorschlagen. Unter anderem seien vor allem die Beiträge der Autoren Fossey et al. (2002) genannt, und im deutschsprachigen Raum Mayring (1990, 2003) und Frommer, Langenbach & Streeck (2004) (auch Frommer & Rennie, 2001, 2006). Auch Lamnek teilt in seinem Lehrbuch zur qualitativen Sozialforschung die Meinung vieler Autoren, dass sich qualitative Gütekriterien „von den traditionellen [quantitativen] Gütekriterien lösen [müssen]“ (Lamnek, 2005, S. 146). Da sie sich aber andererseits auch auf die klassischen Begriffe wie Validität und Reliabilität beziehen, um die eigene Wissenschaftlichkeit unter Beweis zu stellen, entstand seiner Meinung nach eine Begriffsverwirrung, die es wieder aufzulösen gilt. Mayring (1990) beschreibt in seinem Buch zur qualitativen Sozialforschung sechs allgemeine Gütekriterien qualitativer Forschung (S. 103 ff): 1. Die Verfahrensdokumentation (der angewandten Methoden und dem Forschungsprozess), 2. Argumentative Interpretationsabsicherung (Interpretationen müssen schlüssig sein und in Kodierregeln erklärt werden), 3. Regelgeleitetheit (systematische Regeln im Kodierverlauf nach einem Ablaufmodell), 4. Nähe zum Gegenstand (Datenerhebung im „Feld“ des zu beobachtenden Phänomens, nicht im Labor), 5. Kommunikative Validierung (Ergebnisse und Interpretationen werden den Untersuchten vorgelegt und eventuell diskutiert), 6. Triangulation (durch Heranziehen verschiedener Datenquellen oder unterschiedlicher Textanalytiker oder Methoden). Reliabilitätsprüfungen, im statistischen Sinne, werden nicht in allen qualitativen Studien durchgeführt, weil es in vielen Bereichen der qualitativen Sozialforschung nicht sinnvoll ist, diese in quantitativer Weise zu überprüfen. Daher geht die Reliabilitätsprüfung auch nicht in die Auflistung Mayrings (1990) allgemeiner qualitativer Gütekriterien mit ein. Später beschreibt Mayring (2005, S. 12f) allerdings:

„Eine weitere Modifizierung in unserem inhaltsanalytischen Arbeiten [heutzutage] betrifft die Überprüfung der Interkoderreliabilität. Zunächst sollte es sich dabei, wie bei quantitativer Inhaltsanalyse, um den Vergleich (mindestens) zweier unabhängiger Auswerter handeln. Eine völlige Übereinstimmung ist allerdings bei qualitativ orientiertem Arbeiten, in denen interpretative Bestandteile enthalten sind, nie zu erwarten“.

In Bezug auf die Einhaltung der Gütekriterien wurden in der vorliegenden Arbeit bereits folgende Punkte im Kapitel 2.5 zur Auswertungsmethode beschrieben: 1. Verfahrensdokumentation, 2. Argumentative Interpretationsabsicherung, 3. Regelgeleitetheit und Ablaufmodell und 4. Nähe zum Gegenstand. Im Folgenden wird die Anwendung der weiteren Gütekriterien beschrieben.

### **2.6.1 Kommunikative Validierung**

Die Struktur-lege-Technik (vgl. Kapitel 2.3) lieferte durch die aktive Teilnahme der Patienten und ersten Kategorisierungen einen Beitrag zur Validität. Bereits im Interview selbst konnten Patienten durch die Abstraktion ihrer erlebten Problemsituationen (in der Erzählung) zu benannten Problemthemen (auf den Kärtchen der Struktur-lege-Technik) eine subjektive Interpretation ihrer eigenen Probleme beitragen.

Im Anschluss an die Auswertung wurde den Patienten über die Ergebnisse der Studie berichtet. Hierzu wurde ein kurzer Brief verfasst, der die Haupteckdaten der Untersuchung (inklusive einer Tabelle der acht hilfreichen Faktorengruppen) vorstellte. Den Patienten wurde die Möglichkeit gegeben, sich bei Rückfragen oder Anmerkungen zu den Studienergebnissen bei der Leiterin des Projektes (Kathrin Mörtl) zu melden. Zwei von den 26 Patienten konnten nicht erreicht werden (anscheinend umgezogen, ohne eine Nachstelladresse anzugeben). Wir erhielten einige Wochen nach Aussendung der Briefe eine Rückmeldung (Schilderung positiver Effekte der Behandlung, die sich aber nicht auf die Ergebnisse der Studie bezog).

### **2.6.2 Triangulation**

Lamnek (2005) unterteilt das qualitative Validitätskriterium Triangulation in vier Bereiche: die Datentriangulation, die Forschertriangulation, die Theorie- und Methodentriangulation. In Diskussionen mit den in das Forschungsprojekt eingebundenen Forschern<sup>7</sup> wurde eine Forschertriangulation (Lamnek, 2005, S. 159) durchgeführt. In dieser werden

---

<sup>7</sup> Prof. Dr. Jörn von Wietersheim (Psychologe, Leiter der Tagesklinik, erfahren in qualitativen und quantitativen Methoden, u.a. Qualitative Inhaltsanalyse), Dr. Dorothee Munz (Leitende Psychologin in der Tagesklinik, erfahren vor allem in quantitativen Methoden), Dr. Jörg Oster (Psychologe, spezialisiert auf quantitativ-statistische Auswertungen), Dorothea Hinze (Ärztin in Facharztausbildung und interessiert an qualitativer Forschung) und die Autorin der vorliegenden Arbeit Mag. phil. Kathrin Mörtl (Psychologin und erfahren in qualitativen Methoden, u.a. Qualitative Inhaltsanalyse).

verschiedene Beobachter beziehungsweise Interviewer eingesetzt, um die subjektiven Einflüsse in der Erhebung zu minimieren. In unserem Fall wurde dies (wie in Kapitel 2.3 beschrieben) von zwei Mitarbeiterinnen übernommen, die gemeinsam den Interviewleitfaden erstellten und trainierten. Durch die Diskussion in der Forschungsgruppe fand auch eine Forschertriangulation im Sinne eines Miteinbezugs weiterer Mitarbeiter in den Interpretationsprozess während der Datenauswertung statt, der die subjektive Sichtweise der Hauptkodiererin soweit möglich begrenzen konnte. Der ständige Austausch mit der Forschungsgruppe diente als Validitätskriterium („Forschertriangulation“), kann aber auch als Beitrag zur Reliabilitätssicherung angesehen werden (im Sinne der Genauigkeit der Messung und der systematischen Zuordnung von Werten im Verlauf der Textanalyse). Die Theorie- und Methodentriangulation wurden in der Beschreibung der Vorgehensweise (Kapitel 2.5) bereits ausführlich erläutert.

Mit weiteren vom Projekt unabhängigen Klinikern und Forschern<sup>8</sup> wurde das Peer-Debriefing (Lamnek, 2005, S. 161) zu unterschiedlichen Zeitpunkten der Analyse (z.B. beim Benennen der Hilfsfaktorengruppen) durchgeführt. Das Peer-Debriefing sichert durch den Miteinbezug nicht an der Forschung beteiligter Fachleute (andere Forscher, klinisch arbeitende Ärzte und Psychologen) ebenfalls die Validität der Studie und kann im Sinne der Triangulation nach Mayring (2005) verstanden werden.

### **2.6.3 Statistische Reliabilitätsprüfung**

Zum Thema Reliabilitätsprüfung in der qualitativen Inhaltsanalyse gibt es noch keinen eindeutigen Standard, die unterschiedliche Art und Durchführungsweise der qualitativen Projekte macht einen solchen auch problematisch. In der Literatur werden einige Modelle diskutiert (Krippendorf, 2004a, 2004b; Mayring, 2005, S. 12f.), wir entschieden uns zu einer formalen Reliabilitätsprüfung (z.B. Gläser-Zikuda, 2005, S. 79) der Hilfsfaktoren (alle 70 textnahen Hilfsfaktor-Kodes) mit 10% des Datenmaterials (7 Texte) unter Verwendung des bisher als Standard angewandten Reliabilitätsindex Cohens Kappa. Folgende Texte wurden ausgewählt: Barbara-1, Lena-Marie-1, Lena-Marie-2, Anton-2, Karin-1, Karin-2, Berta-1. Die sieben Texte umfassten 95 DIN-A4 Seiten (Formatierung in Times New Roman, 12 Punkt).

---

<sup>8</sup> Dr. med. Ellen Kammerer (Oberärztin der Tagesklinik, Psychoanalytikerin) und Prof. Dr. Franziska Lamott (Soziologin und Forschungsmitarbeiterin, Gruppenanalytikerin)

Die Reliabilitätsprüfung des Codesystems wurde im September 2006 mit einem Kollegen, Dipl. Psych. Steffen Walter, aus der Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie durchgeführt. Sein Forschungsschwerpunkt in der von uns unabhängig forschenden Sektion für Informatik in der Psychotherapie war zu diesem Zeitpunkt die quantitative Textanalyse mit einem gänzlich anderen Analyseschwerpunkt als unserem. Er war bis zu diesem Zeitpunkt nicht in unser Forschungsprojekt involviert und somit nicht an der Entwicklung des Codesystems beteiligt. Die Reliabilitätsprüfung mit einem bis dato unbeteiligten Forscher hat den Vorteil einer valideren Reliabilitätsmessung: Jemand, der selbst in direkter (als Kodierer) oder indirekter Weise (als beratende Person der Forschungsgruppe) die Kategorien mitentwickelte, wird nicht objektiv die Reliabilität eines Systems nachweisen können. Der Sinn der Reliabilitätsprüfung in einem textanalytischen Projekt ist es zu zeigen, dass auch ein zweiter Kodierer, unabhängig vom einem ersten, spezifische Textstellen denselben Codes zuordnet.

Im vorliegenden kodierten Material der Hauptkodiererin (Kathrin Mörtl) wurden insgesamt 146 hilfreiche Faktoren zugeordnet. Diese 146 Textstellen aus sieben Texten wurden für den zweiten Kodierer (Steffen Walter) durch Unterstreichungen gekennzeichnet. Neben den Hervorhebungen der zu kodierenden Textstellen war das ihm vorgelegte Textmaterial nicht bearbeitet. Er sollte sich die gesamten Texte durchlesen und dann anhand des ihm vorliegenden Codesystems (am Stand 28.09.2006) den markierten Textstellen Codes zuordnen. Dabei war es ihm freigestellt ob er eine Textstelle mit einem, zwei oder drei Codes versieht, er wurde aber darauf hingewiesen, dass er sich auf maximal drei Codes beschränken sollte. Dieser Hinweis war wichtig, um den zweiten Rater dazu zu motivieren so exakt wie möglich zu raten und zu einer Textstelle nicht etwa sechs unterschiedliche und „in etwa passende“ Codes zu vergeben. Dem Interrating ging ein zweiwöchiges Ratertraining voraus, das den zweiten Rater in das bestehende Codesystem einführten. Anhand eines Textes (der später nicht in das Interrating einging) wurde ihm die Fragestellung der Forschung erklärt, der Fokus des Ratertrainings bildete die Einführung in das Codesystem und die Vorgehensweise bei der Kodierung. Hierzu wurde ein Kodierbuch erstellt, dessen Anleitungen im Folgenden zusammenfassend dargestellt werden.

Der gesamte Interviewtext wurde in Textsegmente eingeteilt, wobei ein Textsegment jeweils eine schwierige Situation wiedergab, die ein Patient beschrieben hatte. Diese Einteilung der Textsegmente war für den Interrater zum Verständnis der

Auswertungsstrategie wichtig, die Segmente wurden dem Interrater-Material aber nicht beigefügt. Jedes Textsegment, also jede problematische Situation *musste* folgende Codes beinhalten:

- einen Ort,
- mindestens eine Bezugspersonen,
- ein Topic und
- eine Assimilationsstufe.

Jede Situation *konnte* folgende Codes beinhalten:

- Hilfsfaktoren, auch mehrere pro Situation
- Ankerpunkte, die Verlinkungen zu anderen Textstellen, Codes oder Memos herstellen

Tabelle 11: Textbeispiel zur Rahmenkodierung einer problematischen Situation in der Tagesklinik (TK), mit zugeordneten Hilfreichen Faktoren (HF); Interviewerin (I), Patient (P)

<p><b>Anton-2</b> (Z 363ff) Ort: TK Thema: Widerstand Person/en: Patientengruppe Assimilation: Stufe 2 – Vages Bewusstsein</p> <p>P: Ja, also schwer in der Tagesklinik würde ich so nicht sagen, es gibt schon, ja ich sage mal <u>hauptsächlich in der Gruppe äh schon Dinge, die einen aufwühlen und über die man dann auch eine Zeitlang nachdenkt und aber das ist in dem Moment eigentlich nicht unbedingt negativ weil, weil man kann sich ja dann mit seiner eigenen Situation vergleichen</u> (→ <b>HF 1 „Sich mit anderen vergleichen“</b>) und ja es gibt dann, ja wie soll ich sagen, also ich habe es jetzt nicht als negativ empfunden.</p> <p>I: Ja.</p> <p>P: Als negativ empfinde ich andere Dinge gerade zu Hause.</p> <p>I: Ja.</p> <p>P: Wenn ich einfach passen muss, ja, weil, weil gewisse Dinge nicht gehen und...ja und ja, das ist eigentlich ein gewisser Druck, der auf mir lastet aber hier, so, könnte ich eigentlich nicht sagen.</p> <p>I: Sind Sie hier je mit jemandem aneinander geraten, oder hat es da, wenn Sie mir erzählen was so schwierig ist zu Hause, dieses sich Aufregen und sich nicht mehr so aufregen sondern eher Ruhe bewahren und das dann ein bisschen weiter wegschieben von sich, hat es dass in der Tagesklinik auch gegeben mit Patienten oder mit Therapeuten oder vielleicht hat es das da nicht gegeben.</p> <p>P: Eigentlich nicht weil wenn in der Gruppe was war, da hat man ziemlich offen miteinander geredet und ja man war dann manchmal schon, sagen wir irgendwie deutlich, aber das ist irgendwie meine Art und da kann ich über meinen Schatten leider nicht springen und <u>ich sage halt immer, dass was ich denke, aber das war zum Glück in der Gruppe eigentlich normal auch für die anderen, dass man so gab es eigentlich bisher keine Probleme</u> (→ <b>HF 2 „Die anderen halten meine Probleme aus“</b>).</p> <p>I: Also Sie sagen, Sie haben es da schon gesagt, zwar ein bisschen aggressiv aber es war trotzdem äh, ja für die Gruppe in einem normalen und guten Bereich auch wenn Sie aggressiv waren.</p> <p>P: Ja, so habe ich es jedenfalls empfunden.</p>
---

Der Ort, die Person/en, das Topic und die Assimilationsstufe wurden über die gesamte Situation kodiert. (siehe in Tabelle 11 „TK“, „Patientengruppe“, „Widerstand“, „Assim 2“). Diese Rahmenkodierungen waren nicht Bestandteil des Interratings. Da wir unsere begrenzten personellen Möglichkeiten zum Interrating gut einsetzen mussten, verzichteten wir auf eine statistische Reliabilitätsprüfung im Bereich dieser Rahmenkategorien. Der für uns inhaltlich zu überprüfende Teil des Codesystems bezog sich auf die hilfreichen Faktoren. Hier war es sinnvoll und notwendig, ein Interrating durchzuführen, um sicher zu stellen, dass die Benennung der Codes eindeutig und verständlich und die Zuordnung der Codes zu den Texten mithilfe der Kodierregeln wiederholbar waren. Die hilfreichen Faktoren (in Tabelle 11: HF 1 „Sich mit anderen vergleichen“, HF 2 „Die anderen halten meine Probleme aus“) wurden direkt an die betreffende (und unterstrichenen) Textstelle kodiert. Die hilfreichen Faktoren bildeten somit den Fokus des Interratings: Der Interrater erhielt den gesamten Interviewtext, in dem die zu kodierenden Textstellen unterstrichen waren. An unklaren Stellen, oder wo der Interrater bemerkte, dass eine bestimmte Zuordnung eines hilfreichen Faktors unsicher getroffen wurde, wurde eine Erklärung im Bereich der Quotation-Memos (Atlas.ti Beschreibung für „Notizen“) vorgenommen. Diese Memos wurden in eine weitere Version des Kodierhandbuchs aufgenommen und zur Weiterentwicklung des Codesystems verwandt.

Die Rückmeldung des zweiten Kodierers zu den Unklarheiten war bereits ein erstes wichtiges Ergebnis des Interratings. Mithilfe des bis dato unbeteiligten Kodierers konnte das Codesystems auf Unklarheiten und Fehler überprüft werden. Innerhalb der Forschungsgruppe wurden solche Verbesserungen im Vorfeld ebenfalls vorgenommen, jedoch war der Blick durch den außenstehenden Dritten ein wichtiges Korrektiv und somit Teilziel der Objektivierungsstrategie durch das Interrating. Während des Interratings wurden aufgrund der Feedbacks des Interraters folgende Modifikationen am Codesystem vorgenommen:

- Umbenennung von unklar formulierten Kode-Namen
- Zusammenlegung von Codes, deren Verschiedenheit zu unspezifisch war
- Änderung der Formulierung von Kodierregeln, die nicht klar verständlich waren
- Hinzufügen von besseren Ankerbeispielen im Kodierbuch

Durch diese Modifikationen am Codesystem wurde das Interrating Teil der Kategorienentwicklung, die Reliabilitätsprüfung vollzog sich also nicht an dem End-Codesystem. Die nachfolgend präsentierten Zahlenwerte (Tabelle 12) wurden auf Grundlage des Codesystems vom 28. September 2006 errechnet. Alle sieben Texte wurden mit dem gleichen noch unveränderten Codesystem vom zweiten Kodierer geratet, die Modifikationen wurden erst nach dem Rating vorgenommen. Die Struktur des Codesystems blieb bestehen, es änderte sich durch die Reliabilitätsprüfung nicht, jedoch wurden wie oben beschrieben einige Codes umbenannt oder zusammengefügt. Damit wurde die Qualität der Auswertung gesichert, was gleichzeitig neben der Reliabilitäts- auch eine Validitätssicherung der Analyse darstellt.

Nach dem Ratertraining des Kodierers, erlangten wir eine Interkoderreliabilität (SPSS Macro für Cohens Kappa bei nicht quadratischen Variablen, Nichols, 1997, siehe Anhang G) von insgesamt  $Kappa=0.68$ , die für qualitative Projekte eine gute Reliabilität darstellt. In Tabelle 12 sind schrittweise die Kappa-Werte zu jedem einzeln kodierten Text dargestellt.

Tabelle 12: Auflistung der doppelt kodierten Texte des Interratings und deren Kappa-Werte; die Zahl nach dem Namen zeigt an um das wievielte Interview es sich handelt.

<b>Text</b>	<b>Datum des Ratings</b>	<b>Cohens Kappa</b>
Lena-Marie-2	29.09.2006	0.55
Barbara-1	06.10.2006	0.31
Anton-2	09.10.2006	0.51
Karin-2	11.10.2006	0.66
Lena-Marie-1	11.10.2006	0.50
Berta-1	11.10.2006	1.00
Karin-1	12.10.2006	0.87
<b>Gesamt</b>		<b>0.68</b>

Kritisch ist anzumerken, dass jedes Interrating bei genügend langer Einschulung des zweiten Kodierers gut ausfallen muss. Hat man einen Kodierer einmal soweit in sein eigenes System eingeführt, dass er selbst darin Experte wird, entspricht dies nicht mehr einem unabhängigen Blick von außen, sondern einem zweiten abhängigen Blick, der keine Objektivierung im eigentlichen Sinne mehr vollbringt. Die Einschulungen müssen also in bedingtem Maße erfolgen, sodass der Rater das Konzept versteht, die Kategorien abgrenzen kann, aber nicht darin „getrimmt“ wurde.

### **3. ERGEBNISSE**

Die Analyse von 69 Interviews, die transkribiert etwa 800 DIN-A4 Seiten umfassten, ergaben 308 kodierte Problemsituationen. In den jeweiligen Textabschnitten konnten keiner, einer oder mehrere Hilfsfaktoren kodiert werden, Mehrfachnennungen desselben Faktors innerhalb eines Textausschnittes wurden nicht doppelt gezählt. Außerhalb der markierten Problemsituationen kam es vor, dass Patienten andere wichtige und hilfreiche Faktoren nannten, die nicht mit einem Problem verknüpft waren (also keine Rahmenkodierung vorwiesen), die wir als „freie hilfreiche Faktoren“ fassten. Diese freien hilfreichen Faktoren nahmen in den 3. Interviews (3 Monate nach Entlassung) einen besonderen Stellenwert ein: Dort nämlich gab es keine „Rahmenkodierungen“ mehr. Die Patienten wurden im 3. Interview retrospektiv zu den Problemsituationen (Kärtchen) der ersten beiden Interviews befragt. Neue Situationen (mit neuen Rahmenkodierungen) entstanden hier nicht mehr. Insgesamt wurden 799 Faktornennungen über alle 69 Interviews (drei Erhebungszeitpunkte) gefunden.

#### **3.1 Rahmenkodierungen**

##### **3.1.1 Räumliches Setting**

Das räumliche Setting (Tagesklinik oder zu Hause) war eine Rahmenkodierung, die bereits durch die Interviewführung generiert wurde. Insgesamt ließen sich 135 problematische Situationen in der Tagesklinik und 173 problematische Situation zu Hause ermitteln. Die ungefähre Gleichverteilung von problematischen Situationen in den beiden Settings zeigt, dass die Patienten in der tagesklinischen Behandlung innerhalb und außerhalb der Klinik „aktiv“ sind, also mit Problemen bewusst in Kontakt kommen, was sich vermutlich auch in der Therapie niederschlägt. Natürlich muss an dieser Stelle gesagt sein, dass die Ausgeglichenheit der Häufigkeiten beider Settings auch durch den Interviewstil generiert hätte werden können. Die Interviewerinnen fragten konkret nach Problemen in beiden räumlichen Settings, wenn ein Patient nur von Problemen zu Hause sprach, wurde auch nachgefragt, ob es weitere Probleme in der Tagesklinik gäbe. Trotz dieses Einflusses der Interviewerinnen gab es zwei Patienten, die ausschließlich Situationen eines Settings beschrieben: Anton (im 1. Gespräch), wie auch Gelli (im 2. Gespräch) erzählten in ihren Interviews von 3 problematischen Situationen zu Hause (keine TK Situationen). In diesen beiden Einzelfällen könnte dieser Befund weitere Informationen zu dem therapeutischen Prozess liefern (wie etwa: Warum und wie erlebten die beiden Patienten den problem-losen

tagesklinischen Raum). In der später dargestellten Teilstudie (Kapitel 3.6) zur „Funktion des tagesklinischen Settings“ stellen wir weitere detaillierte Ergebnisse hierzu vor.

### 3.1.2 Involvierte Personen

Die Situationen waren dadurch gekennzeichnet, ob der Patient sich alleine mit einem Problem konfrontiert sah (z.B. Schwierigkeit im Umgang mit dem Körper), oder ob noch andere Personen daran beteiligt waren (z.B. Essenssituation zu Hause mit der Familie, die Schweigesituation in der Gruppe). Die in der Analyse herausgearbeiteten Personen wurden zu 20 Gruppen zusammengefügt und sind in Abbildung 8 mit deren Häufigkeiten über die gesamten 69 Texte dargestellt. Abbildung 8 zeigt ein ATLAS.ti „Network“ – dies sind mithilfe des Computerprogramms erstellte grafische Netzwerke, die die Verbindung einzelner Kodierungen (Kodes) zeigen. In der Mitte unten ist die Kode-Familie (CF) erkennbar, also die Gruppierung der einzelnen Personen-Kodes.

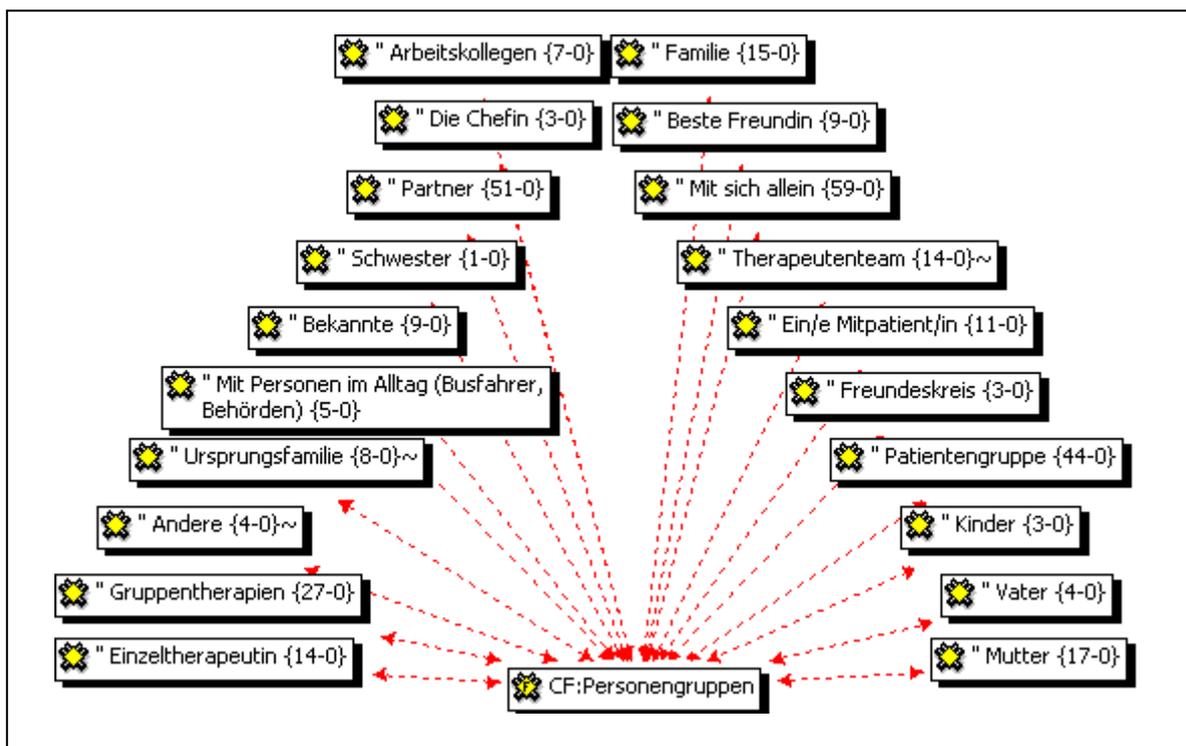


Abbildung 8: Abbildung der Code-Familie (CF) Personengruppen und deren zugeordneten Kodierungen mit absoluten Häufigkeiten über die gesamten 69 Texte

Die von uns interviewten 25% der Tagesklinikpatienten (pro Jahr) schilderten uns vor allem Probleme, die sie mit sich selbst austragen (59 Nennungen „Mit sich alleine“). Betrachtet man alle Kategorien von beteiligten Personen innerhalb der Tagesklinik (Patientengruppe, ein Mitpatient, Therapeutenteam, Einzeltherapeut, in Gruppentherapien) so kommt man auf eine absolute Häufigkeit von 110 Nennungen (35% aller Nennungen).

Dieses Maximum der Verteilung von erzählten „Problempartnern“ als Personen aus der Tagesklinik zeigt, dass die Tagesklinik mit ihren therapeutischen „Protagonisten“ einen Großteil der aktuell vorliegenden Problemfelder beinhaltet. Anders gesagt ist dies ein Hinweis auf die „Reinszenierungstätigkeit“ der Patienten, die ihre aktuellen Konflikte im Alltag zu Hause im tagesklinischen Kontext reinszenieren (Zeeck et al., 2003).

### 3.1.3 Problemsituationen

Es fanden sich viele unterschiedliche Problemsituationen über 308 kodierte Problemnarrative, sodass eine weitere Strukturierung und Einteilung notwendig war. Es zeigte sich, dass sich die Themen mithilfe der Konzeptualisierung der Konflikte der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (Arbeitskreis-OPD, 1996) gut ordnen ließen. Wir nahmen diese Zuordnung im Rahmen des Axialen Kodierens vor. Die aus der OPD übernommenen Themen-Kodes umfassten folgende Konfliktbereiche: Abhängigkeit/Autonomie, Egoistische/Prosoziale Tendenzen, Unterwerfung/Kontrolle, Selbstwert/Objektwert, Versorgung/Autarkie, Identität/Dissonanz und Ödipale Konflikte. Zwei aus dem Text stammende Themenbereiche ließen sich jedoch nicht den OPD-Konflikten zuordnen und bildeten daher eigenständige induktiv erschlossene Themen-Kodes: „Widerstand“ – bezogen auf Schwierigkeiten der Patienten sich auf den Therapieprozess einzulassen - und „Symptomebene“. Innerhalb des Abhängigkeits- Autonomiekonflikts bildeten wir die Untergruppe „Trennung/Ablösung“, die vor allem die Thematiken unserer jüngeren Studienteilnehmer (Individuationsphase) abbildete. Somit wurden die Problemthemen zuerst induktiv erschlossen, mithilfe des OPD-Konzeptes theoretisch strukturiert und wiederum induktiv ergänzt und modifiziert (siehe Abbildung 9).

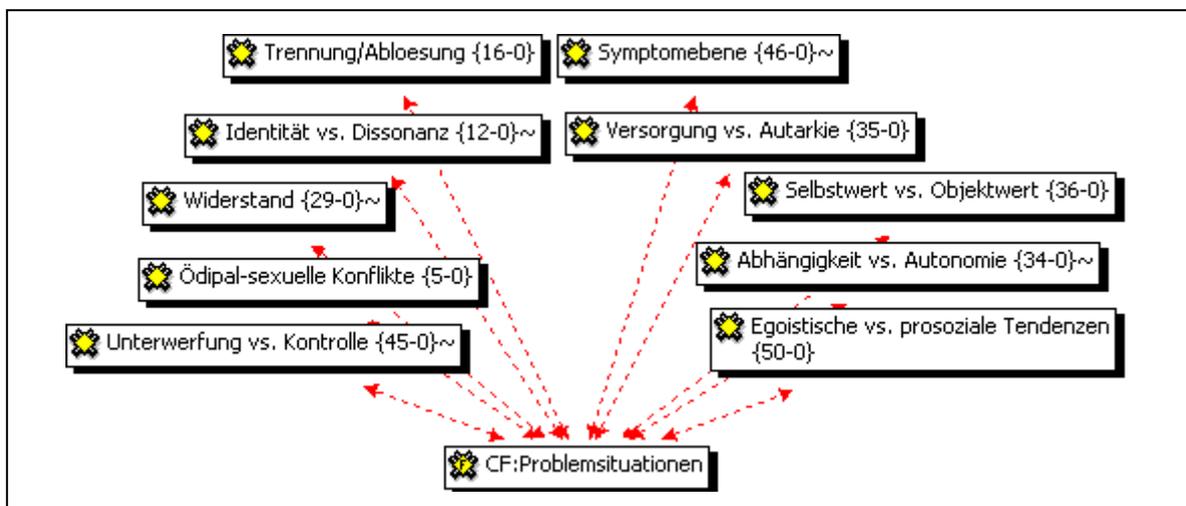


Abbildung 9: Abbildung der Code-Familie (CF) Problemsituationen und deren zugeordneten Kodierungen mit absoluten Häufigkeiten über die gesamten 69 Texte

Für die Zuordnung der Textstellen nach den Konfliktbereichen wurde die Anleitung zur Kategorisierung nach OPD (1996, S. 123 ff) verwendet. An dieser Stelle ist zu bemerken, dass das Konfliktmodell der OPD zwar zur Kategorisierung der im Textmaterial gefundenen Problemsituationen herangezogen wurde, es sich in unserer Analyse aber nicht um eine diagnostische Einschätzung der unbewussten Konflikte des jeweiligen Patienten handelte. Die Einteilung der Konflikte nach OPD hat das Ziel *einen* beim Patienten zurzeit vorrangig präsenten Konflikt zu benennen. Zur Diagnostik dieses Konfliktes werden neben inhaltlich im Gespräch erfassten auch nonverbale Informationen hinzugezogen (unter Miteinbezug von Übertragung und Gegenübertragung). Um die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik durchzuführen, ist ein Training notwendig. Unsere Anwendung der OPD Kategorien hatte jedoch das Ziel unterschiedliche Konfliktbereiche (und nicht unbewusste Konflikte) im transkribierten Textmaterial zu erfassen; in einem Interview wurde daher nicht nur *ein* vorrangiger Konfliktbereich, sondern mehrere kodiert. Das Konfliktkonzept der OPD wurde als sinnvolle Einteilung zwischenmenschlicher Problem- bzw. Konfliktbereiche eingesetzt und durch eine Kodierung auf Mikroebene am Textmaterial angewandt. Hierzu wurden nur die inhaltlichen Aspekte miteinbezogen, Übertragungs- und Gegenübertragungsinformationen konnten nicht kodiert werden. Somit unterscheidet sich unsere textanalytische Anwendung des OPD-Konzeptes klar von der praktischen Anwendung der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik.

#### **3.1.4 Die Stufen des Veränderungsprozesses**

Die zweite Konzeptualisierung der Rahmenkategorien, die sich im Zuge des Axialen Kodierens an ein bereits in der Literatur beschriebenes Konzept anlehnte, war die APES (Assimilation of Problematic Experiences Scale nach Stiles et al., 1990; Stiles 2006).

