

Universitätsklinikum Ulm
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Direktor: Prof. Dr. Horst Kächele

**Spezifische Wirkfaktoren stationärer psychosomatischer
Behandlung -
eine qualitative Inhaltsanalyse**

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

vorgelegt von
Sandra Maria De Filippo
aus Ludwigsburg

2007

Amtierender Dekan: Prof. Dr. Klaus-Michael Debatin

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Jörn von Wietersheim

2. Berichterstatter: PD Dr. Ferdinand Keller

Tag der Promotion: 20.06.2008

INHALTSVERZEICHNIS

<u>Abkürzungsverzeichnis</u>	<u>5</u>
<u>1. Einleitung</u>	<u>6</u>
1.1 Einbettung der vorliegenden Studie in das Gesamtkonzept	6
1.2 Die Entstehung der stationären Psychotherapie – ein historischer Überblick	7
1.3 Die Besonderheiten des stationären Settings	8
1.4 Wirkfaktoren	11
1.5 Einführung in die qualitative Inhaltsanalyse	15
1.6 Fragestellung	22
<u>2. Material und Methodik</u>	<u>24</u>
2.1 Entscheidung für die Sinova - Klinik als stationäres Setting	24
2.2 Die Patientenstichprobe	25
2.3 Das Codiersystem	29
2.4 Gütekriterien	35
2.5 Arbeiten mit ATLAS.ti	37
2.6 Auswertung der codierten Interviews	40
<u>3. Ergebnisse</u>	<u>41</u>
3.1 Darstellung der Ergebnisse	41
3.2 Ergebnisse der stationären Behandlung	41
3.3 Exkurs: Vergleich der Ergebnisse mit denen der Tagesklinik – Studie	49

<u>4. Diskussion</u>	<u>53</u>
4.1 Diskussion der Methodik	53
4.2 Diskussion der Ergebnisse	55
4.3 Klinische Schlussfolgerungen	59
4.4 Wissenschaftliche Schlussfolgerungen und Ausblick	61
<u>5. Zusammenfassung</u>	<u>63</u>
<u>6. Literaturverzeichnis</u>	<u>65</u>
<u>7. Anhang</u>	<u>69</u>
7.1 Interviewleitfaden Spezifika stationärer Behandlung	69
7.2 Interraterreliabilität	71
7.3 Häufigkeitsverteilung der Codenennungen in der stationären Behandlung	72
7.4 Häufigkeitsverteilung der Codenennungen in der tagesklinischen Behandlung	74
<u>Danksagung</u>	<u>76</u>

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ATLAS.ti	Archiv für Technik, Lebenswelt und Alltagssprache, Textinterpretation
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
HU	Hermeneutic Unit
ICD-10	International Classification of Diseases
KBT	Konzentrierte Bewegungstherapie
MAX	Computerprogramm zur Text- und Inhaltsanalyse
MD - Rekorder	Mini – Disc - Recorder
neg.	negativ
neutr.	neutral
PC	Personal Computer
PD	Primary Document
pos.	positiv
SCL-90-R	Symptom Checklist of Derogatis
SK	stationäre Klinik
ST	stationäre Therapie
TEXTPACK	Computerprogramm zur Auszählung von Begriffen in Textmaterial
TK	Tagesklinik
WORD PERFECT/ WORD/WORD STAR	Textverarbeitungsprogramme

1. Einleitung

1.1 Einbettung der vorliegenden Studie in das Gesamtkonzept

Seit 1982 die erste psychosomatische Tagesklinik in Düsseldorf gegründet wurde (Heigl-Evers et al. 1986), entwickelten sich um diese neue Therapieform mehrere Forschungs- und Arbeitsgruppen, die sich mit den Besonderheiten dieses Settings auseinandersetzen. Die teilstationäre Therapie beinhaltet ein komplexes Therapieangebot in einer Gruppe von Patienten, welches der stationären Therapie ähnelt, gleichzeitig verbringen die Patienten die Abende und Wochenenden zu Hause. Unter anderem trug der Aspekt der Kostengünstigkeit dieser Therapieform zu den steigenden Zahlen der Tageskliniken bei, doch auch gewisse Vorteile im Bezug auf die Therapie selbst im Vergleich zu anderen Therapieformen wurden erkannt.

Auch im süddeutschen Raum bildete sich ein Netzwerk, das von psychosomatischen Tageskliniken gegründet wurde. Diesem Netzwerk gehört neben Freiburg, Erlangen, Basel, Esslingen, Stuttgart und Frankfurt auch die Psychosomatische Tagesklinik der Universität Ulm an. Die bisherige Forschung umfasste die therapeutischen Angebote, die Rahmenbedingungen, sowie die Indikations- bzw. auch Kontraindikationskriterien der teilstationären Therapie.

Im Rahmen der Tagesklinik-Forschung sollten nun die Besonderheiten der Tagesklinik mit den Besonderheiten der stationären Klinik verglichen werden. Hieraus entstanden zwei parallele Arbeiten: In meiner Arbeit werde ich die spezifischen Wirkfaktoren der stationären Psychotherapie aus Sicht der Patienten beleuchten. Gleichzeitig werden in der parallel laufenden Dissertation von Frau Kerstin Knab die spezifischen Wirkfaktoren der Tagesklinik untersucht.

In der Diskussion werde ich auch auf die Ergebnisse dieser Parallelarbeit eingehen.

1.2 Die Entstehung der stationären Psychotherapie – ein historischer Überblick

„Die Klinik nimmt dem Patienten keine Realität (...); sie muß ihm aber (...) eine neue, andersartige Realität bieten können, um der Gefahr des baldigen Leerlaufs der Analyse vorzubeugen. Durch die Organisation ihres Betriebes - durch das Leben intra muros - muß sie gleichsam eine Prothese, einen Stützapparat liefern, der dem Patienten zur Verfügung steht, bis er extra muros selbständig wieder laufen kann (...).“

(Simmel auf dem X. Internationalen Psychoanalytischen Kongress zu Innsbruck am 03.09.1927)

Ernst Simmel war in der Weimarer Zeit einer der Pioniere im Bereich der Psychoanalyse und Psychosomatik. Zusammen mit Max Eitingon gründete er 1920 die erste psychoanalytische Poliklinik in Berlin. Weitere sieben Jahre später, 1927, eröffnete er mit der psychoanalytischen Klinik „Sanatorium Schloss Tegel GmbH“ das erste dezidiert psychoanalytische Krankenhaus der Welt. Er erkannte, dass gewisse Patienten mit einer ambulanten Therapie keine Erfolge zeigten und sich diesen durch die stationäre Therapie neue Wege eröffneten. Die Prinzipien, mit denen er die Klinik führte, ähneln stark dem auch heute noch aktuellen integrativen Modell, in dem jeder der an der Behandlung beteiligten Mitarbeiter Anteil an der Therapie hat: „(...) So beschränkt sich die psychoanalytische Situation innerhalb der Klinik nicht nur auf die Beziehung vom Analysanden zum Analytiker, sondern auf die gesamte Klinik, als eine Art erweiterte Person des Analytikers (...)“ (Simmel 1927).

In der weiteren Entwicklung haben sich vor allem seit den 60er und 70er Jahren des letzten Jahrhunderts immer mehr psychosomatische Kliniken gebildet, die sich entweder an größere Klinikverbände angeschlossen haben oder sich eigenständig als Fachklinik für psychosomatische bzw. psychotherapeutische Medizin etabliert haben.

Zur selben Zeit entwickelten sich aus der stationären Psychotherapie zwei völlig unterschiedliche Modelle dieser Therapieform:

Das eine Modell, das von Enke 1965 als Bipolares Modell bezeichnet wurde, stammte ursprünglich von Main (1957), der eine strikte Trennung von stationärem Leben und psychoanalytischer Therapie forderte. Enke unterschied dabei den Realitätsraum, mit dem er die Hausgruppe meinte, vom Therapieraum, womit die Arztgruppe gemeint ist.

Problematisch an diesem Konzept war, dass der Therapeut zwar im Laufe dieser Konzeptentwicklung die Informationen aus dem Realitätsraum nutzen konnte, aber die

Informationen aus dem Therapieraum für sich behielt. Hierbei stellte sich dann auch die Frage, welchen Standpunkt das Pflegepersonal haben sollte: Hat es nur die Aufgabe im Realitätsraum zu wirken oder sollte es doch auch für den Therapieraum ausgebildet und mit einbezogen werden?

Da diese Form der stationären Psychotherapie mit der kategorischen Aufteilung der Räume und der dadurch entstandenen Kritikpunkte praktisch nicht realisierbar war, entstand das auch heute noch genutzte integrative Modell (Janssen 1987).

Hierbei wird die Trennung zwischen Realraum und Therapieraum überwunden, sämtliche Mitarbeiter der Klinik, wie Therapeuten und Pflegepersonal, beteiligen sich an der Psychotherapie in einem gemeinsamen psychotherapeutischen Raum. Hierbei ist wichtig, dass die einzelnen Therapien nicht nebeneinander ablaufen, sondern dass ein ständiger Informationsaustausch zwischen den einzelnen Mitarbeitern stattfindet.

1.3 Die Besonderheiten des stationären Settings

1.3.1 Definition der stationären Psychotherapie

Laut den Leitlinien von 1995 der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) wird die stationäre Psychotherapie als eine „etablierte psychotherapeutische Interventionsform“ (Lieberz 1998, S.92) angesehen. Sie ist ein „im Einvernehmen zwischen Patient, Therapieinstitution und Bezugsgruppe geplanter Mehrpersonen-Interaktionsprozess, (...) (der) unter Anwendung verschiedenartiger in einem Gesamtbehandlungskonzept aufeinander abgestimmter verbaler und so genannter nonverbaler psychotherapeutischer Interventionstechniken (stattfindet)“ (Lieberz 1998, S.92).

1.3.2 Integration der verschiedenen Therapieverfahren

Die stationäre Psychotherapie zeichnet sich durch eine Fülle von Therapieangeboten aus, wie schon in den Leitlinien angedeutet wurde. In einer Arbeitsgruppe unter der Leitung Lieberzs (1998), die sich für die Erarbeitung von Leitlinien zur stationären Psychotherapie einsetzt, wurden die einzelnen Therapieverfahren näher bestimmt: Es kommen bestimmte Grundverfahren zum Einsatz, die, je nach theoretischer Orientierung der Klinik, tiefenpsychologische Psychotherapie oder Verhaltenstherapie

umfassen. Hinzu kommen spezielle Behandlungstechniken wie z.B. Gestaltungstherapie, Körper- und Bewegungstherapie, sowie Musiktherapie.

Sämtliche Verfahren werden als Einzel- bzw. Gruppentherapie angeboten, können aber auch durchaus kombiniert werden. Der Schwerpunkt liegt, wie in der Definition auch deutlich wird, vor allem in den gruppentherapeutischen Verfahren. Die speziellen Behandlungs-Techniken Gestaltungstherapie, Körper- und Bewegungstherapie und Musiktherapie zeichnen sich sowohl durch nonverbale als auch durch verbale Elemente aus.

1.3.3 Der Therapieraum

Hier wird das integrative Modell aufgenommen: Sämtliche Mitarbeiter bilden ein „berufsübergreifendes Behandlungsteam“ (Lieberz 1998, S.94), das aus Oberarzt, Stationsarzt, Gruppentherapeut, Einzeltherapeut, den Spezialtherapeuten der Gestaltungs-, Körper- und Musiktherapie, Sozialarbeiter und Pflegepersonal besteht.

Sie sind dazu angehalten, regelmäßig an internen und externen Supervisionen teilzunehmen, um „innere Konfliktquellen im Team zu klären und (...) die Zusammenarbeit der Teammitglieder zu optimieren“ (Lieberz 1998, S.94).

Zu den einzelnen Mitgliedern und ihren jeweiligen Funktionen gehören: Der Stationsarzt, der die medizinische Betreuung übernimmt und auch für Regeln und Strukturen auf Station zuständig ist.

Das Pflegepersonal, das sowohl Anteil am Realitätsraum als auch am Therapieraum hat und somit eine vermittelnde Stellung zwischen beiden Räumen einnimmt, hat die Funktion, zusammen mit dem Stationsarzt die Regeln und Strukturen auf Station aufrecht zu erhalten. Darüber hinaus hat es eine Stützfunktion und trägt zur Verhaltensbeobachtung und Krisenintervention bei. Eine der wichtigsten und bewährtesten Aufgaben des Pflegepersonals ist die Bezugspflege, d.h. dass eine Pflegekraft einen Patienten über die gesamte Dauer seines Aufenthaltes begleitet und durch regelmäßige Kontakte zu Verfügung steht.

Der Sozialarbeiter bietet Sozialberatung und Soziotherapie an, „um persönliche, familiäre, berufliche oder soziale Probleme, die im Zusammenhang mit seiner Erkrankung stehen und sich auf sein Leben auswirken, aufzugreifen“ (Lieberz 1998, S.94).

1.3.4 Der Realitätsraum

Die stationäre Psychotherapie ist zeitlich begrenzt für den Patienten. Für diesen Zeitraum ist der Patient, bis eventuell auf das Heimfahren am Wochenende, vollstationär in der Klinik. Damit ist er einerseits vom belastenden Umfeld und sozialen Alltag befreit (Heigl 1978), andererseits können auch dadurch Probleme in Form von Regressionsbildung und Abhängigkeit auftreten, die durch die Struktur dieser Therapie gefördert werden (Tschuschke 1993). Andererseits gehört der Alltag, wie er auf Station vorkommt, auch zum Therapiekonzept und wird dort mitverarbeitet.

1.3.5 Indikationen für die stationäre Psychotherapie

Allgemein wird in den Leitlinien bereits in der Definition die Indikation zu einer stationären Psychotherapie formuliert: „Sie ist notwendig, wenn ambulante oder teilstationäre Behandlung therapeutisch unzureichend ist“ (Lieberz 1998, S.92).

Die Indikationen werden in fünf verschiedene Gruppen untergliedert, die sich wie folgt aufteilen (Lieberz 1998):

A) Spezielle Störungen, deren Behandlung zu bestimmten Zeitpunkten / Phasen nur stationär durchgeführt werden kann.

Hierunter fallen Somato-Psychosomatosen, somatische Erkrankungen mit gleichzeitig erforderlicher Psychotherapie, Suchterkrankungen, Borderlinepersönlichkeitsstörungen (sozialdesintegrierte Patienten und zur Rehabilitation), andere schwere Persönlichkeitsstörungen, selbstdestruktive Tendenzen, symptombedingte Unmöglichkeit einer ambulanten Therapie aufgrund schwerer Phobien / schwerem Agieren, Komorbidität.

B) Fehlende Krankheitseinsicht und Motivation

Dies trifft für Patienten zu, die sich auf eine organische Ursache fixieren, unzureichend motiviert sind und / oder sich probatorisch behandeln lassen wollen.

C) Notwendigkeit der Trennung vom pathogenen Milieu

D) Vorbereitung auf eine ambulante Behandlung

E) Patienten in Krisensituationen, mit Suizidgefahr, Krisenhafte Steigerung von Angst und Depressionszuständen, mit Zuspitzung der Symptomatik, aus internistischen Gründen

F) Sonstiges

Bei Chronifizierung, zur Begutachtung, als Intervalltherapie

1.4 Wirkfaktoren

1.4.1 Entstehung der Wirkfaktoren

Wirkfaktoren werden als „Elemente“ definiert, die „zur Verbesserung der Lage eines Patienten beitragen“ (Crouch et al. 1994, S.270). Sie kommen durch den Patienten, den Therapeuten und, im Falle eines stationären Settings, durch die Mitpatienten zustande. Wirkfaktoren werden auch noch in spezifische und unspezifische Wirkfaktoren unterteilt: Die spezifischen Wirkfaktoren beinhalten die „Techniken und Interventionen des Therapeuten, die dieser ausschließlich vor dem Hintergrund der zugrunde liegenden theoretischen Orientierung anwendet“ (Tschuschke 1993, S.15). Unter die unspezifischen Wirkfaktoren fallen sämtliche Elemente, die der Heiler-Patient-Beziehung angehören, aber nicht unter schulengebundene Aspekte fallen. Zum Teil werden diese unspezifischen Wirkfaktoren als Placeboeffekte bezeichnet. Verständnis, Respekt, Interesse, Ermutigung, Anerkennung usw. zählt man zu den unspezifischen Wirkfaktoren. Diese Unterteilung wurde vor allem im Bezug auf die Einzeltherapie angewandt. Im Bezug auf die Gruppenpsychotherapie gestaltet sich diese Unterteilung schon schwieriger: „(...) Zum einen (durch) die ungleich höhere Komplexität der ablaufenden Prozesse im therapeutischen Setting, bedingt durch die Pluralität der beteiligten Personen, zum anderen sind es aber die unzureichenden konzeptuellen Grundlagen in der Gruppenpsychotherapie“ (Tschuschke 1993, S.21).