Die in den Narrativen geschilderten Probleme unterschieden sich sowohl innerhalb eines Interviews eines Patienten als auch unter den verschiedenen Texten im Umgang mit dem Problem. Manche Situationen waren dadurch geprägt, dass die Patienten gerade dabei waren zu erkennen, dass sie ein Problem hatten. Es gab andere Probleme, bei denen sie bereits Problemlösestrategien angewandt hatten. Nach eingehender Literaturrecherche fanden wir unterschiedliche Modelle (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992; Meier & Boivin zitiert nach Meier, 2002), die uns bei der Einstufung dieses Phänomens helfen konnten. Wir entschieden uns für die APES (Assimilation of Problematic Experiences Scale, Stiles et al., 1990; Stiles 2006), einer achtstufigen Einteilung des

Veränderungsprozesses in folgende Kategorien: Abwehr (Stufe 0), Unerwünschte Gedanken (Stufe 1), Vages Bewusstsein (Stufe 2), Problemerkklärung (Stufe 3), Einsicht (Stufe 4), Durcharbeiten (Stufe 5), Problemlösung (Stufe 6), Problembewältigung (Stufe 7). Die Abwehr (Stufe 0) kam in den 26 Interviews und insgesamt 308 Problemsituationen nicht vor. Da sich unsere Interviewinstruktion auf eine aktuelle (und bewusste) Problemsituation bezog, wurden Probleme, die noch abgewehrt wurden, nicht erfasst. Die Stufen nach Stiles waren ursprünglich auf Aussagen und Gespräche im Therapieverlauf konzeptualisiert. Eine Änderung der Assimilationsstufen geht mit einer Veränderung im Therapieprozess einher. In unserem Forschungsgespräch gab es keinen Therapieprozess, die Problemnarrative der Patienten spiegelten aber Merkmale der unterschiedlichen Stufen in der APES. So war es möglich die aktuellen Aussagen des Patienten über die gesammelten problematischen Situationen, den Stufen zuzuordnen.

Im Text zeigten sich die unterschiedlichen Stufen des Veränderungsprozesses bereits vor der Entscheidung zur Anwendung der APES, diese wurde erst in der zweiten Analysephase (vgl. Methodenkapitel 2.5.3) als theoretische Strukturierungshilfe verwendet und, genauso wie die OPD Konfliktachse, nicht von vorneherein deduktiv festgelegt. Eine deskriptive Darstellung der Häufigkeiten pro Assimilationsstufe findet sich in Abbildung 10.

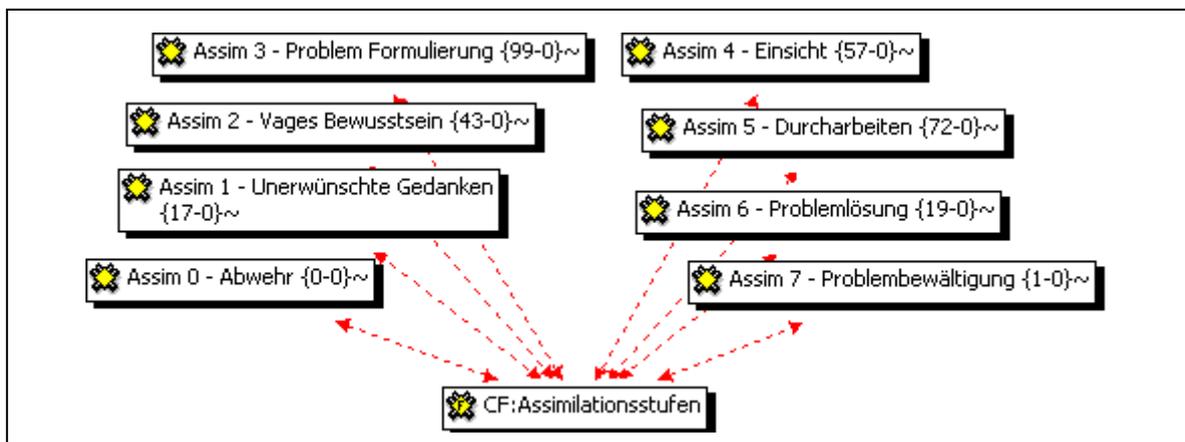


Abbildung 10: Abbildung der Code-Familie (CF) Assimilationsstufen (Assim) und deren zugeordneten Kodierungen mit absoluten Häufigkeiten über die gesamten 69 Texte.

### 3.2 Hilfreiche Faktoren

Den Schwerpunkt der Textanalyse bildete die Identifikation von hilfreichen Faktoren. Wir definierten diese Faktoren als „Ereignisse oder Erfahrungen, die den Umgang des Patienten mit einem bestimmten Problem verbesserten“. Dies konnte im vorliegenden Material daran

erkannt werden, dass der Patient etwas als hilfreich beschrieb, oder es aus der Erzähldynamik der spezifischen problematischen Situation als hilfreich abgeleitet werden konnte. Hierzu ein Beispiel: Es handelte sich um die Patientin Beate (23 Jahre alt, 1. Interview), die im Vorfeld über eine problematische Situation zu Hause mit ihrer Mutter sprach, die dem Thema „Unterwerfung vs. Kontrolle“ zugeordnet wurde. Anschließend schildert Beate eine weitere Situation, die sie als ähnlich schildert und die in Hinblick auf die Hilfsfaktorenuordnung präsentiert wird (Tabelle 13):

Tabelle 13: Auszug aus einem Problemnarrativ; Interviewerin (I), Patientin (P), Hilfsfaktor (HF)

<p><b>Beate-1</b> (Z 236ff)  Ort: Tagesklinik  Thema: Unterwerfung vs. Kontrolle  Person/en: Patientengruppe  Assimilation: Stufe 5 - Anwendung/Durcharbeiten</p> <p>I: Und wenn Sie jetzt so schauen, einmal in die Tagesklinik.  P: Dort hat es auch so Situationen gegeben, also das ist hauptsächlich mein Thema und hier ist es ja, ist es genauso, genauso die Konflikte wie daheim. Also ich kann mich erinnern, <u>ich war eine Woche da und dann kamen neue Patienten und da ist halt auch eine, die erinnert mich unheimlich an meine Mutter, auch so, ich will jetzt mal sagen ein bisschen dominant und schnell und, ja und natürlich, mit der bin ich natürlich auch aneinandergeraten.</u> (→HF 1)  I: Mmh.  P: Die hat halt äh, die hat gesagt, sie war sich halt nicht sicher ob sie hier richtig ist und hat dann auch vieles so abgewertet und mir hat das ja auch wirklich gut getan hier. Und es war wirklich wie damals meine Mutter „brauchst du das überhaupt?“ und ich kann mich da noch erinnern, <u>das haben wir dann wirklich in der Gruppentherapie angesprochen und ja, also das lief total aus dem Ruder das war furchtbar, gegenseitige Vorwürfe, also praktisch zwei Lager und jeder hat sich praktisch die Vorwürfe gemacht, ein Mann ist so außerhalb gehockt und der hat dann gar nichts dazu mehr gesagt und ich habe dann auch geheult und nachher also ich habe sowohl bei ihr was ausgelöst als auch bei uns (→HF 2) wir haben dann nachher einfach auch in kleineren Gruppen dann miteinander gesprochen und sie hat erzählt, wie sie sich fühlt und gefühlt hat und was sie so bewegt und sie hat aber auch zugehört wie es uns geht und das war auch neu und wir haben das einfach miteinander ausdiskutiert auch und wir haben auch nachher haben wir uns in die Arme genommen und seitdem läuft es hier einfach.</u> (→HF 3) Also es war wirklich dieses, ganz neu, dass auch wirklich mal jemand Verständnis hat und von seiner vorgefassten Meinung weggeht. (→HF 4) Das war daheim bis jetzt noch nie und da habe ich dann halt auch wirklich gesehen, man kann auch Konflikte ruhig lösen.</p>
---

In diesem Ausschnitt wurden unterschiedliche hilfreiche Faktoren (unterstrichener Text in Tabelle 13) in dichter Abfolge kodiert. Anhand dieses Beispiels soll die Definition von „hilfreicher Faktor“ veranschaulicht werden und zeigen, dass ein solcher Faktor oft nur ein Glied einer Kette von hilfreichen Ereignissen/Erfahrungen darstellt. Der erste Aspekt (HF 1 in Tabelle 13), der die Veränderung in dieser Situation anstieß war, dass Beate die Beziehungskonstruktion mit der neu angekommenen Patientin mit der ihrer Mutter zu Hause vergleicht. Hier wurde der Code „Vergleich der Beziehung in der Tagesklinik mit denen zu Hause“ zugeordnet. Dieser Faktor half dabei die Situation zu reflektieren, zu vergleichen und zu bearbeiten. Der aktuelle Konflikt wurde im Anschluss in der Gruppe

weiter durchgearbeitet, den hier aktivierten Faktor (HF 2) fassten wir im Kode „Tagesklinik bietet Erlebens- & Übungsraum“ zusammen. Der nächste Faktor in der hilfreichen Ereigniskette (HF 3) fand außerhalb der Gruppentherapiesitzung statt, nämlich anschließend in „kleineren Gruppen“ („Informelle Gespräche im therapeutischen Alltag“). Als letzten Faktor (HF 4) schilderte die Patientin einen Aspekt, den wir in unserem Kode „Verständnis der anderen“ aufgriffen.

Nicht immer waren die Textstellen und die darin enthaltenen hilfreichen Faktoren in so klarer Abfolge dargestellt. In der Erzählung der Patienten fanden sich oft dichte Episoden, die mehrere hilfreiche Faktoren in einem Satz beschrieben. Eine Textstelle konnte also auch zu mehreren hilfreichen Faktoren zugeordnet werden, hierzu wurden Quotation-Memos verfasst, die eine Begründung für die Doppel- oder Dreifachkodierung gaben. Im folgenden ein Beispiel (Tabelle 14):

Tabelle 14: Auszug aus einem Problemnarrativ; Interviewerin (I), Patientin (P), Hilfsfaktor (HF)

<p><b>Lena-Marie-2</b> (Z 120ff)  Ort: TK  Thema: Versorgung vs. Autarkie  Person/en: Patientengruppe  Assimilation: Stufe 6 - Problemlösung</p> <p>P: <u>Und es ist auch gut finde ich, dass ich auch mit einer Gruppe etwas miteinander machen kann. Also das hat mit gefehlt und es hat mir noch mal gezeigt, dass, dass es wichtig ist, sich ein Netzwerk zu schaffen, von Freunden, Bekannten was auch immer um nicht mehr so tief in das Loch zu fallen wie vorher. (→ HF 1) Also, dass ich weiß, dass Menschen da sind, die mich verstehen, das ist sehr wichtig auch, also die das gleiche haben oder hatten, die mich verstehen und die auch da sind und nicht unbedingt möchten, dass ich sonst noch was mache für Dummheiten. (→ HF2 und HF 3). Auch zum Thema, die Kunsttherapie äh war sehr hilfreich bei mir, die werde ich auch ambulant weiter machen, weil ich da wirklich, ja, wie soll ich sagen, diesen Draht zur Kunst wieder entdeckt habe, was ich schon länger nicht mehr hatte und das entspannt mich sehr sehr gut und ich mache das auch sehr gern, sodass ich gucke, dass ich das auch für mich weitermache dann daheim. Ja. (→ HF 1 und HF 4)</u></p>
--

Dieser Ausschnitt des Interviews mit Lena-Marie zeigt, dass der gesamte Absatz markiert wurde. Am Anfang schilderte sie, dass sie durch die Gruppe dazu angestoßen wurde sich wieder ein besseres soziales Netzwerk zu Hause zu schaffen (HF 1 „Ressourcen/Interessen wieder/entdecken“ in Tabelle 14). Im weiteren Verlauf ihrer Auflistung beschrieb Lena-Marie jene Attributionen der Patientengruppe, die ihr geholfen hatten. Hierbei konnten gleich zwei Codes vergeben werden: „Verständnis der anderen“ (HF 2) und „Fürsorge in der Gruppe erfahren“ (HF 3). Am Ende dieser Schilderung war es der Patientin noch wichtig die Kunsttherapie zu erwähnen: In der Kunsttherapie fühlte sie sich verbunden,

konnte sich entspannen (HF 4 „Selbsterkenntnis/Katalysator durch künstlerischen Ausdruck/Rollenspiel“) und gleichzeitig bedeutete die Beschäftigung mit sich in Form des künstlerischen Ausdrucks für sie eine neue Ressource (HF 1 „Ressourcen/Interessen wieder/entdecken“)

Innerhalb einer problematischen Situation konnte es also vorkommen, dass mehrere hilfreiche Faktoren zu einer Textstelle zugeordnet wurden, es konnte auch auftreten, dass ein hilfreicher Faktor (HF 1 im oben dargestellten Beispiel) mehrmals in einer problematischen Situation vorkam – diese Doppelnennung ging aber nicht in die Auswertung mit ein. Wenn zum Beispiel eine Patientin zu einer Problematik immer wieder die vertrauensvolle Beziehung zum Einzeltherapeuten als hilfreich schilderte, dann wurde der Kode „Sich beim Einzeltherapeuten öffnen/sprechen/entwickeln können“ nur einmal vergeben. Wenn die gleiche Patientin später über eine andere Problematik berichtete, konnte der Kode „Sich beim Einzeltherapeuten öffnen/sprechen/entwickeln können“ wieder vergeben werden. So war es möglich, dass innerhalb eines Interviews ein hilfreicher Faktor öfters kodiert wurde, aber nur dann wenn er sich auf unterschiedliche Problemsituationen bezog (also innerhalb unterschiedlicher, voneinander getrennt kodierter Problemgeschichten und Rahmenkodierungen).

Unser Codesystem umfasste nach mehrfachen Schritten der Zusammenfassung und Rekodierung insgesamt 70 unterschiedliche hilfreiche Faktoren. Diese 70 Kodes wurden insgesamt mit 799 Textstellen verknüpft. Innerhalb der Interviews mit den 26 Patienten konnten wir also 799 Nennungen von für sie hilfreichen Faktoren ausmachen. Die 70 hilfreichen Faktoren konnten wir zu acht Faktorengruppen zusammenfassen, welche in Abbildung 11 mit ihren Häufigkeiten über die gesamten Interviews (t1, t2 und t3; 69 Interviews) dargestellt sind. Für eine detaillierte Auflistung der Häufigkeiten der Faktorengruppen pro Interview siehe Anhang H. Der für die Ordnung des Codesystems notwendige Abstraktionsschritt zu Hauptkategorien (Faktorengruppen) führte weg von einem textnahen und von den Patienten formulierten Verständnis über hilfreiche Ereignisse/Erfahrungen, war aber in Anbetracht der Anzahl der Faktoren und Interviews nicht zu vermeiden, im Zuge der Theoriebildung sogar notwendig. Die Einteilung der Faktorengruppen erfolgte in Diskussion sowohl mit am Projekt beteiligten als auch mit bis dato unbeteiligten Forschern und Klinikern.

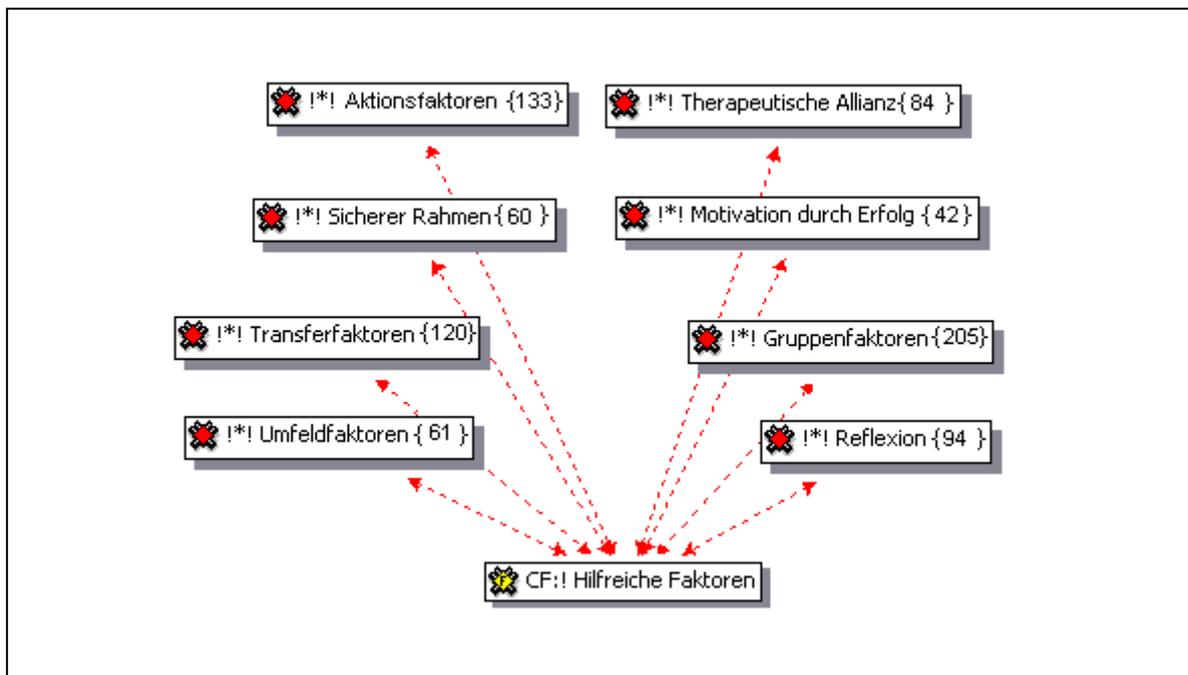


Abbildung 11: Auflistung der Code-Familie (CF) Hilfreiche Faktoren (in Klammern sind die absoluten Häufigkeiten der dazu verknüpften Textstellen dargestellt)

Im Folgenden werden die acht Faktorengruppen, gereiht nach Häufigkeit der Erwähnungen im Textmaterial, näher dargestellt. Dabei werden alle darin enthaltenen hilfreichen Faktoren mit deren Häufigkeiten abgebildet und mit Textbeispielen beschrieben. Aufgrund der enormen Menge an Textbeispielen (bei 799 Quotations von hilfreichen Faktoren) werden stellvertretend nur einige Ankerbeispiele vorgestellt.

### 3.2.1 Gruppenfaktoren

Kodes: 16  
Quotations: 205

Die Gruppenfaktoren beschrieben hilfreiche Aspekte bezogen auf die Mitpatientengruppe. Sie wurden von allen (zu mindestens zwei Zeitpunkten interviewten) Patienten mindestens zweimal als wichtiger hilfreicher Faktor erwähnt. Insgesamt wurden dieser Hauptkategorie 16 textnahe Kodes zugeordnet, die mit 205 Textstellen verknüpft waren. Betrachtet man diesen hilfreichen Faktor in Zusammenhang mit der Therapeutischen Allianz (die in der Häufigkeitsrangfolge „nur“ auf Platz 5 landet), stellt man fest, dass der Großteil der Patienten, die keine oder wenige (bis zwei) Aspekte der Allianz beschreiben auffällig mehr Nennungen der Wirksamkeit bezogen auf die Patientengruppe aufweisen. Dies könnte bedeuten, dass die Patientengruppe in manchen Fällen die Funktion (Unterstützung, Konfrontation, Feedback, etc.) dieser klassisch der Patient-Therapeut Beziehung

vorbehaltenen Allianz übernahm. Das spiegelte sich auch in der Kodierung „Konfrontation“ wieder, die wir sowohl in der Kategorie Therapeutische Allianz als auch in den Gruppenfaktoren finden.

Tabelle 15: Auflistung der Gruppenfaktoren inklusive Erläuterung und Ankerbeispielen

Kode & Erläuterung	Ankerbeispiele
<p><b>Mit einem Problem nicht der einzige sein, ähnliche Probleme teilen</b></p> <p>Die Tatsache mit seinem Problem nicht alleine zu sein tut gut, der Patient fühlt sich wohl zu wissen, dass es anderen ähnlich ergeht.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● „Also wir hatten jetzt z.B. ein paar Mal Treffen, also ich glaube, insgesamt zwei Gruppentherapie-Einheiten, so ein gemeinsames Problem, was hier entstanden ist, mit allen zusammen, und das hat mir unheimlich gut getan, weil, das gab so eine Dynamik in der Gruppentherapie“</li> <li>● „So und auch die Tatsache, dass man da so viele Gehirne zur Verfügung hat, die alle miteinander vernetzt sind und äh, wo man praktisch deren Rechenleistung gebrauchen kann“</li> </ul>
<p><b>Erfahrungen/Sichtweisen in der Gruppe austauschen</b></p> <p>Patient beschreibt einen Erfahrungsaustausch zwischen sich und mindestens einem anderen. (Achtung, ist nicht gleich wie der Kode „Feedback der Patienten zu einem Verhalten“)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● „Ich bin eher so, dass ich denke, ach, das könnte ich jetzt nutzen, dass ich eben verschiedene Meinungen oder Infos kriege, aus anderen Lebenserfahrungen.“</li> <li>● „Hier gibt’s jemanden, mit dem man sich noch austauschen kann, mit dem man noch sonst reden kann. I: Mh. P: Wenn ich hier bin, gibt’s Leute, mit denen kann man sich austauschen auch über Therapeuten, mit denen kann man sich, eh, über Probleme austauschen.“</li> </ul>
<p><b>Selbstreflexion am Verhalten anderer</b></p> <p>Der Patient kann am Verhalten anderer seine eigenen Anteile erkennen und sie durch diese Distanz besser reflektieren/ bearbeiten.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● „Ja. Weil ja immer auch bei Anderen, egal welches Problem angeschnitten wird, es geht immer wieder um gleiche Gefühle, ja, um Zuneigung oder Wut oder... und da kann man sich selber dann auch reflektieren und sehen, na, da habe ich Probleme damit, mit Selbstbestimmung oder was auch immer. Ja.“</li> <li>● „In so einer Gruppe bin, ah, so wie hier, und, ah, ich erfahre was von den anderen, dann sehe ich, ja das ist ja in mir auch drinnen. I: Aha .P: Dann, dann kann ich das auch spüren.“</li> </ul>
<p><b>Informelle Gespräche außerhalb des therapeutischen Alltags</b></p> <p>Für den Patienten ist die Verbindung zu der Gruppe auch außerhalb der regulären Therapiezeit (abends und am Wochenende wichtig)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● „Naja und ich hab auch eh, ja, ich hab ein bisschen Unterstützung gehabt durch den Stammtisch (der Patienten) und so.“</li> <li>● „Auch der Kontakt danach dann oder so. Weil als man so arg zusammen war, hat man viel telefoniert dann, weil richtige Freundschaften gewachsen sind.“</li> </ul>
<p><b>Konfrontation durch die Gruppenmitglieder</b></p> <p>Der Patient wird von den anderen Patienten z.B. auf ein Verhalten angesprochen, das er selbst noch nicht erkennt</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● „Ja, da, das war ja auch immer ganz gern Thema in der Gruppe, dass ich immer nicht nein sage. Und dass ich immer so auf die anderen mich einstelle. Weil hat ja eigentlich alles hier ein bisschen was geholfen.“</li> <li>● „Manches war hilfreich und manches war, eh, das damit konfrontiert werden, warum bleibst du bei Deinem Mann, immer immer wieder, „warum bist, warum bist Du eigentlich noch bei Deinem Mann“</li> </ul>

<p><b>Feedback/Bestätigung der Patienten zu meinem Verhalten</b></p> <p>Der Patient erhält ein Feedback der Patienten zu seinem Verhalten</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Dass ich schon so jemand bin, der sich zurücknimmt, weil es mir nicht danach ist Gespräche zu suchen. Ja und dann kam aber zurück, dass es gar nicht das es gar nicht richtig aufgefallen war, also dass ich da so sehr zurückhaltend bin.“</li> <li>• „Ich hab zu Ihnen gesagt, also zu Ihnen (Verweis auf Interviewerin), dass ich den Termin am Freitag nicht machen will. Und das fanden meine Mitpatienten gut.“</li> </ul>
<p><b>Fürsorge in der Gruppe erfahren</b></p> <p>Der Patient merkt, dass sich die Mitpatienten um ihn sorgen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „War in Tränen aufgelöst und dann bin ich ja mehrmals raus, war dann in der Küche, und da waren meistens die aus der VT-Gruppe. Und die haben wirklich ich hatte das Gefühl, die verstehen mich, und nur das Dasein, ich hatte das Gefühl, denen ist das irgendwie näher gegangen und die haben sich mit mir unterhalten, dann hat mich eine, dann hat mich die Manuela getröstet, in den Arm genommen, und das war ganz anders.“</li> </ul>
<p><b>Gemeinsam eine Lösung suchen/finden</b></p> <p>Der Patient kann mithilfe anderer, die an einem Lösungsprozess beteiligt sind, besser zum Ziel kommen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Und dann haben wir gesagt, wir müssen eine andere Lösung finden.“</li> <li>• „Also ein paar Konfliktsituationen hatten wir auch schon in der Gruppe und die haben wir eben lösen können, weil, weil auch hier der Wille da ist zur Veränderung und zur Verbesserung, was draußen nicht unbedingt der Fall ist.“</li> </ul>
<p><b>Informelle Gespräche im therapeutischen Alltag</b></p> <p>Dem Patienten tut es gut sich auch „informell“, außerhalb der Therapieangebote mit den Patienten unterhalten zu können.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Wenn ich dann einfach mit einer Mitpatientin spazieren gehe und wir uns einfach unterhalten und ich da gar nicht so drauf eingehen muss. Ich kann zwar sagen, mir geht es nicht so gut, aber da ist es dann nicht so wichtig, was genau.“</li> <li>• „Wir haben das halt intern in der Gruppe besprochen, weil wir da ja alle doch ein bisschen offener sind als wenn halt jemand dabei ist (die Therapeuten).“</li> </ul>
<p><b>Offenheit und Vertrauen in der Gruppe</b></p> <p>In der Gruppe herrscht Offenheit, die dem Patienten etwas ermöglicht. Der Patient beschreibt das Vertrauen aber auch die Vertrautheit in der Gruppe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Ich weiß es nicht. Schon auch die Vertrautheit. Ich habe die ja, also zwei von denen habe ich schon gekannt, und von denen, also grade von der einen habe ich viel mitbekommen, also da habe ich gespürt, die ist sehr offen, sehr geöffnet und erzählt auch Dinge, die unangenehm sind, und ja, kann das nutzen, für sich. Sich mitzuteilen.“</li> <li>• „Wie ich gesehen habe, dass man kann, ohne, dass man irgendwie in der Luft zerrissen wird und es passiert einem nichts. Man wird genauso respektiert wie vorher, die Leute reden weiterhin mit einem“</li> </ul>
<p><b>Patientengruppe übernimmt etwas für den Sprecher</b></p> <p>Die anderen übernehmen hier eine Funktion für den Patienten (z.B. bezügl. Dem was er noch nicht selbst aktiv umsetzen kann).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Das war ganz neu für mich mit dem Essproblem; also sagen wir mal so, nicht ganz neu, ich habe das schon erlebt, aber dass das thematisiert wurde, das war neu und das hat mir unheimlich gut getan“</li> <li>• „Aber wenn dann ein Thema da ist, dann geht es mir eigentlich seit letzter Woche gut dabei, wenn ich mitspreche und das sage was ich denke.“</li> </ul>
<p><b>Etwas für die anderen übernehmen</b></p> <p>Der Patient kann dann etwas für sich selbst erreichen (Aktivität, Risiko eingehen) wenn er es mit einer Tat für einen anderen verbindet (Altruismus).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Ja. Auf jeden Fall. Also jetzt z.B. grade mit dem Essensgeschirr, da geht es um eine Erleichterung für die Kinder. Und da kann ich mich gut stark machen.“</li> <li>• „Ja vielleicht war’s auch ein bisschen bei mir, die waren ja nun alle ziemlich jung, und teilweise war das für mich wie so eine Mutterrolle, I: Mh. P: aber da war nachher auf einmal so ein Zusammenhalt. Wir haben nachher in der einen, diese eine Phase der Gruppe, wo die so extrem zusammengehalten hat, das war ein schönes Gefühl.“</li> </ul>

<p><b>Den anderen als Modell wahrnehmen</b></p> <p>Der Patient bemerkt und sieht an mindestens einem anderen ein Verhalten, das er gut findet, das er vielleicht in Zukunft auch so machen möchte, oder schon getan hat.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Und von denen, also grade von der einen habe ich viel mitbekommen, also da habe ich gespürt, die ist sehr offen, sehr geöffnet und erzählt auch Dinge, die unangenehm sind, und ja, kann das nutzen, für sich.“</li> <li>• „Das war auch ganz gut zu sehen, wie andere versuchen damit klar zu kommen“</li> <li>• „Ich glaube es hat viel mit den Patienten zusammenhängt auf jeden Fall. Zum Beispiel gerade die Frau K* (Patientin) ist genau das Gegenteil von mir, die sagt was wenn sie was stört auch wenn sie dann innerlich so ein bisschen kämpft, auch ein bisschen mit Schuld würde ich mal sagen aber die sagt das trotzdem und das habe ich mir schon angeeignet“</li> </ul>
<p><b>Sich der Gruppe zugehörig fühlen</b></p> <p>Der Patient beschreibt, dass er sich der Gruppe zugehörig fühlt, dass er „am richtigen Platz ist“, von den anderen akzeptiert wird, etc.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Am Abend ein Treffen gehabt, das hat mir sehr gut getan, mit Ex-Mitpatienten von hier, und einer, die ich eigentlich vom Sehen her nur kannte, und es war wirklich so, dass jeder eine Geschichte hatte, die einfach Platz gefunden hatte.“</li> <li>• „Genau, das war also wirklich so der Wendepunkt, auch seitdem sind wir auch eine ziemlich gute Gruppe einfach, wenn man so die andere (andere Behandlungsgruppe) sieht, die haben da mehr Schwierigkeiten bei uns ist es anders. Ja.“</li> </ul>
<p><b>Sich mit anderen vergleichen</b></p> <p>Patient vergleicht seine Situation, sein Verhalten, etc. mit dem der anderen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Hauptsächlich in der Gruppe äh schon Dinge, die einen aufwühlen und über die man dann auch eine Zeitlang nachdenkt und aber das ist in dem Moment eigentlich nicht unbedingt negativ weil, weil man kann sich ja dann mit seiner eigenen Situation vergleichen“</li> <li>• „Und die jüngere, die ja eigentlich alle auch ganz anders waren als ich, die haben alle gesagt, hey, du musst Party machen, und leb dein Leben und so. Und da habe ich mir von jedem so ein bisschen das wichtigste heraus gezogen.“</li> </ul>
<p><b>Verständnis der anderen</b></p> <p>Der Patient schildert, dass ihn die anderen verstehen. Dass er es geschafft hat sich verständlich zu machen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Und eine hat dann ganz spontan gesagt, puh, das hört sich ganz schön anstrengend an, und ich, ja, das ist es auch. Das hat mir dann auch gut getan.“</li> <li>• „Also auf jeden Fall, es war Verständnis da, also gut wenn es dir schlecht geht brauchst du auch nichts sagen so ungefähr.“</li> </ul>

### 3.2.2 Aktionsfaktoren

Kodes: 7

Quotations: 133

In der Gruppe der Aktionsfaktoren fanden sich sieben Kodes, die sich auf die aktive Beteiligung der Patienten bezogen. Die aktive Beteiligung war nicht nur Voraussetzung für die Therapie oder die Folge eines hilfreichen Faktors, sondern konnte in vielen Momenten auch selbst ein hilfreicher Faktor sein: Etwas aktiv zu ändern, etwas einmal auszuprobieren, empfanden einige Patienten als hilfreich und ursächlich für Veränderung in der Psychotherapie. Sogenannte Aktionsfaktoren findet man auch in anderen Konzeptualisierungen als Hilfsfaktor in der Psychotherapie (siehe Kapitel 1.1.3, Tabelle 1: Lambert & Ogles, 2004)

Tabelle 16: Auflistung der Aktionsfaktoren inklusive Erläuterung und Ankerbeispielen

Kode & Erläuterung	Ankerbeispiele
<p><b>Gefordert werden</b></p> <p>Vom therapeutischen Angebot, von Mitpatienten oder auch Situationen zu Hause gefordert zu sein.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „In der Therapie habe ich zwar die Aufgabe und bemühe mich auch, alle möglichen Dinge zu tun die mir Spaß machen, aber am Wochenende lasse ich mich einfach treiben.“</li> <li>• „Wie so n Schonraum (die Station). Und das find ich is in der Tagesklinik nicht so, und das ist aber gut. (...) Also man kriegt nicht irgendwas hingestellt, wie jetzt in der stationären Aufenthalt, sondern man kümmert sich nach wie vor noch um sein Leben.“</li> </ul>
<p><b>Spannung aktiv abbauen (schreien, boxen)</b></p> <p>Durch Aktivitäten innere Spannung nach außen bringen und sich dadurch besser fühlen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Ich habe das / versucht auszugleichen, indem ich dann halt / / rausgeh und daist dann so ein Sandsack habe ich dann halt draufgehauen (lacht) !: Ja. / P: Aber dann hat sich's auch langsam / gelegt, hat's vielleicht noch ein bißchen gedauert am anderen Tag, aber dann ging das eigentlich.“</li> </ul>
<p><b>Tagesklinik bietet Erlebens- und Übungsraum</b></p> <p>Die Tagesklinik bietet einen Ort um Konflikte (die der Patient normalerweise zu Hause nicht lösen kann) hier anzugehen. Abzugrenzen vom Kode „Tagesklinik bietet Struktur und Halt“.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Dass man das einfach, sagen wir mal so, im normalen Alltag, da kommt vielleicht, geht vielleicht einmal im Monat jemand. Und hier ging ja oft jemand und da muss man sich damit auseinandersetzen, weil ich fand es auch gut, dass man sagt, man hat zwei Abschiedswochen und dann sagt man, ja gut, in zwei Wochen geht der und dann ist er nicht mehr da.“</li> <li>• „Das war auch wie mit der Gruppentherapie, das hatten wir ja voll oft. Und das war dann so richtig so, dann konnte man oft die Probleme halt so von gestern oder was morgens passiert ist, gleich regeln und dann gleich was dagegen machen. Und dann war das nicht so lang. Das hat mir dann viel leichter getan“</li> </ul>
<p><b>Aktiv etwas am Verhalten/Denken ändern, etwas ausprobieren</b></p> <p>Patient beschreibt ein neues Verhalten, das er aktiv herbeiführt, eine Situation, in der er etwas Neues ausprobiert. Auch neue Denkweisen, Versuche etwas ganz bewusst anders zu sehen, werden hier kodiert.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Und diesmal da habe ich gedacht, na ja, jetzt kommt da so ein Thema, jetzt gehst du gleich und da bin ich halt vom Tisch weg und bin raus auf den Balkon, habe eine Zigarette geraucht und wie ich es dann verarbeitet hatte dann bin ich wieder zurück“</li> <li>• „Und ich hab dann, klar hab ich mich beschäftigt. Und hab was gemacht. Ich bin dann nicht wieder ins Bett und hab mords das Drama gehabt oder so. Aber es war halt kurz dieser Moment“</li> <li>• „Ich habe mich zu diesem Zeitpunkt gezwungen ein bisschen was zu lesen, und weil es schon relativ spät abends war, bin ich dann irgendwann mal eingeschlafen.“</li> </ul>
<p><b>Belastung (Ärger, Wut, Angst, Leere) containen und kontrollieren</b></p> <p>Etwas aushalten ohne sich abzulenken.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „In dem Moment war für mich wichtig, dass ich das überstehe ohne zusammen zu brechen. Also eher die Bewältigung von Flashbacks, jetzt nicht irgendwas großartig anderes tun, sondern die Situation auszuhalten.“</li> <li>• „Und das, denke ich, vielleicht, ja, mit dem Aushalten hat gut geklappt. Ich meine, ich habe mich danach auch nicht mehr auf die Angst konzentriert“</li> </ul>
<p><b>Intensive Gefühle/Empfindungen erleben</b></p> <p>Intensive Gefühle der Trauer, der Freude, körperliche Empfindungen mit eingeschlossen, werden erlebt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Ja, ja und in der Musiktherapie, äh, das ist für mich ein ganz guter Raum um eine Verbindung zu sehr, tiefen Gefühlen zu finden, die sehr ursprünglich sind. Also mehr die mit meinem Charakter zu tun haben als mit irgendwelchen Problemen, was auch schön ist, weil man sich dadurch sehr viel besser kennen lernt.“</li> <li>• „Aber letztendlich, und der Ärger hat wirklich dieses, komplett Hoffnungslose richtig überdeckt, was richtig, seitdem ist es auch besser geworden, also ist dann immer abgeschwächer aufgetreten, also wenn man das einmal durchlebt hat.“</li> </ul>

<p><b>Risiko aktiv eingehen, etwas als Herausforderung sehen</b></p> <p>Ist nahe am Kode „Aktiv etwas am Verhalten ändern, etwas ausprobieren“, hier kommt aber der Aspekt des Risikos dazu. Etwas zu riskieren, „ohne Netz“ aufs Seil zu gehen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● „Aber ich habe gedacht, ok, Augen zu und durch.“</li> <li>● „Und das noch mal ausgegrabbelt habe und dann wirklich auch den Mut hatte, auszustesten, was überhaupt passiert (Angstexposition). Und es ist halt nichts passiert. Und, ja. Und ich denke mal, das Gefühl, wenn ich das so ein bisschen noch stärken kann, dann wird es auch besser.“</li> </ul>
--	--

### 3.2.3 Transferfaktoren

Kodes: 12

Quotations: 120

In diese Gruppe wurden 12 Kodes mit insgesamt 120 Nennungen miteinbezogen, die sich auf den örtlichen Wechsel von der Tagesklinik nach Hause (und vice versa) bezogen; diese Kategorie nimmt Platz drei hinsichtlich der Häufigkeit ein. Transferfaktoren waren spezifisch für die tagesklinische Behandlung. Es zeigte sich, dass ein Transfer in beide Richtungen (von Tagesklinik nach Hause und umgekehrt) vorhanden war. Von den 26 interviewten Patienten „profitierten“ 24 von solchen Transferfaktoren. Die zwei Patientinnen, die keine „Transferwirkung“ beschrieben, waren genau die beiden, die nach dem ersten Gespräch aus der Studie ausschieden, von denen wir also am wenigsten Material vorliegen hatten.

Tabelle 17: Auflistung der Transferfaktoren inklusive Erläuterung und Ankerbeispielen

Kode & Erläuterung	Ankerbeispiele
<p><b>Struktur der TK im Alltag zu Hause übernehmen</b></p> <p>Tagesklinische Strukturen wie regelmäßiges Essen, Beschäftigung in der Freizeit, etc. werden zu Hause angewandt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● „Weil gestern war ich den ganzen Tag allein und dann hatte ich mir morgens oder am Samstag Abend für mich einfach so einen Plan gemacht, was tust du am Sonntag und es hat ganz gut funktioniert und das möchte ich eigentlich äh wenn ich hier nicht mehr bin, möchte ich das die ganze Woche so durchplanen und ein bisschen zu arbeiten“</li> <li>● „Ja, ich hab mir halt einen Plan gemacht so ungefähr, dass ich erstmal eine Struktur am Tag hab. Dass ich morgens aufsteh, sofort anziehen und sofort mit den normalen Hausarbeiten da, jetzt werd ich halt noch mehr am Morgen schlafen, da ich so viel weg war, dass ich das erstmal wieder in Griff krieg, aber in der Ruhe“</li> </ul>
<p><b>Personen zu Hause nehmen an der Entwicklung teil</b></p> <p>Patienten beschreiben, dass oder inwiefern das Lebensumfeld zu Hause an ihrer Entwicklung in der Tagesklinik teilnimmt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● „Also mir tut es gut zu wissen, die Menschen die ich jetzt bei mir hab, an meiner Entwicklung Tag für Tag teilhaben zu lassen. Weil ich einen gemeinsamen Weg mit denen gehen möchte.“</li> <li>● „Da hat sich eigentlich das Miteinander geändert, weil ich mich geändert habe, dass ich nicht wegen jeder Kleinigkeit aus der Haut fahre oder dass ich mich eigentlich ausgeklinkt habe mehr oder weniger aus der Familie und ich habe eigentlich gar nicht mehr am Familienleben teilgenommen und ja, das hat sich jetzt schon zum Positiven geändert“</li> </ul>

<p><b>Erlebtes in der TK auch zu Hause anwenden</b></p> <p>Die Patienten nehmen das in der Tagesklinik Erlebte (neue Wahrnehmungen oder veränderte Verhaltensweisen) mit nach Hause. Dort werden sie ausprobiert.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Dass ich da, praktisch was ich hier lerne oder erkenne, dass ich es auch zu Hause anwende.“</li> <li>• „Aber es war doch ganz gut, dass ich ständig Kontakt zur Familie hatte und eigentlich das was ich hier mitgenommen habe, gleich umsetzen konnte zu Hause. Das ging zwar in den ersten drei vier Wochen nicht, aber dann so Stück für Stück hat es funktioniert.“</li> </ul>
<p><b>Feedback der TK zu Erlebtem ZH</b></p> <p>In der Tagesklinik werden Aspekte, Situationen, Vorkommnisse vom unmittelbaren Alltag zu Hause aufgenommen und kommentiert.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Und wenn ich es dann daheim ausprobiert habe, ist es, soweit ich mich erinnern kann, eigentlich fast immer in die Hosen gegangen, aber ich konnte hier reden, ich konnte das dann. (seufzt) Ich hatte die Morgenrunde oder, was weiß ich, Einzeltherapie oder Gruppe und da konnte ich das dann auf den Punkt bringen und habe dann mein Feedback bekommen. Da konnte ich es auch annehmen“</li> <li>• „Weil Du einfach immer wieder ein Rück, also Du hast so (Pause) die Sicherheit im Rücken einfach, dass Du am nächsten Tag oder spätestens am Montag wieder hergehen kannst und kannst das alles, wenn Du es draußen nicht klären konntest, kannst Du es drin loswerden und Dir einfach eine andere Sichtweise holen.“</li> </ul>
<p><b>Konfrontation mit alltäglichen Erfordernissen/Konfliktsituationen zu Hause</b></p> <p>Der Patient spricht über die Doppelaufgabe zu Hause: den Haushalt zu Hause aber auch die Konfrontation mit Schwierigkeiten (Partner, ...)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Ja, dass ich daheim immer wieder mit dem konfrontiert werde, weil mein Mann war ja nicht so begeistert, dass ich, dass ich hier bin, weil er ja sowieso Angst hat vor Veränderung, dass ich mich verändere“</li> <li>• „Mir war auch wichtig, dass ich, dass ich hier tagsüber, sage ich mal, aufgehoben bin, aber trotzdem musste ich daheim noch einfach so meine, meine Aufgaben machen. Also / wenn ich meine Wäsche in den Schrank räume oder eine Spülmaschine ausräume, weil das ja auch alles Sachen waren, die mir, bevor ich in die Klinik gekommen bin, ganz arg schwer gefallen sind, weil ich ja gar nichts mehr machen konnte.“</li> </ul>
<p><b>Mit Personen ZH über TK reflektieren</b></p> <p>Der Partner oder andere wichtige Bezugspersonen zu Hause sprechen mit der Patientin über die TK, geben ihr Feedback über ihren inneren Zustand, kommentieren vielleicht auch das in der Tagesklinik Erlebte.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Ja, jetzt versuch ich das so abzuschalten. Weil // habe ich dann auch viel mit nach Hause getragen, ich will halt versuchen, daß das dann / dort bleibt. Also, wo der Konflikt (in der TK) war, da habe ich schon mit meinem Freund darüber geredet.“</li> <li>• „Mh. Obwohl es gut ist halt, dass ich jetzt hier in der Tagesklinik bin, dass ich dann auch außerhalb reagieren kann, weiß ich, wenn man jetzt hier auf den Punkt kommt oder so was kann ich dann auch daheim mal im Internet nachschauen, ich kann auch mit Freunden drüber reden, was die davon halten usw.“</li> </ul>
<p><b>Therapieaufgaben zu Hause machen</b></p> <p>Aufgaben für zu Hause als therapeutische Intervention (Essprotokoll, etc.) Meist erwähnt der Patient, dass dies ihm helfe seinen Alltag zu strukturieren.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Und ich führe ja auch so Selbstbeobachtungsbögen, also ich habe die ganz lange geführt, dann habe ich sie, wo ich dann stabiler wurde, nicht mehr geführt, und jetzt, wo eben das hier wieder Thema ist mit Angst, führe ich es wieder und es tut mir auch gut.“</li> <li>• „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“</li> </ul>
<p><b>In der TK Erlebtes als Ressource zu Hause</b></p> <p>Der Patient nimmt in der TK Erlebtes als inneres Abbild mit nach Hause (z.B. als innere Stimme)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Mir hat es auch etwas gebracht, dass ich außerhalb der Tagesklinik an die Gruppe gedacht habe, Normalgruppe oder Essgruppe oder so, ja und das hat mir Kraft gegeben oder Mut oder was auch immer um irgendetwas zu machen oder nicht zu machen und dass ist auch ein wichtiger Aspekt“</li> <li>• „Ich nehme mir auch oft meine Mappe noch. Ich muss auch sagen, wir haben Photos von uns gemacht, von dieser festen Gruppe, und mit denen hab ich auch immer noch ein bisschen Kontakt und die Eine, der geht's wie mir, sag ich, „manchmal kuck ich mir einfach nur die Photos an und es tut gut“ und dann sagt sie, ja, das macht sie auch.“</li> </ul>

<p><b>Rituale im täglichen Settingwechsel</b></p> <p>Um sich täglich zum Wiederkommen in die TK zu überwinden beschreiben manche Patienten Rituale, die ihnen dabei helfen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Bei mir wars eher so, mir hat das richtig gut getan. Ich bin auch nicht jeden Morgen gerne aufgestanden. Aber trotzdem dieses Aufstehen, sich zurecht machen, einfach so, bestimmte Rituale einhalten, Tee trinken, etc. Und dann eben hierher zu fahren, und dann war das ja hier auch erstmal ein gemütliches Ankommen in Anführungsstrichen.“</li> </ul>
<p><b>Vergleich der Beziehung/des Erlebtem ZH mit denen in der TK</b></p> <p>Patient vergleicht seine Beziehungsstrukturen zu Hause mit denen in der Tagesklinik, was ihm im Fortkommen hilft.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Ja ich hab das heute in der Einzeltherapie, ah, hab ich das auch so erlebt, so wie wie's hier ist, in der Gruppe. Man redet miteinander und ich hab schon das Gefühl, dass die anderen mir zuhören und dass ich von den anderen was annehm, also so so ein Austausch. Und das hab ich mit meinem Mann kaum mal erlebt.“</li> <li>• „Ja. Das war nicht so. Das ist auch schon viel Bewusstsein irgendwie, wenn Du weisst, hier sitzen alle im gleichen Boot. Und das sollte man ja eigentlich in der Familie auch tun, aber irgendwie. Eine Zeit lang habe ich versucht, das Boot zum Schwanken zu bringen, gerade mit meiner Mutter so und der Familie. Da wolle ich irgendwie meine, habe ich gedacht, ich muss meine Familie aufrütteln.“</li> </ul>
<p><b>ZH über TK mit Abstand reflektieren</b></p> <p>Das Zurückkehren in das gewohnte Umfeld ermöglicht es dem Patienten die Intensität selbst zu regulieren und Abstand zu gewinnen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Und dann muss ich erst mal Abstand haben, nach Hause, wo ich es dann sacken lassen kann. Dann kann ich es auch emotional zuordnen. Wie fühle ich mich damit, hat mich das geärgert, war es ungerecht? Bloß dann ist die Problematik ich kann es dann zwar einsortieren, sachlich auch, aber ich bringe es dann nicht wieder auf den Tisch.“</li> <li>• „Aber an sich bin ich immer schon froh, wenn ich wieder nach Hause kann, weil ich merk dann auch. Ich kann mich dann erstmal sammeln. Das alles verarbeiten und zuordnen.“</li> </ul>
<p><b>Tägliche Wechsel als Übung für das Behalten von Erfolg</b></p> <p>Der Patient beschreibt eine Verbesserung oder einen Austausch von zu Hause zur Tagesklinik (und vice versa), die in unmittelbarem Kontakt steht. Das zu Hause wird zur Probe aufs Exempel.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Die positive Erfahrung, die ich da in der Tagesklinik hatte, hat sich dann zu Hause fortgesetzt. Und ich glaub das war ein ganz wichtiger Punkt, äh, wenn man da so irgendwie in der Klinik war, das hat jetzt irgendwas bracht, das setzt zu Hause gleich um, und des bestätigt sich, des is glaub ich a ganz gute Geschichte“</li> <li>• „Ah das ist mir ganz gut gelungen und so konnte ich mich auch jeden Tag auch überwinden hierher zu kommen, weil ich gemerkt habe es hilft.“</li> </ul>

Da diese Faktorengruppe einen Schwerpunkt in der Fragestellung bildet, sollen an dieser Stelle weitere Textbeispiele zur Veranschaulichung der Ergebnisse vorgestellt werden. Anhand der Erzählungen konnte verstanden werden, dass die Tagesklinik im Wechsel zum alltäglichen Umfeld unterschiedliche Funktionen einnehmen konnte. Der Alltag zu Hause erhielt durch die Therapie tagsüber in der Klinik eine bestimmte Funktion innerhalb des therapeutischen Prozesses. Das Feedback der Patienten und Therapeuten zu den abendlichen „Proben aufs Exempel“ nahm oftmals einen hohen Stellenwert ein.

Kerstin-2 (Z 447ff): „Aber es war mir schon auch wichtig, das, was ich hier lerne, zu Hause auch gleich umzusetzen. Und wenn es Probleme gab abends und am Wochenende, dass man die halt hier dann gleich wieder ansprechen konnte.“

Für diese täglichen Konfrontationen mit dem täglichen Umfeld nahmen sich einige Patienten die Tagesklinik „auch im Kopf“ mit nach Hause und nutzten das in der Tagesklinik Erlebte als Ressource:

Stefan-2 (Z 465ff): „Ja, doch, das das war auf jeden Fall sehr viel Kampf und man muss ja immer wieder und dann, weiß ich, in der Gruppensitzung hat dann die Therapeutin gesagt, dass ich, wenn mir was passieren tät, sie einen Besen fressen würde. (...) und der Besen, den hab ich immer so im Hinterkopf gehabt (Anm.: zu Hause), also dass die gesagt hat, es, es passiert nichts. Und das hat mir dann auch so die Kraft gegeben, es immer wieder zum ausprobieren“.

Andererseits gab es aber auch Patienten, die das zu Hause als eine Art Distanzierungs- und Reflexionsmöglichkeit nutzten. Ihnen war es wichtig am „normalen Leben“ draußen beteiligt zu bleiben, ihre Ressourcen dort weiter zu behalten und für die Tagesklinikzeit nutzen zu können. Der tägliche, räumliche Abstand zur Tagesklinik bot diesen Patienten die Möglichkeit das Erlebte in der Klinik einzuordnen und für Veränderung zu nutzen. So erzählte Ronja über die Bedeutung, die das zu Hause für sie hatte:

Ronja-1 (Z 121ff): „Und dann muss ich erst mal Abstand haben, nach Hause, wo ich es dann sacken lassen kann. Dann kann ich es auch emotional zuordnen. Wie fühle ich mich damit, hat mich das geärgert, war es ungerecht?“

Durch das Lesen und Bearbeiten dieser Texte wurde klar, dass diese beiden Arten des Umgangs mit der Tagesklinik nicht nur zwischen den Patienten unterschiedlich war (so ist die Funktion der Tagesklinik für eine um Autonomie kämpfende 45-jährige, verheiratete Hausfrau eine andere als für einen sich in der Ablösung befindenden 20-jährigen jungen Studenten). Die Art und Weise wie der tagesklinische Wechsel erlebt und instrumentalisiert wurde (wie zum Beispiel zum täglichen Üben im schwierigen häuslichen Umfeld mit der Tagesklinik als unmittelbarer Rückversicherung), konnte sich auch für einen Patienten während des Aufenthaltes verändern. Diese Aspekte werden in Kapitel 3.6 (Die Funktion des tagesklinischen Settings) ausführlich behandelt werden.

Den Beobachtungen zufolge verschwamm im Therapiealltag 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 führte zu einer „Veralltäglichung von Therapie“, die mit einer „Therapeutisierung der Alltags“ (Brücher, 2005, S. 154) zuhause (z.B. durch Therapieaufgaben) einherging<sup>9</sup>. Patienten sind in der Tagesklinik im Allgemeinen nicht nur Patienten (wie in der ambulanten Einzelpsychotherapie) 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“,

---

<sup>9</sup> Auch Strauß (2007a) schreibt im Rahmen der Entwicklung stationärer Gruppenpsychotherapie über die Integration beider Räume, dem Realraum und dem therapeutischen Raum (S. 211).

2008)<sup>10</sup>. Die Reinszenierung, wie sie ohne Zweifel im ambulanten Einzel- und Gruppensetting besteht, breitete sich im tagesklinischen Raum zusätzlich in einem „Pseudoalltag“ aus, indem hier Konflikte im alltäglichen Tagesklinikgeschehen und nicht im geschützten Rahmen einer „Sitzung“ reinszeniert wurden.

### 3.2.4 Reflexion

Kodes: 8:

Quotations: 94

In die Faktorengruppe „Reflexion“ gingen insgesamt acht unterschiedliche Kodes mit ein. Die Fähigkeit über sich und seine Beziehungsmuster nachzudenken konnte bei manchen Patienten ein Resultat von Psychotherapie sein. Der Moment jedoch, in dem der Patient eine Erkenntnis zum Beispiel in Hinsicht zu einer problematischen Situation hatte, konnte aber innerhalb einer Kette von hilfreichen Faktoren einen solchen bedeuten. In der folgenden Tabelle 18 werden diese näher erläutert:

Tabelle 18: Auflistung der Reflexionsfaktoren inklusive Erläuterung und Ankerbeispielen

Kode & Erläuterung	Ankerbeispiele
<p><b>Neue Deutungsmuster/-perspektive zu einem Verhalten/Erleben entdecken</b></p> <p>Verhaltensweisen werden reflektiert und neu bewertet. Alternative Sichtweisen/ Vorgehensweisen werden ergründet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● „Und dann haben wir eben darüber gesprochen und haben festgestellt, dass es mir auch öfter passiert, dass ich da... ja, halt schlecht reagiere, wenn so eine Situation ist.“</li> <li>● „Ja, das war halt war halt wichtig aufzudecken auch, was mit mir los war, also sprich diese verschiedene Symptomatik, die ganz komisch war, auf den Grund zu gehen, sozusagen für meine Eltern gemacht habe und nicht für mich, also das hat mir sehr gut geholfen.“</li> </ul>
<p><b>Selbsterkenntnis/Katalysator durch künstlerischen Ausdruck/Rollenspiel</b></p> <p>Patienten beschreiben Prozesse während therapeutischen Interventionen wie z.B. dem Arbeiten am Speckstein, dem Malen, Rollenspielen, etc. Es gelingt ihnen dabei etwas zu erkennen, etwas zu fühlen, oder den Prozess zu nutzen um Spannung abzubauen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● „Ja, also ich habe mich halt bemüht, äh, diese Bahn einzuschlagen, oder bearbeite Speckstein, also Speckstein ist die beste Möglichkeit weil da arbeitet man halt körperlich und somit kann man sich auch ganz gut abbauen.“</li> <li>● „Also, in Kunst hatten wir mal dieses Spiel mit Geben und Nehmen. Mit den Münzen, ich weiß nicht, ob Sie das kennen. Dann hatte ich plötzlich gar nichts mehr. Keine Münze mehr.“</li> </ul>

<sup>10</sup> 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).

<p><b>Ressourcen/Interessen wieder-/entdecken</b></p> <p>Der Patient entdeckt Tätigkeiten, Personen, Dinge, die ihm gut tun. Die er als Ressource in Zukunft nutzen kann. Auch wiederentdeckte Ressourcen sind hier zu codieren. Kann allgemein oder konkret formuliert sein.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● „Also hier lernen wir ja auch viel über Selbstwert und Ressourcen und so, und da habe ich schon entdeckt, dass ich verlernt habe was für mich zu tun, dass es ganz wichtig ist“</li> <li>● „Und dass ich wieder gelernt habe, mich zu finden. Das war eigentlich auch mein Ziel. Weil, ich hatte ja das Gefühl, dass ich mich verloren hatte und somit auch z.B. Tätigkeiten, die mir gut tun, gar nicht mehr gemacht habe.“</li> </ul>
<p><b>Signale erkennen lernen um etwas zu verändern</b></p> <p>Patient lernt in der Tagesklinik besser auf psychische und physische Signale zu reagieren und dann für sich zu sorgen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● „Und, ja das, diesen diesen Teufelskreis hab ich / in der Tagesklinik erkannt und, aah, seitdem war, bin ich bin ich nicht mehr reingerutscht. Weil ich eben inzwischen weiß, wie ich's verhindern kann, Action. Wenn ich mal 2 Tage lang rumhäng und nichts tu, dann merk ich wie's mir wie's mir nicht mehr so gut geht und dann tret ich mir in Arsch und tu was und dann geht's wieder besser.“</li> </ul>
<p><b>Krankheit annehmen, sich mit den eigenen Grenzen abfinden</b></p> <p>Sich mit einer bestehenden Realität abfinden. Kann im interpersonellen Bereich sein, kann sich auf eine körperliche Erkrankung oder eine Diagnose, etc. beziehen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● „Ja, ich habe gelernt, mich mit dieser Realität abfinden zu müssen und ...na ja, das war eigentlich das Wichtige, was ich hier mitnehmen kann. Und das hilft mir auch über den zu kommen letztendlich.“</li> <li>● „Also da weiß ich auch nicht ob ich wirklich Lust habe meiner Mutter zu sagen, ja, du hast Fehler gemacht und deshalb bin ich so geworden. Also, ja, möchte ich nicht unbedingt, ich meine, kann man eh nicht rückgängig machen.“</li> </ul>
<p><b>Sich Schwächen erlauben können</b></p> <p>Der Patient hat das Gefühl oder die Ansicht, dass auch die schwachen, passiven Seiten in Ordnung sind.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● „Dass ich mir halt hier (TK) auch Schwächen erlauben kann und dass kann ich draußen eigentlich nicht“</li> <li>● „Und so was und da sind einmal zwei oder drei solche Sachen zusammen gekommen und dann hat es auch gereicht. Bloß ich habe auch hier gelernt, dass es, dass Rückfälle erlaubt sind, ja und dass man dann nicht unbedingt ein Versager ist, wenn man Rückfälle hat und ich kann auch damit besser umgehen.“</li> </ul>
<p><b>Theoretische Modelle kennenlernen</b></p> <p>Patient lernt psychologische, physiologische oder soziologische Modelle lernen und versteht dadurch etwas mehr.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● „Also hier lernen wir ja auch viel über Selbstwert und Ressourcen und so, und da habe ich schon entdeckt, dass ich verlernt habe was für mich zu tun“</li> <li>● „Und ich habe geweint und habe dann aber auch, ja ein bisschen getobt haben wir beide (mit der Mutter) und nach einer Weile bin ich einfach noch mal hin und dann habe ich wirklich versucht ihr das sachlich zu erklären auch wie wir es hier gelernt haben mit dem was man, ich sage jetzt mal, mit dem auf der Erwachsenenenebene bleiben und ich hab ihr das wirklich versucht näher zu bringen“</li> </ul>
<p><b>Aktive Reflexion über das Geschehen/die Symptomatik</b></p> <p>Patient zieht eine Verbindung zwischen Vergangenem und Heutigem. Er erkennt Gründe für sein Denken, Fühlen und Verhalten.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● „Und, ja hier habe ich praktisch gelernt, wir haben halt hinterfragt, wie ich eben auf solche Situationen reagiere und wie ich es halt anders machen könnte“</li> <li>● „Und, das ist einfach, ich hab meine beste Freundin verloren, ich hab, ein sehr guten Freund verloren, ich hab meinen besten Freund verloren, das sind alles so Sachen, die mich irgendwie auch geprägt haben. Und .. ja. Ich denk, ich reagier da emotionaler als andere.“</li> </ul>

### 3.2.5 Therapeutische Allianz

Kodes: 9

Quotations: 84

Die Therapeutische Allianz ist ein Kernkonzept jeder Psychotherapie. Es beschreibt die Beziehung zwischen Patient und Therapeut und beinhaltet die Basis eines guten Arbeitsverhältnisses. In der Tagesklinik bestand diese therapeutische Allianz einerseits mit dem Einzeltherapeuten, der in vielen Fällen der Hauptansprechpartner für die Patienten war, andererseits auch mit anderen Personen aus dem Team. Dies konnte die Gruppentherapeutin, die Krankenschwester oder eine Kunsttherapiepraktikantin sein. Das vielfältige Angebot an therapeutischen Allianzen wurde in den folgenden dazu als hilfreiche Faktoren formulierten Kodes dargestellt:

Tabelle 19: Auflistung der Faktoren zur Therapeutischen Allianz inklusive Erläuterung und Ankerbeispielen

Kode & Erläuterung	Ankerbeispiele
<p><b>Identifikation mit dem Therapeuten</b></p> <p>Der Patient sieht im Therapeuten jemanden, an dem er gleiche Anteile entdeckt, dem er sich ähnlich und verbunden fühlt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Wobei das da eben in der Gruppentherapie auch wieder so war, dass das eben hauptsächlich so eben diese gruppenspezifischen Prozesse waren, um die's da aus meiner Sicht zumindest hauptsächlich ging und da kam's schon hin und wieder mal vor, dass die Frau Jost* und ich uns angekuckt haben, genickt haben und gewusst haben, was, was gerade Sache ist.“</li> </ul>
<p><b>Gefühl beim richtigen (emotional erreichbaren) Therapeuten zu sein</b></p> <p>Der Therapeut wird als „der richtige“ empfunden, jemand mit dem er im Gegensatz zu anderen (wichtiges Kodierkriterium!) besser sprechen/ durcharbeiten kann .</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Und so langsam komme ich einfach auch (Räuspern) damit klar dann auch. Aber für mich ist es einfach, die Einzelgespräche, finde ich, sind für mich besser. In der Gruppe, ich weiß nicht, da (lacht) fühle ich mich nicht so verstanden wie jetzt beim Einzelgespräch.“</li> <li>• „Bei der Frau Ebert* war das jetzt anders, das war so, ich sehe es so als Ansporn, aber wenn ich es jetzt nicht gemacht hätte, hätte sie halt gesagt ja warum nicht, aber sie hätte mir nicht den Kopf abgerissen.“</li> </ul>
<p><b>Langfristiges Planen mit dem Einzeltherapeuten (Übergang)</b></p> <p>Patient plant mit dem Einzeltherapeuten langfristig die Zeit nach der Therapie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Und, also das denk ich war schon so das, worum's diesmal (in der Schlussphase) ging, dass ich das einfach konsequent beibehalte, was ich da so an Verhaltensänderungen so hab und dass ich auch wachsam bin“</li> </ul>

<p><b>Mit Therapeuten am gleichen Strang ziehen</b></p> <p>Patient hat das Gefühl, dass die Therapeuten ihm etwas Gutes wollen und die beiden unter „gut“ dasselbe verstehen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Weil in der ambulanten Therapie war ich bei einem B-Schule* fundierten halt und jetzt bin in der M-Therapie* und ich habe das irgendwie schon so erfahren, der B-Therapeut, der hat immer zu mir gesagt „Halten Sie doch einfach mal aus, Sie haben eine viel zu geringe Frustrationstoleranz.“ Genau das, wo ich jetzt denke, dass mir das nicht gut tut. Also hier wird ja eher gesagt „Ja, was könne Sie den tun, damit es Ihnen vielleicht besser geht?“ Und das ist für mich irgendwie eigentlich der bessere Weg, finde ich. (lacht)</li> </ul>
<p><b>Sich bei den Therapeuten der nonverbalen Therapien öffnen/sprechen/entwickeln können</b></p> <p>Sich in den nonverbalen Therapiesitzungen öffnen und entwickeln können, was in der Gesprächstherapie oft noch nicht geht.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Musiktherapie gehabt und (seufzt) ging's, also wir sollten dann für unsere Stimmung ein Instrument finden und ich habe da einfach mich für nichts entschieden. Ich habe da, bin da nur dagesessen und habe einfach mich für nichts entschieden. Und dann hat mich die Frau Trattner* halt drauf angesprochen und dann habe ich halt losgeplärrt. Weil ich war so voller Verzweiflung, irgendwie.“</li> <li>• „Da war ich nicht mehr so traurig, weil vorher war ich doch ziemlich traurig, mir sind auch ein bisschen die Tränen gekommen bei Kunst. Das hab ich dann praktisch gemalt eher das Weinen nachher, weil ich's so nicht zeigen wollte. Das hab ich eigentlich dann in 2 Bildern ausgedrückt“</li> </ul>
<p><b>Konfrontation/Deutung durch Therapeuten</b></p> <p>Durch die Konfrontation des Therapeuten (zu einem inneren Zustand oder einem Verhalten) wird der Patientin eventuell etwas klar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Ja die die Frau Dr. Kemp* (Einzeltherapeutin), die formuliert es halt so knapp präzise und knallhart ins Gesicht und es waren halt auch ein paar Sachen dabei, grade das mit dieser Selbstabwertung, das war halt auch gut, dass sie das so gesagt hat, wenn Sie sich selbst“</li> <li>• „Ja, weil mein Einzeltherapeut nicht so begeistert ist von meiner Einstellung. I: Ah ja. Haben Sie eine Idee, warum er davon nicht so begeistert ist? P: Ja, weil ich mich selber irgendwann kaputt mache, wenn ich so weiter mache. Also...“</li> </ul>
<p><b>Sich beim Einzeltherapeuten öffnen/sprechen/entwickeln können</b></p> <p>Der Patient hat das Gefühl beim Einzeltherapeuten offen sprechen zu können. Dort gelingt es ihm, was er außerhalb dieser Beziehung noch nicht schafft.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Ja, ja, das ist auch so, dass ich da in ganz arge innere Spannung komme, und auch bei der Frau Lung* (Therapeutin) ging es mir so. Ich habe zwar auch manchmal den Faden verloren, weil ich ein bisschen aufgeregt war, aber insgesamt war es für mich ein sehr gutes Gespräch“</li> <li>• „Ja doch, das auf jeden Fall. Das ist auch alles so, wo's zusammenhakt wie so ein Zahnrad oder so was / das ist, weil bestimmte Sachen kann man vielleicht auch in der Gruppe nicht besprechen, wo dann vielleicht zu, weiß ich, intim sind oder wo man sich nicht traut oder so irgendwas und da ist dann das Gespräch mit dem Therapeuten dann auch wichtig.“</li> </ul>
<p><b>Rückhalt, Unterstützung der Therapeuten</b></p> <p>Der Patient beschreibt das Therapeutenteam oder den Einzeltherapeuten als hilfreich im Hintergrund, als unterstützende Sicherheit.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „ Und dass die Therapeuten mir auch gesagt haben, ich kann sagen was ich möchte, zu wem ich möchte und ich kann auch sagen, ich will das nicht sagen.“</li> <li>• „Ja und ich auch von Therapeuten dann gehört habe, „Sie waren sehr wichtig für die Gruppe und Sie haben was bewegt und behalten Sie sich diesen ah Antrieb oder so auch bei“, also das ist ja dann wieder die positive Seite.“</li> </ul>
<p><b>Therapeuten und Krankenschwestern geben Hilfestellung</b></p> <p>In diesem Kode geht es um die Aktivität der Therapeuten, die Sicherheit und Hilfestellungen bietet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Da ist auch noch der Einsatz der Therapeuten, nämlich beispielsweise in der Gruppentherapie sehr wichtig als Moderatoren und so.“</li> <li>• „Ja, und halt auch, dass die Therapeuten ja auch immer in den Gruppentherapien und so anwesend sind und das auch ein bisschen in die richtige Richtung lenken, falls es auseinander zu brechen droht.“</li> <li>• „Also was in der Gruppentherapie mal was gebracht hat, war halt, als dann wirklich die Therapeutin speziell auf Aussagen von mir eingegangen ist, die dann auch hingeschrieben hat, also wirklich sie sich mit mir beschäftigt hat. Das hat mir was gebracht.“</li> </ul>

### 3.2.6 Umfeldfaktoren

Kodes: 6

Quotations: 61

Das Umfeld zuhause nahm in der tagesklinischen Behandlung einen wichtigen Stellenwert ein und wird hier in sechs zugehörigen Kodes beschrieben. Die Umfeldfaktoren schlossen sowohl die Beziehung zu Angehörigen und Freunden mit ein als auch die hilfreiche Wirkung, die der vertraute Raum zu Hause auf die Patienten hatte. Viele Patienten entschieden sich für eine tagesklinische Behandlung (und aktiv gegen eine stationäre), weil es ihnen wichtig war, den Kontakt zum Zuhause auch physisch zu behalten.