1.4.2 Entwicklung der Wirkfaktorenkonzepte in der Gruppenpsychotherapie

Gerade diese Faktoren bzw. Mechanismen sind für die psychotherapeutische Forschung so wichtig, weil es das Ziel dieser Forschung ist, erklären zu können, wie die psychotherapeutische Veränderung zustande kommt (Tschuschke 1993).

Die Theorie, die hinter dem Wirkfaktorenkonzept steht, fand ihren Ursprung in den Vermutungen Rosenzweigs, dass in verschiedenen Methoden der Psychotherapie bestimmte gemeinsame Faktoren wirksam werden (Rosenzweig 1936).

Doch erst 19 Jahre später setzten sich Corsini und Rosenberg systematisch mit den Wirkfaktoren auseinander, deren Klassifikation aus der klinischen Beobachtung heraus entstand.

Eine ausführlichere Weiterentwicklung dieser Klassifikation entstand durch Yalom (1989), der nun auch theoretische und systematisch-empirische Elemente einbrachte. Hier spielte vor Allendingen die Selbstbeschreibung eine große Rolle: Mit Hilfe von Fragebögen oder der so genannten Q-Sort-Technik konnten die für die Patienten wichtigen Wirkfaktoren erschlossen werden.

Letztendlich bauten Crouch und Bloch (Crouch et al. 1994) diese Klassifikation aus. Die Besonderheit ihrer Klassifikation ist, dass sie sich um eine „theoriefreie, gemeint ist damit eine schulenungebundene Formulierung“ (Tschuschke 1993, S.22) bemühten. Dadurch wurden die von Yalom postulierten Wirkfaktoren „existentielle Faktoren“ (existential factors) und die „Rekapitulation der primären Familiengruppe“ (family re-enactment) ausgeschlossen.

Die folgende gängige Taxonomie der Wirkfaktoren basiert auf den Annahmen Corsini und Rosenbergs, Yaloms und Crouch et al. Sie umfasst einen Satz von 12 Wirkfaktoren (Tschuschke 1993, S.24):

1. Akzeptanz / Köhäsion (Acceptance / Cohesion)
2. Anleitung (Guidance)
3. Altruismus (Altruism)
4. Einflößen von Hoffnung (Installation of hope)
5. Einsicht (Insight / Self-understanding)
6. Feedback (Learning from interpersonal action)
7. Identifikation (Identification)
8. Interaktion (Interpersonal learning –output)
9. Katharsis (Catharsis)
10. Rekapitulation der Primär-Familie (Family re-enactment)
11. Selbstöffnung (Self-disclosure)
12. Universalität des Leidens (Universality)

Diese Taxonomie klassifizieren Crouch et al. (1994) in überwiegend gruppenbezogenen und in individuumsbezogenen Wirkfaktoren:

Zu den überwiegend gruppenbezogenen Wirkfaktoren gehören:

- Gruppenkohäsion / Akzeptanz
- Altruismus
- Anleitung
- Identifikation
- Universalität des Leidens
- Einflößen von Hoffnung
- Interpersonales Lernen

Zu den überwiegend individuumsbezogenen Wirkfaktoren lassen sich zuordnen:

- Einsicht
- Katharsis
- Selbstöffnung

Insgesamt muss aber betont werden, dass die einzelnen Wirkfaktoren nicht streng voneinander getrennt betrachtet werden dürfen, gewisse Überlappungen sind zu vermuten: Beispielsweise lässt sich eine Selbstöffnung auf sehr emotionale Weise machen, eben kathartisch, mit zudem altruistischer Intention usw. (Tschuschke 1993).

1.4.3 Wirkfaktorenkonzepte in der stationären Psychotherapie

1.4.3.1 Das Prinzip der stationären Wirkfaktoren als therapierelevante

Erlebensaspekte

Diese Klassifikation der Wirkfaktoren ist recht unspezifisch und lässt sich auf alle Therapieformen, d.h. ambulante, teilstationäre und stationäre Psychotherapie anwenden. Problematisch dabei ist allerdings, dass vor allem die besonderen Wirkfaktoren, wie sie in der stationären Therapieform vorkommen, nicht genau herausgearbeitet wurden.

Hier versuchten sich Schauenburg et al. (2000) an den so genannten therapierlevanten Erlebensaspekten in der stationären Therapie. Anhand eines Fragebogens erfassten sie „die unterschiedlichsten Aspekte des Erlebens stationärer Therapie und des Selbsterlebens“ (Schauenburg et al. 2000 S. 252). Dieser Fragebogen enthält 38 Items mit den folgenden 7 Skalen:

1. Skala: Selbstwirksamkeit
2. Skala: Beziehung zum therapeutischen Team
3. Skala: Beziehung zum Einzeltherapeuten
4. Skala: Gruppenklima
5. Skala: Bedürfnis nach Zuwendung durch Mitpatienten / Kohäsion
6. Skala: Behandlungsintensität
7. Skala: therapeutische Rahmenbedingungen / Stationsordnung

Die ersten Ergebnisse dieser Studie zeigen Erfolge in der korrelativen Berechnung von Wirkfaktorenzusammenhängen, außerdem sollen die Vorhersage spezifischer Wirkfaktoren in Abhängigkeit von Persönlichkeitsmerkmalen durchgeführt werden. Insgesamt wird aber noch an entsprechenden statistischen Verfahren gearbeitet.

1.4.3.2 Ein stationäres Wirkfaktorenkonzept mit Orientierung an der klassischen Taxonomie

Wöller und seine Mitarbeiter befassten sich 2000 mit einem neuen Modell für die Erfassung der stationären Psychotherapie. Da die stationäre Psychotherapie durch das Zusammenwirken unterschiedlicher therapeutischer Verfahren, also einzel- und gruppentherapeutische Verfahren sowie verbale also auch nonverbale Verfahren, charakterisiert ist, differenzierten Wöller et al. die Wirkfaktoren nach Teilsettings. Daraus ergaben sich die folgenden Wirkfaktoren:

- Einsicht
- Positive Körpererfahrung
- Konkrete Hilfen
- Wertschätzendes Angenommensein
- Interpersonelle Kompetenzerweiterung

- Emotionsausdruck
- Ich-Funktionsstärkung
- Begrenzungen

Die Auflistung dieser Wirkfaktoren ähnelt zum Teil stark dem klassischen Wirkfaktorenkonzept für die ambulante und stationäre Gruppenpsychotherapie. Spezifisch für die stationäre Psychotherapie sind vor allem der Wirkfaktor Begrenzungen: Dabei geht es um das Regelwerk der Station, den Verboten, Beschränkungen und Geboten, sowie den Ermahnungen an die Einhaltung der Stationsregeln.

Die positive Körpererfahrung weist auf die nonverbalen Therapieverfahren hin, die einen Schwerpunkt in der stationären Psychotherapie bilden.

Die Ergebnisse dieser Studie sollten ebenfalls als noch vorläufig betrachtet werden. Dennoch weisen die Ergebnisse darauf hin, dass eine nach Teilssetting differenzierte Erfassung aus Patientensicht beurteilter Wirkfaktoren viel versprechend ist, da die Zuordnung der Wirkfaktoren zu den Teilssettings den theoretischen Erwartungen entspricht.

Insgesamt sind die neuesten Studien über die Wirkfaktoren in der stationären Psychotherapie durch die ersten Ergebnisse richtungweisend. Sie zeigen aber auch, wie komplex diese Therapie aufgebaut ist und wie schwierig es ist, die einzelnen Faktoren herauszufinden und dass auf diesem Gebiet noch einiges an Forschungsarbeit geleistet werden muss.

1.5 Einführung in die qualitative Inhaltsanalyse

1.5.1 Was ist qualitative Inhaltsanalyse?

Die qualitative Inhaltsanalyse treffend zu definieren ist nach Mayring (2003) äußerst schwierig: Zwar ist das Ziel der Inhaltsanalyse „die Analyse von Material, das aus irgendeiner Art von Kommunikation stammt“ (Mayring 2003, S.11), doch diese einfache Definition ist zu einseitig. Deshalb entscheidet sich Mayring nicht für eine eindimensionale Definition, sondern für Spezifika der Inhaltsanalyse:

Inhaltsanalyse will zusammenfassend Kommunikation analysieren, was nicht unbedingt nur Sprache sein muss, sondern auch in Form von Musik oder Bildern stattfinden kann. Wichtig dabei ist, dass die Kommunikation fixiert vorliegt, auf irgendeine Art protokolliert festgehalten wird.

Ein regelgeleitetes Vorgehen ist unabdingbar, damit Nachprüfbarkeit und Nachvollziehbarkeit gewährleistet sind. Ein anderer Aspekt ist das theoriegeleitete Vorgehen unter einer theoretisch ausgewiesenen Fragestellung. Schließlich hat Inhaltsanalyse das Ziel, Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation zu ziehen.

1.5.2 Abgrenzung zur quantitativen Analyse

Mayring (2003) unterscheidet zwischen qualitativer und quantitativer Analyse schon von der Begriffsform her: Sobald Verfahren der Metrisierung eingesetzt werden, handelt es sich um eine quantitative Analyse, die qualitative Begriffsform dagegen bildet den Inhalt von Klassennamen oder Klassenbezeichnungen.

Hierbei wird auch eine Unterscheidung im Bezug auf das Skalenniveau deutlich: Nominalskalierende Messungen gelten als qualitative Analysen, die übrigen Messmethoden gelten als quantitative Analysen. Wichtig ist dabei, dass es nicht gänzlich ausgeschlossen ist, dass auch Häufigkeiten in qualitativen Analysen auftauchen (Mayring 2003, S.17).

1.5.3 Überwindung des Gegensatzes qualitativ – quantitativ

Wie ich im vorigen Abschnitt angedeutet habe, lassen sich quantitative und qualitative Analyse nicht strikt voneinander trennen. Am Anfang wissenschaftlichen Vorgehens steht „immer ein qualitativer Schritt“ (Mayring 2003, S.19). Durch die Fragestellung, was untersucht werden soll, findet eine Benennung mit Hilfe der Nominalskala statt. Beim inhaltsanalytischen Vorgehen steht „fast immer die Anwendung eines Kategoriensystems auf das zu untersuchende Material“ (Mayring 2003, S.19) im Zentrum. Durch die Erarbeitung der Kategorien und ihrem ständigen Rückbezug auf das Material, ist dieses Vorgehen eindeutig qualitativ. „Erst auf dieser Basis können quantitative Analyseschritte vorgenommen werden, sofern sie angestrebt werden“ (Mayring 2003, S.19). Auch die Ergebnisse quantitativer Analyse müssen interpretiert, also wieder zum Ausgangspunkt

zurückgeführt werden. Somit lässt sich eine Abfolge im Forschungsprozess beschreiben:
„Von der Qualität zur Quantität und wieder zur Qualität“ (Mayring 2003, S.19).
Damit ein „sauberes quantitatives Vorgehen“ (Mayring 2003, S.19) gewährleistet ist,
zeigt Mayring eine Richtschnur für diese Vorgehensweise auf:

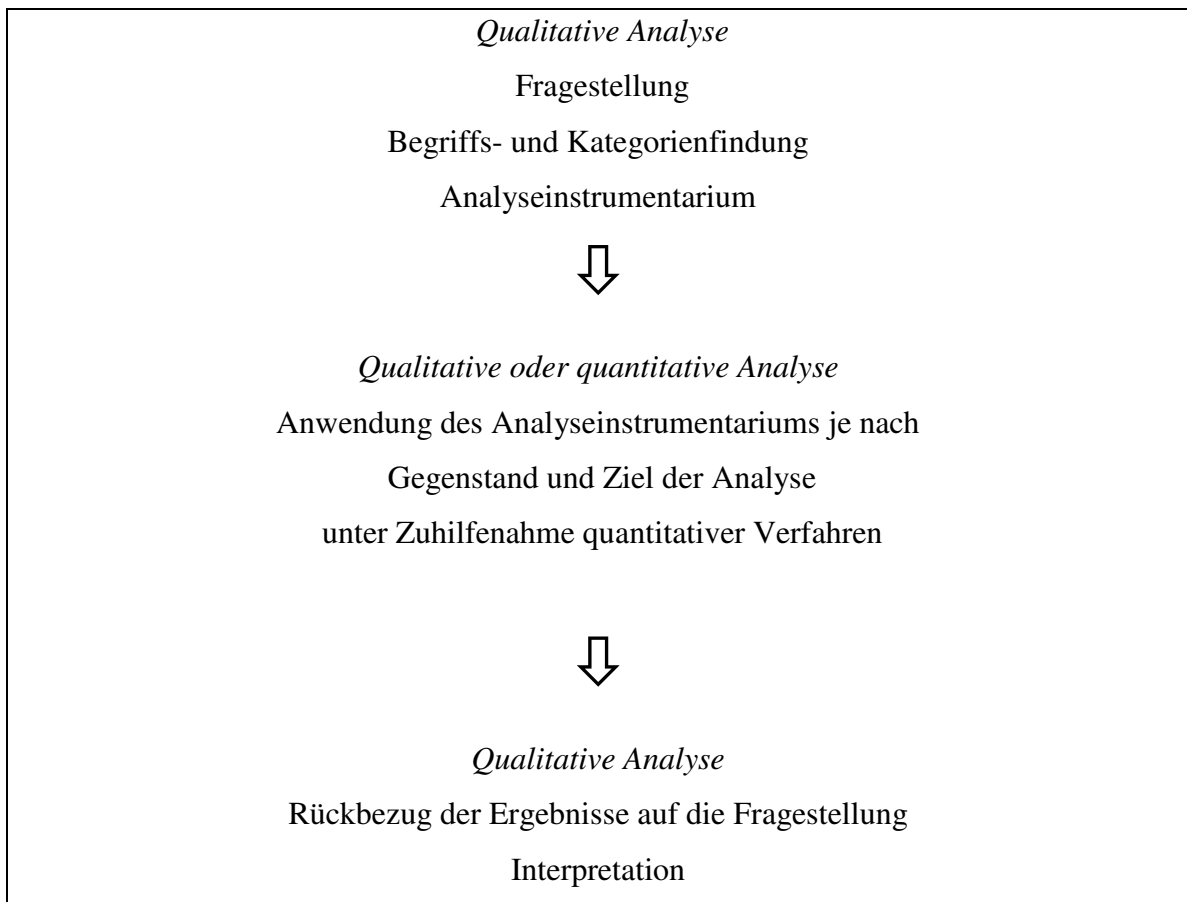


Abb.1: Phasenmodell zum Verhältnis qualitativer und quantitativer Analyse
(aus Mayring 2003, S. 20)

1.5.4 Grounded Theory – eine kurze Darstellung

1.5.4.1 Die Grounded Theory – die Basis qualitativer Analyse

Um das methodische Vorgehen in der qualitativen Forschung zu verstehen, soll die Grundlage dafür erläutert werden: Die Grounded Theory, die im Deutschen als „gegenstandsbegründete Theoriebildung“ (Breuer 1996, S.16) übersetzt werden kann. Diese Herangehensweise an die qualitative Analyse wurde in den frühen 60er Jahren des letzten Jahrhunderts von Barney Glaser und Anselm Strauss als „methodologische

Verallgemeinerung eigener sozialwissenschaftlicher Forschungspraktiken“ (Breuer 1996, S.16) entwickelt. Sie entstand während einer Feldstudie 1965 und 1968, bei der es um den Umgang von Klinikpersonal mit sterbenden Patienten ging (Strauss 1994).

Zur Entstehung dieser Theorie trugen zwei Arbeits- und Denkrichtungen bei: Zum einen die allgemeine Richtung des Amerikanischen Pragmatismus, zum anderen die Chicagoer Schule der Soziologie (Strauss 1994). Glaser brachte darüber hinaus noch Hintergründe aus mehr quantitativ-induktiv ausgerichteten soziologischen Wissenschaftskulturen mit (Breuer 1996). Erstmals stellten die Forscher die Theorie 1967 in dem Buch „The Discovery of Grounded Theory“ vor.

Ende der 70er Jahre zog sich Glaser aus dem Wissenschaftsbetrieb zurück und überließ das Forschungsfeld Strauss, der die Methode vorantrieb und weiterentwickelte (Breuer 1996). Im Laufe der Jahre gab es Übernahmen und Anwendungen in anderen sozialwissenschaftlichen Disziplinen, wozu die Kommunikations-, Arbeits-, Erziehungs-, Gesundheitswissenschaften, die Sozialarbeit und die Psychologie gehören (Breuer 1996).

Laut Strauss ist „die Analyse qualitativer Daten nach der Grounded Theory auf die Entwicklung einer Theorie gerichtet, ohne an spezielle Datentypen, Forschungseinrichtungen oder theoretische Interessen gebunden zu sein. In diesem Sinne ist die Grounded Theory keine spezifische Methode oder Technik. Sie ist vielmehr als ein Stil zu verstehen, nach dem man Daten qualitativ analysiert“ (Strauss 1994, S.29 - 30).