Tabelle 20: Auflistung der Umfeldfaktoren inklusive Erläuterung und Ankerbeispielen

Kode & Erläuterung	Ankerbeispiele
<p><b>Einen intimen, gesunden, Schutzraum zu Hause haben</b></p> <p>Patienten beschreiben das zu Hause als Ressource, als unterschiedlich und wichtig neben der Tagesklinik. Dort können sie sich zurückziehen und die Nähe/Distanz regulieren.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● „Die Luft da zu atmen, ja, es ist einfach eine andere als woanders, einfach dieses zu Hause Sein. Die Dinge, die einem wichtig sind, die einen umgeben, die man niemals alle mitnehmen könnte in die Klinik. Ja, einfach dieses Eigene, dieses Intime, diese Privatsphäre, die tut mir schon sehr gut.“</li> <li>● „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, zu Hause und hier.“</li> </ul>
<p><b>Am Leben draußen beteiligt bleiben</b></p> <p>Der Patient beschreibt, dass es wichtig ist mit den „Normalitäten“ des Lebens verbunden zu bleiben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● „Ja, und auch Freunde mal anrufen und fragen, wie es denen geht. Halt vielleicht mit denen was machen oder, ja, das war dann einfach, da konnte ich raus und da konnte ich was anderes machen.“</li> <li>● „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.“</li> </ul>
<p><b>Unterstützung und Schub von Personen zu Hause</b></p> <p>Der Patient beschreibt, dass andere Menschen draußen ihn zu Aktivitäten außerhalb und innerhalb der Tagesklinik motivieren.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● „Er findet einfach von dem, was ich erzähle, dass hier sehr gut aufgehoben bin, und sagt, oder hat gesagt, ich soll halt hier unbedingt auch ganz ehrlich sein.“</li> <li>● „Und dann hab ich mich erst eine Weile zurückgezogen und dann hat meine Schwester gesagt: Komm jetzt gehen wir ins Kino. Und das wollte ich ja eigentlich dann schon, ich wollte raus mal“ (Kino ist angstbesetzt).</li> </ul>

<p><b>Von Bezugsperson ZH verstanden werden</b></p> <p>Der Partner oder eine andere wichtige Bezugsperson wird über die Vorgänge in der TK aufgeklärt, das Verständnis des Partners ist bei dieser Kodierung im Vordergrund.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Jetzt habe ich wirklich, ich genieße das volle Verständnis von meinem jetzigen Freund und ich finde es sehr sehr wichtig, weil ohne ihn wäre es auch nicht so in dem Rahmen möglich gewesen,“</li> <li>• „Weil er ist ja wirklich meine nächste Bezugsperson und auch wichtigste Bezugsperson und man kann mit ihm wirklich über alles reden und kann ihm manchmal auch klar machen, wie ambivalent für mich die Sache ist oder wie... ja, wie ich eben manchmal auch zweifle.“</li> </ul>
<p><b>Ressourcen zu Hause helfen dem Patienten</b></p> <p>Patient beschreibt Beziehungen und auch Aktivitäten zu Hause, deren Aufrechterhaltung ihm während der Aufenthaltszeit in der Tagesklinik wichtig sind, die ihm gut tun.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Ja. Aber nicht wenn zu Hause meine Partnerin auf mich wartet und ich sie sehen möchte und wenn dort meine Katzen sind und das geht nicht. Da könnte ich nicht darauf verzichten. Weil so das ist eigentlich so die Dinge auf die ich mich am meisten freue den ganzen Tag.“</li> <li>• „Weil, wie gesagt, ich brauch halt auch meine Hobbies, also das, was ich so mach dann einfach zum Abschalten auch und die wären halt sagen wir mal stationär schlecht möglich.“</li> </ul>
<p><b>Entlastung von Angehörigen</b></p> <p>Der Patient beschreibt, dass sich Angehörige zu Hause durch den Tagesklinikaufenthalt entlastet fühlen, dies bewirkt etwas im Patienten.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Aber sie (die Ehefrau) ist der Meinung, wenn ich jetzt schon hier in die Klinik gehe, den Willen habe, bei mir was zu verändern und dass sowieso die Familie im Moment im Umbruch ist, dass das wieder auf eine Basis, die erträglich ist und die besser wird, kommt und das sehe ich inzwischen auch so.“</li> <li>• „Ich habe auch lange mit meiner Mutter darüber gesprochen und die sagt auch, also, „Die Therapeuten haben ja genauso wenig was gemerkt und die einzelnen Leute, die ausgebildet sind, also da muss ich mir keinen Vorwurf machen (also die Mutter)““.</li> </ul>

### 3.2.7 Sicherer Rahmen

Kodes: 6

Quotations: 60

Sich am Ort des therapeutischen Geschehens sicher zu fühlen und sich auch im Kontakt mit den anderen Patienten und dem Therapeutenteam wohl zu fühlen, war die Ausgangsbasis für eine vertrauensvolle und offene Therapiearbeit. Der sichere Rahmen fand sich spezifisch auch bezogen auf die Beziehung zum Einzeltherapeuten und war in diesem Aspekt Teil der therapeutischen Allianz (Kodes in diesem Zusammenhang wurden der Faktorengruppe „Therapeutische Allianz“, und nicht dem allgemeinen „Sicheren Rahmen“ zugeordnet).

Tabelle 21: Auflistung der Faktoren zum Sicherem Rahmen inklusive Erläuterung und Ankerbeispielen

Kode & Erläuterung	Ankerbeispiele
<p><b>Sich wohl fühlen</b></p> <p>Durch dieses Gefühl fühlt sich der Patient sicher, dies bietet eine gute Startbasis.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Ich kam ja auch hier mit Leuten aus der anderen Gruppe unheimlich gut klar. Ich hätt mich eigentlich. Hier war ich eigentlich ziemlich locker. Ich hab mich hier sehr wohl gefühlt.“</li> <li>• „Ja, vielleicht, dass es mir halt so gefallen hat hier, dass ich dann mich nicht noch mal von Angst leiten habe lassen, sondern halt von dem Gefallen. Und das, denke ich, vielleicht, ja, mit dem Aushalten hat gut geklappt.“</li> </ul>
<p><b>Die anderen halten meine Probleme aus</b></p> <p>Patient hat das Gefühl dass die anderen (in der Gruppe, zu Hause) seine Probleme aushalten.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Sondern hatte irgendwo das Gefühl, die werden schon damit umgehen können.“</li> <li>• „Ich sage halt immer, dass was ich denke, aber das war zum Glück in der Gruppe eigentlich normal auch für die anderen, dass man so gab es eigentlich bisher keine Probleme.“</li> </ul>
<p><b>Respektiert werden, echtes Interesse der anderen</b></p> <p>Durch das Gefühl von den anderen respektiert zu werden, ermöglicht es dem Patienten etwas zu verändern</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Man wird genauso respektiert wie vorher, die Leute reden weiterhin mit einem“</li> <li>• „Ja, das ist einfach, es wird einem / auch zugehört, na, ich hab den Eindruck, das interessiert jemanden.“</li> </ul>
<p><b>Tagesklinik bietet geschützten Raum</b></p> <p>Die Tagesklinik wird hier als schützender Rahmen beschrieben, die dem Patienten vieles ermöglicht. Abzugrenzen von „Tagesklinik gibt Struktur und Halt“, hier werden schützende, Sicherheits-spendende Aspekte codiert.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Da geht es relativ gemächlich zu hier und also, dass stellt für mich immer noch keine große Schwierigkeit dar weil ich von Anfang an hier halbwegs ich selbst sein konnte“</li> <li>• „Ja, das war, da habe ich aber Herzrasen gehabt. So, na ja, vielleicht weil ich gedacht habe, na ja, soviel kann hier nicht passieren und da konnte ich das ein bisschen abschätzen. Aber ich habe schon, ich sage, ich muss mich jetzt mal einmischen, ich finde das nicht in Ordnung und dann habe ich schon Herzrasen gehabt und Herzklopfen. Also die Angst ist schon da, weil ich könnte ja was falsch sagen und was kommt da für eine Gegenreaktion. Aber ich habe das jetzt extra auch als Übungsfeld genommen.“</li> <li>• „Nein, es ist sicherlich dieser // dieser geschützte Rahmen hier“</li> </ul>
<p><b>Tagesklinik gibt Struktur und Halt (inkl. Regeln)</b></p> <p>Patient beschreibt hier eine Struktur-stiftende Funktion der Tagesklinik. Abzugrenzen von „Tagesklinik bietet geschützten Raum“, hier werden strukturelle, Haltgebende Aspekte codiert.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Es ist schon wichtig, dass die Struktur da ist bei mir und da ist halt, ja, da halte ich mich schon an das Programm. Klar, die Klinik tut mir eigentlich schon gut. Mir würde es am Wochenende grundsätzlich auch besser tun, wenn ich aktiver wäre aber da finde ich irgendwie den Dreh noch nicht so richtig.“</li> <li>• „Ich finde, es gibt halt eine Struktur. Also es gibt dem Leben eine Struktur, also zumindest meinem Leben, das immer ziemlich unstrukturiert war und so. Und für mich besteht die Schwierigkeit darin, daheim auch halbwegs eine Struktur durchzusetzen oder für mich zu halten, dass es nicht in ein heilloses Chaos ausartet.“</li> </ul>
<p><b>Gefühl wahrgenommen/ ernst genommen zu werden</b></p> <p>Patient beschreibt eine Situation, in der man ihn „hört und sieht“, in der er von den anderen bemerkt wird.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Aber ich habe schon das Gefühl, dass ich auch wahrgenommen werde oder manchmal auch angeguckt werde, was ich meine oder so, dann sage ich das schon auch;“</li> <li>• „Also jeder wurde da gehört, sozusagen. So passiert schon immer wieder was, wo ich mich auch gehört fühle. Ja.“</li> </ul>

### 3.2.8 Motivation durch Erfolg

Kodes: 6

Quotations: 42

Motivation ist die Voraussetzung zur Psychotherapie, ohne Motivation beginnen Patienten (meist) keine Psychotherapie, wenn nicht genügend Motivation vorliegt (zum Beispiel wenn Patienten von Angehörigen oder den Hausärzten „geschickt“ wurden) sind therapeutische Erfolge nur mühsam zu erzielen. Wenn jedoch einmal ein Vorankommen im therapeutischen Prozess vorlag, konnten diese Erfolge auch zu weiterer Motivation führen, die die Patienten als hilfreich erlebten und durch die sie im Prozess noch weiter kommen wollten. Diese Faktorengruppe nahm in der Häufigkeit gesehen das Schlusslicht der hilfreichen Faktoren ein. Vielleicht deshalb, weil Erfolge sich erst mit der Zeit einstellten. In einer problematischen Situation konnte ein hilfreicher Faktor „Motivation durch Erfolg“ nur dann wirksam sein, wenn die Patienten zu dieser bestimmten Situation bereits Erfolge zu verzeichnen hatten. Oft war es aber so, dass die Patienten uns in den Interviews von Problemen erzählten, zu denen sie noch nie eine Lösung oder Erfolgsmomente erlebt hatten. Insofern könnte die Erhebungsmethode (das Fragen nach problematischen Situationen) einen Einfluss auf die geringe Häufigkeit dieser Faktorengruppe gehabt haben.

Tabelle 22: Auflistung der Faktoren zur Motivation inklusive Erläuterung und Ankerbeispielen

Kode & Erläuterung	Ankerbeispiele
<p><b>Das einmal Erfahrene bleibt mir für immer</b></p> <p>Patient versichert sich, dass das einmal Erlernte und Gefühle ihm in Zukunft helfen wird, dass es „Früchte tragen“ wird.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● „Durch die Erkenntnisse, die ich hier gemacht habe, die sind nicht mehr rückgängig zu machen, die kann ich nicht mehr vergessen und deshalb denke ich mir halt, dass es mir so oder so besser gehen wird.“</li> <li>● „Dass ich dann da eine Sicherheit hab und dann auf der, ah, anderen Seite hab ich dann probiert, einfach das jetzt abzuschalten und zu sagen, ich hab das Werkzeug dazu gekriegt, ich bin aktiv“</li> </ul>
<p><b>Therapieerkenntnisse dokumentieren (festhalten)</b></p> <p>Patient schreibt sich Erfolge oder Erkenntnisse auf (vermerkt es irgendwo), um sich diese später bei Krisen wieder zu vergegenwärtigen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● „Und was ganz schwer für mich ist, ist das mich selbst zu fühlen, drum schreib ich auch manches auf, damit ich das wieder nachlesen kann, dass das, dass das einmal da war. I: Mh. Es war mal da. P: Ja. Und dann kann ich's wieder wieder zurückholen, wieder spüren.“</li> <li>● „Und ich hab mir schon gedacht, das das schreibe ich im Computer und tu's ausdrucken, so groß geschrieben und dann häng ich das auf (lacht). Damit ich das immer wieder vor mir hab.“</li> </ul>

<p><b>Erfolge stärken mich/ bringen Hoffnung</b></p> <p>Patienten beschreiben, dass sie profitieren, dass sie Erfolge erleben und diese sie stärken. Auch die Hoffnung wird durch diese Erfolge aktiviert.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● „Ja, ich hoffe, ich werde weiterhin auch von den Erfahrungen hier profitieren, also ich denke es auch.“</li> <li>● „Und darum bin ich eigentlich auch ganz guter Hoffnung, dass ich zumindest für absehbare Zeit irgendwie mit meiner Situation besser zu recht komme.“</li> </ul>
<p><b>Motivation Therapie (weiter) zu machen</b></p> <p>Ein innerer Antrieb, etwas verändern zu wollen, etwas in der Therapie zu erfahren. Die Therapie als Chance sehen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● „Und da hatte ich so das Gefühl, dass ich ganz... wie soll ich das sagen, ganz erpicht drauf war, dran teilzunehmen“</li> <li>● „Und ja, die ganze Situation, dass man, wenn wenn man hierher kommt, will man ja was verändern und da bringt's ja nichts, wenn man, wenn man nur leise in der Ecke sitzt.“</li> </ul>
<p><b>Nicht mehr zurückfallen wollen</b></p> <p>Keinen Rückfall mehr erleben wollen, vorausschauende „Prävention“.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● „Ja und jetzt versuche ich halt irgendwie, das Beste aus meiner Situation zu machen und ja, sonst komme ich wieder in den Teufelskreis und das will ich vermeiden.“</li> <li>● „Oder eben in die alten Muster zurückzufallen, Selbstverletzung oder soziale Abgrenzung, abdriften möchte ich nicht mehr.“</li> </ul>
<p><b>Ein Versprechen den andern gegenüber einhalten, es den anderen beweisen</b></p> <p>Durch ein Versprechen den anderen gegenüber ist der Patient motiviert weiterzumachen, weiter Neues zu erfahren, etc. (inkludiert den Therapievertrag)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● „In dem Moment habe ich auch gedacht, ja, ok, jetzt habe ich überall versprochen, dass ich es nicht mache?“</li> <li>● „Die Essanfälle haben sich in der Tagesklinik vermindert, weil ich zum Schluss, also wo es dem Ende zuging mit der Tagesklinik, da wollte ich es auch, glaube ich, nicht nur mir, sondern auch den Therapeuten beweisen und meinen Mitpatienten, dass ich es aushalte.“</li> </ul>

### 3.3 Konzeptualisierung: Involvierte Personen und hilfreiche Faktoren

Wie bereits ausführlich beschrieben, erfasste die Auswertungsmethode neben den hilfreichen Faktoren auch die dazugehörigen „Umgebungsfaktoren“ (Rahmenkodierungen): beteiligte Personen, spezifische Konfliktbereiche (Arbeitskreis OPD, 1996) und Grad der Assimilation nach Stiles et al. (1990). Diese Rahmenkategorien sollen in den folgenden drei Kapiteln in Zusammenhang mit den acht Gruppen hilfreicher Faktoren gebracht werden. Diese Auswertung der Interaktionen wird hier als Teil der Ergebnisse dargestellt, nimmt in der qualitativen Analyse jedoch den Platz *zwischen* Ergebnis und Diskussion ein. Die Ergebnisse werden mithilfe komplexer Grafiken demonstriert und hier (statt in der Diskussion) kommentiert.

Abbildung 12 zeigt die Zusammenhänge zwischen den an Problemsituationen beteiligten Personen und den in dieser Situation genannten hilfreichen Faktoren. Im Ergebnisteil (Kapitel 3.1.2, Abbildung 8) wurden insgesamt 20 unterschiedliche Personen-Kodes vergeben. Für die folgende Häufigkeitsdarstellung wurden diese 20 Kodes in insgesamt 9 Gruppen konzeptualisiert: Alleine (zugeordneter Kode: Mit sich alleine), Partner (zugeordneter Kode: Partner), Signifikante Andere ZH (zugeordnete Kodes: Beste Freundin, Vater, Mutter, Schwester, Kinder, Chefin), Signifikante Andere TK (zugeordnete Kodes: Einzeltherapeut, Ein Mitpatient), Patientengruppe (zugeordnete Kodes: Patientengruppe), Therapiegruppen (zugeordneter Kode: Gruppentherapien), Therapeutenteam (zugeordneter Kode: Therapeutenteam), Angehörige ZH (zugeordnete Kodes: Gesamte familie, Ursprungsfamilie, Arbeitskollegen, Freundeskreis, Bekannte) und Andere (zugeordnete Kodes: Andere, Personen im Alltag [z.B. Busfahrer, Beamte]).

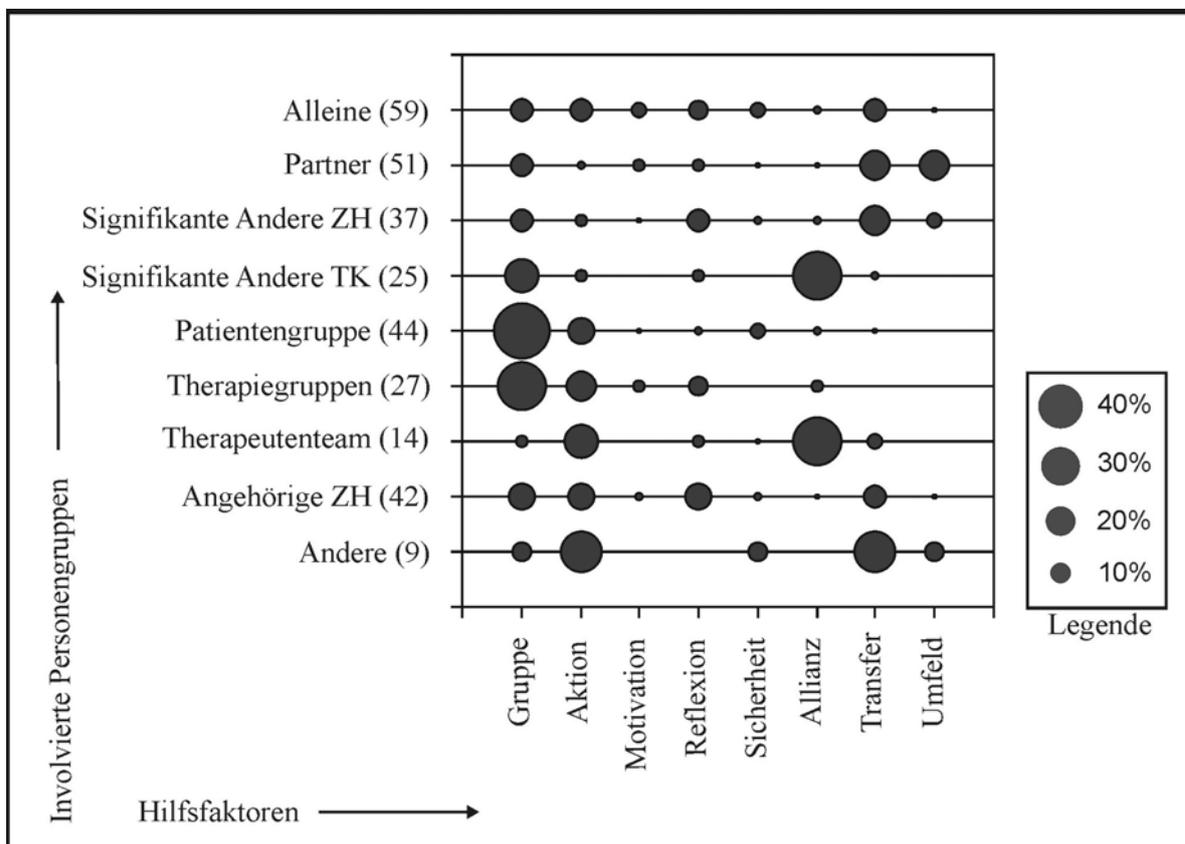


Abbildung 12: Darstellung relativer Häufigkeiten der Hilfsfaktoren pro involvierter Personengruppe; ZH steht für Zuhause, TK für Tagesklinik. (100% pro Zeile), Angaben in Klammern stellen die absolute Zahl der Nennungen über alle Interviews dar.

Abbildung 12 zeigt eine enge Verbindung zwischen den hilfreichen Faktoren und den involvierten Personen. Betrachtet man die Personengruppe „Patientengruppe“ ist nachvollziehbar, dass der hilfreiche Faktor „Gruppe“ (also z.B. Unterstützung oder Konfrontation durch andere Gruppenmitglieder) hier am meisten Gewicht hat. Aber auch

die Aktionsfaktoren (Ein Risiko eingehen, Aktiv etwas am Verhalten ändern, etc.) kommen in Verbindung mit der Patientengruppe vor. Die „Therapiegruppen“ (bezogen auf die Patienten innerhalb einer Therapie) lässt dasselbe Bild erkennen, nämlich das häufige Vorkommen der Gruppen- und Aktionsfaktoren. Hinsichtlich des „Therapeutenteams“ kann ähnliches beobachtet werden: Hier ist es vor allem der hilfreiche Faktor Therapeutische Allianz, der im Therapieprozess zum Tragen kommt. Die Gruppe „Signifikante Andere TK“ (bestehend aus den Codes Ein bestimmter Mitpatient und Der Einzeltherapeut) kommen in Verbindung mit den hilfreichen Faktoren Therapeutische Allianz (wo der Einzeltherapeut ebenfalls eine wichtige Rolle ausmacht) und den Gruppenfaktoren vor. Der „Partner“, wie auch die „Signifikanten Anderen ZH“ treten gemeinsam mit fast allen hilfreichen Faktoren auf, es lässt sich eine leichte Häufung im Bereich der Transfer- und Umfeldfaktoren erkennen. Die Personengruppe „Andere“ (also Personen aus dem Alltag) finden sich vor allem in Verbindung mit Aktions- und Transferfaktoren.

Diese Zusammenhänge hätten erwartet werden können: Hilfreiche Faktoren, die vor allem durch bestimmte darin vorkommende Personengruppe definiert waren (z.B. Therapeutische Allianz durch den Einzeltherapeuten, oder die Gruppenfaktoren durch die Patientengruppe), traten nun gehäuft mit den korrespondierenden involvierten Personengruppen (z.B. dem Signifikanten anderen in der ZH [u. a. dem Einzeltherapeuten], oder der Patientengruppe) auf. Trotzdem bilden diese Zusammenhänge kein Artefakt ab: In der Kodierung konnte eine problematische Situation in der Patientengruppe auch ohne hilfreiche Faktoren aus der Patientengruppe kodiert werden. Die Ergebnisse zeigen vor allem, dass hilfreiche Faktoren eng mit den jeweils in den Problemsituationen involvierten Personen verknüpft sind. Dies bestätigt, dass interpersonelle Beziehungen ein wichtiger und unbedingt zu untersuchender Faktor in der Psychotherapieprozessforschung sind. Lässt man die vom Patienten erlebten involvierten Personen in der Erforschung zu psychotherapeutischen Veränderungsprozessen außen vor, geht eine ursächliche Wirkvariable verloren.

### **3.4 Konzeptualisierung: Assimilationsstufen und hilfreiche Faktoren**

Im Folgenden wird die Konzeptualisierung der Hilfsfaktoren in Verbindung mit den Assimilationsstufen (Stiles et al., 1990; Stiles, 2006) in Abbildung 13 (in relativen Häufigkeiten der Hilfsfaktorgruppe pro Assimilationsstufe in der jeweiligen Zeile)

vorgestellt. Die Stufe 7 (Problembewältigung) war hierbei zu vernachlässigen und ist nicht abgebildet, da es sich um eine absolute Häufigkeit von nur einer gelösten Problemsituation handelte.

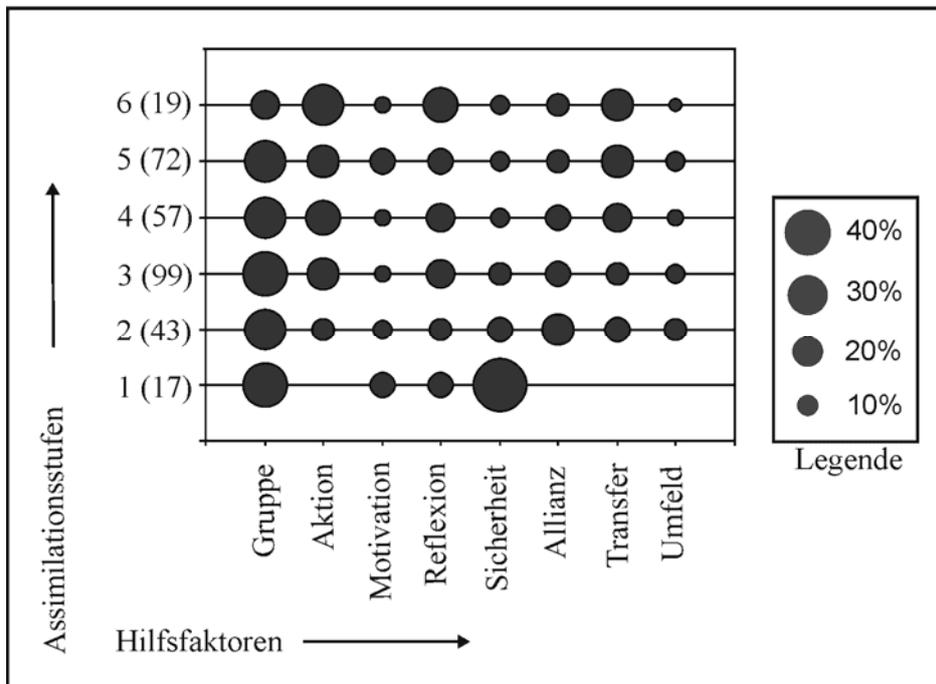


Abbildung 13: Darstellung relativer Häufigkeiten der Hilfsfaktoren pro Assimilationsstufe. (100% pro Zeile), Angaben in Klammern stellen die absolute Zahl der Nennungen über alle Interviews dar.

Diese Darstellung ist eine explorativ-deskriptive Beschreibung der Verteilung und nimmt einen Hypothesen generierenden Charakter ein (die Generierung von Hypothesen wird u.a. in der GTM als ein Ergebnis der Studie angesehen). Aus Abbildung 13 ist ersichtlich, dass sich die hilfreichen Faktoren über alle Assimilationsstufen verteilen. Die Assimilationsstufe 1 (Probleme als unerwünschte Gedanken) ging gehäuft mit dem hilfreichen Faktor „Sicherer Rahmen“ einher, während derselbe in höheren Assimilationsstufen seltener war. In dieser ersten Assimilationsstufe war der Sichere Rahmen vermutlich besonders wichtig, da sich die Patienten erst an ein Problem herantasteten, dieses Herantasten noch mit negativem Affekt besetzt ist und Angst auslöst (Stiles et al., 1990). In Assimilationsstufe 2 (Vages Bewusstsein) nahm der die Therapeutische Allianz in ihrer relativen Häufigkeit, gleich nach den Gruppenfaktoren, einen hohen Stellenwert ein. In dieser zweiten Phase des Problembewusstseins war also die Beziehung zum Therapeuten, dessen Unterstützung und Konfrontation im intimeren Zweiersetting, ohne weitere Patienten, besonders wichtig. Ab der dritten Assimilationsstufe (Problemerkklärung) häuften sich Aktionsfaktoren, dann nämlich, wenn ein spezifisches Problem formuliert wurde und in den weiteren Stufen bearbeitet und nach

Lösungen gesucht wurde. Ab Assimilationsstufe 4 (Einsicht) waren die Transferfunktionen bedeutsam, kamen aber zumindest bereits ab der zweiten Stufe des vagen Bewusstseins vor – spielten also in fast allen Phasen der Problemassimilation eine wichtige Rolle. Diese Ergebnisse eröffneten einen Interpretationsraum mit vielen möglichen Hypothesen für weitere Studien (an weiteren Patienten): Können die Assimilationsstufen mit bestimmten Hilfsfaktorgruppen assoziiert werden? Kann die Aktivierung spezifischer hilfreicher Faktoren vielleicht sogar den Übergang von einer zur nächsten Assimilationsstufen vorbereiten? Gibt es beim Verharren oder Zurückfallen in eine niedrigere Assimilationsstufe fehlende Hilfsfaktoren? Unterscheiden sich all diese Aspekte innerhalb unterschiedlicher Störungsgruppen? Diese Fragen bleiben vorerst unbeantwortet, bilden aber eine spannende Perspektive für weitere Projekte in diesem Bereich.

### 3.5 Konzeptualisierung: Konfliktbereiche und hilfreiche Faktoren

Als nächster Schritt wurden die beiden Ebenen Konfliktbereiche (nach OPD, OPD Arbeitskreis, 1996) und hilfreiche Faktoren gemeinsam betrachtet (Abbildung 14). Das Thema „Ödipale Konflikte“ war zu vernachlässigen und ist nicht abgebildet, da es sich um eine absolute Häufigkeit von nur fünf als „ödipal“ kodierten Problemsituation handelte.

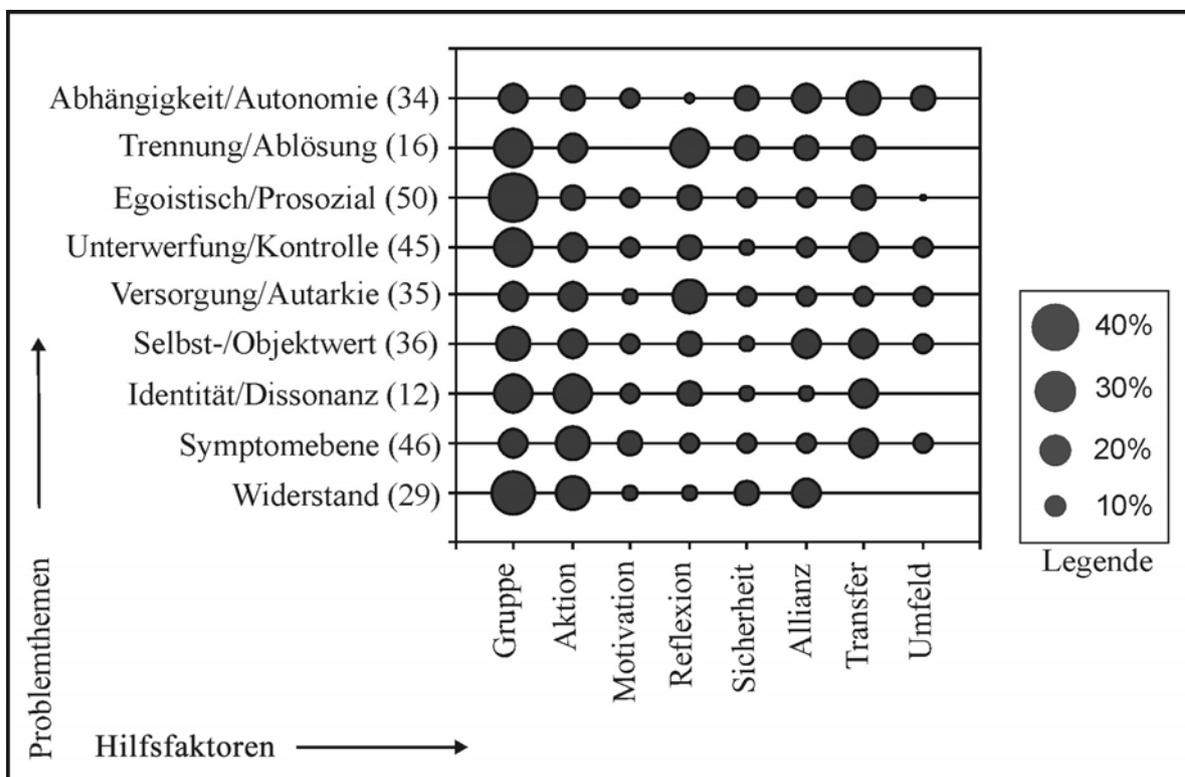


Abbildung 14: Darstellung relativer Häufigkeiten der Hilfsfaktoren pro Problemthema. (100% pro Zeile), Angaben in Klammern stellen die absolute Zahl der Nennungen über alle Interviews dar.

Abbildung 14 setzt die Konfliktbereiche mit hilfreichen Faktoren zu einander in Beziehung, und zeigt, dass in fast allen Bereichen die Gruppenfaktoren als am meisten hilfreich erlebt wurden. Auch die Aktions- und Transferfunktionen boten in fast allen Konfliktbereichen eine wichtige Stütze. Wenn die Patienten von Schwierigkeiten, sich auf den Therapieprozess einzulassen (Thema: Widerstand), erzählten, so waren Transfer- und Umfeldfaktoren nicht hilfreich. Man kann annehmen, dass Patienten, die z.B. ihre Krankheitsmodell noch vorwiegend somatisch konstruierten, oder die noch ambivalent gegenüber der Therapie eingestellt waren, das Zuhause eher als Rückzugsort (im Sinne von sich der Therapie entziehen) nutzten; die Ressourcen zu Hause oder den täglichen Wechsel also nicht als hilfreich erlebten. An dieser Stelle können neue Hypothesen generiert werden: Welche hilfreichen Faktoren müssen im späteren Verlauf der Therapie zum Thema „Widerstand“ aktiv sein, sodass die Patienten mit diesem Problemthema weiter voran kommen. Bedeutet ein weiteres Vorankommen auch, dass sich parallel hierzu die Assimilationsstufen und die Konfliktbereiche verändern? Bezogen auf den Bereich Trennung/Ablösung ist auffällig, dass Motivations- wie auch Umfeldfaktoren fehlen: Dieser Konfliktbereich wurde während der Datenanalyse induktiv der OPD Strukturierung hinzugefügt, es handelte sich dabei um Probleme von vor allem jungen Patienten, die sich in der Individuationsphase, also einem Ablöseprozess von ihrer Ursprungsfamilie, befanden. Es macht Sinn, dass die Patienten in diesem Bereich das Umfeld (also u. a. die Familie zu Hause) als wenig hilfreich erleben. Auch die Motivationsfaktoren (z. B. „Erfolge stärken mich“ oder „Ein Versprechen anderen gegenüber einhalten wollen“) werden hinsichtlich eines spezifischen Ablöseprozesses von der Familie wenig Wirkung haben. Hingegen sind die Reflexionsfaktoren (also „Selbsterkenntnis“, „Aktives Reflektieren über das Geschehene“) in diesem Konfliktbereich besonders hilfreich, in dem es um die Herausbildung einer „individuellen Persönlichkeit“ geht.

Neben den bereits formulierten Annahmen können aufgrund der Häufigkeitsverteilung wenig weitere Hypothesen generiert werden. Außer dem häufigen Auftreten der Gruppenfaktoren, ist eine Ausdifferenzierung anderer Konfliktbereiche bezogen auf die Hilfsfaktoren nicht möglich. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass das gewählte Modell zur Kategorisierung der Problemthemen nach OPD eventuell nicht passend war. Es ist aber auch gut möglich, dass es keine Konflikt-spezifischen hilfreichen Faktoren gibt, d. h. die untersuchten Bereiche wären unabhängig voneinander. Es bedarf weiterer Studien, die gezielt diese Hypothese überprüfen.

### **3.6 Exkurs: Die Funktion des tagesklinischen Settings**

Exkurs: In der bisher vorgestellten Auswertung des Datenmaterials konnte eine Tagesklinik-spezifische Gruppe von hilfreichen Faktoren herausgearbeitet werden („Transferfaktoren“). Die Textanalyse der 69 Interviews fokussierte auf alle hilfreichen Faktoren aus Patientensicht und war dementsprechend umfangreich. Das bis zu diesem Zeitpunkt mithilfe einer Kombination aus GTM und QIA erstellte Codesystem deckte somit eine große Breite an hilfreichen Faktoren ab, war aber nicht danach ausgerichtet die einzelnen hilfreichen Faktoren in weiteren Details zu untersuchen: Es schien uns wichtig neben der inhaltlichen Ebene (welche hilfreichen Faktoren beschreibt ein Patient) auch konversationelle Aspekte (wie spricht ein Patient über die Tagesklinik) in die Textanalyse mit einzubeziehen. Außerdem bot das vorliegende Datenmaterial durch die Erhebung an drei Interviewzeitpunkten die Möglichkeit den zeitlichen Verlauf in der Darstellung von hilfreichen Faktoren näher zu betrachten. Bislang war es weiterhin nicht möglich gewesen, neben der Benennung von hilfreichen Faktoren, zu analysieren in welchem Zusammenhang diese mit dem individuellen Therapieverlauf der einzelnen Patienten standen. Diese neuen Fragestellungen, die sich während der Auswertung ergaben, entsprechen bereits einem Ergebnis der qualitativen Forschung nach der Grounded Theory Methodologie: Durch die Analyse wurden neue Hypothesen generiert. Diese Hypothesen konnten aber nicht durch einen weiteren Kodierdurchgang in das bereits vorhandene Codesystem exploriert werden, da dies den Rahmen jedes qualitativen Forschungsprojektes gesprengt hätte (es ist nicht möglich in einem Einzelprojekt vier parallele Auswertungsstrategien an einem 800 DIN-A4 Seiten umfassenden Datenpool mit acht unterschiedlichen Faktorengruppen über drei Erhebungszeitpunkte hinweg durchzuführen). Die Offenheit gegenüber dem Datenmaterial in der Anfangsphase der Auswertung ist hier genauso wichtig für qualitative Forschungsprojekte wie die Fokussierung auf eine inhaltlich spezifische Auswertungsstrategie innerhalb des methodischen Bezugsrahmens. Es musste also überlegt werden, inwieweit eine weitere Auswertung des Datenmaterials erfolgen sollte und wie das Datenmaterial dahingehend ausgewählt und somit reduziert werden konnte.

Die Fragestellungen am Anfang der Studienplanung lauteten (vgl. Kapitel 1.4):

1. Welche Faktoren ermöglichen aus Patientensicht eine Veränderung/ Verbesserung?
2. Wie lassen sich die hilfreichen Faktoren in einem Auswertungssystem kategorisieren?
3. Gibt es eventuell weitere Einflussgrößen, die in Zusammenhang mit den gefundenen Hilfsfaktoren stehen?
4. Inwiefern spielen Faktoren bezogen auf das räumliche Setting eine Rolle?

Die beschriebenen Ergebnisse zu den acht Gruppen hilfreicher Faktoren inklusive der Rahmenkodierungen (involvierte Personen, Assimilationsstufe, OPD-Konflikt) beantworteten die ersten drei Fragen. Bezogen auf die vierte Frage, welche Rolle die Faktoren bezogen auf das räumliche Setting (Transferfaktoren) im therapeutischen Prozess der Tagesklinik spielten, konnte noch nicht ausreichend beantwortet werden. Hinsichtlich dieses Aspektes wurde entschieden, eine weitere Teilstudie zu planen (mittlerweile publiziert: Mörtl, Epple, Rothermund & Wietersheim, 2008), die der Fragestellung folgte:

5. Wie erleben Patienten den Wechsel zwischen den therapeutischen Räumen und wie können sie den Wechsel für sich nutzen?

In diese Teilstudie wurden zwei weitere Mitarbeiterinnen der Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie miteinbezogen<sup>11</sup>: Dr. med. Eva Rothermund und Dipl.-Psych. Nicola Epple. Die beiden Mitarbeiterinnen waren am Forschungsprojekt interessiert, für das Dissertationsprojekt war es gewinnbringend bis dato unbeteiligte Forscherinnen in diese Teilstudie mit einzubeziehen: Die Forscherinnen waren nicht in die Entwicklung des bereits dargestellten Codesystems involviert, die Gefahr das bereits „Entdeckte“ noch einmal zu replizieren (im Sinne eines Artefakts) war durch die aktive Beteiligung der beiden neuen Mitarbeiterinnen also nicht gegeben.

Um die Texte fokussiert auf die oben formulierte 5. Teilfragestellung auszuwerten, wurden aus dem vorliegenden Material der qualitativen Studie zu Hilfsfaktoren nur 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

---

<sup>11</sup> Die beiden neuen Mitarbeiterinnen waren Teil des dreiköpfigen Auswertungsteam. Die vorgestellten Ergebnisse sind das Resultat der drei Mitarbeiterinnen. Die Organisation und Bereitstellung der Daten oblag der Verfasserin der vorgelegten Arbeit. In diesem Sinne ist das vorgestellte Material Teil der Doktorarbeit und als eigenständige Leistung von Kathrin Mörtl zu sehen.

einer stationären Behandlung stellten. Anhand der Erhebungsmethode (siehe Kapitel 2.3) erzählten uns die Patienten, wie sie schwierige Situationen und hilfreiche Faktoren erlebten, aber auch wie die Tagesklinik, vor allem der tägliche Wechsel von der Klinik nach Hause (und vice versa) für sie „funktionierte“. Einige Patienten verglichen in den Interviews unterschiedliche räumliche Settings (Tagesklinik, Zuhause, Station), somit bot sich ein reiches Material um die Funktion der Tagesklinik als räumliche Erlebenswelt (vgl. Brücher zu der „Therapeutisierung des Alltags“ und „Veralltäglicung der Therapie“, 2005) 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 zumindest 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 mit 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. 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.

Dieser Teilbereich der Auswertung orientierte sich an Schützes Narrationsanalyse (1983) und dem Konzept der Objektiven Hermeneutik (Oevermann, Allert, Konau, Krambeck, 1979)<sup>12</sup>. 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

---

<sup>12</sup> Die Auswertungsmethode für die Teilstudie wurde von den drei Mitarbeiterinnen neu gewählt. Die Narrationsanalyse und der methodische Bezugsrahmen der Objektiven Hermeneutik boten Analysetechniken, mithilfe derer das vorliegende Material noch „feiner“ und intensiver analysiert werden konnte. Dipl.-Psych. Nicola Epple zeigte sich in dieser Methodik erfahren, was den Zugang dazu natürlich erleichterte.

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, womit wir uns einer objektiv hermeneutischen Methode annäherten. 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.

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“ aufrecht erhalten (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 Entlassbriefe 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.

In der Analyse des reduzierten 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 als „Schutzraum“, für die andere Gruppe als „Konfrontationsraum“. Im Folgenden

werden zur Veranschaulichung der Konzeptualisierung repräsentative Textstellen für alle 14 Patienten dargestellt.

### 3.6.1 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<sup>13</sup>. In dieser Gruppe fassten wir Patienten zusammen, die sich traute, in der Tagesklinik Seiten von sich zu zeigen, die sie sonst eher verbergen (ängstliche, depressive oder aggressive). Durch die Unterstützung der Gruppenmitglieder und Therapeuten war 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“ subsumierten. Dabei fassen wir unter **AI** (siehe Abbildung 15) zwei Patienten (*Sascha, Karin*) 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. Weiter nahmen sie 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)

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. (...)

<sup>13</sup> 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).

P: Ja ich weiß / /<sup>14</sup> 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 und 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:

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.

---

<sup>14</sup> 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 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 waren 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 ist. 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 ist 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 mit-gestalten:

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 15), 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 war und empfand dies als sehr hilfreich. 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 Vollidung 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. Die Tagesklinik und deren täglichen Wechsel 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 Mann 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 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 ichda 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).

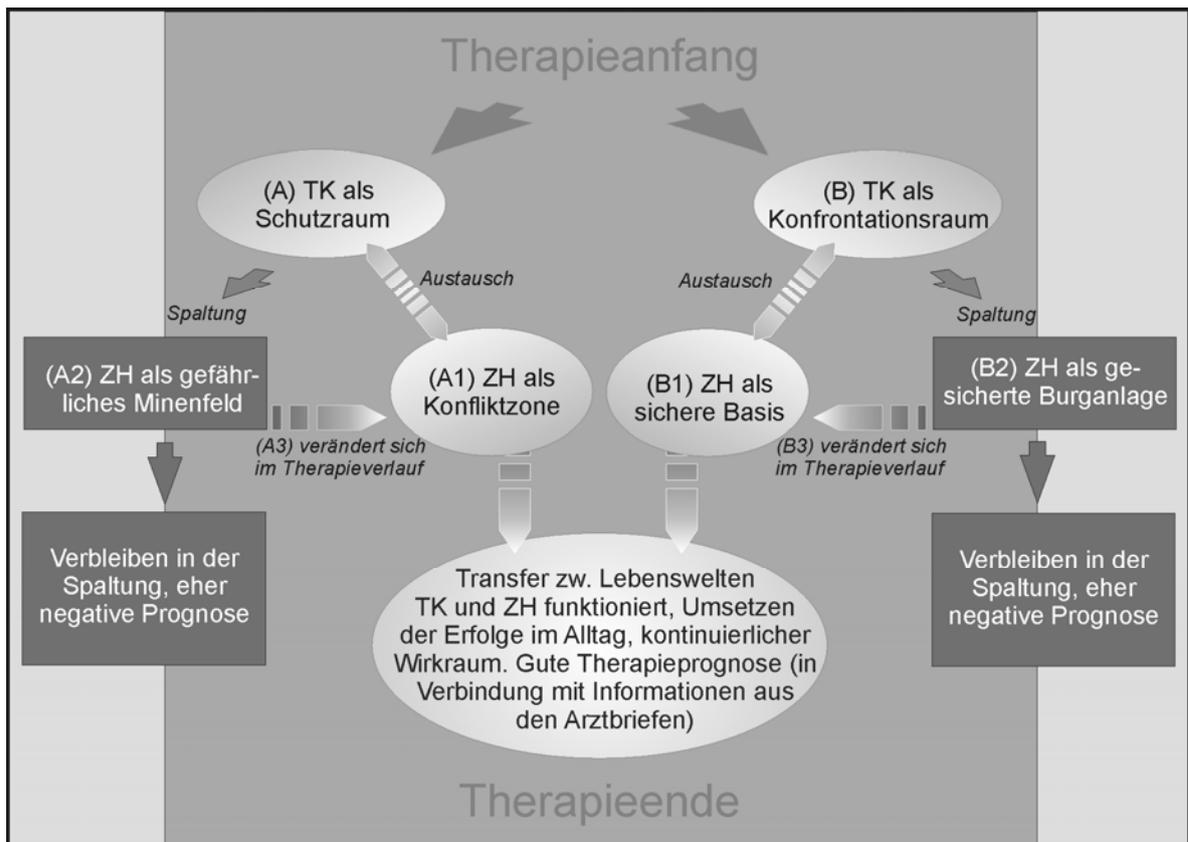


Abbildung 15: Konzeptualisierung des therapeutischen Wirkraumes im Spannungsfeld zwischen Tagesklinik (TK) und dem Raum zuhause (ZH); die TK wird anfänglich entweder als Schutzraum (Kategorie A) oder als Konfrontationsraum (Kategorie B) erlebt.

### 3.6.2 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 abschalten zu können.

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 dadurch 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 voran kommen. Der tägliche Wechsel stellte für Berta eine wichtige Stütze dar, mit der sie die Fähigkeit zur Regulation ihrer durch die Therapie ausgelösten Gefühle entwickelte<sup>15</sup>.

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

*(Helen, 22 Jahre, Somatoforme Störung und Emotional instabile Persönlichkeitsstörung)*

Helen erlebte die Tagesklinik als Ort des „Anstoßes“. Im ersten Gespräch betonte die

---

<sup>15</sup> 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).

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.

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 Settings, 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. (...) Das war wie eine Erkenntnis. (...) 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.

### 3.7 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Analyse des umfangreichen Textmaterials hat hilfreiche Faktoren aus Patientensicht erfasst. Es zeigte sich, dass eine sinnvolle Auswertungsstrategie neben der spezifischen Herausarbeitung von hilfreichen Aspekten auch weitere Variablen einbeziehen muss: Patienten erleben hilfreiche Faktoren in Zusammenhang mit spezifischen *Problemsituationen* und darin *involvierten Personen*. Außerdem hat die *Stufe im Veränderungsprozess* – also ob Patienten sich noch mit der Problembenennung beschäftigen, oder sich bereits mitten in der Problembewältigung befinden – einen Einfluss auf die als hilfreich erlebten Faktoren. Involvierte Personen stehen in enger Verbindung zu hilfreichen Faktoren und müssen in weiteren Untersuchungen miteinbezogen werden. Bezogen auf die Assimilationsstufen zeigten sich erste Ergebnisse: Bestimmte Gruppen von Hilfreichen Faktoren korrespondieren vermutlich mit spezifischen Assimilationsstufen (niedrige Assimilationsstufen in der Problemwahrnehmung gehen gehäuft mit dem Sicheren Rahmen einher, während höhere Assimilationsstufen in der Problembewältigung besonders Aktions- und Transferfaktoren beinhalten).

Die 26 Patienten erzählten in 69 Interviews über 308 Problemsituationen. Die 799 Hilfsfaktor-Nennungen konnten in acht Gruppen konzeptualisiert werden:

- *Gruppenfaktoren*: Beziehen sich auf die in der Patientengruppe als hilfreich erlebten Aspekte, wie die Unterstützung oder Akzeptanz der Gruppenmitglieder, aber auch der Konfrontation untereinander.
- *Aktionsfaktoren*: Beziehen sich auf die aktive Beteiligung der Patienten.
- *Transferfaktoren*: Beziehen sich auf Hilfreiches des örtlichen Wechsels von der Tagesklinik nach Hause (und vice versa).
- *Reflexive Faktoren*: Aspekte, die die Patienten dazu anregten über sich und ihre Beziehungsmuster nachzudenken.
- *Therapeutische Allianz*: Beschreiben die hilfreiche Beziehung zwischen Patient und Therapeut/en als Basis eines guten Arbeitsverhältnisses.
- *Umfeldfaktoren*: Beziehen sowohl die Beziehung zu Angehörigen und Freunden als auch die hilfreiche Wirkung, die der vertraute Raum zu Hause auf die Patienten hatte, mit ein.
- *Sicherer Rahmen*: Beschreibt, dass sich die Patienten am Ort des therapeutischen Geschehens sicher fühlen und sich auch im Kontakt mit den anderen Patienten und dem Therapeutenteam wohl fühlen.
- *Motivation durch Erfolg*: Beziehen sich darauf, dass Erfolge zu weiterer Motivation führten, die die Patienten als hilfreich erlebten, und durch die sie im Prozess noch weiter vorankamen.

Hinsichtlich der Transferfaktoren im Spezifischen und dem Transfer aller hilfreichen Faktoren im Allgemeinen konnte beschrieben werden, wie die Patienten den therapeutischen Prozess im Spannungsfeld zwischen der Klinik und dem Zuhause erlebten: Patienten nahmen die Tagesklinik am Anfang der Behandlung entweder als *Schutzraum* oder als *Konfrontationsraum* wahr. Die Patienten, die von Anfang an das Erlebte in der Klinik (Konfrontation oder Schutz) mit dem Erlebten zu Hause (Konfliktzone oder sichere Basis) verbinden konnten, konnten im Therapieprozess große Erfolge erzielen. Auch jene Patienten, die erst während der Therapie eine solche Verbindung zwischen den beiden räumlichen Bereichen schaffen konnten, hatten eine positive Entwicklung im therapeutischen Vorankommen. Solche Patienten, die bis zum Ende der Therapie die Klinik (als Konfrontations- oder Schutzraum) vom Zuhause (der gesicherten Burganlage oder dem gefährlichen Minenfeld) getrennt und abgespalten hielten, konnten von der tagesklinischen Behandlung wenig profitieren.

## 4. DISKUSSION

### 4.1 Hilfreiche Faktoren aus Patientensicht als Wirkfaktoren

Durch eine komplexe Auswertungsstrategie konnten acht Gruppen hilfreicher Faktoren aus Patientensicht konzeptualisiert werden, die einigen in der Literatur beschriebenen Ausführungen zu den „Common Factors“ ähneln. Die „Common Factors“ sind per definitionem unspezifische Wirkfaktoren, also ursächliche Faktoren, die dem Patienten ein Vorankommen im therapeutischen Prozess und in der Besserung seiner Beschwerden ermöglicht. In der Einleitung (Kapitel 1.1.3) wurden die „Common Factors“ nach Joyce et al. (2006) als ein Konzept beschrieben, das „therapeutische Faktoren“, „kurative Faktoren“, „nichtspezifische Faktoren“ und „Kernprinzipien“ beinhaltet. Diese Definition bildete die Grundlage für die formulierte Fragestellung der vorliegenden Arbeit: „Welche Faktoren ermöglichen Veränderung und wie lassen sie sich kategorisieren?“

Die Benennung der präsentierten Ergebnisse in „hilfreiche Faktoren“ betont den unspezifischen Charakter dieser Wirkfaktoren im Sinne einer nicht schul-spezifischen, nicht technik-spezifischen Wirkung. Nichts desto trotz lassen sich die vorgelegten Resultate in der Wirkfaktoren-Forschung (englisch: „Factors of Change“) einordnen und sind mehr als nur in unspezifischer Weise hilfreiche Faktoren im Therapieprozess. Die dargestellten Ergebnisse sind hilfreiche Faktoren, die spezifisch in einer positiven Wirkung im therapeutischen Prozess münden. Die Einschätzung dieser direkten positiven Wirkung wurde in den 69 Interviews von den Patienten selbst vorgenommen. Sie beschrieben in den Problemsituationen Faktoren, die aus ihrer Sicht zu einer Verbesserung dieser Situation beigetragen haben. In Expertendiskussionen (Mörtl, 2006b) wurde an dieser Stelle der Konzeptualisierung wiederholt Kritik geübt, da unser Studiendesign nicht auf die Messung von Wirkung ausgelegt war. Die von der Forschungsgruppe identifizierten Faktoren hätten laut Patienten zwar etwas bewirkt, die Studie hätte diese Wirkung aber nicht konkret überprüft bzw. nachgewiesen. Darüber hinaus wurde dem Studiendesign angelastet (im Zuge des Ulmer Psychosozialen Kolloquiums: Mörtl, 2006b), dass die Patienten in dem Interview über etwas berichteten, was *in Wirklichkeit* vielleicht gar nicht so geschehen war; man könne Wirkfaktoren nur anhand von Originalaufnahmen (während der Therapie) untersuchen, nur der Forscher als Experte selbst könne Wirkung feststellen. Yalom (1996) schränkt seine Untersuchung aus Patientensicht ebenfalls ein und sagt in seinem Buch zu Wirkfaktoren in der Gruppenpsychotherapie, dass es Wirkfaktoren gibt, die außerhalb des

Bewusstseins unserer Patienten liegen (S. 14). Genau dieses Argument findet sich auch in den Expertendiskussionen (Mörtl, 2006a, 2006b; Mörtl & Wietersheim, 2007) wieder, in denen den Patienten die Fähigkeit abgesprochen wird, über das was *wirklich* in der Psychotherapie wirkt, berichten zu können. Yalom (1996) fährt aber weiter fort, dass, nur weil manche Wirkfaktoren außerhalb des Bewusstseins der Patienten liegen, dies nicht bedeutet, dass man die Sicht der Patienten nicht auch mit einbeziehen soll (S. 14). So bietet die Wirkfaktorenforschung aus Patientensicht eine nicht exklusive, aber unbedingt notwendige Informationsquelle darüber, wie Psychotherapie funktioniert. Der unterschiedliche Blick darauf, ob nun der Therapeut, der Forscher oder der Patient besser über Wirkmechanismen Auskunft geben können, führt zu einer schwierigen Position, nämlich der, die „wahre Wirklichkeit“ herausfinden zu wollen. Qualitative Forscher haben die Frage nach der „Wahrheit von Phänomenen durch die Ableitung von Theorien“ in das „Verständnis von Phänomenen und die daraus erfolgende Ableitung von Theorien“ übersetzt. Die Vor-erfahrungen und Einstellungen des Inhaltsanalytikers, des Forschers, sind maßgeblich für die Ergebnisse jeder Forschung. So hatten bereits Robinson et al. (1990), wie in Kapitel 1.1.2 beschrieben, bezüglich der Wirksamkeitsstudien argumentiert. Somit bildet die Auswertung von Originalmaterial (wie z.B. Tonbandaufnahmen von Therapiesitzungen) aus Forschersicht einen genauso unvollkommenen Auszug der Psychotherapieforschung ab.

Einige Hilfsfaktoren (im Sinne Kategorisierungen höherer Ordnung) wurden in der vorliegenden Arbeit den „Common Factors“ zugeschrieben. Zum Beispiel kommt die Kategorie „Therapeutische Allianz“ aus der Analyse der Patientenäußerungen dem allgemeinen Verständnis der Therapeutischen Allianz sehr nahe. In der Literatur gibt es keine klare Definition darüber, wie ein „Common Factor“ gemessen werden soll, und wie die spezifischen „Common Factors“ definiert sind. Hill (2005, S. 87), eine der Meinungsführerinnen in der internationalen Psychotherapie-Prozess-Forschung, beschreibt zu dieser Thematik, dass viele Begriffe bezüglich der „Common Factors“ bereits so gedehnt wurden, dass man zeitweise verwirrt ist, welche Aspekte nun z.B. in der Therapeutischen Allianz involviert seien. Die aktuelle Literatur zeigt im Bereich der „Common Factors“ große empirische Lücken auf, die mit Studien wie der vorliegenden gefüllt werden können: Betrachtet man die Ausführungen der klassischen und aktuell publizierten „Common Factors“ Artikel (Rosenzweig, 1936; Corsini & Rosenberg, 1955; Stiles, Elliott, & Shapiro, 1986; Grenavage & Norcross, 1990; Hill, 1995; Weinberger,

1995; Shapiro, 1995; Walborn, 1996; Maione & Chenail, 1999; Beutler & Castonguay, 2006; Lambert & Ogles, 2004; Joyce et al., 2006; u.a.), werden selten neue empirische Ergebnisse dargestellt. Man findet darin Konzeptualisierungen von Experten, die selbst auf wenig empirisch gesicherte Daten zurückgreifen (oft nur auf die Studien von Bloch et al., 1979; oder Yalom, 1975). Bezogen auf diese Lücke im Wissensstand ist es unbedingt notwendig Ergebnisse, wie sie in der vorliegende Studie erzielt wurden, unter dem Begriff „Common Factors“ zu fassen. Ohne empirische Ergebnisse wird sonst eine einseitige Reproduktion von bereits angehäuften Wissen (Experte A zitiert Experte B zitiert Experte C) bevorzugt, die keine praxisrelevanten Ergebnisse erzielen kann. Es konnte gezeigt werden, dass die in der Literatur beschriebenen Konzepte von dem „was hilft“ erst durch die unmittelbaren Aussagen der Patienten authentisch und valide werden. Immerhin ist das Ziel einer erfolgreichen Psychotherapie, dass Patienten ihre Erklärungsmodelle reflektieren und sich ihrer Übertragungsmechanismen bewusst werden, um diese auflösen zu können. Klinisch arbeitende Psychotherapeuten werden einen Patienten nur dann als erfolgreich bezeichnen, wenn es ein Modell zur Entstehung und zur Veränderung seiner Symptome entwickelt hat und dieses umsetzen kann. Unter anderem beschreibt Beck (1999, S 4ff.), dass ein Grundprinzip der kognitiven Therapien darin liege, den Patienten am Ende der Therapie zu seinem eigenen Therapeuten gemacht zu haben.

#### **4.2 Wirkfaktorenforschung: Tagesklinik und Veränderungsprozess**

Die von uns dargestellten acht Gruppen hilfreicher Faktoren in der Tagesklinik können mit den bereits in der Literatur beschriebenen Kategorisierungen von Yalom (1975) und Hoge, Farrell, Munchel & Strauss (1988) verglichen werden. Hoge et al. (1988) führten in den 80er-Jahren bereits eine Untersuchung mit 20 Tagesklinikpatienten durch, die 14 Gruppen therapeutischer Faktoren ergab. Drei davon waren tagesklinikspezifisch (Mobilisation von familiärer Unterstützung, Kontakt zur Außenwelt, Übung zu Hause). Diese Aspekte finden sich auch in der hier gezeigten Studie wieder, wobei zusätzlich neue und differenzierte Kategorisierungen in Bezug auf das teilstationäre Behandlungssetting eingebracht werden. Zusätzlich zu den beschriebenen hilfreichen Faktoren geben die hier präsentierten Ergebnisse einen Hinweis darauf, dass es für diese Art von Prozessstudien aus Patientensicht notwendig ist, weitere Aspekte (z.B. die Assimilationsstufen zum Veränderungsprozess) in die qualitative Analyse mit einzubeziehen. Nur durch die mehrdimensionale Analyse des Datenmaterials können die komplexen Faktoren und Prozesse zur Veränderung verstanden werden. Unsere Daten zeigen, dass die „Assimilation

of Problematic Experiences Scale“ (Stiles et al., 1990) damit korrespondiert, was ein Patient als wirksam erlebt. Je nachdem, in welcher Stufe der Assimilation sich ein Patient befindet, wird er sich unterschiedliche „Krücken“ (vgl. Bohart, 2000), die sich gegenseitig komplementieren, damit es zu einem weiteren Fortkommen im Veränderungsprozess kommt. Zurzeit wird die APES und ihre Verbindung zu Outcome-Ergebnissen von einigen Forschern beforscht (siehe Stiles, 2006). Noch sind es vorläufige Ergebnisse an meist kleinen Stichproben, die auf einen Zusammenhang von Assimilationsstufe und Outcome hinweisen. Sollte es in Zukunft gelingen, diese Hinweise weiter zu bestätigen, so könnte die APES ein wichtiges Verbindungsstück zwischen Prozess- und Outcomeforschung darstellen. Hilfreiche Faktoren, wie sie in der hier präsentierten Studie beschrieben sind, sollen mit Assimilationsstufen assoziiert und mit bestimmten Outcomeergebnissen in Beziehung gesetzt werden. Dafür bedarf es aber vorerst weiterer Studien.

Durch das Erfassen der Veränderung in den beiden „therapeutischen Räumen“ (Klinik und zu Hause) konnte dargestellt werden, wie das spezifische Psychotherapieangebot „Tagesklinik“ aus Patientensicht funktioniert: Brücher beschreibt in seinem Buch zu therapeutischen Räumen (2005) eine mit unseren Beobachtungen vergleichbare „Therapeutisierung des Alltags“ und der „Veralltäglichung der Therapie“ (S. 154) in der Milieuthherapie. Der Raum zu Hause wird demnach zu einem erweiterten Wirkraum der Psychotherapie, der sich verschieden ausgestalten kann. Dies zeigt sich in den präsentierten Ergebnissen besonders in jenen Kategorien, die den Übergang und Wechsel vom häuslichen Alltag zur alltäglichen Therapie und umgekehrt explorieren – den „Transferfaktoren“. Im tagesklinischen Kontext ist dieser tägliche Wechsel vor allem deswegen so bedeutsam, weil ein wesentliches Ziel der tagesklinischen Behandlung das Üben und die Veränderung in der alltäglichen Situation ist. Auch für die Patienten hat der Übergang dieser Räume einen subjektiv wichtigen Stellenwert. Für manche Patienten ist es wichtig und hilfreich das in der Tagesklinik Erlebte mit nach Hause zu nehmen, es mit dem Partner und der Familie zu besprechen. Die Tagesklinik wird hier zu einem Übungsfeld, in dem in geschütztem Rahmen ausprobiert werden kann, und von dem aus die Patienten auch Problemsituationen zu Hause „angehen“ können. Für andere Patienten ist es wichtig das therapeutische Geschehen in der Tagesklinik als etwas Eigenes für sich zu behalten, vorerst nur mit den Patienten und Therapeuten zu teilen und vom Umfeld zu Hause abzugrenzen. Ein aktiver Austausch findet auch hier statt. Zwar bildet sich dieser nicht in der unmittelbaren Übung von Fertigkeiten ab, sondern eher in einer Übung des „Für-sich-

Behaltens“ des in der Tagesklinik Erfahrenen, im Sinne einer vermehrten Autonomie. Aus den Transfer-Kategorien lassen sich auch Hinweise für die Therapieindikation zur tagesklinischen Behandlung ableiten. Diese ergänzen andere Indikationskriterien wie störungsspezifische Kriterien (Üben im häuslichen Umfeld des Pat. besonders wichtig) und situationsabhängige Kriterien (z.B. zu Hause zu betreuende Kinder). Langfristig ist es das Ziel zu differenzieren, welche Patienten besonders gut in einem tagesklinischen Setting und welche im stationären Setting profitieren. Im nächsten Teil der Diskussion wird darauf, referierend auf die durchgeführte Teilstudie, näher eingegangen.

### **4.3 Die Funktion des tagesklinischen Settings im Veränderungsprozess**

Die Patientengruppe nimmt in der Tagesklinik eine zentrale Stellung ein (vgl. Mörtl et al., 2008). 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. Inwieweit zum Beispiel 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, ist zusätzlich zu den therapeutischen Interventionen ausschlaggebend für einen 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 von besonderer Bedeutung, wie schnell sich Patienten 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 konnte gezeigt werden, 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,

schaften 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<sup>16</sup>. Prinzipiell versuchen Menschen ihr Erleben möglichst optimal zu regulieren und einen subjektiv befriedigenden stabilen Zustand herzustellen. 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. 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. Aus den gerade beschriebenen Aspekten können folgende Implikationen für den klinischen Alltag abgeleitet werden:

---

<sup>16</sup> Situationen, die Instabilität hervorrufen begreift Frommer (2003) im Sinne einer strukturell nicht mehr zu bewältigenden Überforderung und Bedrohung. In der Arbeit von Gripp-Hagelstange (1997) zu Luhmanns Systemtheorie wird ähnliches hervorgehoben.

- In einem tagesklinischen Setting ist es unabdingbar neben der Problemfokussierung einen Fokus auf die Verbindung der beiden therapeutischen Wirkräume (Klinik und Zuhause) zu richten.
- 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.

#### **4.4 Methodische Limitation**

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.

Die hier veranschaulichte methodische Umsetzung der Erhebung und qualitativen Auswertung ist sehr ressourcenaufwändig und geht mit einigen Limitationen einher: Die Stichprobengröße muss aufgrund der enormen Transkriptions- und Auswertungsarbeit beschränkt werden. Gleichzeitig mussten wir die Auswertungsstrategie aufgrund der enormen Textmengen zielorientierter gestalten. Um zu repräsentativen Aussagen im statistischen Sinne zu gelangen, müsste die Methode modifiziert und ressourcengünstiger angewandt werden (zum Beispiel durch aus den explorativen Ergebnissen entwickelte Fragebögen mit Antwortmöglichkeiten und offenen Fragen, Auswertungsschemata im Sinne einer deduktiven Inhaltsanalyse, etc.). Die Reliabilitätsprüfung des Codesystems konnte nur an einem Teil der ausgewerteten Interviews mit Fokus auf die Hilfsfaktoren stattfinden (APES, Personen und Themen waren darin nicht enthalten), die Einarbeitung

eines idealerweise nicht an der Entwicklung der Kategorien beteiligten Zweitkodierers ist aber enorm ressourcenaufwändig.

Trotz der textnahen Auswertung des Interviewmaterials wurde eine Weichenstellung durch den Interviewleitfaden gegeben, diese Beeinflussung kann in Interviews nicht gänzlich verhindert werden, die Auswertung von Originalaufzeichnungen wäre hier eine Alternative. Der Einfluss der Forscher ist sowohl bei der Interviewführung als auch bei der Kategorisierung – im Speziellen bei der für die Kategorisierung höherer Ordnung notwendigen Abstraktion – gegeben. Dieser Einfluss kann durch die beschriebenen Validierungsschritte reflektiert und begrenzt werden, der Blick des Forschers (gleichsam des Psychologen mit all seinen Vorerfahrungen und aktuell-kontextuellen Einflussgrößen) durch seine individuelle „Brille“ unterliegt aber jedenfalls einer (gewissen) Verzerrung der „Realität“ aus Patientensicht.