Doch was ist mit der Grounded Theory genau gemeint?

Grounded Theory bedeutet, „dass die Theorie ihre Grundlagen in empirischen Daten hat“ (Strauss 1994, S.51). Diese Daten werden systematisch analysiert und zwar satz- oder abschnittsweise in einem Beobachtungsprotokoll oder in einem Interview oder in irgendeinem anderen Dokument. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Generierung einer Theorie und auf den Daten, in denen die Theorie gründet, d.h. die Theoriebildung erfolgt gegenstands begründet aus dem konkreten Datenmaterial heraus und wird im engen Bezug dazu entwickelt.

Hildenbrand (1994, S.11 – 14) zählt die folgenden vier Merkmale zu den Spezifika der Grounded Theory: Den Fall als eigenständige Untersuchungseinheit, die soziologische Interpretation als Kunstlehre, eine Kontinuität von alltagswissenschaftlichem und wissenschaftlichem Denken und zuletzt die Offenheit soziologischer Begriffsbildung.

Unter dem Fall als eigenständige Untersuchungseinheit versteht Hildenbrand eine autonome Handlungseinheit, beispielsweise eine Person, eine Familie oder eine andere soziale Einheit. Dieser Fall wird zuerst in seiner Eigenlogik rekonstruiert, d.h. der Fall wird als Fall zur Sprache gebracht und geht nicht in einer Theorie unter. Auch der Umkehrschluss gilt hier: die theoretischen Überlegungen bleiben immer auf den Fall bezogen.

Die Herangehensweise wird mit der soziologischen Interpretation als Kunstlehre beschrieben. Bestandteile dieses Vorgehens sind sowohl ein künstlerisches als auch ein wissenschaftliches Denken: Einerseits der unvoreingenommene Blick, zum anderen das Gestalten von Wirklichkeit in der wissenschaftlichen oder künstlerischen Auseinandersetzung mit dieser Wirklichkeit.

Auch der Punkt der Kontinuität von alltagswissenschaftlichem und wissenschaftlichem Denken zeigt, dass alltagsweltliches und wissenschaftliches Verständnis vom menschlichen Handeln nicht strukturell voneinander unterschieden werden kann. Im Gegenteil: „Das Alltagswissen ist eine unverzichtbare Ressource für den wissenschaftlichen Prozess und die Grounded Theory hat es verstanden, diese Ressource fruchtbar zu machen“ (Hildenbrand 1994, S.13).

Abschließend erinnert die Offenheit in der sozialwissenschaftlichen Begriffsbildung daran, dass die Forschung im Stil der Grounded Theory keine unumstößliche Theorie hervorbringt und dass sich das wissenschaftliche Wissen einem ständigen Wandel unterzieht, somit auf die Prozesshaftigkeit von Sozialität reagiert. Dies hat zur Folge, dass sämtliche Begriffe, Konzepte und Kategorien auf ihre Tauglichkeit in jeder neuen Untersuchung überprüft werden müssen.

1.5.4.2 Die Arbeitsschritte nach der Grounded Theory

Die einzelnen Forschungsphasen, die „Triade der analytischen Operation“ (Strauss 1994, S.46), beruhen auf dem Prinzip des kontinuierlichen Vergleiches: Sie beinhaltet die Datenerhebung, das Codieren und das Memo schreiben. Hierbei betont Strauss, dass eine ständige Untersuchung und Rückkehr zu bereits analysierter Daten sowohl möglich als auch notwendig ist. Die Reihenfolge „Datenerhebung – Kodieren – Memo schreiben“ muss nicht zwangsläufig eingehalten werden: Kodieren in jeder Forschungsphase kann weiteres Kodieren nach sich ziehen, ebenso lässt sich dies auch für die Memos anwenden.

Bei der Datenerhebung muss sich der Forscher mit dem vorliegenden Material beschäftigen, sein bisheriges Wissen einbringen und darüber nachdenken, um generative Fragen stellen zu können. Im Laufe der Arbeit können sich die Themenschwerpunkte verändern, vertiefen oder ganz neue Fragestellungen entstehen.

Das Codieren entsteht durch die Entdeckung erster Zusammenhänge. Mit dem Codieren „beginnt sich eine konzeptuell dichte Theorie abzuzeichnen, die natürlich noch weit ausgedehnter wird, sobald weitere Verbindungen gezogen und ausgearbeitet werden“ (Strauss 1994, S.44). Mit Hilfe des Codierens werden die Daten aufgebrochen, konzeptualisiert und neu zusammengesetzt, woraus die Kategorien entstehen. Somit ist die Kategorie als eine Art Klassifikation von konzeptuellen Codes anzusehen. Ein Kategoriensystem entsteht durch Sortieren, Vergleichen und Zusammenfassen von Kategorien mit der Bildung von so genannten Haupt- und Subkategorien.

Durch ständige Überprüfung an neuen Daten und neuem Codieren werden die Kategorien verifiziert.

Der Ablauf des Codierens gliedert sich in die folgenden Arbeitsschritte:

Durch offenes Codieren bilden sich die ersten vorläufigen Kategorien. Als nächste Stufe kommt das axiale Codieren, bei dem eine oder mehrere zentrale Kategorien intensiver analysiert werden. Durch diese Prozedur „vermehrt sich das Wissen über die Beziehungen zwischen dieser Kategorie und anderen Kategorien und Subkategorien“ (Strauss 1994, S.63). Allmählich zeichnen sich dadurch die Schlüsselkategorien ab, wie die zentralen Kategorien genannt werden. Sie sind zur Verdichtung, Integration und Sättigung der Theorie von entscheidender Bedeutung. Ab diesem Punkt beginnt der Übergang vom axialen zum selektiven Codieren: Die Codierung erfolgt nun konsequent nach den Schlüsselkategorien und ihren Subkategorien. Die Schlüsselkategorie wird jetzt zur Richtschnur für Theoretical Sampling und Datenerhebung. Mit Theoretical Sampling meint Strauss „das Heranziehen von Beispielen von Vorkommnissen, Ereignissen Handlungen, Populationen usw., das von der sich entwickelnden Theorie geleitet wird“ (Strauss 1994, S.49).

Memos haben die Funktion, den Forschungsprozess in Gang zu bringen, indem sie Aufzeichnungen über Ideen, Einsichten, Hypothesen, Fragen etc. enthalten. Dadurch wird der gesamte analytische Ablauf transparenter.

1.5.5 Qualitative Inhaltsanalyse mit dem PC

Die Entwicklung mehrerer PC – Programme in den letzten Jahren vor allem im Bereich der qualitativen Forschung, erleichtert die Arbeit enorm. Gerade „die Inhaltsanalyse mit ihrem sehr systematischen Vorgehen eignet sich besonders für eine Umsetzung am Computer“ (Mayring 2003, S.100).

Am Anfang dieser Entwicklung wurden PC – Programme für die quantitative Inhaltsanalyse angefertigt, die mit so genannten Wörterbüchern gearbeitet haben: Bestimmte Begriffe werden in einem Kategoriensystem zusammengefasst, die vom PC im Text erkannt und ausgezählt werden. Als Beispiel für so ein Programm nennt Mayring „TEXTPACK“. Die Vorteile eines solchen Programms liegen auf der Hand: Der gesamte Codieraufwand ist geringer und auch größere Textmaterialien können in kurzer Zeit verarbeitet werden.

Allerdings tauchen auch „klassische Fehlerquellen wörterbuchgeleiteter Begriffsauszahlungen“ (Mayring 2003, S.100) auf:

Die Mehrdeutigkeit von Begriffen (z.B. „wahnsinnig“: entweder als Superlativ oder als umgangssprachliche Bezeichnung für eine psychische Störung verwandt) oder die Extensionsbestimmung durch den Kontext (viel Angst, wenig Angst: gezählt wird jedes Mal die „Angst“) beziehungsweise inhaltliche Bezüge der Begriffe (ich habe Angst vor X, X hat Angst vor mir: ebenfalls wird nur „Angst“ gezählt) sind Fehler, die zwar durch die Entwicklung weiterer PC - Programme erkannt wurden, aber nicht seitens des PC – Programms beseitigt werden konnten.

Zusammenfassend kann man über die PC – Programme der quantitativen Inhaltsanalyse sagen, dass sie „nur für wenige Fragestellungen aussagekräftige Ergebnisse bringen und einige problematische Annahmen implizieren“ (Mayring 2003, S. 101).

Dagegen entwickelten sich die PC – Programme der qualitativen Inhaltsanalyse in die Richtung, dass die Codierung, also die Zuordnung einer Auswertungskategorie zu einer Textstelle, nicht automatisch, sondern seitens des Auswerters übernommen wird, und somit ein „interpretativer Zugang zum Material“ (Mayring 2003, S.101) möglich ist.

Die Vorteile einer computergestützten qualitativen Inhaltsanalyse betreffen zum einen die Dokumentation: Sämtliche Notizen und Anmerkungen sind auf einer Seite abrufbar. Zum anderen lassen sich die Daten digital speichern: Dadurch wird dem Chaos eines Papierberges entgegenwirkt und natürlich besteht die Möglichkeit des Datentransfers,

mittels Speichermedien oder via Internet, womit die Kontaktaufnahme mit anderen Codierern erleichtert wird.

Die Programme der qualitativen Inhaltsanalyse nutzten anfangs ein Textverarbeitungsprogramm (WORD PERFECT; WORD, WORD STAR), mit dessen Hilfe das Ausschneiden und Verschieben von Textpassagen möglich war. In der weiteren Entwicklung wurden Codierungen, die bestimmten Textstellen zugeordnet waren, außerhalb des Textes in einer separaten Datenbank organisiert und dadurch Operationen auf Kategorieebene möglich gemacht. Mayring (2003) führt hier als Beispiel das Programm MAX an, welches sich auch durch eine stark erhöhte Verarbeitungskapazität und Geschwindigkeit auszeichnete. Allerdings konnten noch keine Memos eingesetzt werden, wodurch die „qualitative Inhaltsanalyse nicht in vollem Umfang umsetzbar“ war (Mayring 2003, S.102).

Eine erste Möglichkeit, Sequenzen, Cluster, Hierarchien und Überschneidungen der Codierungen zu überprüfen, bot das PC – Programm PROLOG, wenn auch noch im begrenzten Maße (Mayring 2003, S.102).

Letztendlich wurde das Computerprogramm ATLAS.ti nach einer dreijährigen Entwicklungsphase an der Technischen Universität Berlin 1993 veröffentlicht. „Die Berliner Arbeitsgruppe nahm eine Bedarfsanalyse für PC – unterstützte Textinterpretation bei deutschen Forschungsinstituten vor (...) und konstruierte danach ein Programm für die Bedürfnisse des Verfahrens des Theoretischen Kodierens nach Glaser und Strauss (...) und eben der qualitativen Inhaltsanalyse“ (Mayring 2003, S.102 – 103).

1994 wurde eine Windows-kompatible Version entwickelt (Mörtl 2005, S.55).

Der entscheidende Vorteil dieses Programms ist, „dass in der Fenstertechnik gleichzeitig das Protokoll und die Zusammenfassungsmaske eingeblendet und bearbeitet werden können“ (Mayring 2003, S.103).

In der vorliegenden Studie wandten wir Version 5 von ATLAS.ti 5.0 an.

1.6 Fragestellung

Die Wirkfaktorenforschung befasste sich in den letzten Jahren zunehmend mit der Gruppentherapie und seit neuestem auch speziell mit der stationären Psychotherapie, wie in der Entwicklung der Wirkfaktorenkonzepte bereits angeführt wurde. Das subjektive Erleben des Patienten spielte in der bisherigen Wirkfaktorenforschung zum Teil eine

Rolle und tritt in den neueren Studien immer weiter in den Vordergrund (Wilmers et Rosin 1998; Wiegandt et al. 2001; Geiser et al. 2000).

Das Hauptziel der vorliegenden Arbeit ist es, die spezifischen Wirkfaktoren aus Sicht der Patienten in der stationären Psychotherapie aufzuzeigen.

Ein weiterer Aspekt dieser Studie ist der Vergleich der stationären psychosomatischen Behandlung mit der tagesklinisch psychosomatischen Behandlung.

Mit Hilfe qualitativer Verfahren sollen die folgenden Fragestellungen beantwortet werden:

- Wie erleben die Patienten die Situation in der stationären Psychotherapie?
- Welche Wirkfaktoren – sowohl therapiebezogene als auch settingbezogene Wirkfaktoren – werden genannt?
- Was wird als besonders hilfreich, was als besonders belastend empfunden?
- Gibt es Unterschiede zwischen diesen extrahierten Wirkfaktoren der stationären Behandlung und den Wirkfaktoren einer tagesklinischen Behandlung?
- Lässt sich dadurch ein Unterschied in der Wirksamkeit der Therapieform feststellen?
- Lassen sich spezielle Empfehlungen für eine stationäre oder tagesklinische Behandlung herausarbeiten?

2. Material und Methodik

2.1 Entscheidung für die Sinova - Klinik als stationäres Setting

Im Bezug auf die parallel laufende Studie über die spezifischen Wirkfaktoren tagesklinischer psychosomatischer Behandlung wurden entsprechende Erwartungen an die stationäre psychosomatische Klinik gestellt, um die Vergleichbarkeit dieser beiden Einrichtungen gewährleisten zu können.

Mit Sinova fand sich eine Klinik, die hinsichtlich ihres psychodynamischen Ansatzes, der Größe und der räumlichen Nähe zur psychosomatischen Tagesklinik der Universität Ulm sehr ähnlich ist. Zudem bestanden schon seit einiger Zeit gute Verbindungen zu der Klinikleitung.

2.1.1. Vorstellung der Sinova – Klinik

(aus der Informationsbroschüre der Sinova – Klinik)

Die Patienteninterviews in der folgenden Studie wurden in der Sinova – Klinik Bad Schussenried, einem Krankenhaus für psychotherapeutische Medizin, durchgeführt. Es handelt sich hierbei um eine recht neue Einrichtung, die seit November 2001 besteht. Die Klinik selbst belegt den ersten Stock einer ehemaligen orthopädischen Rehabilitationsklinik. Die 24 Betten der Sinova – Klinik sind in zwei unterschiedliche Schwerpunkte gegliedert: Psychosomatik und Psychotherapie.

Unter den Bereich Psychosomatik fallen Patienten mit psychosomatischen Störungen (z.B. Schmerz) und Verhaltensstörungen (z.B. Essstörungen).

Der Bereich Psychotherapie steht Patienten mit Angsterkrankungen, Depressionen, Zwangserkrankungen und Persönlichkeitsstörungen offen. Hier können auch Kriseninterventionen für Menschen in akuten Belastungssituationen durchgeführt werden.

Einen besonderen Schwerpunkt nimmt der chronisch somatoforme Schmerz in der Sinova - Klinik ein.

Die Klinik weist noch speziell auf Erkrankungen hin, für die eine Behandlung in dieser Klinik weniger sinnvoll wäre. Hierzu gehören akute Selbst- oder Fremdgefährdung, Suchterkrankungen und starke Einschränkungen der Realitätsbewältigung, die einer geschützteren Umgebung bedürfen.

2.1.2 Behandlungsangebote in der Sinova – Klinik

Einen Teil des Behandlungsangebotes wird unter dem Begriff Körperselbsterfahrung zusammengefasst. Hierunter fallen Entspannungstechniken, aktive Gymnastik und die Konzentrative Bewegungstherapie (KBT). In der KBT geht es um das natürliche Bewegen, die Art, wie man sitzt, liegt und wie man mit dem Körper Räume und Natur erfährt. Dazu kommt noch die innere Wahrnehmung während all dieser Tätigkeiten. Ziel dieser Therapieform ist ein bewussteres Körpergefühl.

Ein anderer Bestandteil ist die Gestaltungstherapie, bei der verschiedene Materialien wie Holz, Ton, Farben oder Stein zum Einsatz kommen. Gruppen- und Einzeltherapien runden den Therapieplan ab.

Einen besonderen Stellenwert im Stundenplan nehmen die täglichen Morgen- und Abendkontakte mit dem Pflegepersonal ein. Jedem Patienten wird für die Dauer seines Aufenthaltes eine Bezugspflegekraft zugewiesen. Dadurch wird ein kontinuierliches, den Klinikalltag strukturierendes Beziehungsangebot hergestellt. Erfahrungen und Beobachtungen im Hinblick auf Befinden und Erleben der Patienten werden in das gesamte therapeutische Team eingebracht.

Eine Sozialarbeiterin steht ebenfalls zu Verfügung, die sich um soziale Probleme und deren Lösungsmöglichkeiten kümmert. Bereits durch die Bestandsaufnahme zu Beginn des Aufenthaltes können noch während der Therapie Lösungswege eingeschlagen werden.

2.2 Die Patientenstichprobe

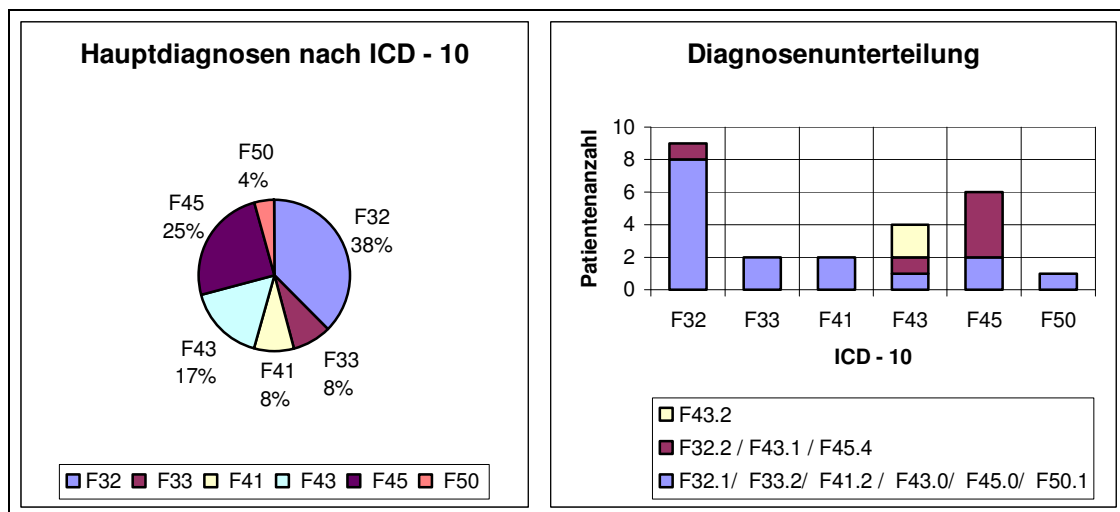
In einem Zeitraum vom 18.10.2004 bis 08.03.2005 wurden 24 Patienten aus der psychotherapeutischen Klinik Sinova Bad Schussenried interviewt. Die Patienten befanden sich zum Zeitpunkt des Interviews mindestens in der dritten Behandlungswoche, um bis dahin einen umfassenden Eindruck von der Klinik und den Behandlungsangeboten bekommen zu haben. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer zum Befragungszeitpunkt waren 37,8 Tage, was ungefähr 5,4 Wochen entspricht. Bis auf dieses Kriterium gab es keine weiteren Ein- oder Ausschlusskriterien, z.B. hinsichtlich der Diagnose o.ä.

Neben dem eigentlichen Interview wurden die folgenden soziodemographischen Daten aufgenommen:

1. Diagnose nach ICD-10 (= International Classification of Diseases)
2. Geschlecht
3. Alter
4. Familienstand
5. Schulabschluss
6. Beruf
7. Entfernung Sinova – Wohnort in km

Aus Gründen des Datenschutzes werden die Patienten mit „Interview 1 bis 24“ anonymisiert. Die Berufstätigkeit wird nur mit „angestellt, verbeamtet, selbständig, arbeitslos, arbeitsunfähig oder nicht berufstätig (z.B. Hausfrau, Rentner)“ angegeben, um keine genaueren Schlüsse über den Patienten aus der genauen Berufsbezeichnung ziehen zu können. Die Entfernung von Heimatort und Klinik dient später in der Diskussion zum Vergleich mit der Tagesklinik.

In den folgenden Abbildungen werden die soziodemographischen Daten dargestellt:



ICD – 10 = International Classification of Diseases

Abb.2: Diagnosen der interviewten Patienten

Bei 11 Patienten bestand zu den oben genannten Beschwerden noch eine Schmerzsymptomatik im Vordergrund: Vier der Patienten hatten Migräne, bei den restlichen Patienten bestanden Schmerzen, die dem muskuloskelettalen Bereich zuzuordnen waren.

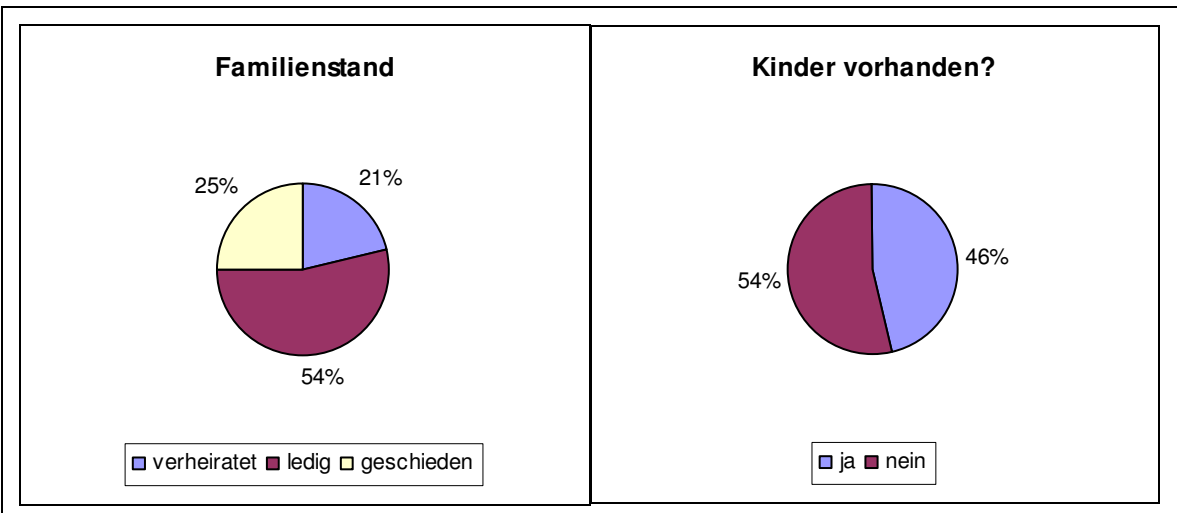
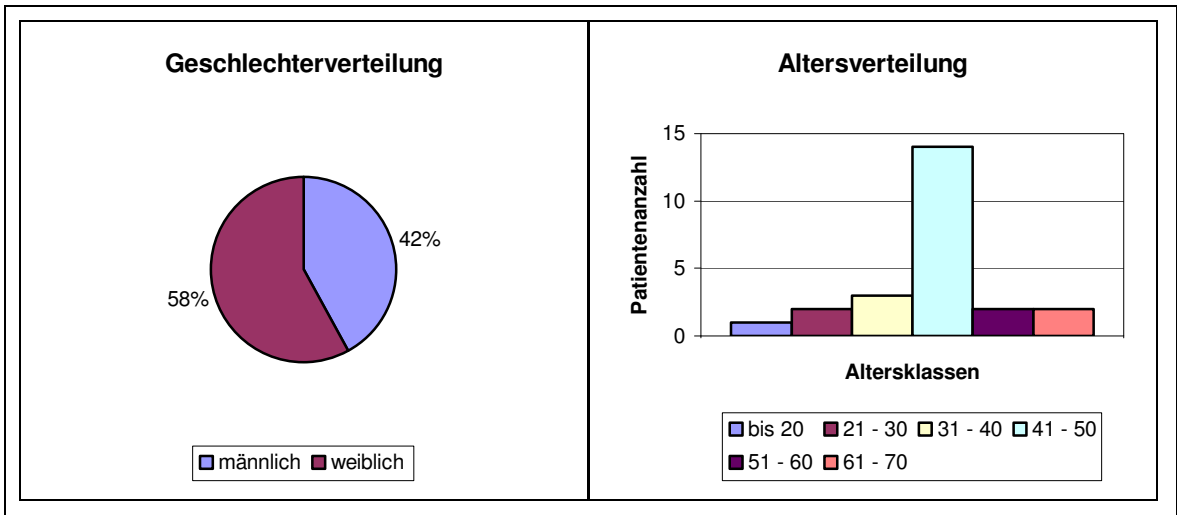


Abb.3: Persönliche Daten der Patienten

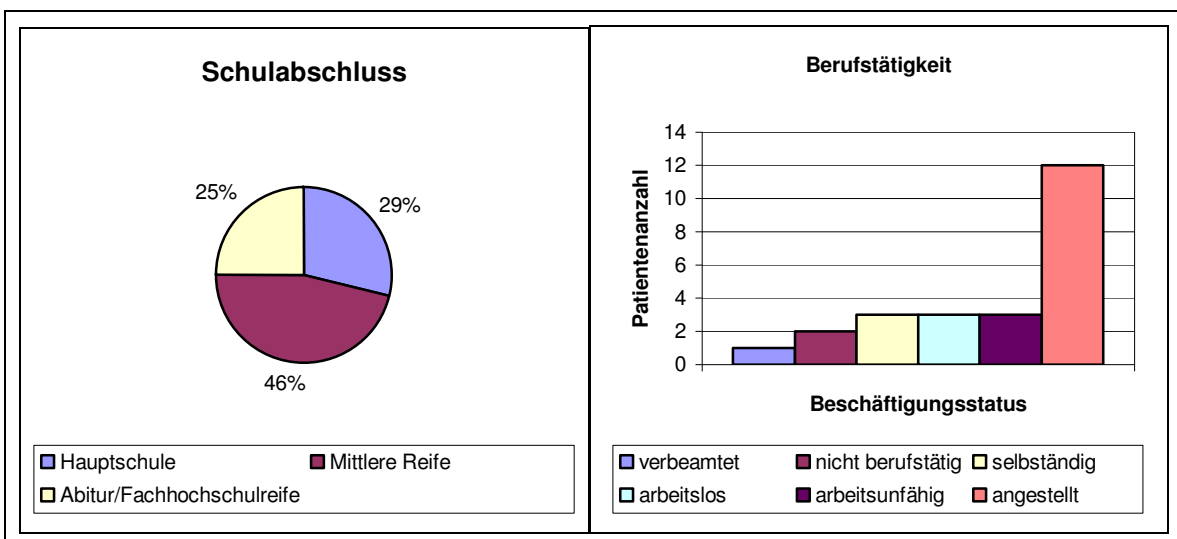


Abb.4: Schulbildung und Berufstätigkeit der Patienten

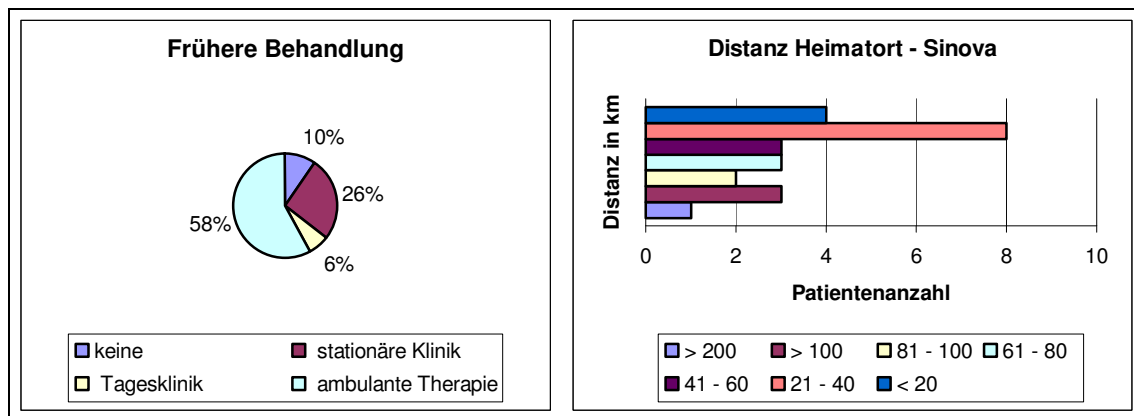


Abb.5: a) Erfahrungen mit anderen therapeutischen Einrichtungen / b) Entfernung Wohnort - Sinova

2.2.1 Ablauf der Interviews

Die Interviews wurden anhand eines halbstrukturierten Interviewleitfadens durchgeführt (siehe Anhang). Die Befragung der Patienten wurde sowohl von der Doktorandin Frau Knab der dazu parallel laufenden Studie über die Tagesklinik als auch von mir durchgeführt. Eine vorausgegangene Schulung in der Interviewführung fand durch Herrn Professor von Wietersheim statt, der die vorliegende Studie leitete.

Mit Hilfe eines Mini – Disc - Recorders (MD – Rekorder) wurden die im Durchschnitt ca. 45-minütigen Interviews auf MD aufgenommen, anschließend naiv transkribiert. Die Verarbeitung der Interviews mit Hilfe des PC – Programmes ATLAS.ti wird im Kapitel 2.5.1 erläutert.

2.2.2 Die Entwicklung des Interviewleitfadens

Der Interviewleitfaden, wie er im Anhang vorliegt, entstand aus klinischer Sicht durch ein Team von Experten aus dem Netzwerk der Tageskliniken, wie schon in der Einleitung erläutert wurde.

In der folgenden Studie ist das persönliche Erleben des Patienten in der stationären Psychotherapie gefragt. Doch im Vergleich zu den bisherigen Studien, die sich vorwiegend mit den Wirkfaktoren der Therapien oder der Beziehungen zu Therapeuten und Mitpatienten befassten, soll mit dieser Arbeit darüber hinaus das komplette Setting mit seinen spezifischen Besonderheiten erfasst werden: Hierzu gehören die räumliche Situation des Settings, das Erleben der Station in der therapiefreien Zeit, die Trennungssituation, die Intensität der Therapien, das Erleben der Mitpatientengruppe, der

persönliche Alltag als Therapiethema, der geschützte Raum und seine Auswirkungen, der Bezug zum Team, das Regelwerk der Station. Außerdem werden die Patienten nach ihren Erwartungen und Wünschen gefragt, inwiefern sie erfüllt bzw. enttäuscht wurden und was sie letztendlich als besonders hilfreich oder problematisch empfunden haben.

Diese besondere Form des halboffenen Interviewleitfadens wurde mit Absicht formuliert, damit zwar eine Struktur und die Abdeckung des Fragepools eingehalten wurden, dem Patienten aber gleichzeitig die Möglichkeit geboten wurde, frei zu antworten und ganz persönliche Abstufungen vorzunehmen. Auf einen vollstrukturierten Fragebogen wurde deshalb verzichtet.

Aufgrund dieser Vorgehensweise kam für diese Studie die qualitative Inhaltsanalyse der Interviews in Frage, weil nur so gewährleistet werden konnte, dass die subjektive Meinung der Patienten zur Geltung kommt.

2.3 Das Codiersystem

2.3.1 Entwicklung des Codiersystems

In einer Art Vorstudie zu dieser Doktorarbeit wurde anhand der ersten zehn durchgeführten Interviews der Tagesklinik das vorliegende Codiersystem im Rahmen einer psychologischen Diplomarbeit von Frau Kathrin Mörtl unter der Leitung von Herrn Professor Philipp Mayring angefertigt. Dieses Categoriesystem wurde für die Auswertung beider Studienarbeiten übernommen, also für die Interviewauswertung der Tagesklinik und für die Interviewauswertung der stationären Klinik, um eine direkte Vergleichbarkeit herstellen zu können.

2.3.2 Der Prozess der qualitativen Inhaltsanalyse an den ersten Interviews

In diesem Abschnitt möchte ich anhand der Vorgehensweise und der Entwicklung des Kategoriensystems in der bereits erwähnten Vorstudie den theoretischen Ablauf der qualitativen Inhaltsanalyse erläutern.

Frau Mörtl integrierte sowohl die deduktive als auch die induktive Kategorienentwicklung:

„Bei der Deduktion (deducere [lat.]: ableiten, herleiten) handelt es sich um die Schlussweise vom Allgemeinen zum Besonderen hin“ (Mörtl 2005, S.52). Am Anfang

steht also eine allgemeine Theorie, die dann speziell am Material, hier an den Interviews, bestätigt oder verworfen wird.

Die Induktion (inducere [lat.]: hin-/einführen, veranlassen) beschreitet den umgekehrten Weg: Hier führen „erst die Beobachtungen und das Zusammentragen des zu untersuchenden Materials (...) eventuell zu konkreten Hypothesen“ (Mörrtl 2005, S.52). Beide Gegensätze sind nicht voneinander getrennt durchführbar. Der Forscher hat, auch beim rein induktiven Vorgehen, ein theoretisches Vorverständnis. Ebenso „ist es auch nicht sinnvoll, ein deduktives System zu entwickeln, das mit dem Untersuchungsgegenstand nichts zu tun hat“ (Mörrtl 2005, S.62).

Vereinfacht dargestellt lässt sich die Mischung beider Vorgehensweisen anhand der Interviews erklären:

Wird anhand eines Patientenzitates eine Kategorie erschlossen (induktiv), wird diese Kategorie im weiteren Prozess der Inhaltsanalyse abstrahiert, was ein entsprechendes theoretisches Vorverständnis des Forschers erfordert (deduktiv). Gleichzeitig bildet sich durch eine induktive Kategorienschließung ein deduktives Gegensatzpaar: Wurde im Material z.B. die Kategorie „Einschätzung anderer Menschen: unrealistisch“ (Mörrtl 2005, S.62) gebildet, wird gleich im Anschluss die Kategorie „Einschätzung anderer Menschen: realistisch“ (Mörrtl 2005, S.62) eingeführt, obwohl sie nicht im Text gefunden wurde und noch nicht gesagt werden kann, ob sie überhaupt im weiteren Material vorkommen wird.