#### **4.5 Ausblick**

*Wirkfaktorenforschung in der Tagesklinik.* Die präsentierten Ergebnisse sollten in zukünftigen Studien an weiteren Tageskliniken überprüft werden, um eventuelle Ulmspezifische Einflussvariablen ausfindig zu machen und zu korrigieren. Hierzu ist eine Studie an weiteren Tageskliniken des Süddeutschen und Nordschweizerischen Netzwerkes für tagesklinische Psychosomatik und Psychotherapie geplant. Um in dieser Studie eine statistische Repräsentativität zu erreichen (Ziel ist eine Stichprobe von über 400 Patienten), muss eine ressourcenorientierte Erhebungs- und Auswertungsstrategie verfolgt werden. Hierzu wird aus den acht Gruppen der hilfreichen Faktoren ein Fragebogen entwickelt werden, der den Patienten zur Einschätzung der hilfreichen Aspekte in der tagesklinischen Behandlung vorgelegt wird. Die Entwicklung eines Fragebogens aus den qualitativen Daten hat den Vorteil, dass die einzelnen Fragebogen Items ihren Ursprung im Kategoriensystem der Textanalyse haben und somit Patienten-nahe sind. Die vorformulierten Fragen, die dahinterliegenden Vorannahmen zu den tagesklinischen Wirkfaktoren, stammen also von den Patienten selbst, und werden nicht von einem Forscherteam „erfunden“. Im Rahmen der Doktorarbeit entstand eine weitere spannende Diskussion, die in einem zweiten Folgeprojekt zur Wirksamkeit der Tagesklinik umgesetzt werden soll: „Warum können manche Patienten nicht von der tagesklinischen Behandlung profitieren und brechen die Therapie frühzeitig ab?“. Aufgrund der hier präsentierten qualitativen Studie konnte die Hypothese aufgestellt werden, dass Drop-out Patienten nur bestimmte hilfreiche Faktoren erleben, die nicht ausreichen, um ihnen bezüglich ihrer

aktuell erlebten Problematik genügend gut zu helfen. Geplant ist hier eine qualitative Interviewstudie mit ca. 50 Drop-Out Patienten der Tagesklinik Ulm, der Tagesklinik Esslingen und einer Tagesklinik in Edmonton/Kanada; zur Erhebung und Auswertung der Interviews werden die vorgestellten und erprobten Methoden (Interviewleitfaden, Struktur-lege-Technik, Kombination aus Grounded Theory Methodologie und Qualitativer Inhaltsanalyse) angewandt werden.

*Indikationsforschung: Tagesklinik und Station.* Im Rahmen der stationären und teilstationären Psychotherapie werden weitergehende Studien zeigen, ob man anhand bestimmter hilfreicher Faktoren in Kombination mit der APES und Outcomevariablen (z.B. durch Fragebogenerhebungen zur Symptomatik) zu weiterführenden, indikationsspezifischen Aussagen gelangen kann. Im Vorfeld zu der hier vorgelegten Arbeit wurden bereits zwei medizinische Doktorarbeiten (DeFilippo, eingereicht; Knab, eingereicht) an der Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie durchgeführt, die sich mit dem subjektiven Erleben von 25 Patienten der Psychosomatischen Tagesklinik Ulm und 25 stationär behandelten Patienten einer Klinik des SINOVA Klinikenverbundes beschäftigten. Aufgrund der dort erarbeiteten explorativen Ergebnisse in Zusammenhang mit der hier vorgelegten Doktorarbeit wird ein weiteres qualitatives Projekt im stationären Setting geplant. Diese soll im Rahmen des Süddeutschen und Nordschweizerischen Netzwerkes für tagesklinische Psychosomatik und Psychotherapie (in Kombination mit Fragebogenerhebungen) durchgeführt werden.

Zum Schluss soll die Forderung nach qualitativen Projekten unterstützt und darauf hingewiesen werden, dass es mehrerer Arbeiten bedarf, die detailliert auf die angewandte Methodik eingehen, um hier eine Weiterentwicklung von innovativen methodischen Analysestrategien anzuregen. Nur so kann unter Miteinbezug der von Frommer & Rennie (2006) und Elliott, Fischer & Rennie (1999) postulierten Qualitätskriterien eine höhere Präsenz von hochwertigen und publizierten Projekten in der qualitativen Psychotherapieprozessforschung erreicht werden.

## 5. ZUSAMMENFASSUNG

Die Psychosomatische Tagesklinik ist ein wirksames Behandlungssetting, in dem verschiedene Verfahren (einzel- und gruppentherapeutische, verbale und nonverbale, psychodynamische kombiniert mit verhaltenstherapeutischen Techniken) angewendet werden. Unklar ist bislang, welche Aspekte aus Patientensicht besonders hilfreich sind. Neben Outcome-Studien (Messung von Effektstärken bzgl. des Therapieerfolgs an z.B. der Symptombesserung), müssen zusätzlich Prozessinformationen gesammelt werden. Dabei sollte untersucht werden, welche Faktoren aus Patientensicht eine Veränderung/Verbesserung ermöglichen und ob Faktoren bezogen auf den Austausch zwischen der Tagesklinik und dem Zuhause eine bedeutsame Rolle spielen? Im Zeitraum zwischen November 2005 und Juli 2006 wurden 26 Patienten erfasst (systematisch-konsequentes Sampling; ca. 25% der pro Jahr Behandelten). Nach der Entwicklung eines Interviewleitfadens wurden mit den Patienten insgesamt 69 Interviews zu drei Zeitpunkten durchgeführt (in der 4. Woche/Mitte der Therapie, zu Ende der Therapie und drei Monate nach Entlassung; 26 Interviews zu t1, 24 zu t2 und 19 zu t3). Den 26 Patienten wurde zu Beginn des offen strukturierten Interviews erklärt, dass wir daran interessiert waren, wie die Tagesklinik „funktioniert“, welche schwierigen Situationen die Patienten erleben und was ihnen dabei hilft, etwas an den Situationen zu ändern. Die von zwei Forscherinnen geführten Interviews dauerten eine Stunde, wurden digital aufgezeichnet, transkribiert und anonymisiert. Das 800 DIN-A4 Seiten umfassende Textmaterial wurde anhand einer speziell dafür entwickelten Methodenkombination ausgewertet: Den Bezugsrahmen der methodischen Auswertung bildete die Grounded Theory Methodologie, die mit Techniken der Qualitativen Inhaltsanalyse ergänzt wurde. Durch das induktive Vorgehen wurde ein Kategoriensystem aus dem Textverständnis heraus entwickelt: Erste textnahe Codes wurden gesammelt und in einem intensiven und sehr ressourcen-aufwändigen Auswertungsprozess, unter Beteiligung mehrerer wissenschaftlich und klinisch arbeitender Kollegen (was zur Sicherung der zurzeit allgemein gültigen Gütekriterien qualitativer Forschung beiträgt), weiter zu Hauptkategorien abstrahiert. Die 26 Patienten berichteten von 308 Problemsituationen und sprachen 799 Mal über hilfreiche Faktoren. In den 799 Nennungen traten 70 unterschiedliche Hilfsfaktor-Codes auf, die in acht Gruppen hilfreicher Faktoren konzeptualisiert wurden (gereiht nach Häufigkeit des Vorkommens im Datenmaterial): 1. *Gruppenfaktoren* (bezogen auf unterstützende und konfrontierende Aspekte in der Patientengruppe), 2. *Aktionsfaktoren* (Faktoren bei denen

die eigene Aktivität des Patienten hilfreich war), 3. *Transferfaktoren* (Hilfreiches bezogen auf den täglichen Wechsel zwischen der Klinik und dem Zuhause), 4. *Reflexive Faktoren* (bezogen auf intrapsychische Erkenntnisvorgängen im Patienten), 5. *Therapeutische Allianz* (Hilfsfaktoren im Bereich der Beziehung zu den Therapeuten), 6. *Umfeldfaktoren* (bezogen auf die Unterstützung und dem direkten Kontakt mit dem Lebensumfeld), 7. *Sicherer Rahmen* (Vertrauen und Offenheit in einem geschützten Raum als Ausgangsbasis für Veränderung) und 8. *Motivation durch Erfolg* (Hilfsfaktoren, die sich auf bereits erfahrene Erfolge stützten und dadurch den Patienten weiterhin motivierten). Damit zeigten sich aus der Literatur bekannte Faktoren (sogenannte „unspezifische Wirkfaktoren“ oder „Common Factors“ wie Unterstützung oder Akzeptanz), aber auch Tagesklinik-spezifische Faktoren (Transferfaktoren). Es konnte herausgearbeitet werden, wie die Patienten den therapeutischen Prozess im Spannungsfeld zwischen der Klinik und dem Zuhause erlebten: Patienten nahmen die Tagesklinik am Anfang der Behandlung entweder als *Schutzraum* oder als *Konfrontationsraum* wahr. Die Patienten, die von Anfang an das Erlebte in der Klinik (Konfrontation oder Schutz) mit dem Erlebten zu Hause (Konfliktzone oder sichere Basis) verbanden, konnten im Therapieprozess bessere Erfolge erzielen als jene Patienten, die bis zum Ende der Therapie hin die Klinik (als Konfrontations- oder Schutzraum) vom Zuhause (der gesicherten Burganlage oder dem gefährlichen Minenfeld) getrennt und abgespalten hielten. Als weiteres Ergebnis der Studie zeigte sich, dass es notwendig ist, neben der spezifischen Herausarbeitung von hilfreichen Aspekten auch drei weitere Variablen mit in die Analyse einzubeziehen: Die spezifischen *Problemsituationen*, darin *involvierte Personen* und die *Stufe im Veränderungsprozess* – z.B. ob Patienten sich noch mit der Problembenennung beschäftigen oder sich bereits mitten in der Problembewältigung befinden. Involvierte Personen stehen in enger Verbindung zu den Hilfsfaktoren und müssen in weiteren Untersuchungen miteinbezogen werden. Bezogen auf die Assimilationsstufen zeigte sich, dass bestimmte Gruppen von hilfreichen Faktoren vermutlich mit spezifischen Assimilationsstufen korrespondieren (niedrige Stufen in der Problemwahrnehmung gehen gehäuft mit dem Sicherem Rahmen einher, während höhere Stufen in der Problembewältigung besonders Aktions- und Transferfaktoren beinhalten). Für die klinische Praxis in der Tagesklinik können folgende Implikation abgeleitet werden: In einem tagesklinischen Setting ist es unabdingbar neben der Problemfokussierung einen Fokus auf die Verbindung der beiden therapeutischen Wirkräume zu richten: Wenn keine Verbindung, kein Transfer, zwischen Tagesklinik und dem Zuhause besteht, sollte dies von den Therapeuten thematisiert werden.

## 6. LITERATURVERZEICHNIS

1. Agarwalla, P., & Küchenhoff, J. (2004). Teilstationäre Psychotherapie. Ergebnisse, Katamnese, Einflussfaktoren Evaluation of Treatment at the Basel Psychotherapeutic Day Clinic. *Psychotherapeut* 49: 261-271.
2. 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.
3. Arbeitskreis OPD (Hrsg.). (1996). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual*. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Hans Huber Verlag.
4. Barlow, S. (2005). Analytische und Psychodynamische Gruppenpsychotherapie: Gibt es dazu Daten? *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 41, 239-266.
5. Beck, J. S. (1999). *Praxis der kognitiven Therapie*. Weinheim: Beltz.
6. Berg, C., & Milmeister, M. (2007). Im Dialog mit den Daten das eigene Erzählen der Geschichte finden. Über die Kodierverfahren der Grounded Theory Methodologie. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Grounded Theory Reader*, HSR Supplement, 19. Köln: ZHSF, S. 182-210.
7. Berzon, B., Pious, C., & Farson, R. E. (1963). The Therapeutic Event in Group Psychotherapy: A Study of Subjective Reports by Group Members. *Journal of Individual Psychology* 19: 204-212.
8. Beutler, L. E., & Harwood, T. (2000). *Prescriptive psychotherapy: A practical guide to systematic treatment selection*. New York: Oxford University Press.
9. Beutler, L. E., & Castonguay, L. G. (2006). The Task Force on Empirically Based Principles of Therapeutic Change. In: L. G. Castonguay & L. E. Beutler (Hrsg.), *Principles of Therapeutic Change that Work*. New York: Oxford University Press.
10. Blatt, S. J., & Shahar, G. (2005). Psychoanalysis – with whom, for what, and how? Comparisons with Psychotherapy. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 52: 393-447.
11. Bloch, S., & Crouch, E. (1985). *Therapeutic Factors in Group Psychotherapy*. New York: Oxford University Press.
12. Bloch, S., Reibstein, J., Crouch, E., Holroyd, P., & Themen, J. (1979). A Method for the Study of Therapeutic Factors in Group Psychotherapy. *British Journal of Psychiatry* 134: 257-263.

13. Bogdan, R. C., & Biklen, S. K. (1992). *Qualitative Research for Education. An Introduction to Theory and Methods*. (2. Auflage). Boston: Allyn and Bacon.
14. Bohart, A. C. (2000). The client is the most important common factor: Clients' self-healing capacities and psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration* 10: 127-149.
15. Brücher, K. (2005). *Therapeutische Räume. Zur Theorie und Praxis psychotherapeutischer Interaktion*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
16. Burrow, T. (1927). The Group Method of Analysis. *Psychoanalytic Review* 14:268-280.
17. Carroll, L. (1869). Alice im Wunderland. Leipzig: Johann Friedrich Hartknoch.
18. Corsini, R. J., & Rosenberg, B. (1955). Mechanisms of Group Psychotherapy: Processes and Dynamics. *The Journal of Abnormal and Social Psychology* 51: 406-411.
19. DeFilippo, S. M. (eingereicht). Spezifische Wirkfaktoren Stationärer Psychosomatischer Behandlung – Eine Qualitative Inhaltsanalyse. (Doktorarbeit zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin, Medizinische Fakultät der Universität Ulm, eingereicht 2008).
20. Deneke, F.W. (2001). *Psychische Struktur und Gehirn: Die Gestaltung subjektiver Wirklichkeiten*. (2. Auflage). Stuttgart: Schattauer Verlag.
21. Dobson, K. S. (1989). A Meta-Analysis of the Efficacy of Cognitive Therapy for Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57: 414-419.
22. Duncan, B. L., & Miller, S. D. (2000). The Client's Theory of Change: Consulting the Client in the Integrative Process. *Journal of Psychotherapy Integration* 10: 169-187.
23. Elliott, R., Slatick, E., & Urman, M. (2001). Qualitative Change Process Research on Psychotherapy: Alternative Strategies. In J. Frommer & D. L. Rennie (Hrsg.), *Qualitative Psychotherapy Research. Methods and Methodology*, Lengerich: Pabst, S. 69-111.
24. Elliott, R., Fischer, C. T., & Rennie, D. L. (1999). Evolving Guidelines for Publication of Qualitative Research Studies in Psychology and Related Fields. *British Journal of Clinical Psychology* 38: 215-229.
25. Eysenck, H. J. (1952). The Effects of Psychotherapy: An Evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 16: 319-324.

26. Fossey, E., Harvey, C., McDermott, F., & Davidson L. (2002). Understanding and Evaluating Qualitative Research. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 36: 717-32.
27. Frommer, J., & Rennie, D. L. (2001). *Qualitative Psychotherapieforschung. Methoden und Methodologie*. Lengerich: Pabst.
28. Frommer, J., & Rennie, D. L. (2006). Methodologie, Methodik und Qualität qualitativer Forschung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 56: 210-217.
29. Frommer, J., Langenbach, M., & Streeck, U. (2004). Qualitative Psychotherapy Research in German-Speaking Countries. *Psychotherapy Research* 14: 57-75.
30. Gaffan, E. A., Tsaousis, J., & Kamp-Wheeler, S. M. (1995). Researcher Allegiance and Meta-Analysis: The Case of Cognitive Therapy for Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 63: 966-980.
31. Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: strategies for Qualitative Research*. New York: Aldine de Gruyter.
32. Gläser-Zikuda, M. (2005). Qualitative Inhaltsanalyse in der Lernstrategie- und Lernemotionsforschung. In P. Mayring & M. Gläser-Zikuda (Hrsg.), *Die Praxis der Qualitativen Inhaltsanalyse*. Weinheim: Beltz, S. 63-83.
33. Grawe, K. (1998). *Psychologische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
34. Grennevage, L., & Norcross, J. (1990). Where Are the Commonalities Among Therapeutic Common Factors? *Professional Psychology Research and Practice* 21: 372-378.
35. Gripp-Hagelstange, H. (1997). *Niklas Luhmann – Eine Einführung*. (2. Auflage). München: Wilhelm Fink UTB.
36. Gröben, N., & Scheele, B. (2000). Dialog-Konsens-Methodik im Forschungsprogramm Subjektive Theorien. *Forum: Qualitative Social Research*, 1. Abgerufen am 19. Februar 2008, auf <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/2-00/2-00groebenscheele-d.htm>.
37. Haubl, R. (2005). Reinheit und Gefährdung – Gruppenanalyse auf dem Weg zur Realitätstauglichkeit. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 41, 267-285.
38. Heidenreich, T., & Hoyer, J. (1998). Stadien der Veränderung in der Psychotherapie: Modelle, Perspektiven, Kritik. *Verhaltenstherapie und Soziale Praxis* 30: 381-402.

39. 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 (Hrsg.), *Die Vierzigstundenwoche für Patienten. Konzept und Praxis teilstationärer Psychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, S. 149-165.
40. Heigl-Evers, A., U. Henneberg-Mönch, C. Odag, G. Standke, G. (Hrsg.) (1986). *Die Vierzigstundenwoche für Patienten. Konzept und Praxis teilstationärer Psychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
41. Hempfling, F. H. (1986). Zur historischen Entwicklung und gegenwärtigen Situation der Tagesklinik als eines psychotherapeutischen Behandlungsmodells. In: A. Heigl-Evers, U. Henneberg-Mönch, C. Odag, & G. Standke (Hrsg.), *Die Vierzigstundenwoche für Patienten. Konzept und Praxis teilstationärer Psychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, S. 21- 29.
42. 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 (Hrsg.), *Die Vierzigstundenwoche für Patienten. Konzept und Praxis teilstationärer Psychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, S. 121-136.
43. Hill, C. E. (1995). What are the Mechanisms of Change in the Common Factors? A reaction to Weinberger. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(1), 87-89.
44. Hill, C. E. (2005). Therapist Techniques, Client Involvement, and the Therapeutic Relationship: Inextricably intertwined in the Therapeutic Process. *Psychotherapy: Theory, research, Practice, Training*, 42(4), 431-442.
45. Hoge, M. A., Farrell, S. P., Munchel, M. E., & Strauss J. S. (1988). Therapeutic Factors in Partial Hospitalization. *Psychiatry* 51, 199-210.
46. Howard, K. I., Lueger, R. J., Maling, M. S., & Orlinsky D. E. (1993). A Phase Model of Psychotherapy Outcome: Causal Mediation of Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61: 678-685.
47. Hubble, M. A., Duncan, B. L., & Miller S. D. (1999). *The Heart and Soul of Change*. Washington: American psychological Association.
48. Joyce, A. S., Wolfaardt, U., Sribney, C., & Aylwin, A. S. (2006). Psychotherapy Research at the Start of the 21st Century: The Persistence of the Art versus Science Controversy. *Canadian Journal of Psychiatry* 51: 797-809.

49. Kächele, H. (2005). *Korrigierende emotionale Erfahrungen – ein Lehr- und Lernprozess*. Plenarvortrag im Rahmen der 55. Lindauer Psychotherapiewochen 2005, Lindau, Deutschland. Abgerufen am 19. Februar 2008, auf <http://www.lptw.de/archiv/vortrag/2005/kaechele.pdf>.
50. Kanfer, F. H., Reinecker, H., & Schmelzer, D. (1996). *Selbstmanagement-Therapie*. (2. Auflage). Berlin: Springer.
51. Kazdin, A. E., & Bass, D. (1989). Power to Detect Differences between Alternative Treatments in Comparative Psychotherapy Outcome Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57: 138-147.
52. Knab, K. (eingereicht). Spezifische Wirkfaktoren Tagesklinischer Psychosomatischer Behandlung – Eine Qualitative Inhaltsanalyse. (Doktorarbeit zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin, Medizinische Fakultät der Universität Ulm, eingereicht 2008).
53. Krippendorff, K. (2004a). *Content Analysis: An Introduction to its Methodology*. Thousand Oaks: Sage.
54. Krippendorff, K. (2004b). Measuring Reliability of Qualitative Text Analysis Data. *Quality & Quantity* 38: 787-800.
55. Küchenhoff, J. (1998). *Teilstationäre Psychotherapie: Theorie und Praxis*. Stuttgart: Schattauer.
56. Kunz, S. (2007). 15 Jahre Stationäre (Gruppen-)Psychotherapie in Littenheid – Ein Erfahrungsbericht über den Wandel der Psychotherapie. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 43: 150-160.
57. Lambert, M. J. (2001). Psychotherapy Outcome and Quality Improvement: Introduction to a Special Section on Patient-Focused Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69: 147-149.
58. Lambert, M. J., & Ogles B. M. (2004). The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. In: M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (5. Auflage). New York: John Wiley and Sons, S. 139-193.
59. Lamnek, S. (2005). *Qualitative Sozialforschung. Ein Lehrbuch*. (4. Auflage). Weinheim: Beltz PVU.
60. Lamott, F. (2007). Setting. In: R. Haubl, & F. Lamott (2. Auflage), *Handbuch Gruppenanalyse*. Frankfurt am Main: Dietmar Klotz Verlag, S. 49-61.

61. Lamott, F., & Mörtl K. (eingereicht). Gender Constructions of Male Sex Offenders: Narrative Analysis from a Group Psychotherapy. Eingereicht bei *Archives of Sexual Behavior*.
62. Lewins, A., & Silver C. (2007). *Using Software in Qualitative Research. A Step-by-step Guide*. London: Sage Publications.
63. Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative Studies of Psychotherapies: Is it true that "Everyone has won Prizes"? *Archives of General Psychiatry* 32: 995-108.
64. Maione, P. V., & Chenail, R. J. (1999). Qualitative Inquiry in Psychotherapy: Research on the Common Factors. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Hrsg.), *The Heart and Soul of Change. What works in Therapy*. Washington: American Psychological Association, S. 57-88.
65. Manz, R., Henningsen, C., & Rudolf, G. (1995). Methodische und Statistische Aspekte der Therapieevaluation am Beispiel der Berliner Psychotherapiestudie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 45: 52-59.
66. Marshall, M., Crowther, R., Almaraz-Serrano, A., Creed, F., Sledge, W., Kluiters, H., et al. (2001). Systematic Reviews of the Effectiveness of Day Care for People with Severe Mental Disorders: (1) Acute Day Hospital versus Admission; (2) Vocational Rehabilitation; (3) Day Hospital versus Outpatient Care. *Health Technology Assessment*, 5: 1-75.
67. Mayring, P. (1990). *Einführung in die Qualitative Sozialforschung*. München: Psychologie-Verlags-Union.
68. Mayring, P. (2000). Qualitative Inhaltsanalyse. *Forum: Qualitative Social Research (Online Journal)* 1. Abgerufen am 19. Februar 2008, auf <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/2-00/2-00mayring-d.htm>.
69. Mayring, P. (2003). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. (8. Auflage). Weinheim/Basel: Beltz Verlag.
70. Mayring, P. (2005). Neuere Entwicklungen in der Qualitativen Forschung und der Qualitativen Inhaltsanalyse. In P. Mayring & M. Gläser-Zikuda (Hrsg.), *Die Praxis der Qualitativen Inhaltsanalyse*. Weinheim/Basel: Beltz, S. 7-19.
71. Mayring, P., & Gläser-Zikuda, M. (2005). *Die Praxis der Qualitativen Inhaltsanalyse*. Weinheim/ Basel: Beltz Verlag.
72. Meier, A. (2002). Narrative in Psychotherapy Theory, Practice, and Research: A Critical Review. *Counselling and Psychotherapy Research* 2: 239-251.

73. Mentzos, S. (2000). *Neurotische Konfliktverarbeitung. Einführung in die psychoanalytische Neurosenlehre unter Berücksichtigung neuer Perspektiven*. (17. Auflage). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch.
74. Mey, G., & Mruck, K. (2007). Grounded Theory Methodology – Bemerkungen zu einem Prominenten Forschungsstil. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Grounded Theory Reader. HSR Supplement 19*. Köln: ZHSF, S. 11-39.
75. Landau, J. M. (1993). *Patient Perceptions of Therapeutic Doctors in Outpatient Psychotherapy Groups*. (Doktorarbeit zur Erlangung des Doctor of Education, Universität von Toronto, 1991). Dissertation Abstracts International 53: 2692ff.
76. Mörtl, K. (2006a, November). *Wirkfaktoren in der psychosomatischen Tagesklinik*. Vortrag im Rahmen der 1. Werkstatt für tagesklinische und psychotherapeutische Psychosomatik, Ulm, Deutschland.
77. Mörtl, K. (2006b, Dezember). *Wirkfaktoren in der psychosomatischen Tagesklinik*. Vortrag im Ulmer Psychosozialen Kolloquium, Ulm, Deutschland.
78. Mörtl, K., & Wietersheim, J. V. (2007). Patients' narratives about their process of change in a partial hospitalization program. In: Society for Psychotherapy Research (Hrsg.) *38<sup>th</sup> Annual Meeting of the SPR*. Ulm: Ulmer Textbank, S. 72.
79. Mörtl, K., & Wietersheim, J. V. (2008, in Druck). Client Experiences of Helpful Factors in a Day Treatment Program. *Psychotherapy Research*.
80. Mörtl, K., Epple, N., Rothermund, E., & Wietersheim J.V. (2008). Gruppenzwischen-Räume(n). Eine qualitative Studie zum therapeutischen Transfer zwischen Tagesklinik und Zuhause. *Zeitschrift für Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 44: 110-134*.
81. Muckel, P. (2007). Die Entwicklung von Kategorien mit der Methode der Grounded Theory. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Grounded Theory Reader. HSR Supplement, 19*. Köln: ZHSF, S. 211-231.
82. Muhr, T. (1997). *ATLAS.ti. The Knowledge Workbench* [Computer program]. Berlin: Scientific Software Development.
83. Nilsson, T., Svensson, M., Sandell, R., & Clinton, D. (2007). Patients' Experiences in Cognitive-Behavioral Therapy and Psychodynamic Therapy: A Qualitative Comparative Study. *Psychotherapy Research 17: 553-566*.
84. Oei, T. P., & Shuttlewood, G. J. (1996). Specific and Nonspecific Factors in Psychotherapy: A Case of Cognitive Therapy for Depression. *Clinical Psychology Review 16: 83-103*.

85. 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*. Stuttgart: Enke Verlag, S. 352-434.
86. Piaget, J. (1976). *Die Äquilibration der Kognitiven Strukturen*. Stuttgart: Klett.
87. Poscheschnik, G. (2005). Empirische Forschung in der Psychoanalyse – Einige Gedanken zur wissenschaftstheoretischen und methodologischen Standortbestimmung. In: G. Poscheschnik (Hrsg.), *Empirische Forschung in der Psychoanalyse*, Gießen: Psychosozial Verlag, S. 11-59.
88. Prioleau, L., Murdock, M., Brody, N. (1983). An Analysis of Psychotherapy versus Placebo Studies. *Behavioral and Brain Sciences* 6: 275-310.
89. Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In Search of How People Change. Applications to Addictive Behaviors. *American Psychologist* 47: 1002-1114.
90. Rennie, D. L. (2000). Aspects of the Client's Conscious Control of the Psychotherapeutic Process. *Journal of Psychotherapy Integration* 10: 151-167.
91. Robinson, L. A., Berman, J. S., & Neimeyer R. A. (1990). Psychotherapy for the Treatment of Depression: A Comprehensive Review of Controlled Outcome Research. *Psychological Bulletin* 108: 30-49.
92. Rosenzweig, S. (1936). Some Implicit Common Factors in Diverse Methods of Psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry* 6: 412-415.
93. Scheele, B., & Gröben, N. (1984). *SLT. Heidelberger Struktur-Lege-Technik*. Tübingen: Francke.
94. Schene, A. H., & Gersons, B. P. (1986). Effectiveness and Application of Partial Hospitalization. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 74: 335-340.
95. Schütze, F. (1983). Biographieforschung und Narratives Interview. *Neue Praxis* 13, 283-293.
96. Shapiro, D. A. (1995). Finding Out How Psychotherapies Help People Change. *Psychotherapy Research* 5: 1-21.
97. Shapiro, D. A., & Shapiro, D. (1982). Meta-Analysis of Comparative Therapy Outcome Studies: A Replication and Refinement. *Psychological Bulletin* 92: 581-604.

98. Shechtman, Z., & Perl-Dekel, O. (2000). A comparison of Therapeutic Factors in Two Group Treatment Modalities: Verbal and Art Therapy. *Journal for Specialists in Group Work* 25: 288-304.
99. Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The Benefits of Psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
100. Sribney, C. L., & Reddon, J. R. (2008, in Druck). Adolescent sex offenders' rankings of therapeutic factors using the Yalom Card Sort. *Journal of Offender Rehabilitation*.
101. Stiles, W. B. (2006). Assimilation and the Process of Outcome: Introduction to a Special Section. *Psychotherapy Research* 16: 389-392.
102. Stiles, W. B., Shapiro, D. A., & Elliott R. (1986). Are all Psychotherapies Equivalent? *American Psychologist* 41: 165-180.
103. Stiles, W.B., Elliott, R., Llewelyn, S. P., Firth-Cozens, J. A., Margison, F. R., Shapiro, D. A., & Hardy G. (1990). Assimilation of Problematic Experiences by Clients in Psychotherapy. *Psychotherapy* 27: 411-420.
104. Strauss, A. L. (1992). *Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*. München: Fink Verlag
105. Strauss, A. L., & Corbin, J. (1997). *Grounded Theory in Practice*. London: Sage.
106. Strauß, B. (2005). Psychotherapieforschung und die Verwissenschaftlichung Professionellen Handelns in der Psychodynamischen Gruppenpsychotherapie. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 4: 231-238.
107. Strauß, B. (2007a). Spannungsfelder um die Klinische Gruppenpsychotherapie – Zwischen Spezialisierung und Integration. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 43: 201-217.
108. Strauß, B. (2007b). Entwicklungen in der Stationären Gruppenpsychotherapie. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 43: 145-149.
109. Thomä, H., & Kächele, H. (1996). *Lehrbuch der Psychoanalytischen Therapie. Band 1: Grundlagen*. (2. Auflage). Berlin: Springer.
110. Tracey, T. J., Lichtenberg, J. W., Goodyear, R. K., Claiborn, C. D., & Wampold, B. E. (2003). Concept Mapping of Therapeutic Common Factors. *Psychotherapy Research* 13: 401-413.
111. Tschuschke, V., Kächele, H., & Hölzer, M. (1994). Gibt es Unterschiedlich Effektive Formen von Psychotherapie? *Psychotherapeut* 39: 281-297.

112. Walborn, F. S. (1996). *Process Variables: Four Common Elements of Counseling and Psychotherapy*. Pacific Grove: Thomson Brooks/Cole Publishing Company.
113. Wampold, B. E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods, and Findings*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
114. Weinberger, J. (1995). Common Factors Aren't So Common: The Common Factors Dilemma. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2: 45-69.
115. Wietersheim J. V., Zeeck A., & Küchenhoff, J. (2005). Status, Möglichkeiten und Grenzen der Therapie in Psychosomatischen Tageskliniken. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 55: 79-83.
116. Wietersheim, J. V., Oster, J., Munz, D., Mörtl, K., & Epple, N. (eingereicht). Kombination von Psychotherapie. Eingereicht bei *Psychotherapeut*.
117. Wilson, G., & Rachmann S. (1983). Meta-Analysis and the Evaluation of Psychotherapy Outcome: Limitations and Liabilities. *Journal of Clinical Psychology* 51: 54-64.
118. Yalom, I. D. (1975). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. (3. Auflage). New York: Basic Books.
119. Yalom, I. D. (1996). *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. Ein Lehrbuch*. Stuttgart: Klett-Cotta.
120. Zeeck, A., Scheidt, C. E., Hartmann, A., & Wirsching, M. (2003). Stationäre oder Teilstationäre Psychotherapie? *Psychotherapeut* 48: 420-425.
121. Zeeck, A., Herzog, T., Kuhn, K., Hartmann, A., Scheidt, C., & Wirsching, M. (2002). Teilstationäre Psychotherapie. Settingbesonderheiten und Indikationsstellung am Beispiel der Freiburger Tagesklinik. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 52: 492-499.