Die ersten Überlegungen bezogen sich auf den Kommunikationsstil (zwischen Interviewer und Befragten: aggressiv, unterwürfig etc.), aus denen dann das erste Codesystem entstand. Dieses erste Codiersystem wurde aufgrund der Komplexität zwischen den Ebenen zu wechseln und der Frage, „ob das Codesystem dann noch praktikabel war“ (Mörrtl 2005, S.68), verworfen.

Frau Mörrtl entschied sich deshalb für die folgenden zwei Durchgänge:

„1. Die deskriptive Analyse des gesamten Textes, wo es rein um die Tagesklinik als Organisation /Struktur geht. Hier sollten alle tagesklinischen Merkmale, die die Befragten nennen, erfasst werden.

2. Als möglichen zweiten Durchgang sollte eine Sequenzanalyse der dichten Textstellen durchgeführt werden, die dann auch mit der explikativen Codierung interpretiert werden könnte.“ (Mörrtl 2005, S.68)

Das zweite Codiersystem befasste sich schwerpunktmäßig mit der deskriptiven Erfassung von tagesklinischen Merkmalen. Die ersten Codes wurden deduktiv aus dem Interviewleitfaden entnommen (Mörzl 2005). Durch den Interviewleitfaden entstand somit eine Art Gerüst für das Codesystem. Die Feinheiten der Codes wurden dann induktiv erstellt.

Die Arbeitsschritte können am folgenden Schema nach Mayring (2003) ersichtlich werden:

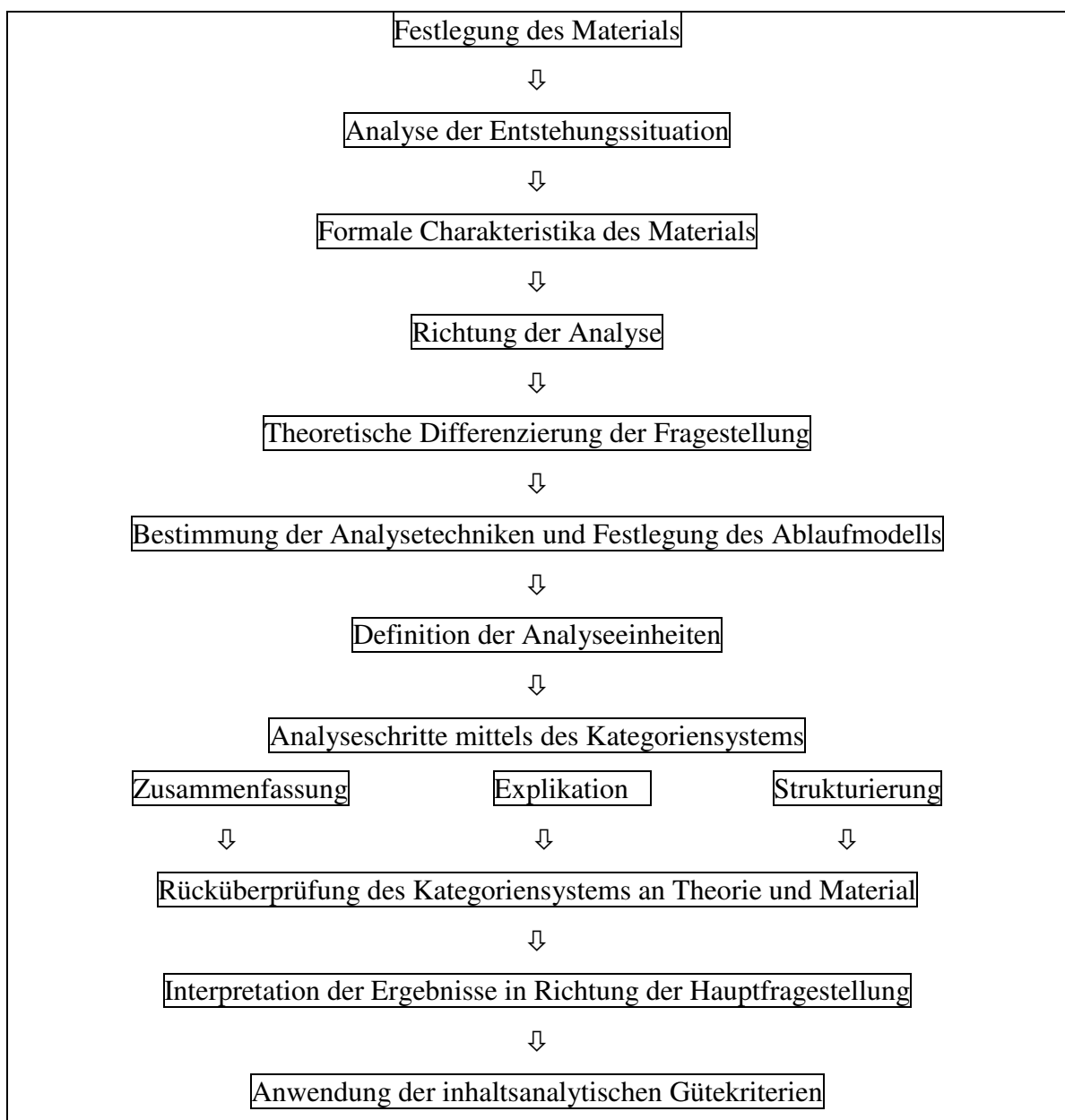


Abb.6: Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell (aus Mayring 2003, S.54)

Dieses Modell lässt sich auf die vorliegende Studie folgendermaßen anwenden:
 Mit der Festlegung des Materials sind die transkribierten Interviews gemeint, die während der gesamten Inhaltsanalyse gleich bleiben, Erhebung und Transkription, also die Entstehungssituation, wurden bereits beschrieben.

Die Richtung der Analyse wird durch das Auffinden tagesklinischer Merkmale aus Patientensicht definiert, durch die Übertragung des Codiersystems auf die stationäre Klinik entsprechend die stationären Merkmale aus Patientensicht.

Als Analyseeinheit definiert Frau Mörtl, „dass mindestens eine Phrase, die auf den Sinngehalt einer Aussage Rückschluss geben kann, codiert werden musste“ (Mörtl 2005, S.72).

Wichtig ist auch, dass nach jeder Veränderung des Codesystems die zuvor codierten Interviews recodiert werden mussten:

Bereits nach dem ersten Interview fand eine Recodierung statt, da sich das Codesystem, wie oben beschrieben, vollständig geändert hatte. Insgesamt wurden zwei sogenannte Codierungsschleifen eingebaut, womit die Recodierung aller Interviews mit einem neuen Codiersystem gemeint ist, um ein reliables Ergebnis zu erreichen.

Die Planung des Codierens und der Recodierung ist in folgendem Schaubild ersichtlich:

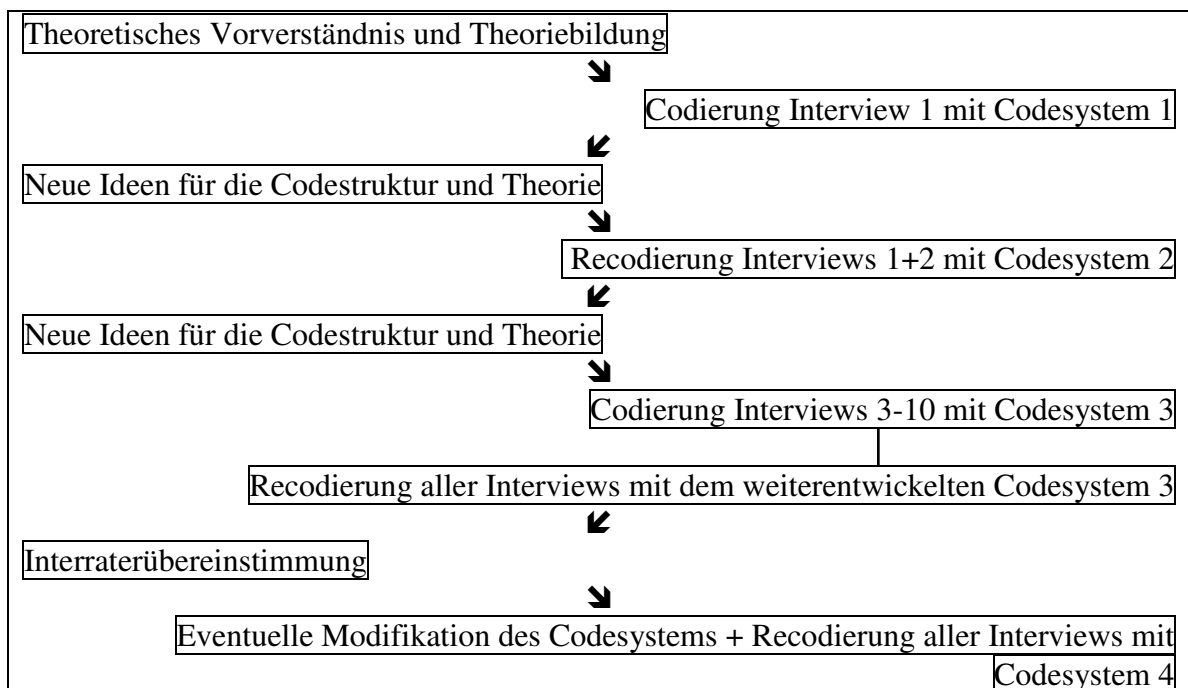


Abb.7: Ablaufmodell der Re- / Codierung (aus Mörtl 2005, S.75)

Bereits bei der ersten Recodierung des 2. Interviews wurde deutlich, dass das Codiersystem 2 bestimmte Aussagen nicht erfassen konnte, dies betraf die wertenden Aussagen der Patienten. Es wurde ein Bewertungsmaßstab eingeführt, der sowohl für den Patienten als auch für den Codierer angefertigt wurde, da die Bewertung voneinander abweichen konnte:

Codesystem 3 (Mörtl 2005, S.80):

B-Ebene:

B_0: Der Befragte (also der Patient) bewertet das Gesagte als neutral

B_1: Der Befragte bewertet das Gesagte als positiv

B_2: Der Befragte bewertet das Gesagte als negativ

B_9: Das von dem Befragten Gesagte kann aufgrund zu wenig Information nicht bewertet werden

C-Ebene:

C_0: Der Codierer (also der Interviewer) bewertet das Gesagte als neutral

C_1: Der Codierer bewertet das Gesagte als positiv

C_2: Der Codierer bewertet das Gesagte als negativ

C_9: Das von dem Befragten Gesagte kann aufgrund zu wenig Informationen nicht bewertet werden. Aber auch uneindeutige Bewertungen werden mit 9 codiert.

Unter der Bezeichnung A-Ebene wurden anfangs die induktiv generierten Codes und deren Codeverzweigungen zugeordnet, sie wurde dann aber durch die Bezeichnung der Codes ersetzt.

Nach den Codierungsschleifen und den regelmäßigen Codierer – Treffen Frau Mörtls mit Herrn Professor Mayring, die als Reliabilitätsprüfungen die Qualität und Nachvollziehbarkeit der Studie sichern, stand das Codesystem 3 fest. Die Themen des Codiersystems der Tagesklinik entsprachen auch zum größten Teil den Themen in der stationären Klinik, so dass das Codiersystem darauf übertragen werden konnte.

2.3.3 Übernahme des Codiersystems

Für das Kategoriensystem der stationären Klinik behielten wir es uns vor, die Kategorie 05.06. KBT, die konzentrierte Bewegungstherapie, einzuführen, da diese in den Interviews oft explizit genannt wurde. Um auf Spezifika der stationären Klinik noch besser eingehen zu können, die in der tagesklinischen Behandlung nicht vorkommen, wurde zuerst der Code 22 „X“ aufgenommen, der anschließend genauer untersucht und durch weitere Codierungen ersetzt wurde. Zu diesen zusätzlichen Codierungen gehören: Nähe / Distanz zum Heimatort, Doppelzimmer, Abstand von zu Hause, Abstand gewinnen, Kontakte zu Angehörigen.

Das Kodiersystem enthält 24 Hauptkategorien mit den entsprechenden Subkategorien. Als „0.“ Kategorie wurde der Punkt „Anamnese“ eingeführt, der die Kontrollfragen des Interviewleitfadens enthält und eher quantitative Angaben zum Grund des Aufenthaltes, vorherige Behandlungen, Dauer des Aufenthalts zum Zeitpunkt des Interviews etc. beinhaltet.

Somit enthält das vollständig überarbeitete Codiersystem von Kathrin Mörtl die folgenden Hauptpunkte:

00. Anamnese
01. Motivation external
02. Motivation internal
03. Erwartungen und Wünsche
04. Raum
05. Therapie
06. Gruppensituation
07. Alltagseinfluss auf die SK
08. Doppelaufgabe
09. Trennungssituation
10. Pausenfüllung
11. Zeitstruktur
12. Gedanken an die SK
13. Abende und Wochenenden
14. Reaktion des Umfeldes
15. Gespräche über die SK zu Hause

16. Auswirkungen auf das Umfeld
17. Alltagsänderung
18. Vergleich zur Station
19. Hilfreiches
20. Problematisches
21. Anregungen
22. Code „X“: Erweiterte Code – Struktur für die Station
23. SK Organisation
24. Wieder SK?
25. Kontakt zu Angehörigen

Die dazugehörigen Subkategorien und der Bewertungsmaßstab sind dem Anhang zu entnehmen.

2.4. Gütekriterien

2.4.1 Gütekriterien der Inhaltsanalyse

In einer sozialwissenschaftlichen Forschungsmethode, in der die Interpretation durch den Auswerter eine gewisse Rolle spielt, ist es unabdingbar, dass „einzelne Analysen anhand solcher Gütekriterien auf ihre Tauglichkeit hin eingeschätzt werden“ (Mayring 2003, S.109).

Betrachtet man zuerst die klassischen Gütekriterien, so wird in Reliabilität und Validität unterschieden. Reliabilität meint die Zuverlässigkeit, also „Stabilität und Genauigkeit der Messung sowie Konstanz der Messbedingungen“ (Friedrichs 1973, S.102), Validität steht für die Gültigkeit, also „ob das gemessen wird, was gemessen werden soll“ (Friedrichs 1973, S.100). Die Übertragbarkeit dieser allgemeinen Gütekriterien auf die besondere Form der Inhaltsanalyse ist durch die Eigenheit des Materials erschwert:

„Bei Reliabilitätsbestimmungen erscheinen Parallel – Test – Verfahren problematisch, da die Äquivalenz zweier Instrumente bei der Analyse sprachlichen Materials nur sehr selten erweisbar sein dürfte“ (Mayring 2003, S.110). Ebenso ist auch die Split - half – Methode nur selten anwendbar, da das Gesamtergebnis verändert sein kann. Da die Reliabilität Voraussetzung für die Validität ist (Mayring 2003), werden auch diese Konzepte in Frage gestellt.

Aus diesem Grund werden spezifisch inhaltsanalytische Gütekriterien herangezogen (Mayring 2003):

- **Intercoderreliabilität:**

Intercoderreliabilität steht für die Analyse des gesamten Materials durch mehrere Personen und den anschließenden Vergleich der Ergebnisse. Allerdings wurde kritisiert, dass Übereinstimmungen nur bei einfachen Analysen zu erwarten ist (Ritsert 1972, S.70). Lisch und Kriz (1978) stellen die Intercoderreliabilität sogar gänzlich in Frage, weil Interpretationsunterschiede zwischen mehreren Analytikern die Regel sind.

- **Semantische Gültigkeit**

Sie bezieht sich auf die Richtigkeit der Bedeutungsrekonstruktion des Materials. Sie wird durch die Kategoriendefinitionen (Definitionen, Ankerbeispiele, Kodierregeln) überprüft.

- **Stichprobengültigkeit**

- **Korrelative Gültigkeit**

Sie steht für die Validierung durch Korrelation mit einem Außenkriterium:

Eine Überprüfung mit den Ergebnissen einer Untersuchung mit ähnlicher Fragestellung und ähnlichem Gegenstand wird dabei vorgenommen.

- **Vorhersagegültigkeit**

Sie ist ein aussagekräftiges Gütekriterium, wenn sich sinnvoll Prognosen aus dem Material herleiten lassen.

- **Konstruktvalidität**

Überprüfung durch folgende Kriterien: Bisherige Erfolge mit ähnlichen Konstrukten / Situationen, Erfahrungen mit dem Kontext des vorliegenden Materials, etablierte Theorien und Modelle, sowie repräsentative Interpretationen und Experten.

- **Kommunikative Validierung**

Einigung / Übereinstimmung über die Ergebnisse der Analyse zwischen Forschern und Beforschten.

- Stabilität

Nochmalige Anwendung des Analyseinstrumentes auf das Material überprüft dieses Gütekriterium.

- Reproduzierbarkeit

Beschreibt den Grad, in dem die Analyse unter anderen Umständen und anderen Analytikern zu denselben Ergebnissen führt. Sie hängt von der Explizitheit und Exaktheit der Vorgehensbeschreibung ab. Gemessen wird sie durch die Interoderreliabilität.

- Exaktheit

Voraussetzung ist sowohl die Stabilität und Reproduzierbarkeit des Instruments. Sie misst den Grad, zu dem die Analyse einem bestimmten funktionellen Standard entspricht. Sie ist schwer zu überprüfen, aber gleichzeitig auch das stärkste Reliabilitätsmaß.

2.4.2 Anwendung der Gütekriterien

Um eine möglichst objektive Codierung der Interviews zu gewährleisten, fand der Prozess des unabhängigen Ratens statt. Unabhängig voneinander wurden die Interviews der stationären Klinik vollständig sowohl von Frau Knab als auch von mir codiert. Bis auf die Einigung, dass Punkt 05.06. KBT und Punkt 22. Code „X“ ergänzt werden, fanden keine weiteren Vorabsprachen statt.

In einem weiteren Schritt verglichen wir unsere Ergebnisse miteinander und untersuchten unsere Differenzen.

Letztendlich einigten wir uns auf eine Gesamtauswertung, die Unterschiede wurden erfasst und prozentual als Abweichung voneinander ausgerechnet.

2.5 Arbeiten mit ATLAS.ti

(aus dem Handbuch von ATLAS.ti)

Für die qualitative Inhaltsanalyse entschieden wir uns, das PC – Programm ATLAS.ti zu verwenden.

2.5.1 Interviewspezifische Anwendung von ATLAS.ti

Um die Vorgehensweise mit dem PC – Programm nachvollziehen zu können, möchte ich einige Begriffe und Basisfunktionen erläutern:

- **Hermeneutic Unit:**

Hermeneutic Unit (HU) steht für das Hauptfenster von ATLAS.ti, die sämtliche Teile der inhaltsanalytischen Arbeit enthält: Das Originaldokument, Zuordnungen, Notizen und Grafiken.

Die HU für die stationäre Klinik haben wir „Sinova_Gesamtauswertung1.hpr“ genannt.

- **Primary Document:**

Unter dem Primary Document (PD) versteht man das Originaldokument, das bearbeitet werden soll. ATLAS.ti bietet hier die Möglichkeit, Videos, Tonbandaufnahmen, Bilder und Texte als PDs einzusetzen.

In diesem Falle handelt es sich bei unseren verschrifteten Interviews um PDs. Die in Word (.doc) transkribierten Interviewswandelten wir vor der Speicherung in ATLAS.ti in Textformat (.txt) um. Dadurch wird die Dateigröße minimiert, somit ist der Datenaustausch schneller. Innerhalb einer HU können mehrere PDs gespeichert werden, was die Handhabung und Bearbeitung der Interviews erleichtert. Zum Einbringen eines Interviews in eine HU wird der weiße Button neben P- Documents angeklickt, ein separates Fenster erscheint: Mit Hilfe der Funktion „Documents → Assign“ lassen sich die auf dem PC vorhandenen Textdokumente in die HU speichern.

- **Quotation**

Neben den PDs befindet sich der weiße Button „Quotes“, bei dessen Aktivierung der Quotation Manager zum Einsatz kommt: Dieser enthält sämtliche Textstellen, die beim Codieren mit den Kategorien verlinkt wurden.

- **Codes**

Der nächste Punkt betrifft die so genannten Codes: Hier wird der Code Manager aktiviert, der sämtliche Kategorien enthält und somit eine Übersicht über das Kategoriensystem enthält. Zur Erläuterung mancher Codes ist das Fenster halbiert und enthält in der zweiten Hälfte Kommentare, die im Prozess der Kategorienbildung entstanden. Somit waren auch

mögliche Unklarheiten bezüglich mancher Codes durch diese Erläuterungen bei unserer Anwendung beseitigt.

Es besteht zudem die Möglichkeit durch „Create Free Code“ eine neue Kategorie einzuführen. Ratsam ist hierbei eine Nummerierung vorzunehmen, um die Orientierung zu erleichtern.

Zum Codieren des Textes bietet sich die folgende Vorgehensweise an:

Zuerst wird der zu codierende Textabschnitt mit der linken Maustaste markiert.

Anschließend lässt sich auf der linken senkrechten Toolleiste der entsprechende Code – Button anklicken, mit dem eine Codierung mit dem bereits vorhandenen Kodiersystem vorgenommen werden kann, die dann auch neben dem PD erscheint.

- Memos

Durch den letzten Button in der oberen Toolleiste wird die qualitative Inhaltsanalyse vollständig abgerundet: Hier können sämtliche Notizen und Bemerkungen, die für den Bearbeitungsprozess nötig sind, eingetragen werden. Dies ist hier in diesem Hauptfenster Memo, aber auch in Zusatzmemofenster, wie vorhin bei den Codes bereits angesprochen, möglich.

Zusammenfassend lässt sich über ATLAS.ti sagen, dass eine entsprechende Vorbereitungszeit eingeplant werden muss, auch das Codieren an sich wird nicht automatisiert. Die Zeitersparnis relativiert sich demnach.

Dennoch ist ein großer Vorteil dieses Programms, sämtliche Arbeitsschritte übersichtlich gestalten zu können, alles wird auf dem Bildschirm ersichtlich: Das Originaldokument, die Codierungen und Memos. Die Nachvollziehbarkeit für weitere Codierer ist durch die reichhaltigen Memofunktionen gewährleistet. Mit Hilfe dieser „Ordnung“ lässt sich doch im Vergleich zum manuellen Codieren eine gewisse Zeitersparnis feststellen.

2.5.2 Codieren und Gegencodieren mit ATLAS.ti

Zuerst erstellten wir einen Dateiordner „Textbank“, in dem sämtliche Dokumente, die mit der Auswertung mit ATLAS.ti zu tun haben, abgelegt wurden. Dies ist notwendig, damit der Zugriff zu allen PDs und zum Codiersystem gewährleistet ist.

Nach der Benennung der Interviews in anonymisierte Bezeichnungen, wie z.B. Interview 1, wandelten wir die Daten in Textdateien um, die in die neue Hermeneutic Unit gespeichert wurden.

Das Kategoriensystem wurde uns von Frau Kathrin Mörtl aus der Vorstudie überlassen. Aus der entsprechenden Hermeneutic Unit transferierten wir das Codiersystem in unsere neue Hermeneutic Unit „Sinova – Auswertung.hpr5“. Die neue Hermeneutic Unit war somit zum Codieren bereit. Unabhängig voneinander wurden alle Interviews der Sinova – Klinik von Frau Knab und mir codiert.

Zum Gegencodieren kopierten wir eine fertig codierte Version mit der neuen Bezeichnung „Sinova_Gesamtauswertung1.hpr5“ in die Textbank. Diese Version verglichen wir mittels Notebook mit der anderen Version und entwickelten durch den Prozess des Gegencodierens die Abschlussversion der stationären Klinik zur Auswertung.

2.6. Auswertung der codierten Interviews

Mit Hilfe von ATLAS.ti war es uns möglich eine Liste zu erstellen, die die Anzahl der Codes in den Interviews beinhaltet. Aufgrund des umfangreichen Datenmaterials wurde diese Liste in den Anhang gestellt.

Unser Ziel war es, den Umfang der Haupt- und Subcodes, der sich insgesamt auf 1412 Codes beläuft, auf eine geringere Anzahl von Kernaussagen zu konzentrieren. Codes, die einem ähnlichen Bereich zuzuordnen sind, wurden zusammengefasst. Besonders die Codes, die oft genannt wurden, wurden im Text von uns genauer untersucht. Mit Hilfe dieser Gliederung wurde eine Übersicht über die Ergebnisse der stationären Klinik geschaffen. Die Zuordnungen der entsprechenden Codes sind im Ergebnisteil ersichtlich. Darüber hinaus wurde Bezug zur parallel laufenden Studie tagesklinischer psychosomatischer Behandlung genommen und die Ergebnisse miteinander verglichen.

3. Ergebnisse

3.1 Darstellung der Ergebnisse

Wie bereits im Abschnitt Material und Methodik dargestellt, sind die Ergebnisse der stationären Klinik in 24 Hauptkategorien, den so genannten Rootcodes, und in entsprechende Subcodes (130) gegliedert. Da es das Ziel der Studie ist, Wirkfaktoren zu erfassen, die bei mehreren Patienten greifen, werden bei der Darstellung der Ergebnisse nur Codes dargestellt, die mindestens zehn mal genannt wurden. Codes, die diese Grenze nicht erreicht haben, sind deshalb in der folgenden Auswertung nicht berücksichtigt. Die Anzahl der Codes bezieht sich auf die Nennungen und darf nicht mit der Anzahl der Patienten gleichgesetzt werden. Der Grund hierfür ist, dass ein Code im Interview eines Patienten mehrmals genannt werden konnte, wenn damit verschiedene Aspekte, die diesen Code betreffen, erfasst wurden.

In den folgenden Abschnitten wird zuerst auf die Ergebnisse der stationären Behandlung eingegangen, um sie anschließend mit den Ergebnissen der dazu parallel laufenden Tagesklinik - Studie zu vergleichen.

3.2 Ergebnisse der stationären Behandlung

Im Anhang befindet sich eine Darstellung der gesamten Auswertung. Eine nach Häufigkeit sortierte Übersicht über die fünf meist genannten Hauptcodes und ihre Subcodes ist in Tabelle 1 ersichtlich. Bei den Hauptcodes handelt es sich um die Gesamtzahl der Nennungen, bei den Subcodes um die häufigsten Bewertungen (mehr als 10 Nennungen). Die Ergebnisse werden absteigend nach ihrer Häufigkeit näher erläutert. In der folgenden Auswertung sind die wichtigsten Hauptcodes vertreten, die Zuordnung der Subcodes erfolgt im Anschluss.

Tabelle 1: Die fünf häufigsten Hauptcodes und ihre Subcodes mit Bewertung:

<u>Hauptcodes</u>	<u>Subcodes (Beispiele)</u>	<u>Anzahl der Nennungen</u>
Therapie		154
	Sich aufgehoben fühlen	
	Beziehung zu Mitarbeitern	
	Beziehung zu Einzeltherapeuten	
Raum		132
	Rückzugsmöglichkeit	
	Umgebung der Klinik	
	Doppelzimmer	
Gruppe		112
	Zusätzlicher Kontakt zur Gruppe	
	Intensität des Kontaktes	
	Austausch von Gedanken	
Organisation		76
	Regelwerk	
	Anlaufstelle für Kritik	
Abende und Wochenende		56
	Gestaltung	
	Bewältigbarkeit	

1. Hauptcode: Therapie

In Tabelle 2 sind die häufigsten Subcodes, die dem Hauptcode „Therapie“ zugeordnet werden, dargestellt:

Tabelle 2: Bewertung der Subcodes „Therapie“:

Bewertung	Subcodes: Therapie	Anzahl der Nennungen
positiv	Kunsttherapie	15
neutral	Fertigkeiten	14
positiv	Fertigkeiten	16
neutral	Menge an Therapie	20
positiv	Beziehung zum/r EinzeltherapeutIn	21
neutral	Beziehung zu Teammitarbeitern	11
positiv	Beziehung zu Teammitarbeitern	28
positiv	Sich aufgehoben fühlen	29

154 Codierungen in den Interviews ließen sich dem Aspekt „Therapie“ zuordnen, der auch gleichzeitig am häufigsten vertreten war. Die entsprechenden Subcodes erhielten überwiegend positive oder neutrale Bewertungen. Auffallend ist hier, dass als einziges

Therapieangebot die Kunsttherapie mit 15 positiven Nennungen in diese Kategorie dargestellt wird und andere Angebote den Cut - off von mindestens 10 Nennungen nicht erreicht haben. Die anderen Subcodes beschäftigen sich mit Aspekten, die mit den Therapien im Zusammenhang stehen: Der am häufigsten vorkommende Subcode (29 pos.) beschäftigt sich mit dem Gefühl des Aufgehobenseins, das von mehreren Faktoren, wie beispielsweise dem Stationsklima, der Gruppe oder den Mitarbeitern, beeinflusst wird. Ein weiterer wichtiger Subcode bezieht sich auf die Beziehung zu den Teammitarbeitern, zu denen das Pflgeteam, Ärzte und Therapeuten zählen. Fast alle Patienten konnten ein gutes Verhältnis zu diesem Personenkreis aufbauen (11 neutr., 28 pos.). Eine ähnliche, aber speziellere Codierung beschäftigt sich mit der Beziehung zum Einzeltherapeuten, die ja durch den engen therapeutischen Kontakt während des Aufenthalts geprägt ist. Auch hier äußerten viele Patienten ihre Zufriedenheit (21 pos.). Eine vor allem neutrale Bewertung (20) entfällt auf den Subcode „Menge an Therapien“. Hierbei geht es darum, wie der Patient seinen Stundenplan empfindet, ob also beispielsweise die Therapien gleichmäßig auf die Woche verteilt sind, oder ob es Tage gibt, an denen er das Gefühl hat, überlastet oder unterfordert zu sein. Die überwiegend neutrale Bewertung lässt daraus schließen, dass der Großteil der Patienten mit ihrem Stundenplan soweit zufrieden war. Des Weiteren finden sich Nennungen zu „Fertigkeiten“. Dabei handelt es sich sowohl um Fertigkeiten, die direkt aus der Therapie umgesetzt werden konnten, z.B. das Erlernen und Ausüben von Entspannungsübungen, als auch um Fertigkeiten, die eine Verhaltensänderung bewirkt haben, beispielsweise das offenere Zugehen auf andere Personen. Die Patienten bemerkten häufig eine positive Veränderung in diesen Fertigkeiten (14 neutr., 16 pos.).

2. Hauptcode: Raum

Tabelle 3 enthält die Bewertungen der Subcodes aus dem Bereich „Raum“:

Tabelle 3: Bewertung der Subcodes „Raum“:

Bewertung	Subcodes: Raum	Anzahl der Nennungen
positiv	Atmosphäre unspezifisch	22
neutral	Raumangebot	17
positiv	Raumangebot	15
neutral	Rückzugsmöglichkeit	21
positiv	Rückzugsmöglichkeit	16
positiv	Umgebung der ST	19
neutral	Doppelzimmer allgemein	12
negativ	Doppelzimmer allgemein	10

ST = stationäre Therapie

Eine große Rolle spielt das Thema Raum in der stationären Behandlung. Aus den Interviews konnten 132 Codierungen diesem Themenbereich zugeordnet werden. Die häufigsten Subcodes lassen sich in zwei Teilbereiche gliedern: Der eine Bereich beschäftigt sich mit der Atmosphäre in und um die Klinik herum: Sowohl die Atmosphäre innerhalb der Klinik (22 pos.), also z.B. die Gestaltung und Wirkung der Räumlichkeiten, als auch die nähere Umgebung der Klinik (19 pos.) fanden die Patienten ansprechend. In den anderen Bereich lassen sich Bewertungen einordnen, die sich auf die räumliche Situation im Hinblick auf Gemeinschaftsräume, Patientenzimmer, hier im speziellen die Doppelzimmersituation, und die dadurch entstehenden Rückzugsmöglichkeiten beziehen. Zur Doppelzimmersituation ist zu sagen, dass die Patienten in den ersten ein bis zwei Wochen mit einem anderen Patienten untergebracht sind und danach für den Rest des Aufenthaltes ein Einzelzimmer bekommen. Das Raumangebot, also das Angebot an Gemeinschafts- und Gruppenräumen, war für die meisten Patienten zufrieden stellend (17 neutr., 15 pos.). Bei den Doppelzimmern lässt sich eine Problematik feststellen: Während 12 Nennungen neutral ausfallen, finden sich auch 10 negative Bewertungen. Die Rückzugsmöglichkeiten werden trotz der Bewertung der Doppelzimmersituation überwiegend als ausreichend (21 neutr., 16 pos.) eingeschätzt.