## **ANHANG**

- Anhang A: Tabellenverzeichnis
  
- Anhang B: Abbildungsverzeichnis
  
- Anhang C1: Psychodynamischer Wochenplan der Tagesklinik
- Anhang C2: Verhaltenstherapeutischer Wochenplan der Tagesklinik
  
- Anhang D: Gesprächsleitfaden zur Vorerhebung
  
- Anhang E: Interviewleitfaden der qualitativen Erhebung
  
- Anhang F1: Struktur-Lege Bild Anton, 1. Gespräch
- Anhang F2: Struktur-Lege Bild Anton, 2. Gespräch
- Anhang F3: Struktur-Lege Bild Gelli, 1. Gespräch
- Anhang F4: Struktur-Lege Bild Gelli, 2. Gespräch
- Anhang F5: Struktur-Lege Bild Luise, 1. Gespräch
- Anhang F6: Struktur-Lege Bild Luise, 2. Gespräch
- Anhang F7: Struktur-Lege Bild Ronja, 1. Gespräch
- Anhang F8: Struktur-Lege Bild Ronja, 2. Gespräch
- Anhang F9: Struktur-Lege Bild Sascha, 1. Gespräch
- Anhang F10: Struktur-Lege Bild Sascha, 2. Gespräch
  
- Anhang G: SPSS Syntax und Output zur Interrater-Reliabilitätsprüfung
  
- Anhang H: Häufigkeitsverteilung aller 799 Hilfsfaktor-Nennungen pro Interview

## ANHANG A: TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Auflistung allgemein gültiger Wirkfaktoren in der Psychotherapie (Common Factors) nach Lambert & Ogles, 2004, S. 173 .....	5
Tabelle 2: Ulmer Wirkfaktorenwürfel nach Kächele, 2005 .....	6
Tabelle 3: Therapeutische Wirkfaktoren in der Gruppenpsychotherapie aus Therapeuten- und Patientensicht nach Yalom, 1996, S. 21 und S. 99 .....	8
Tabelle 4: Zwei Modelle zur Einteilung des psychotherapeutischen Prozess: Prochaska et al. (1992) und Stiles et al. (1992). .....	10
Tabelle 5: Therapeutische Faktoren aus Patienten- und Therapeutesicht in der Tagesklinik, nach Hoge et al. (1988, S. 203) .....	14
Tabelle 6: Vorerhebung für den Interviewleitfaden, Informationen von Therapeuten (Therap.) und Patienten (Pat.); TK steht für Tagesklinik, t für Testzeitpunkt. ....	22
Tabelle 7: Beschreibung der Stichprobe im Vergleich zur Tagesklinik (TK) Population im Jahr 2005. ....	24
Tabelle 8: Mittelwertsvergleich der mittleren Anzahl der Hilfsfaktoren pro Interviewerin. ....	26
Tabelle 9: Gegenüberstellung des gesamten Untersuchungsmaterials (Ges.stichpr.) mit den Interviews der ersten und damit für die weitere Kategorienentwicklung entscheidenden Auswertungsphase; VT steht für das verhaltenstherapeutische Team in der Tagesklinik, T für Testzeitpunkte .....	39
Tabelle 10: Allgemeine Kodierregeln zum Kodesystem.....	42
Tabelle 11: Textbeispiel zur Rahmenkodierung einer problematischen Situation in der Tagesklinik (TK), mit zugeordneten Hilfreichen Faktoren (HF); Interviewerin (I), Patient (P) .....	55
Tabelle 12: Auflistung der doppelt kodierten Texte des Interratings und deren Kappa-Werte; die Zahl nach dem Namen zeigt an um das wievielte Interview es sich handelt....	57
Tabelle 13: Auszug aus einem Problemnarrativ; Interviewerin (I), Patientin (P), Hilfsfaktor (HF) .....	63
Tabelle 14: Auszug aus einem Problemnarrativ; Interviewerin (I), Patientin (P), Hilfsfaktor (HF) .....	64
Tabelle 15: Auflistung der Gruppenfaktoren inklusive Erläuterung und Ankerbeispielen. ....	67
Tabelle 16: Auflistung der Handlungsfaktoren inklusive Erläuterung und Ankerbeispielen .....	70
Tabelle 17: Auflistung der Transferfaktoren inklusive Erläuterung und Ankerbeispielen . ....	71
Tabelle 18: Auflistung der Reflexionsfaktoren inklusive Erläuterung und Ankerbeispielen .....	75
Tabelle 19: Auflistung der Faktoren zur Therapeutischen Allianz inklusive Erläuterung und Ankerbeispielen .....	77
Tabelle 20: Auflistung der Umfeldfaktoren inklusive Erläuterung und Ankerbeispielen... ..	79
Tabelle 21: Auflistung der Faktoren zum Sicheren Rahmen inklusive Erläuterung und Ankerbeispielen .....	81
Tabelle 22: Auflistung der Faktoren zur Motivation inklusive Erläuterung und Ankerbeispielen .....	82

## ANHANG B: ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Abbildung der aktuell problematischen Themen eines Interviews mit der Struktur-lege Technik.....	25
Abbildung 2: Ablaufmodell der Textanalyse. QIA: Qualitative Inhaltsanalyse (Mayring, 2000), GTM: Grounded Theory Methodology (Strauss & Corbin, 1997) .....	29
Abbildung 3: Ansicht des Datenfenster „Primary Doc Manager“ (P steht für Primary Document, der Textdatei) im Computerprogramm ATLAS.ti inklusive der grafischen Darstellung der Struktur-lege-Bilder („Problematische Situationen“) während des Interviews. ....	32
Abbildung 4: Ansicht des Datenfenster „Quotation Manager“ im Computerprogramm ATLAS.ti; die Spalte ID enthält die Nummerierung der jeweiligen markierten Textstelle.	33
Abbildung 5: Ansicht des Datenfenster „Code Manager“ im Computerprogramm ATLAS.ti; sichtbar ist eine Auflistung der Codes inklusive deren Nummerierung. ....	34
Abbildung 6: Ansicht des Datenfenster „Memo Manager“ im Computerprogramm ATLAS.ti.....	35
Abbildung 7: Ansicht des Datenfenster „Code Family Manager“ im Computerprogramm ATLAS.ti.....	49
Abbildung 8: Abbildung der Code-Familie (CF) Personengruppen und deren zugeordneten Kodierungen mit absoluten Häufigkeiten über die gesamten 69 Texte.....	59
Abbildung 9: Abbildung der Code-Familie (CF) Problemsituationen und deren zugeordneten Kodierungen mit absoluten Häufigkeiten über die gesamten 69 Texte.....	60
Abbildung 10: Abbildung der Code-Familie (CF) Assimilationsstufen (Assim) und deren zugeordneten Kodierungen mit absoluten Häufigkeiten über die gesamten 69 Texte.....	62
Abbildung 11: Auflistung der Code-Familie (CF) Hilfreiche Faktoren (in Klammern sind die absoluten Häufigkeiten der dazu verknüpften Textstellen dargestellt) .....	66
Abbildung 12: Darstellung relativer Häufigkeiten der Hilfsfaktoren pro involvierter Personengruppe; ZH steht für Zuhause, TK für Tagesklinik. (100% pro Zeile) Angaben in Klammern stellen die absolute Zahl der Nennungen über alle Interviews dar.....	84
Abbildung 13: Darstellung relativer Häufigkeiten der Hilfsfaktoren pro Assimilationsstufe. (100% pro Zeile) Angaben in Klammern stellen die absolute Zahl der Nennungen über alle Interviews dar. ....	86
Abbildung 14: Darstellung relativer Häufigkeiten der Hilfsfaktoren pro Problemthema. (100% pro Zeile) Angaben in Klammern stellen die absolute Zahl der Nennungen über alle Interviews dar. ....	87
Abbildung 15: Konzeptualisierung des therapeutischen Wirkraumes im Spannungsfeld zwischen Tagesklinik (TK) und dem Raum zuhause (ZH); die TK wird anfänglich entweder als Schutzraum (Kategorie A) oder als Konfrontationsraum (Kategorie B) erlebt. ....	102

**ANHANG C1: PSYCHODYNAMISCHER (PD) WOCHENPLAN DER PSYCHOSOMATISCHEN TAGESKLINIK ULM**

	<b>Montag</b>	<b>Dienstag</b>	<b>Mittwoch</b>	<b>Donnerstag</b>	<b>Freitag</b>
<b>8.00 - 9.00</b>	8.15 - 9.15 Ankommen/Morgenrunde und Frühstück	8.15 - 9.15 Ankommen/Morgenrunde und Frühstück	8.15 - 9.15 Ankommen/Morgenrunde und Frühstück	8.15 - 9.15 Ankommen/Morgenrunde und Frühstück	8.15 - 9.15 Ankommen/Morgenrunde und Frühstück
<b>9.00 – 10.00</b>	9.15- 9.45 Gruppe trifft Chef (VT/PD)	9.15- 10.00 Entspannung	9.15 - 10.15 psychodynamische Gruppentherapie	9.15 - 10.15 Musiktherapie	9.15 - 10.15 psychodynamische Gruppentherapie
<b>10.00 – 11.00</b>	10.00- 11.00 psychodynamische Gruppentherapie	10.15 - 11.00 Einzeltermine			
<b>11.00 – 12.00</b>	11.15 - 12.15 Einzeltermine	11.00 - 12.15 Ich/ Du in der freien Zeit: Spiel/ Gespräch/ PC/ Ruhe/ Bewegung/ Tagebuch/ etc.	10.45 - 12.15 Kunsttherapie	10.30 -12.00 Einzeltermine Oder Ich/ Du in der freien Zeit: Spiel/ Gespräch/ PC/ Ruhe/ Bewegung/ Tagebuch/ etc.	10.30 -11.30 Ich/ Du in der freien Zeit: Spiel/ Gespräch/ PC/ Ruhe/ Bewegung/ Tagebuch/ etc.  11.30 - 12.15 Einzeltermine
<b>12.15 – 13.15</b>	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause
<b>13.00 – 14.00</b>	13.15 -13.45 Einzeltermine	13.30 -14.30 Musiktherapie	13.15 - 14.00 Entspannung	13.30 -14.00 <i>gemeinsames Patientenplenum (VT/PD)</i>	13.30 - 14.15 Entspannung
<b>14.00 – 15.00</b>	14.00 - 15.30 Kunsttherapie		14.00 -15.30 Gruppenaktivität in Eigenverantwortung	Nachmittag in freier Gestaltung : ... Notwendige Arztbesuche Behördengänge, sonstige Besuche etc. ...	14.30 bis ... Einzeltermine
<b>15.00 – 16.00</b>		14.45 - 15.45 <i>Essgruppe (VT/PD)</i>			

**ANHANG C2: VERHALTENSTHERAPEUTISCHER (VT) WOCHENPLAN DER PSYCHOSOMATISCHEN TAGESKLINIK ULM**

	<b>Montag</b>	<b>Dienstag</b>	<b>Mittwoch</b>	<b>Donnerstag</b>	<b>Freitag</b>
<b>8.00 - 9.00</b>	8.15. – 9.00 Morgenrunde Frühstück	8.15 – 9.00 Morgenrunde Frühstück	8.15 – 9.00 Morgenrunde Frühstück	8.15 – 9.00 Morgenrunde Frühstück	8.15 – 9.00 Morgenrunde Frühstück
<b>9.00 – 10.00</b>	9.15 – 9.45 Gruppe trifft Chef	9.15 – 10.15 Musiktherapie	9.15 – 10.15 Gruppentherapie	9.15 – 9.45 Einzeltermine	9.15 – 10.15 Gruppentherapie
<b>10.00 – 11.00</b>	10.00 – 11.00 Gruppentherapie	10.30- 11.00 Einzeltermine	10.30 – 11.15 Einzeltermine	10.00 – 11.30 Kunsttherapie	10.30 – 11.00 Einzeltermine
<b>11.00 – 12.00</b>	11.30 – 12.00 Bewegung	11.30 – 12.00 Bewegung	11.30 – 12.00 Bewegung	11.45 – 12.15 Bewegung	11.30 – 12.00 Bewegung
<b>12.00 – 13.00</b>	<b>Mittag</b>	<b>Mittag</b> 12.45 – 13.00 ärztl. Gespräch (b.B.)	<b>Mittag</b>	<b>Mittag</b>	<b>Mittag</b>
<b>13.00 – 14.00</b>	13.15 – 14.00 Einzeltermine	13.00 – 14.30 Kunsttherapie	13.00 – 13.45 Einzeltermine	13.30 – 14.00 Patientenplenum	13.00 – 13.45 Einzeltermine
<b>14.00 – 15.00</b>	14.15 – 15.30 Gruppenaktivität in Eigenverantwortung	14.45 – 15.45 Esssgruppe	14.00 – 15.00 Musiktherapie	14.00 – 15.15 Visite 14.15 – 15.00 Einzeltermine	14.00 – 15.00 Stressbewältigung
<b>15.00 – 16.00</b>			15.15 – 16.00 Entspannung	15.15 – 16.00 Entspannung	

## ANHANG D: GESPRÄCHSLEITFADEN ZUR VORERHEBUNG

1. Was verändert sich in der Tagesklinik (Intrapsychisch – Interpsychisch)  
/ \  
kognitiv    emotional
2. Wäre es wichtig den Partner/Mutter/.. mit ein zu beziehen in eine solche Studie?
3. Wäre es sinnvoll die zu Hause Perspektive auch von zu Hause aus zu erfahren?
4. Wäre es wichtig ein Gruppengespräch mit den Patienten zu führen indem über die Veränderung geredet wird? Was kann man dort mehr erfahren
5. Ist es wichtig auch den Therapeuten zu fragen was sich beim Patienten in schwierigen Situationen verändert? Oder reicht es Patienten danach zu befragen?  
Können dies verbal fassen (zb: werden überzeugter, dass sie verantwortlich sind damit es ihnen besser geht, nicht die Spritze vom Arzt)
6. Wie oft soll man erheben?
7. Wie verändert sich der Umgang mit sich selbst (Erleben, Verhalten, Symptom) und dem anderen (Erleben, Verhalten Symptom)
8. Welche Veränderungseffekte sind während dem TK Aufenthalt möglich, welche dieser Effekte sind auch retrospektiv wichtig gewesen, welche sind geblieben.
9. Braucht man eine Kontrollgruppe?

## ANHANG E: INTERVIEWLEITFADEN DER QUALITATIVEN ERHEBUNG

Sie wurden ja bereits darüber informiert, dass wir eine Studie in der Tagesklinik durchführen, in der uns besonders interessiert wie denn die Tagesklinik wirkt, was Sie tagtäglich in der Tagesklinik erleben und was Sie mit nach Hause nehmen – oder auch nicht mit nach Hause nehmen. Auf der anderen Seite kann es ja auch sein, dass Sie etwas von zu Hause in die Tagesklinik mitbringen.

Um also von Ihnen zu erfahren wie die Tagesklinik aus Ihrer Sicht „funktioniert“, werde ich Sie bitten mir problematische Situationen in der Tagesklinik – mit Mitpatientinnen, Mitarbeitern - und zu Hause – mit ihren Angehörigen oder Freunden – zu schildern.

Wir haben hier Kärtchen, die es uns erleichtern sollen den Überblick zu behalten. Wenn wir also über eine Situation in der Tagesklinik sprechen, würde ich Sie bitten mir ein Wort oder kurzen Satz zu sagen, das schreibe ich hier auf. Also mit den Personen die darin vorkommen, und den Themen die Sie in dieser Situation beschäftigen. Das legen wir dann hier auf dem Tisch auf. Ja?

Nennen Sie mir einmal eine Situation in der Tagesklinik in der Sie sich bisher schwer tun. Das kann eine Situation mit den Mitpatientinnen sein, aber auch eine Situation wo es Ihnen alleine schwer fällt mit etwas umzugehen.

Kärtchen 1

Erzählen Sie mir einmal, was ist hier so schwierig, so besonders für Sie?

Fällt Ihnen in der Tagesklinik noch eine weitere Situation ein?

Kärtchen 2

Erzählen Sie mir einmal, was ist hier so schwierig, so besonders für Sie?

(und solange bis der Patientin keine Situation mehr einfällt)

Und nun die Situationen zu Hause. Stellen Sie sich also vor Sie sind zu Hause. Wenn Sie sich diese Situation so vorstellen, in welchem Raum passiert die, wer ist anwesend, wie spät ist es. .... Gut, dann erzählen Sie mir einmal was hier so schwierig ist.

Kärtchen 3

Erzählen Sie mir einmal, was ist hier so schwierig, so besonders für Sie?

Kärtchen 4

Erzählen Sie mir einmal, was ist hier so schwierig, so besonders für Sie?

(und solange bis der Patientin keine Situation mehr einfällt)

Fragen die vom Interviewer im Auge behalten werden müssen:

- Was wird in der Situation gedacht, gefühlt und wie wird sich verhalten.
- Welche Personen sind involviert.
- Was soll sich ändern/hat sich geändert?
- Wie kam es zu diesen Änderungsvorstellungen?
- Wurde bereits versucht etwas zu verändern. Wann, und wie gelang es.
- Wie reagieren die anderen (wer) darauf?

# ANHANG F1: STRUKTUR-LEGE BILD ANTON, 1. GESPRÄCH

## Situationssystem Abbildung

Interviewer: Mörtl

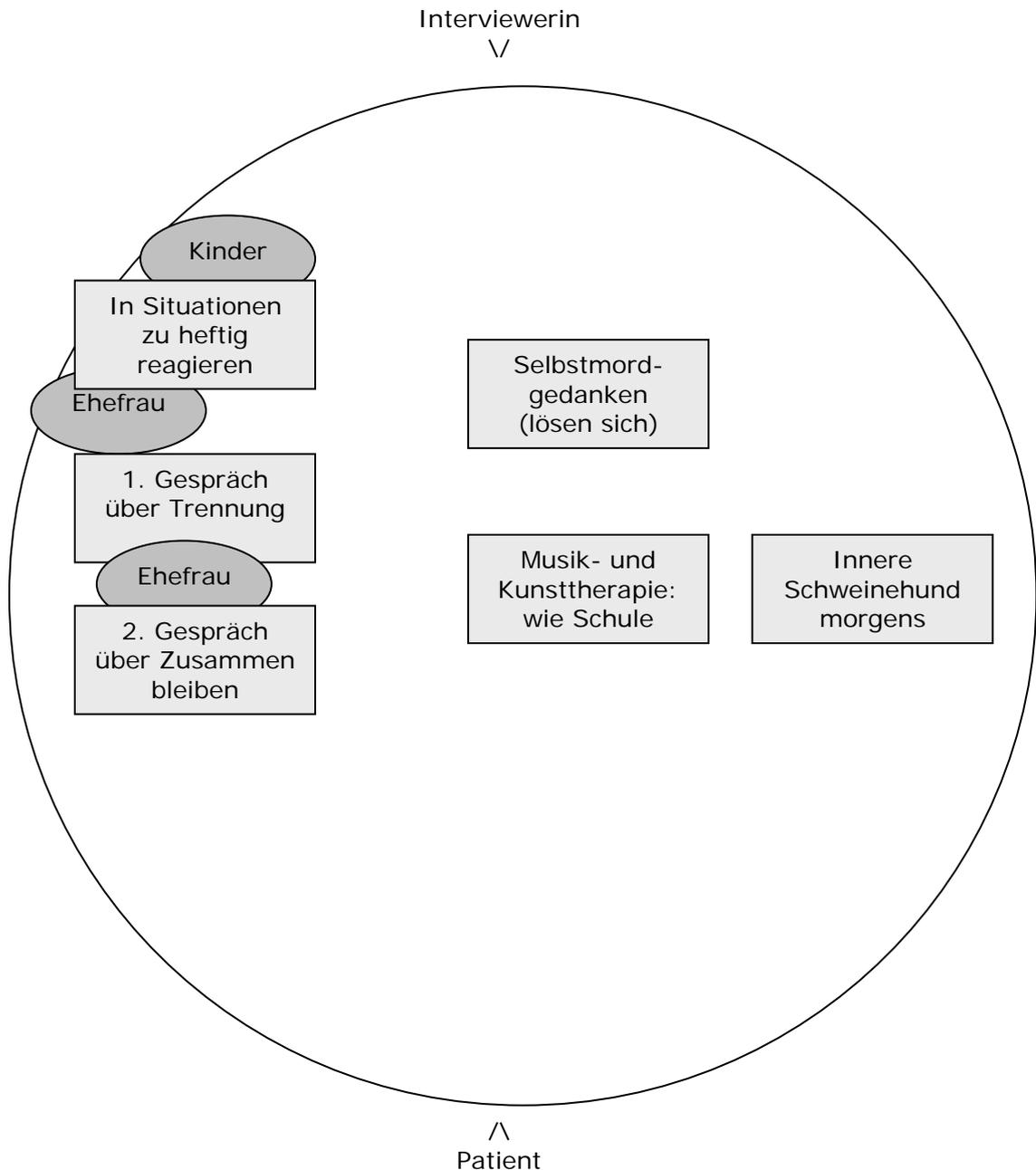
Datum: 19.12.05

Name: Anton 1

Aktuelle Woche: 4

Angehöriger/von: -

Testzeitpunkt:  Anfang (4.W)     Mitte (2W vor)     Katamnese (3M nach)



## ANHANG F2: STRUKTUR-LEGE BILD ANTON, 2. GESPRÄCH

Situationssystem Abbildung

---

Interviewer: Mörtl

Datum: 23.1.06

Name: Anton 2

Aktuelle Woche: 9

---

Angehöriger/von: -

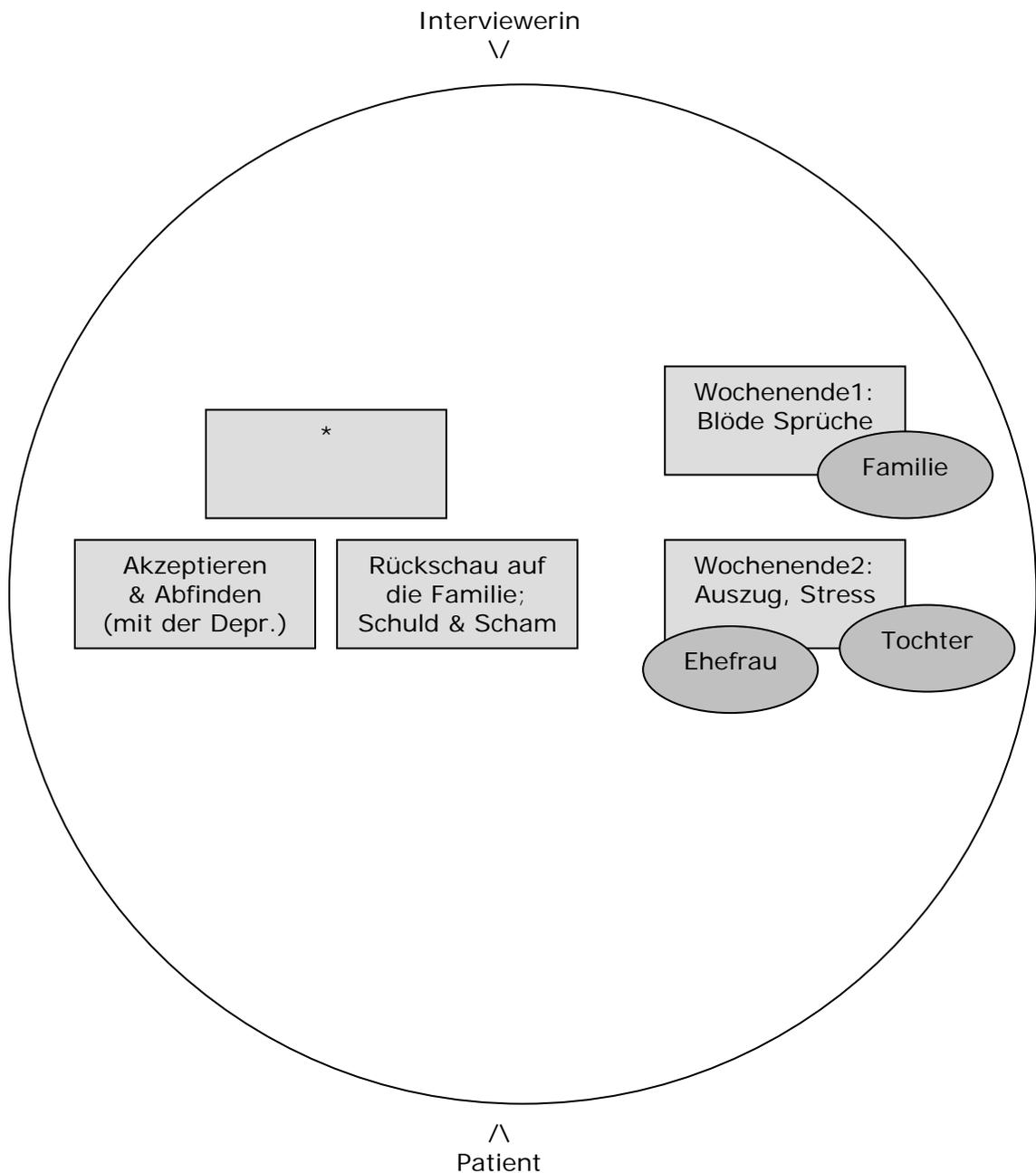
---

Testzeitpunkt:  Anfang (4.W)

Mitte (2W vor)

Katamnese (3M nach)

---



\* Thema bleibt unausgesprochen

# ANHANG F3: STRUKTUR-LEGE BILD GELLI, 1. GESPRÄCH

## Situationssystem Abbildung

Interviewer: Mörtl

Datum: 16.12.06

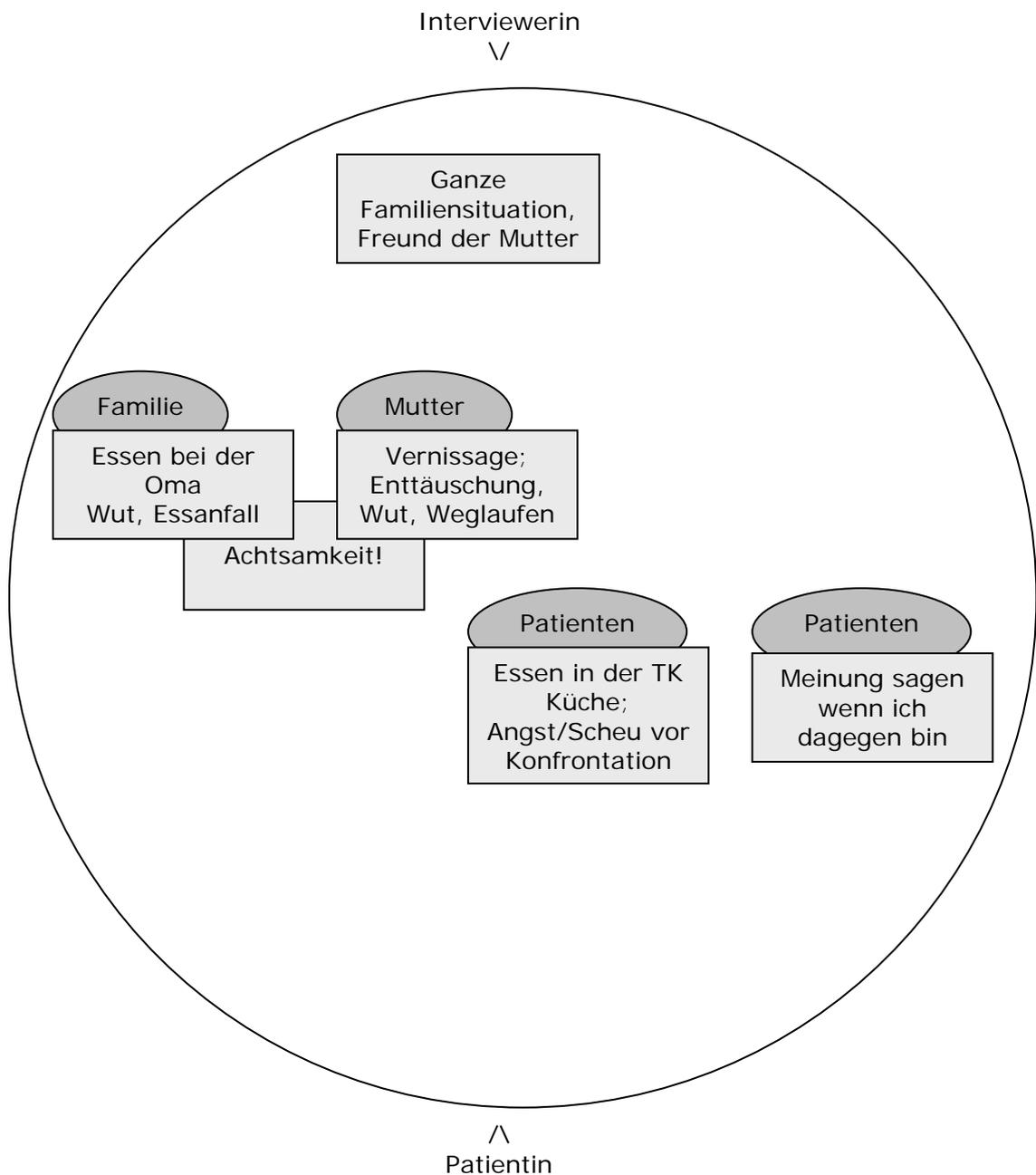
Name: Gelli 1

Aktuelle

Woche: 4

Angehöriger/von: -

Testzeitpunkt:  Anfang (4.W)     Mitte (2W vor)     Katamnese (3M nach)



## ANHANG F4: STRUKTUR-LEGE BILD GELLI, 2. GESPRÄCH

### Situationssystem Abbildung

Interviewer: Mörtl

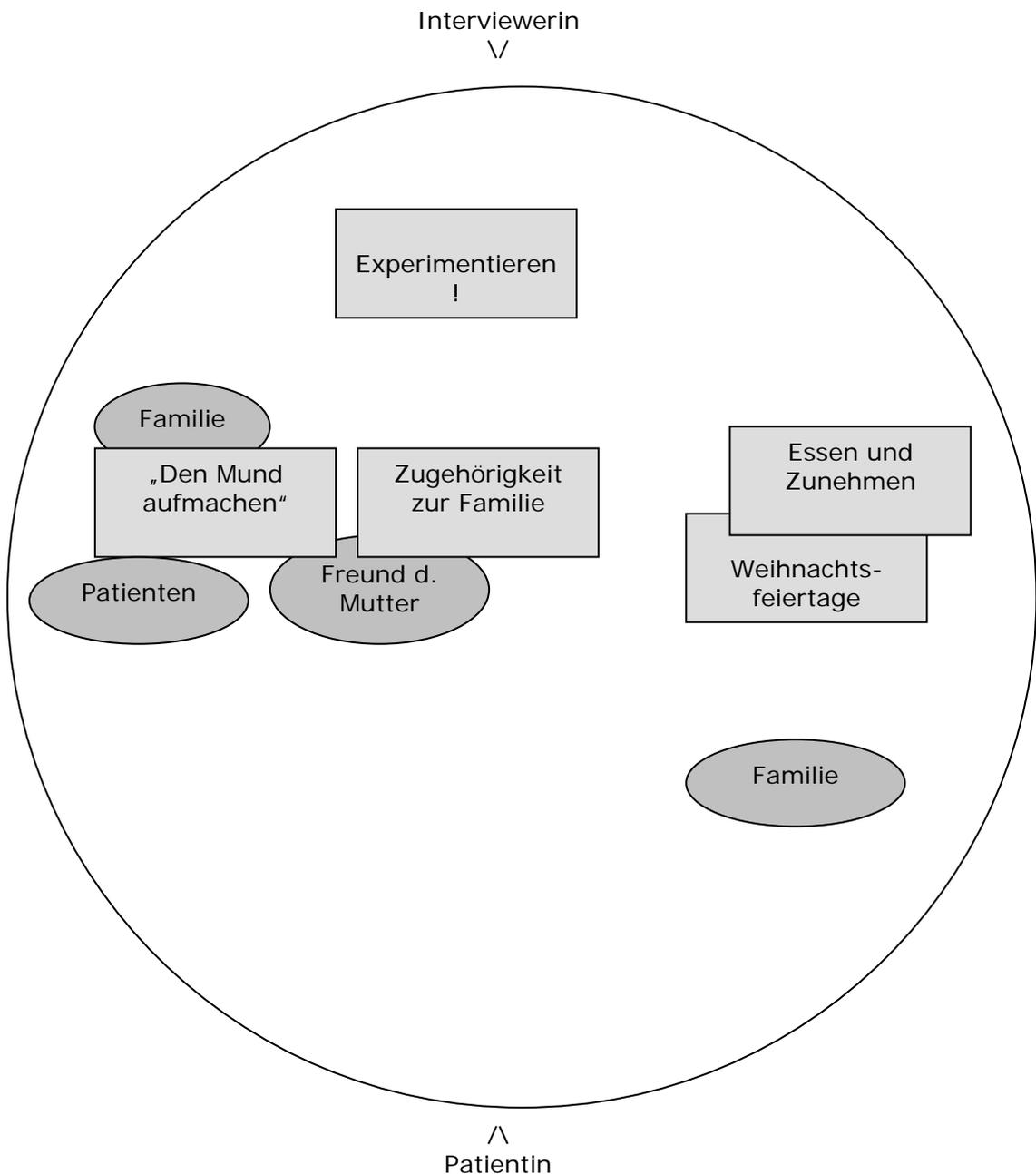
Datum: 30.12.06

Name: Gelli 2  
6

Aktuelle Woche:

Angehöriger/von: -

Testzeitpunkt:  Anfang (4.W)  Mitte (2W vor)  Katamnese (3M nach)