3. Hauptcode: Gruppensituation

Subcodes, die in diesen Themenbereich fallen, sind in der folgenden Tabelle aufgeführt:

Tabelle 4: Bewertung der Subcodes „Gruppensituation“:

Bewertung	Subcodes: Gruppensituation	Anzahl der Nennungen
positiv	Austausch von Gedanken	15
neutral	Zusätzlicher Kontakt zur Gruppe	21
positiv	Zusätzlicher Kontakt zur Gruppe	13
positiv	Teilen von Problemen	11
positiv	Vertrauenssituation	10
neutral	Intensität des Kontaktes	16
positiv	Intensität des Kontaktes	15
positiv	Unterstützung und Bestätigung	11

Eine wichtige Stellung während des Aufenthaltes im Beziehungsgefüge des Patienten nehmen die Mitpatienten ein (112 Nennungen). Der überwiegende Anteil der Therapien findet in der Gruppe statt, auch in der therapiefreien Zeit oder während der Mahlzeiten ist der Patient von seinen Mitpatienten umgeben. Auch wenn in einer Gruppe bestimmte Konflikte untereinander entstehen können, ist in den Subcodes, die den Cut – off erreicht

haben, eine deutlich positive Tendenz zu erkennen. Die Offenheit, die zwischen den Patienten herrscht, wird durch den Code „Austausch von Gedanken“ charakterisiert (15 pos.) und lässt erkennen, dass durchaus intensivere Gespräche zwischen den Mitpatienten möglich waren. Der Code „Teilen von Problemen“ (11 pos.) ähnelt diesem Code, geht aber im Speziellen auf Gespräche ein, in denen persönliche Probleme angesprochen, diskutiert und eventuell miteinander gelöst werden konnten. Das dazugehörige Vertrauen für diese Offenheit wird durch die „Vertrauenssituation“ (10 pos.) vertreten. In der folgenden Abbildung wird die Bewertung dieser drei Aspekte dargestellt. In dieser gehen auch Nennungen < 10 ein:

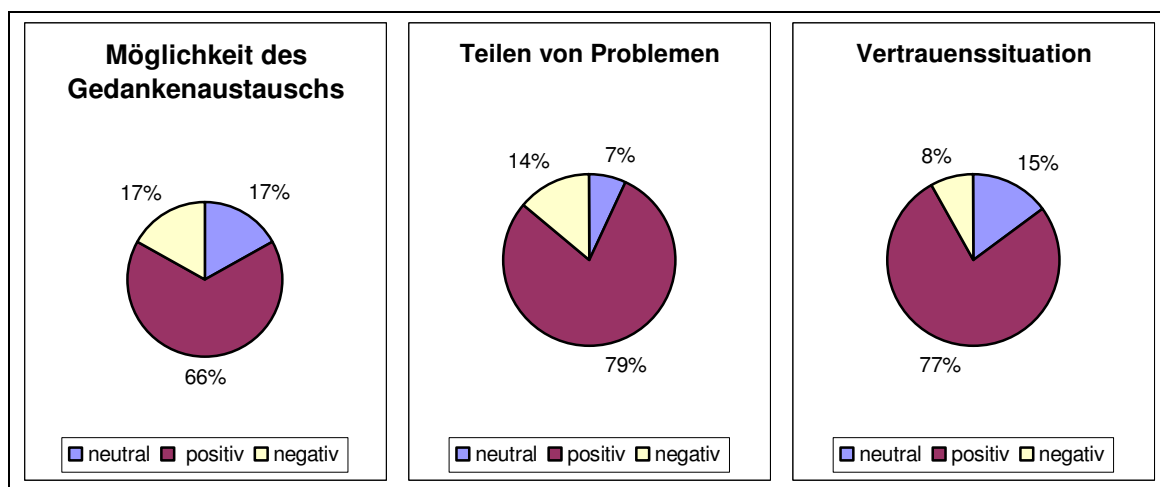


Abb. 8: Bewertung der Subcodes „Austausch von Gedanken“, „Teilen von Problemen“ und „Vertrauenssituation“

Im Gegenzug erlebten viele Patienten Unterstützung und Bestätigung seitens der Gruppe (11 pos.), die sich sowohl während Gruppengesprächen als auch im privaten Miteinander bemerkbar machten. Ein weiterer Aspekt der Gruppensituation ist der Kontakt der Patienten untereinander, der durch den Subcode „Zusätzlicher Kontakt zur Gruppe“ näher erläutert werden soll. Hierbei geht es um die Situation, außerhalb der Therapien Kontakt zu den Mitpatienten zu haben, beispielsweise durch gemeinsame Unternehmungen und Aktivitäten. Die meisten Patienten hatten privaten Kontakt zu Mitpatienten (21 neutr., 13 pos.), bei manchen wurde der Kontakt auch nach Beendigung des Aufenthaltes aufrecht gehalten. Zusätzlich wurde nach der Intensität dieser Kontakte gefragt, ob den Patienten die Kontakte angenehm waren, ob sie sich eine engere Bindung wünschten, oder ob ihnen die Kontakte zu intensiv waren und sie sich lieber zurückgezogen hätten. Größtenteils waren die Patienten mit der Intensität der Kontakte zu ihren Mitpatienten zufrieden (16 neutr., 15 pos.).

4. Hauptcode: Organisation der stationären Behandlung

In der folgenden Tabelle 5 sind die Subcodes des dazugehörigen Hauptcodes dargestellt:

Tabelle 5: Bewertung der Subcodes „Organisation“:

Bewertung	Subcodes: Organisation	Anzahl der Nennungen
neutral	Regelwerk	14
positiv	Regelwerk	19
negativ	Regelwerk	12
neutral	Anlaufstelle für Kritik und Hilfe	16
positiv	Anlaufstelle für Kritik und Hilfe	15

Der Hauptcode „Organisation“ (76 Nennungen) umfasst die Regeln und Strukturen, die in einer Gemeinschaft eingehalten werden müssen. Im Subcode Regelwerk geht es zum einen um den Stundenplan als vorgegebene Tagesstrukturierung, zum anderen um die Hausordnung in der Klinik. Der Großteil der Patienten sah den Stundenplan positiv als Stütze und Organisationshilfe an, auch die Hausordnung mit ihren Geboten wurde akzeptiert (14 neutr., 19 pos.). Dennoch sprach sich ein Teil der Patienten gegen das Regelwerk (12 neg.) aus, insbesondere gegen zwei bestimmte Aspekte der Hausordnung: Die Regelung, Fernsehsendungen im Gemeinschaftsraum vorher anzumelden oder die Tabletten im Schwesternzimmer im Beisein des Pflegepersonals einnehmen zu müssen, stieß auf Kritik. Ein anderer Subcode des Themenbereichs „Organisation“ ist die „Anlaufstelle für Kritik und Hilfe“, also das Vorhandensein und die Erreichbarkeit von Bezugspersonen, wenn beispielsweise organisatorische Probleme gelöst werden müssen. Wie aus der Bewertung geschlossen werden kann, hatten die Patienten das Gefühl, eine Ansprechperson für solche Situationen erreichen zu können (16 neutr., 15 pos.).

5. Hauptcode: Abende und Wochenenden

Die Bewertungen der Subcodes des Hauptcodes „Abende und Wochenenden“ sind in Tabelle 6 aufgelistet:

Tabelle 6: Bewertung der Subcodes „Abende und Wochenenden“:

Bewertung	Subcodes: Abende und Wochenenden	Anzahl der Nennungen
neutral	Bewältigbarkeit	14
positiv	Bewältigbarkeit	16
neutral	Gestaltung	18
positiv	Gestaltung	11

Neben dem Therapieprogramm war es noch interessant zu sehen, wie die Patienten die Station erlebten, wenn keine Angebote stattfanden. Der Hauptcode „Abende und

Wochenenden“ beschäftigte sich mit diesem Punkt. Zuerst einmal stellt sich die Frage, wie der Patient mit der Situation zu Recht kommt, diese freie Zeit selbst einzuteilen und ob er damit Schwierigkeiten hat, diese Zeiten zu überbrücken. Dieser Aspekt wurde mit dem Subcode Bewältigbarkeit näher untersucht. Wie in Tabelle 6 zu sehen ist, stellten diese therapiefreien Zeiten kein größeres Hindernis dar, das nicht bewältigt werden konnte (14 neutr., 16 pos.). Meistens hatten die Patienten genug Möglichkeiten, die Abende und Wochenenden zu gestalten, beispielsweise durch Unternehmungen mit den Mitpatienten, Besuche am Wochenende oder Beschäftigung mit sich selbst, wie Lesen, Stricken oder Malen (18 neutr., 11 pos.).

6. Hauptcode: Reaktionen des Umfelds

Einen Überblick über die Subcodes, die unter diesen Hauptcode fallen, liefert Tabelle 7:

Tabelle 7: Bewertung der Subcodes „Reaktionen des Umfelds“:

Bewertung	Subcodes: Reaktionen des Umfelds	Anzahl der Nennungen
positiv	Unterstützung	11
neutral	Un/Verständnis	11
positiv	Un/Verständnis	12

Das persönliche Umfeld des Patienten, also Angehörige, Freunde, Bekannte und Arbeitskollegen, war ebenfalls ein Schwerpunkt in den Interviews, der näher untersucht wurde. Mit dem Code „Reaktionen des Umfeldes“ (34 Nennungen) sollte herausgefunden werden, inwieweit positive Reaktionen, z.B. in Form von Unterstützung und Verständnis, oder negative Reaktionen wie Unverständnis oder Ablehnung erlebt wurden. Größtenteils haben die Patienten von ihrem Umfeld zu Hause ein positives bzw. ein neutrales Feedback erhalten: Dies beinhaltet zum einen das Verständnis für die gegenwärtige Situation (11 neutr., 12 pos.), zum anderen auch die verbale Unterstützung und Motivation seitens der Angehörigen, diese Therapie durchzuführen (11 pos.). Subcodes, die für negative Reaktionen codiert wurden, haben den Cut-off von mindestens 10 Nennungen nicht erreicht.

7. Hauptcode: Kontakt zu Angehörigen

Mit den Subcodes dieses Hauptcodes befasst sich Tabelle 8:

Tabelle 8: Bewertung der Subcodes „Kontakt zu Angehörigen“:

Bewertung	Subcodes: Kontakt zu Angehörigen	Anzahl der Nennungen
positiv	Eingeschränkter Kontakt	11
neutral	Regelmäßige Telefonate	19

Ein für das stationäre Setting wichtiges Thema wird durch den Hauptcode „Kontakt zu Angehörigen“ (30 Nennungen) vertreten. Hier geht es darum, ob der Patient während seines Aufenthaltes regelmäßig Kontakt zu seinem Umfeld möchte und inwiefern er dies erreicht. Interessant war, dass ein größerer Teil der Patienten nur einen eingeschränkten Kontakt zu den Angehörigen wünschte, bzw. den durch den Aufenthalt bedingten eingeschränkten Kontakt positiv wertete (11 pos.). Die häufigste Begründung hierfür war die bessere Konzentration auf die Therapie. Meistens wurde der Kontakt mittels Telefonaten aufrechterhalten (19 neutr.).

Hauptcodes 8 bis 17: Eine Zusammenfassung

Die folgenden Hauptcodes sind durch jeweils nur einen Subcode vertreten und werden zur besseren Übersicht in Tabelle 9 dargestellt.

Tabelle 9: Bewertung der Hauptcodes 8 bis 17 mit ihren entsprechenden Subcodes:

Bewertung	Hauptcode	Subcode	Anzahl der Nennungen
neutral	Motivation external	Expertenvorschlag	17
neutral	Alltagseinfluss auf die ST	Alltag als Therapiethema	23
neutral	Doppelaufgabe	Hilfe von Angehörigen	13
positiv	Trennungssituation	Abstand von zu Hause	17
neutral	Pausenfüllung	Beschäftigung mit sich selbst	14
positiv	Zeitstruktur	ST Zeitkonzept	20
neutral	Gedanken an die ST	Gedanken zum eigenen Prozess	14
neutral	Gespräche über die ST zu Hause	Gespräche über Ablauf	13
neutral	Auswirkungen auf das Umfeld	Beziehung	16
neutral	Vergleich zur TK	Allgemein	11

ST = stationäre Therapie TK = Tagesklinik

Ein zentraler Punkt der Interviews war die Frage, warum der Patient letztendlich den Entschluss gefasst hat, eine Psychotherapie in Anspruch zu nehmen. Eine persönliche Entschlussfassung aus eigenem Antrieb heraus wurde dem Hauptcode „Motivation internal“ zugeordnet, eine Entschlussfassung von außen wurde dem Hauptcode „Motivation external“ zugeordnet. Dies konnte ein Angehöriger oder eine Institution, wie beispielsweise die Krankenkasse sein, oder eben ein Expertenvorschlag seitens des Hausarztes oder des Psychotherapeuten, wie es bei den meisten Patienten der Fall war (17 neutr.).

Einige Hauptcodes der Tabelle 9 lassen sich in den Themenkomplex der Besonderheiten des Settings einordnen: Zum einen stellte sich die Frage nach dem Zeitkonzept der

stationären Therapie, also wie sich der Aufenthalt über Wochen auf den Patienten und die Therapie auswirkte. Eine deutliche Anzahl an Patienten war von diesem Zeitkonzept überzeugt (20 pos.), weil sie den Alltag hinter sich lassen konnten und die Konzentration auf das Wesentliche möglich war. Auch wenn der Alltag für die Zeit des Aufenthaltes ausgeschaltet war, waren fast alle Patienten der Meinung, dass ihr Alltag ein Thema in der Therapie war und dort auch behandelt werden konnte (23 neutr.). Doppelaufgaben, also alltägliche organisatorische Aufgaben zu Hause, wie beispielsweise das Leeren des Briefkastens bis hin zur Betreuung von Kindern, stellte kaum ein Problem für die Patienten während des Aufenthalts dar, da hier oft die Angehörigen dies erledigten und so die Patienten unterstützten (13 neutr.). In den Interviews wurde das stationäre Zeitkonzept mit der Tagesklinik verglichen. Der Vergleich fand entweder aufgrund früherer Erfahrungen statt oder mit der Vorstellung des Ablaufs einer teilstationären Therapie. Die meisten Patienten bekräftigten hier ihre Einstellung zum stationären Zeitkonzept, wie vorhin schon angeführt wurde, und äußerten sich allgemein eher neutral zur der Therapie in einer Tagesklinik (11 neutr.).

Eine Abgrenzung zu „Abende und Wochenenden“ wurde speziell noch mal mit dem Hauptcode „Pausenfüllung“ geschaffen, bei dem es um die therapiefreie Zeit zwischen einzelnen Therapiestunden und ihre Gestaltung. Einige Patienten beschäftigten sich in dieser Zeit mit sich selbst, lasen, hörten Musik (14 neutr.), lenkten sich also ab, oder machten sich Gedanken um ihren eigenen Prozess während ihres Aufenthaltes (14 neutr.). Schließlich lassen sich die übrigen Hauptcodes dem Aspekt Patientenumfeld zuordnen: Die Trennungssituation im Zeitraum des Aufenthaltes stellte meist kein Problem dar (17 neutr.). Auf die Frage, ob sich im Laufe des Aufenthaltes in der Beziehung zu manchen Angehörigen irgendetwas verändert hätte, konnten die meisten Patienten noch keine Angaben machen bzw. hatten noch keine Veränderungen im positiven oder negativen Sinne erlebt (16 neutr.). Gespräche über die Therapie und ihren Tagesablauf in der Klinik fanden mit den Angehörigen zum Teil statt (13 neutr.).

3.3 Exkurs: Vergleich der Ergebnisse mit denen der Tagesklinik - Studie

Exemplarisch sollen anhand der fünf häufigsten Hauptcodes und ihren wichtigsten Subcodes die Ergebnisse der stationären Therapie mit den Ergebnissen aus der Tagesklinik – Studie verglichen und auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede hin untersucht werden. Zur Übersicht dient die Tabelle 10. Bei den Hauptcodes wurde die

Gesamtanzahl der Nennungen dargestellt, bei den Subcodes die Anzahl der jeweiligen Bewertungen.