## ANHANG F5: STRUKTUR-LEGE BILD LUISE, 1. GESPRÄCH

Situationssystem Abbildung

Interviewer: Mörtl

Datum: 16.03.06

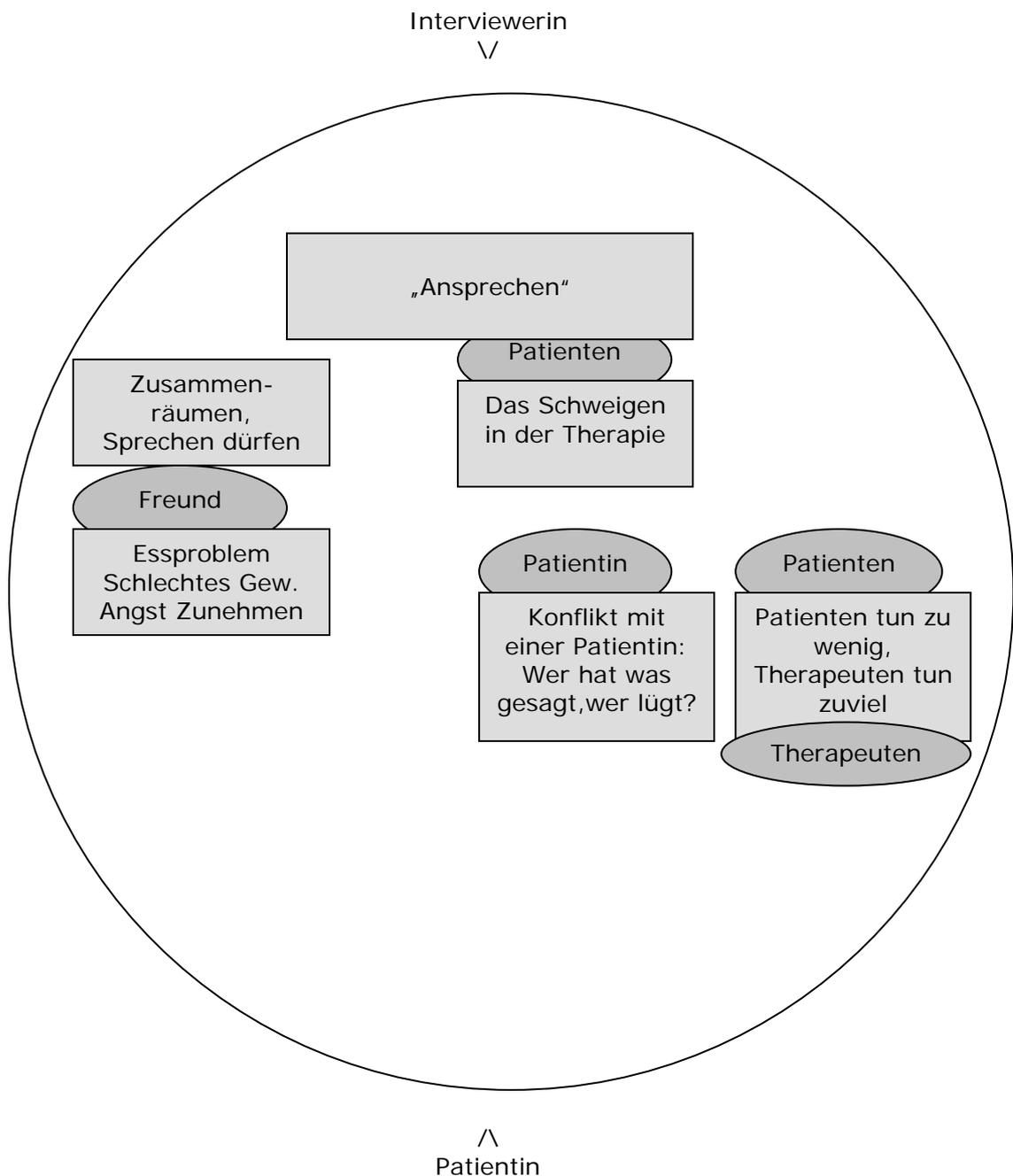
Name: Luise 1

Aktuelle

Woche: 4

Angehöriger/von: -

Testzeitpunkt:     Anfang (4.W)       Mitte (2W vor)       Katamnese (3M nach)



## ANHANG F6: STRUKTUR-LEGE BILD LUISE, 2. GESPRÄCH

Situationssystem Abbildung

---

Interviewer: Mörtl

Datum: 06.04.06

Name: Luise 2

Aktuelle Woche:

7

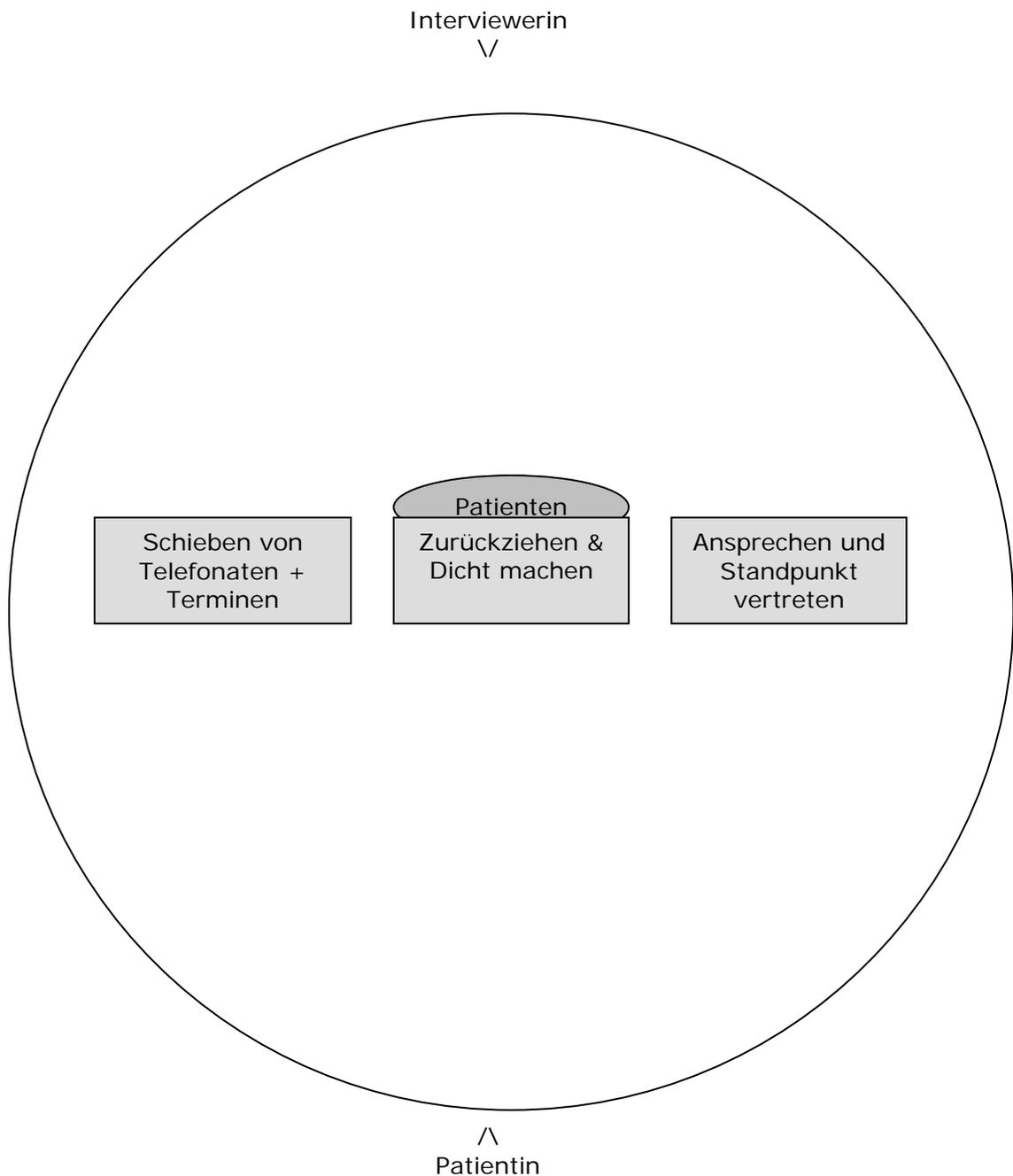
---

Angehöriger/von: -

---

Testzeitpunkt:     Anfang (4.W)     Mitte (2W vor)     Katamnese (3M nach)

---



## ANHANG F7: STRUKTUR-LEGE BILD RONJA, 1. GESPRÄCH

Situationssystem Abbildung

---

Interviewer: Mörtl

Datum: 02.03.06

Name: Ronja 1

Aktuelle Woche: 4

---

Angehöriger/von: -

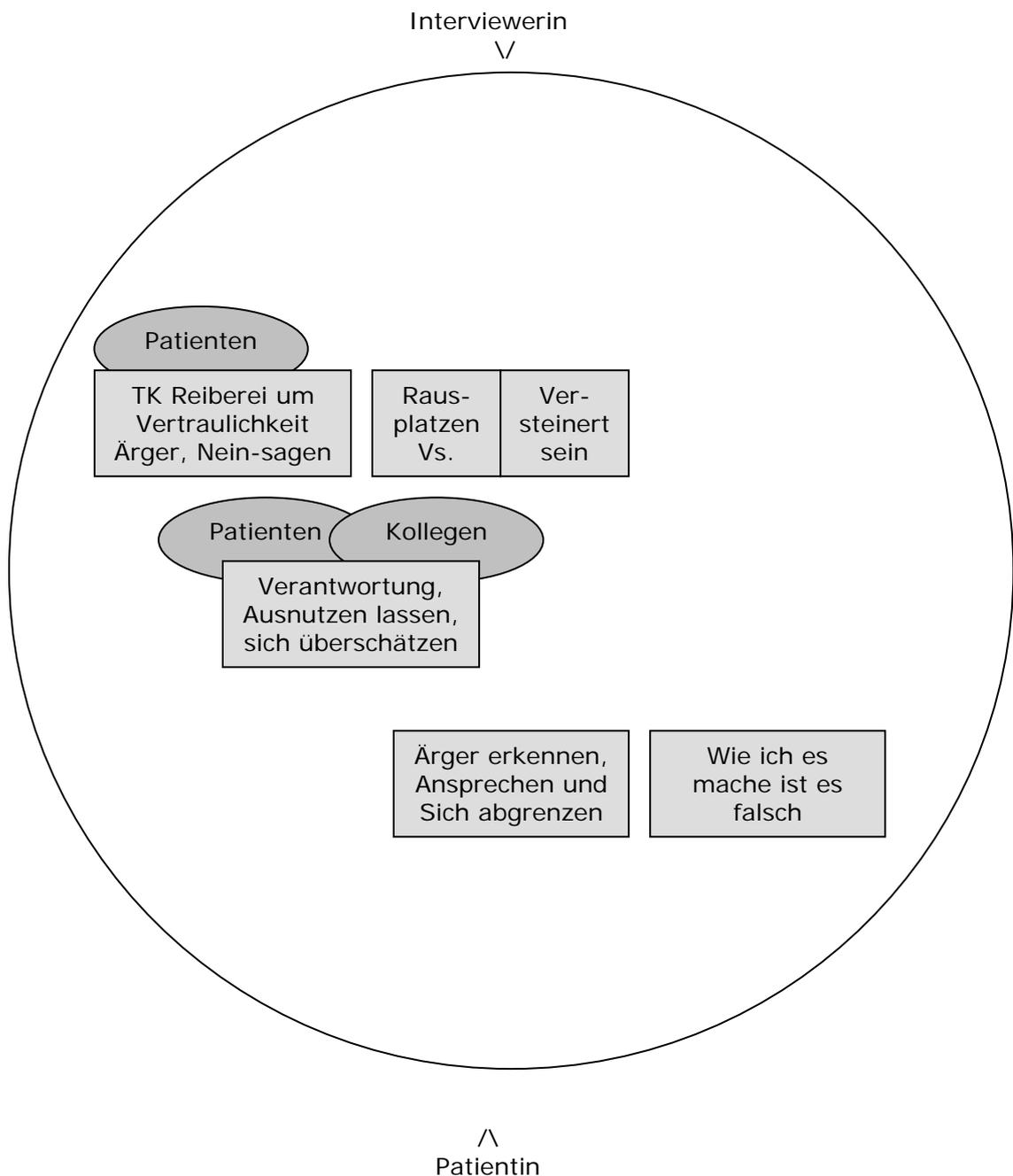
---

Testzeitpunkt:  Anfang (4.W)

Mitte (2W vor)

Katamnese (3M nach)

---



## ANHANG F8: STRUKTUR-LEGE BILD RONJA, 2. GESPRÄCH

Situationssystem Abbildung

---

Interviewer: Mörtl

Datum: 11.04.06

Name: Ronja 2

Aktuelle Woche: 10

---

Angehöriger/von: -

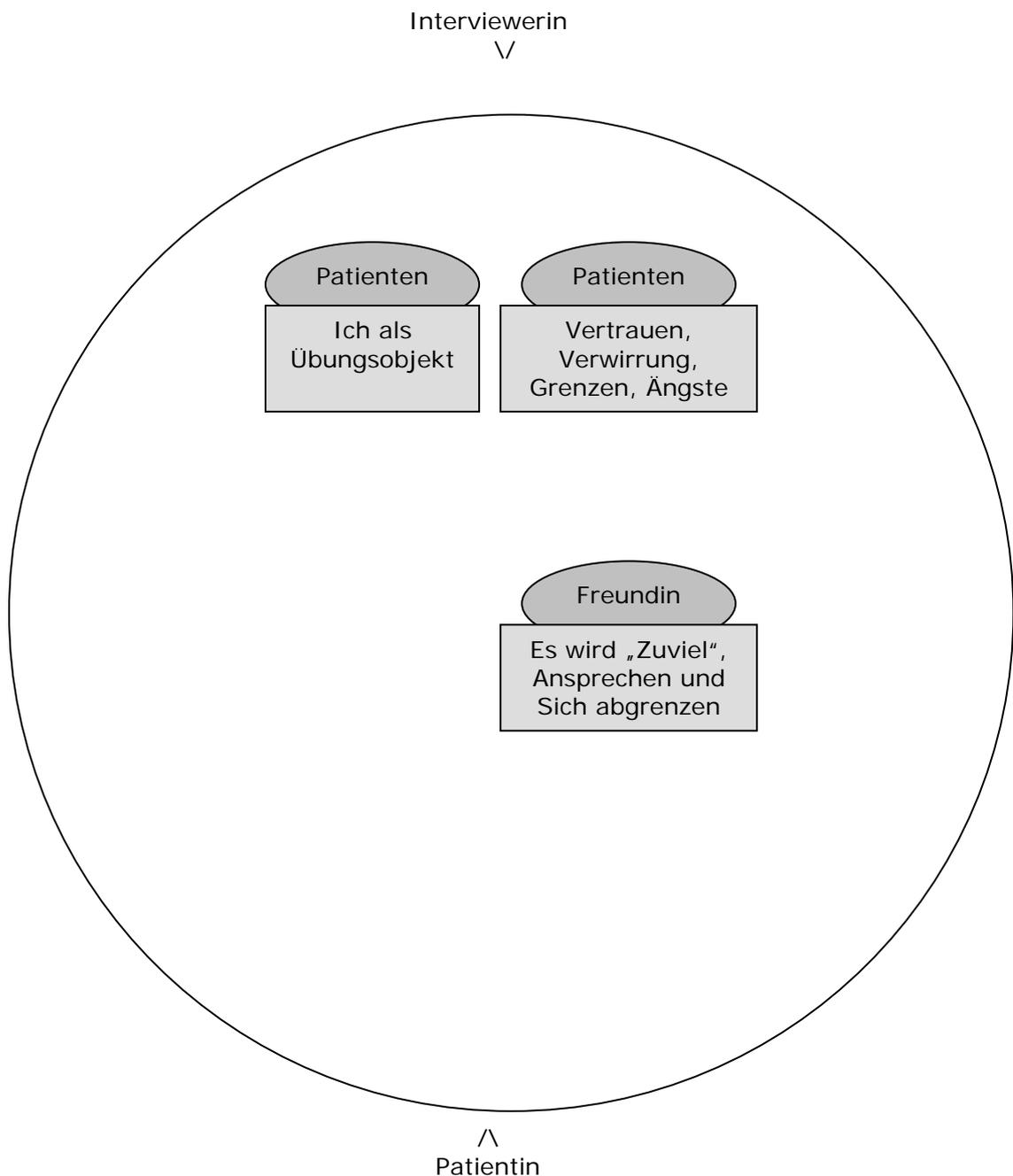
---

Testzeitpunkt:  Anfang (4.W)

Mitte (2W vor)

Katamnese (3M nach)

---



# ANHANG F9: STRUKTUR-LEGE BILD SASCHA, 1. GESPRÄCH

## Situationssystem Abbildung

---

Interviewer: Mörtl

Datum: 19.01.06

Name: Sascha 1

Aktuelle Woche: 4

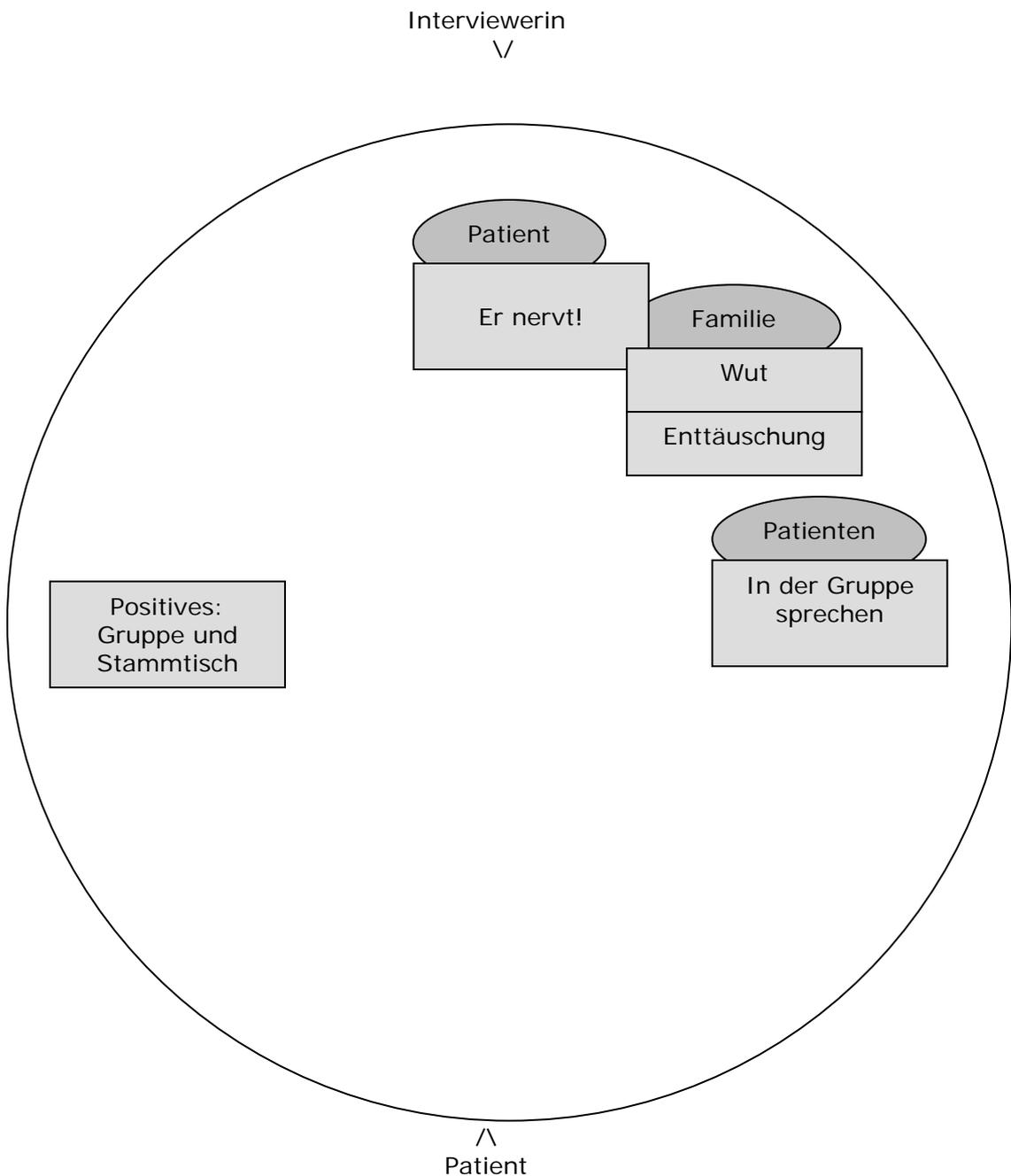
---

Angehöriger/von: -

---

Testzeitpunkt:  Anfang (4.W)     Mitte (2W vor)     Katamnese (3M nach)

---



## ANHANG F10: STRUKTUR-LEGE BILD SASCHA, 2. GESPRÄCH

### Situationssystem Abbildung

Interviewer: Mörtl

Datum: 22.02.06

Name: Sascha 2

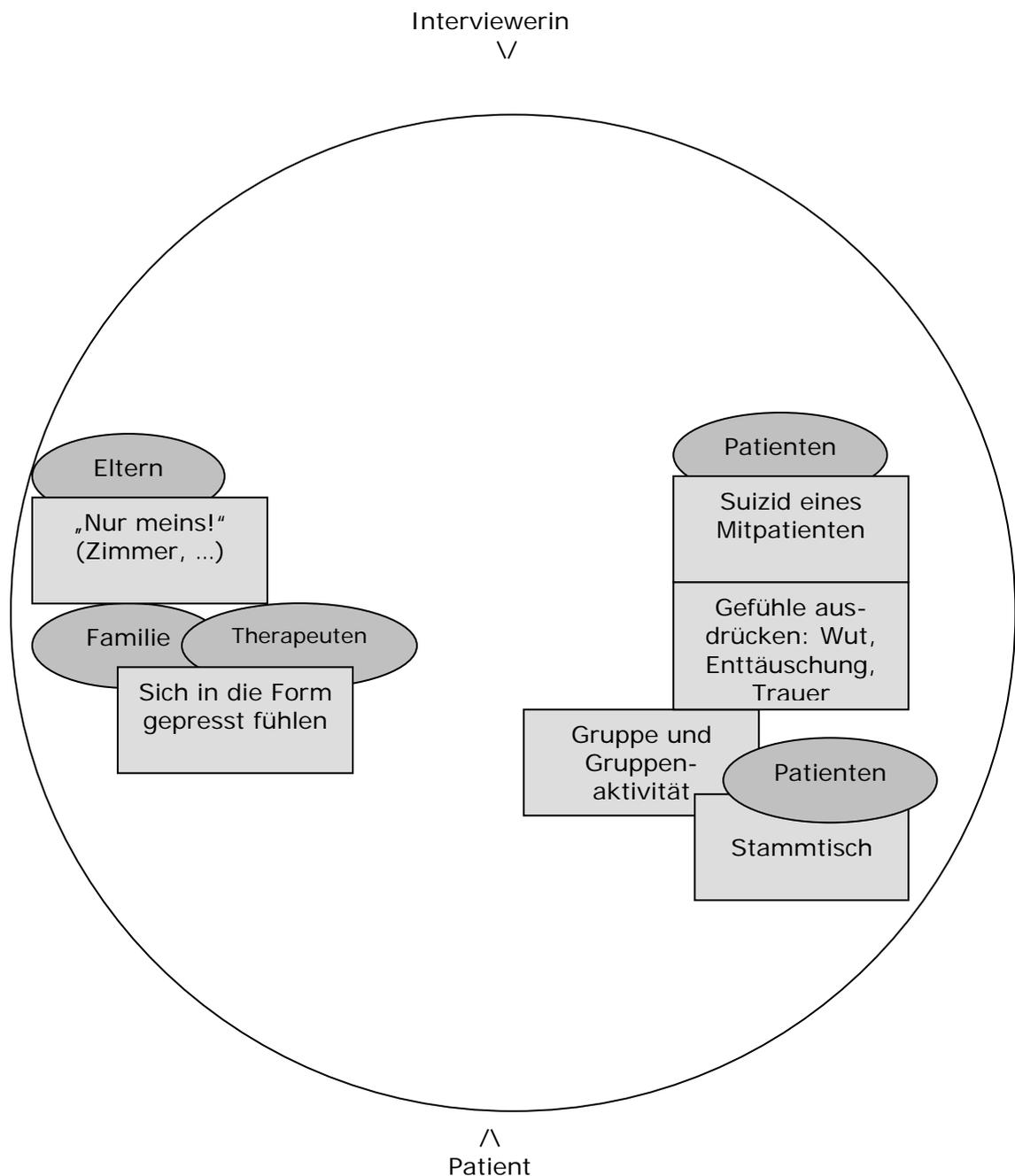
Aktuelle Woche: 9

Angehöriger/von: -

Testzeitpunkt:  Anfang (4.W)

Mitte (2W vor)

Katamnese (3M nach)



## ANHANG G: SYNTAX UND OUTPUT FÜR DIE INTERRATER-RELIABILITÄTSPRÜFUNG

```
*****
* MACRO NAME:   NSKAPPA.SPS
*
* README FILE:  NSKAPPA.RM
*
* SPSS REQUIREMENTS: Release 4.0 or above
*                  Advanced Statistics Module
*
* AUTHOR:       David Nichols (nichols@spss.com)
*
* LAST UPDATED: 05/30/97
*****
preserve.
set printback=off mprint=off.
save outfile='ka__tmp1.sav'.
define nskappa (vars=!charend('/')).
set mxloops=1000.
count ms__ = !vars (missing).
select if ms__ = 0.
aggregate outfile=*
  /break=!vars
  /cell__n=n.
matrix.
get x /var=!vars,cell__n.
compute size=cmax(x).
compute size=size(1,1:2).
compute size=mmax(size).
compute y=make(size,size,0).
loop i=1 to nrow(y).
loop j=1 to ncol(y).
loop k=1 to nrow(x).
do if (x(k,1)=i and x(k,2)=j).
compute y(i,j)=x(k,3).
end if.
end loop.
end loop.
end loop.
compute n=msum(y).
compute r=rsum(y).
compute c=csum(y).
compute sumrc=c*r.
compute kstat=(n*trace(y)-sumrc)/(n**2-sumrc).
compute n01=(n**2)*sumrc.
compute n02=sumrc**2.
compute n03=n*(csum(y)*(mdiag(r)+mdiag(c))*r).
compute d0=n*(n**2-sumrc)**2.
compute ase0=sqrt((n01+n02-n03)/d0).
compute z=kstat/ase0.
compute sig=1-chicdf(z**2,1).
compute n11=trace(y)*(n-trace(y)).
compute n12=2*(n-trace(y))*(2*trace(y)*sumrc-n*(t(diag(y))*(r+t(c)))).
compute pita=make(size,size,0).
loop i=1 to nrow(y).
loop j=1 to ncol(y).
compute pita(i,j)=y(i,j)*((r(j)+c(i))**2).
end loop.
end loop.
```

```

compute n13=((n-trace(y))**2)*(n*msum(pita)-4*(sumrc**2)).
compute d11=(n**2-sumrc)**2.
compute d12=(n**2-sumrc)**3.
compute d13=(n**2-sumrc)**4.
compute ase1=sqrt(n*((n11/d11)+(n12/d12)+(n13/d13))).
compute lower=kstat-1.96*ase1.
compute upper=kstat+1.96*ase1.
save {kstat,ase0,z,sig,ase1,lower,upper} /outfile='ka__tmp2.sav'
  /variables=kstat,ase0,z,sig,ase1,lower,upper.
end matrix.
get file='ka__tmp2.sav'.
formats all (f11.8).
variable labels kstat 'Kappa' /ase0 'ASE0' /z 'Z-Value' /sig 'P-Value'
  /ase1 'ASE1' /lower 'Lower Bound' /upper 'Upper Bound'.
report format=list automatic align(center)
  /variables=kstat ase0 z sig
  /title "Estimated Kappa, Asymptotic Standard Error Under Null"
    "Hypothesis, and Test of Null Hypothesis of 0 Population Value".
report format=list automatic align(center)
  /variables=kstat ase1 lower upper
  /title "Estimated Kappa, Asymptotic Standard Error Under"
    "Alternative Hypothesis, and 95% Confidence Interval Bounds".
get file='ka__tmp1.sav'.
!enddefine.
restore.

```

## Output File der Interrater-Reliabilitätsprüfung (SPSS 11)

### Report

Estimated Kappa, Asymptotic Standard Error Under Null Hypothesis, and Test of Null Hypothesis of 0 Population Value

<b>Kappa</b>	ASE0	Z-Value	P-Value
<b>,68337731</b>	,07511838	9,09733786	,00000000

### Report

Estimated Kappa, Asymptotic Standard Error Under Alternative Hypothesis, and 95% Confidence Interval Bounds

<b>Kappa</b>	ASE1	Lower Bound	Upper Bound
<b>,68337731</b>	,09553456	,49612958	,87062504

## ANHANG H: HÄUFIGKEITSVERTEILUNG DER 799 HILFSFAKTOR-NENNUNGEN PRO INTERVIEW

Textdokument	Gruppen- faktoren	Aktions- faktoren	Motivation durch Erfolg	Reflexion	Sicherer Rahmen	Therapeut. Allianz	Transfer- faktoren	Umfeld- faktoren	TOTAL:
P 1: Karin1.txt	11	2	3	3	2	0	0	2	23
P 2: Karin2.txt	6	0	0	1	4	1	3	2	17
P 3: Karin3.txt	2	5	0	5	3	5	4	3	27
P 4: Gelli1.txt	2	0	0	0	0	0	3	0	5
P 5: Gelli2.txt	1	2	1	0	1	0	0	2	7
P 6: Helen1.txt	3	0	0	0	1	0	1	2	7
P 7: Helen2.txt	0	0	0	0	2	0	0	3	5
P 8: Lena-Marie1.txt	0	2	2	1	0	2	4	1	12
P 9: Lena-Marie2.txt	4	5	4	13	2	1	3	3	35
P10: Berta1.txt	1	0	0	0	0	0	0	2	3
P11: Anton1.txt	5	1	2	1	0	1	2	2	14
P12: Anton2.txt	3	6	3	2	1	0	8	0	23
P13: Anton3.txt	6	3	1	1	1	1	6	1	20
P14: Paula1.txt	4	5	1	4	4	2	1	2	23
P15: Paula2.txt	1	3	0	0	0	1	3	0	8
P16: Sascha2.txt	4	5	0	0	0	0	2	0	11
P17: Sascha3.txt	5	1	0	0	0	0	2	2	10
P18: Werner1.txt	2	2	0	1	1	1	2	2	11
P19: Ronja1.txt	7	6	1	1	2	1	3	1	22
P20: Ronja2.txt	6	1	0	4	0	2	1	2	16
P21: Sascha1.txt	8	1	0	2	0	0	1	0	12
P22: Beate2.txt	2	1	1	2	1	1	2	0	10
P23: Barbara1.txt	4	0	0	3	0	1	0	1	9
P24: Barbara2.txt	4	3	0	2	1	1	1	1	13
P25: Barbara3.txt	8	1	0	3	0	1	2	2	17
P26: Katharina3.txt	2	2	0	1	0	3	0	4	12
P27: Werner3.txt	0	2	1	2	0	4	1	0	10
P28: Luise1.txt	3	1	0	0	0	1	2	1	8
P29: Luise2.txt	1	0	0	0	1	0	1	0	3
P30: Luise3.txt	2	0	0	1	0	1	0	0	4
P31: Renate1.txt	1	0	0	0	1	3	3	0	8
P32: Renate2.txt	8	2	3	2	1	1	3	0	20
P33: Renate 3.txt	4	0	0	0	2	1	6	0	13
P34: Stefan1.txt	4	3	0	1	0	1	3	0	12
P35: Stefan2.txt	0	4	1	4	0	3	4	0	16
P36: Theo1.txt	1	2	1	1	0	2	0	0	7
P37: Theo2.txt	0	1	1	1	0	1	1	1	6
P38: Theo3.txt	4	3	1	1	2	2	0	1	14
P39: Walle 1.txt	3	4	0	0	0	1	1	1	10
P40: Walle_2.txt	3	3	2	3	0	0	3	0	14
P41: Walle_3.txt	7	6	1	4	3	1	3	0	25
P42: Kerstin1.txt	0	0	0	1	1	1	0	0	3
P43: Werner2.txt	2	0	1	2	0	1	0	1	7
P44: Kerstin2.txt	2	2	2	3	1	1	3	0	14
P45: Kerstin3.txt	0	1	1	0	0	2	4	2	10
P46: Beate1.txt	8	3	1	2	1	4	6	0	25
P47: Birgit1.txt	7	2	1	1	1	1	2	0	15
P48: Birgit2.txt	0	0	0	1	0	2	3	1	7
P49: Birgit3.txt	1	2	0	0	1	0	3	1	8
P50: Gabi1.txt	0	1	0	1	0	0	0	0	2
P51: Gabi2.txt	2	0	0	0	0	0	1	0	3
P52: Gerhild1.txt	0	0	0	1	0	0	0	0	1
P53: Helen3.txt	3	0	0	0	0	0	0	1	4
P54: Karl1.txt	0	1	1	0	3	1	0	0	6
P55: Stefan3.txt	3	0	0	1	0	4	1	0	9

→ Weiter auf der nächsten Seite → →

→ Fortsetzung der vorherigen Seite → →

Textdokument	Gruppenfaktoren	Handlungsfaktoren	Motivation durch Erfolg	Reflexion	Sicherer Rahmen	Therapeut. Allianz	Transferfaktoren	Umfeldfaktoren	TOTAL:
P56: Berta2.txt	2	0	0	0	0	0	0	0	2
P57: Berta3.txt	3	4	0	0	2	0	3	2	14
P58: Karl2.txt	1	0	1	0	1	2	0	1	6
P59: Konrad1.txt	3	1	0	0	0	0	0	0	4
P60: Katharina1.txt	0	1	0	0	0	0	0	0	1
P62: Karl3.txt	1	1	0	0	2	2	0	1	7
P63: Konrad 2.txt	7	5	1	1	2	2	2	1	21
P64: Leonie2.txt	1	3	0	1	1	2	0	0	8
P65: Leonie3.txt	0	6	2	3	3	2	1	2	19
P66: Lucia1.txt	2	0	1	0	1	1	0	2	7
P67: Beate3.txt	6	1	0	1	1	2	2	0	13
P68: Ronja3.txt	7	7	0	3	3	1	2	1	24
P69: Leonie1.txt	2	3	0	1	0	0	0	1	7
<b>TOTALS:</b>	<b>205</b>	<b>133</b>	<b>42</b>	<b>94</b>	<b>60</b>	<b>84</b>	<b>120</b>	<b>61</b>	<b>799</b>

## DANKSAGUNG

Die Doktorarbeit gestaltete sich als spannende Herausforderung. Mit der Abgabe dieser Arbeit und dem Abschluss meiner akademischen Ausbildung betrete ich neue Flure, die mir sehr aufregend erscheinen. Den Weg hierher beschrift ich mit einigen Menschen, bei denen ich mich im Folgenden bedanken möchte und mit denen die Reise um vieles bunter und inspirierender wurde: Allen forschenden und klinischen Mitarbeitern der Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie: Allen voran meinem Doktorvater Jörn von Wietersheim; den Kollegen und Freunden, die in der vorliegenden Studie mitgearbeitet haben: Franziska Lamott, Steffen Walter, Nicola Epple, Eva Rothermund, Dorothea Hinze, Carina Klinkan, Ellen Kammerer, Angelika Dworschak, Marianne Glatzmeier, Dorothee Munz, Jörg Oster, Dan Pokorny. Danke auch an alle, die es mir in vielfältiger Weise ermöglicht haben diesen Weg zu gehen: Stefan Gsänger, Gerald Poscheschnik, Christiana Breinl, Leonardo Gabrielli und Suzanne Filipic. Last but not least meinen Eltern Gertrude Mörtl, Werner Hantke; Herbert Wriessnig, Waltraud Hantke und meiner gesamten Familie.