Tabelle 10: Die fünf häufigsten Hauptcodes mit ihren Subcodes der stationären und tagesklinischen Behandlung im Vergleich:

<u>TAGESKLINIK (TK)</u>		<u>STATIONÄRE KLINIK (SK)</u>	
<u>Hauptcodes und Subcodes</u>	<u>Anzahl der Nennungen</u>	<u>Hauptcodes und Subcodes</u>	<u>Anzahl der Nennungen</u>
Therapie	140	Therapie	154
Sich aufgehoben fühlen	26 pos.	Sich aufgehoben fühlen	29 pos.
Fertigkeiten	17 pos.	Beziehung zu Mitarbeitern	28 pos., 11 neutr.
Gruppentherapie	15 pos.	Beziehung zu Einzeltherapeuten	21 pos.
Vergleich zur ST	99	Raum	132
Zeitstruktur	33 pos.	Rückzugsmöglichkeit	21 neutr., 16 pos.
Konfrontation	20 pos.	Umgebung der ST	19 pos.
		Doppezzimmer	12 neutr., 10 neg.
Abende und Wochenenden	96	Gruppe	112
Übungszeit	16 pos.	Zusätzlicher Kontakt zur Gruppe	21 neutr., 13 pos.
Gestaltung	16 neutr., 12 pos.	Intensität des Kontaktes	16 neutr., 15 pos.
Bewältigbarkeit	15 pos., 15 neutr.	Austausch von Gedanken	15 pos.
Raum	95	ST Organisation	76
Umgebung der TK	20 pos.	Regelwerk	19 pos., 12 neg.
Atmosphäre allgemein	16 pos.	Anlaufstelle für Kritik	16 neutr., 15 pos.
Raumangebot	14 neutr., 13 pos., 10 neg.		
Zeitstruktur	93	Abende und Wochenenden	56
TK Zeitkonzept	30 pos.	Gestaltung	18 neutr., 11 pos.
Geregelter Tagesablauf	24 pos.	Bewältigbarkeit	16 pos., 14 neutr.
Therapiepausen	12 neg.		

pos. = positive Bewertung neutr. = neutrale Bewertung neg. = negative Bewertung

TK = Tagesklinik ST = stationäre Therapie

rot: Hauptcodes der TK blau: Hauptcodes der SK

Wie in der Tabelle zu erkennen ist, lassen sich in beiden Settings drei gleiche Hauptcodes finden: An erster Stelle steht in beiden Einrichtungen die Therapie, auch der Subcode „Sich aufgehoben fühlen“ wurde am häufigsten genannt (TK: 26 pos., SK: 29 pos.). In der stationären Behandlung waren vor allem die Beziehungen zu den Teammitarbeitern

und den Einzeltherapeuten wichtig (28 pos., 11 neutr. bzw. 21 pos.), während in der Tagesklinik der Schwerpunkt auf den Therapieangeboten lag, am häufigsten fanden sich Nennungen zur Gruppentherapie (15 pos.).

Ein wahrscheinlich speziell für das stationäre Setting wichtiges Thema war der Hauptcode „Raum“, der, wie bereits dargestellt, am zweithäufigsten genannt wurde, wohingegen dieses Thema in der Tagesklinik erst an vierter Stelle zu finden ist. Auch die Thematik, die sich dahinter verbirgt (Subcodes), unterscheidet sich, was auf die räumlichen Spezifika der jeweiligen Einrichtung zurückzuführen ist: In der Tagesklinik spielt das Raumangebot von Gruppenräumen eine große Rolle (14 neutr., 13 pos., 10 neg.), der Subcode „Rückzugsmöglichkeiten“ (11 neutr., 11 pos.) kommt in der Auswertung nicht ganz so häufig vor, wie in der stationären Behandlung (21 neutr., 16 pos.). Hier gab es viele Nennungen bezüglich der Doppelzimmersituation (12 neutr., 10 neg.) und damit inhaltlich verbunden der häufigste Subcode „Rückzugsmöglichkeiten“ (21 neutr., 16 pos.). Kritik wurde in der Tagesklinik am Raumangebot geübt, in der Sinova - Klinik ließ sich eine Problematik hinsichtlich der Doppelzimmersituation feststellen. In beiden Therapieformen war für die Patienten die Umgebung der Klinik ein wichtiges Thema (TK: 20 pos., SK: 19 pos.), für die Patienten der Tagesklinik zusätzlich noch die Atmosphäre der Klinik (16 pos.).

Der letzte gemeinsame Hauptcode „Abende und Wochenenden“ (TK: 3. Platz, SK: 5. Platz) zeigt auch wieder eine unterschiedliche Gewichtung in den Nennungen auf. Dieses Thema hat für die Patienten der Tagesklinik einen hohen Stellenwert, was mit dem besonderen Zeitkonzept der Tagesklinik in Zusammenhang steht: Während der Wochenenden und am Abend ist der Patient in seinem privaten Umfeld und stärker auf sich allein gestellt als der Patient in der stationären Klinik. Deutlich wird dies in der Bewertung der Bewältigbarkeit, die in der Tagesklinik von den Patienten auch negative Bewertungen erhielt (15 pos., 15 neg.), wenn die therapiefreie Zeit nur schwierig zu meistern war. Ein für die Tagesklinik häufig genannter Subcode war die „Übungszeit“ (16 pos.), also das Nutzen der therapiefreien Zeit zur Umsetzung des in der Therapie Gelernten. Dieser Code hat den Cut – off in der stationären Behandlung nicht erreicht. Je zwei Hauptcodes sind nicht bei beiden Settings zu finden:

In der Tagesklinik wurde in den Interviews häufig Vergleiche zur stationären Behandlung gezogen, entweder, weil bereits Erfahrung mit dieser Therapieform gemacht wurde, oder weil der Patient eine bestimmte Vorstellung von der stationären Therapie hatte (2. Platz). Häufigstes Thema dabei war der Vergleich des Zeitkonzeptes, also das tägliche

Therapieprogramm mit therapiefreien Abenden und Wochenenden zu Hause gegenüber dem Aufenthalt in einer Klinik. Hier befürworteten die Patienten deutlich das Zeitkonzept der Tagesklinik (33 pos.), auch im Hinblick auf die regelmäßige Konfrontation mit ihrem Alltag (20 pos.). Ein weiterer Punkt war die Zeitstruktur (5. Platz), in dem das Thema des tagesklinischen Konzeptes aus Sicht des Patienten näher beleuchtet wurde. Auch hier erlebten die Patienten das Zeitkonzept positiv (30 pos.), insbesondere schätzten sie den geregelten Tagesablauf, der durch den Stundenplan und die Fünftage – Woche entsteht (24 pos.). Allerdings gab es für manche Patienten ein Problem hinsichtlich der Therapiepausen, die entweder zu wenig bzw. zu kurz zwischen den einzelnen Therapien waren oder auch zu viel Spielraum dazwischen war (12 neg.).

Ein wichtiger Aspekt in der stationären Behandlung lässt sich dem Hauptcode „Gruppe“ (3. Platz) zuordnen. Durch den Aufenthalt in der Klinik ist der Kontakt zu den Mitpatienten in der therapiefreien Zeit räumlich näher. Die Patienten schätzten den Kontakt gerade auch in der Freizeit (21 neutr., 13 pos.) und waren mit der Intensität der Beziehungen, die sich dort entwickelten, zufrieden (16 neutr., 15 pos.). Vor allem die Offenheit unter den Mitpatienten und der Austausch von Gedanken war für viele Patienten eine Hilfe (15 pos.). Der letzte Code der stationären Therapie ist auf dem 4. Rang zu finden und betrifft die Organisation der Klinik. Wie in der Auswertung beschrieben geht es hierbei um einige klinikspezifische Regeln, die die Patientengruppe spaltete: Während ein Teil die Hausordnung als wichtig erachtete (19 pos.), stießen manche Regeln auf Unverständnis (12 neg.). Das Gefühl, eine Anlaufstelle zu haben, um Probleme zu besprechen oder sich Hilfe zu holen, war bei den meisten Patienten gegeben (16 neutr., 15 pos.). Obwohl in der Tagesklinik auch ein Regelwerk besteht, erreichten diese Subcodes nicht den Cut – off – Wert.

4. Diskussion

4.1 Diskussion der Methodik

Ein wesentlicher Bestandteil der vorliegenden Studie ist die Auswertungsmethode der durchgeführten Interviews, die qualitative Inhaltsanalyse. In den letzten Jahren nahm das Interesse in den Bereichen Psychologie, Pädagogik und Soziologie zu, Materialien zu analysieren, denen eine rein quantitative Auswertung nicht gerecht werden würde, weil sonst wichtige Informationen und Ergebnisse abhanden kommen könnten.

Allerdings gibt es auch Kritikpunkte an dieser Form der Methodik, die, wenn man sie aus der Sicht der quantitativen Analyse betrachtet, subjektiv, interpretationsabhängig und vielleicht auch wenig präzise hinsichtlich ihrer Auswertung erscheinen mag. Die quantitative Auswertung hat den Vorteil, dass Ergebnisse im metrischen System, beispielsweise durch Häufigkeiten, ausgedrückt werden können und damit einen objektiven Eindruck hinterlassen. Auch in dieser Studie wurden quantitative Aspekte, wie beispielsweise Geschlechter- oder Altersverteilung, berücksichtigt, um aufzuzeigen, dass das Patientengut beider Kliniken vergleichbar ist und somit diese Rahmenbedingungen stimmen. Dennoch sollte man sich durch die scheinbare Objektivität der quantitativen Analyse nicht täuschen lassen, denn auch hier muss eine Überprüfung anhand von Gütekriterien erfolgen.

Dasselbe gilt auch für die Überprüfung der qualitativen Inhaltsanalyse, wie es Mayring fordert: „Wenn die Inhaltsanalyse den Status einer sozialwissenschaftlichen Forschungsmethode für sich beanspruchen will, so muss sie sich Gütekriterien stellen, muss jede einzelne Analyse anhand solcher Gütekriterien auf ihre Tauglichkeit hin eingeschätzt werden“ (Mayring 2003, S. 109). Im Folgenden sollen die wichtigsten Gütekriterien anhand der Vorgehensweise erläutert werden.

Wenn die Gesamtheit des vorliegenden Studiendesigns betrachtet wird, so beginnt die Methodik mit der Erstellung des halboffenen Interviewleitfadens. Wie bereits beschrieben, haben wir diesen Leitfaden, der von einem Expertenteam zusammengestellt wurde, übernommen. Kritik kann in dieser Hinsicht geäußert werden, dass dadurch eine Vorauswahl der Themen bereits getroffen wurde und den Patienten die Möglichkeit genommen wurde, eigene Beiträge zu ihrer Situation zu äußern. Dem ist entgegenzusetzen, dass ein gewisser Rahmen für das Interview, der die wichtigsten Aspekte beinhaltet, nötig ist, um den gesamten Bereich zu erfassen. Die

Konstruktvalidität, die sich anhand durch Kriterien überprüfen lässt, wie beispielsweise „Erfahrungen mit dem Kontext des vorliegenden Materials, etablierte Theorien und Modelle, repräsentative Interpretationen und Experten“ (Mayring 2003, S.112) ist als Gütekriterium im Bezug auf diesen halboffenen Interviewleitfaden gegeben. Ebenso hatten die Patienten die Möglichkeit, zum einen auf die offen formulierten Fragen frei zu antworten, zum anderen auch am Ende des Interviews Themen anzusprechen, die nicht Bestandteil des Interviewleitfadens waren.

Die Interviews wurden von Frau Knab und mir persönlich durchgeführt, was zum einen bedeutet, dass die Gespräche von Personen geführt wurden, die über keinen Hintergrund hinsichtlich therapeutischer Gesprächsführung verfügten, zum anderen aber auch keine Vorbelastung bzw. Beeinflussung durch eine therapeutische Vorbildung bestand. Zudem wussten die Patienten über unseren Status als Doktoranden bescheid, so dass ein offenes Gespräch mit einer „neutralen“ Person, die nicht Mitarbeiter der Kliniken war, ermöglicht wurde, weil keine Beeinflussung des weiteren Aufenthaltes zu erwarten war.

Die Durchführung der Interviews wurde auch durch die Aufnahme der Interviews auf Mini - Disc erleichtert, so dass das Mitschreiben der Antworten entfiel und dadurch keine wichtigen Informationen verloren gingen. Die Gespräche wurden anschließend komplett transkribiert. Damit wurden auch Kriterien der Stichprobengültigkeit erfüllt: „Formale Charakteristika des Materials“ (Mayring 2003, S.43), also in welcher Form das Material vorliegen soll, ist eines der Kriterien, denn „in aller Regel benötigt die Inhaltsanalyse als Grundlage einen niedergeschriebenen Text“ (Mayring 2003, S.43). Somit war auch die direkte inhaltsanalytische Bearbeitung der Interviews möglich. Weitere Kriterien beziehen sich auf die „Festlegung des Materials“ (Mayring 2003, S.43), was bedeutet, dass unser Material von vornherein definiert war, also 24 Patienten ab der dritten Behandlungswoche unabhängig von der Diagnose. Die Gesprächssituation mit Hilfe des halboffenen Interviewleitfadens bezieht sich auf das Kriterium der „Analyse der Entstehungssituation“ (Mayring 2003, S.43).

Zur Auswertung unserer Interviews im Sinne der qualitativen Inhaltsanalyse übernahmen wir das Codiersystem von Kathrin Mörtl und Professor Philipp Mayring. Anhand der ersten zehn tagesklinischen Interviews wurde dieses System entwickelt. Es bestand bei den weiteren Interviews die Möglichkeit neue Aspekte zu codieren, falls diese noch nicht im Codiersystem enthalten waren und durch eine Recodierung aller Interviews mit dem neuen Aspekt nach der Vorgehensweise Mayrings zu arbeiten und das System zu vervollständigen. Da in den anderen Interviews allerdings keine Aussagen auftauchten,

die nicht durch das vorbestehende Codiersystem abgedeckt werden konnten, entfielen weitere Veränderungen. Ein Kritikpunkt an diesem Codiersystem ist die Übernahme zur Auswertung der Interviews der stationären Behandlung. Für die Vergleichbarkeit beider Behandlungskonzepte war es nötig, diesen Schritt zu gehen. Themen, die in beiden Klinikformen unabhängig von ihren Spezifika vorkommen, ließen sich dadurch gleichermaßen analysieren. Spezifika der Tagesklinik mussten für die stationäre Behandlung umformuliert bzw. als neuer Code hinzugefügt werden, was auch so durchgeführt wurde. Die „semantische Gültigkeit bezieht sich auf die Richtigkeit der Bedeutungsrekonstruktion des Materials“ (Mayring 2003, S.111) und wurde in dieser Studie durch Anwendung von Definitionen, Ankerbeispielen und Kodierregeln während der Entwicklung des Codiersystems erfüllt.

Die Reproduzierbarkeit der Auswertung wurde durch unabhängige Codierung voneinander und dem anschließenden Vergleich der Unterschiede aufgezeigt. Durch die Anwendung von ATLAS.ti war ein systematisches Vorgehen und überschaubares analysieren möglich.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die qualitative Inhaltsanalyse *lege artis* durchgeführt wurde.

4.2 Diskussion der Ergebnisse

4.2.1 Ergebnisse der stationären Behandlung

Bei der Betrachtung der am häufigsten genannten Wirkfaktoren verwundert es nicht, dass an erster Stelle die Therapie im Allgemeinen genannt wird, weil dies zum einen ein Thema ist, mit dem sich die Patienten am meisten beschäftigen, zum anderen ein Wirkfaktor ist, durch den aus Patientensicht die größte Veränderung entsteht. Interessant dabei ist, dass die Patienten explizit nur eine Therapieform, nämlich die Kunsttherapie, nannten, und sonst eher auf Aspekte eingingen, die mit den Therapien im Allgemeinen in Verbindung stehen. Vor allem die Beziehung zu den Therapeuten, insbesondere den Einzeltherapeuten, und den Teammitarbeitern wurde häufig genannt. Auch andere Studien bestätigen den starken Einfluss der Einzeltherapie und den Bezug zum Einzeltherapeuten als Wirkfaktor aus Sicht der Patienten, weil „die Beziehung zum Einzeltherapeuten (...) meist die intensivste innerhalb der Klinik (ist)“ (Wilmers und Rosin 1998, S.244). Ein Grund für die intensive Beziehung zu den Therapeuten und

Mitarbeitern der Klinik ist wahrscheinlich auch settingbedingt, weil durch den stationären Aufenthalt eine besonders enge Bindung sowohl zwischen Patienten als auch Therapeuten vorhanden ist.

Ein ebenfalls häufig genannter Aspekt ist der Raum: Hier fällt die negative Bewertung des Subcodes „Doppelzimmer“ auf. Die Bewertungen der anderen Wirkfaktoren wurden nämlich, wie im Ergebnisteil bereits erläutert, vorrangig neutral oder positiv gewertet. Durch die häufige Nennung dieses Codes und seiner Subcodes wird deutlich, wie wichtig den Patienten beispielsweise die Atmosphäre in der Klinik war und auch die ruhige Lage der Klinik, um sich hier auf das Wesentliche konzentrieren zu können. In diesem Zusammenhang stehen dann auch die Möglichkeit des Rückzuges und die Doppelzimmerproblematik. Während ein paar Patienten von ihren Zimmernachbarn profitierten, vermissten andere Patienten den privaten Rückzug oder kamen mit dem Zimmernachbarn nicht zu recht.

Als weiterer Wirkfaktor spielt die Gruppensituation eine große Rolle, die auch in vielen verschiedenen Studien als Wirkfaktor bekannt ist: In der Wirkfaktorenforschung werden vor allem die dazugehörigen Unteraspekte genannt, wie zum Beispiel Akzeptanz/Kohäsion, Feedback, Interpersonales Lernen oder auch Rekapitulation der Primärfamilie, wie es in einer Taxonomie der Wirkfaktoren aufgelistet ist (Tschuschke 1993, S.24). Auch in den neueren Studien tauchen gruppenspezifische Wirkfaktoren auf, wie beispielsweise Schauenburg et al. (2000), wo als Wirkfaktoren das Gruppenklima an sich als auch das Bedürfnis nach Zuwendung durch Mitpatienten/Kohäsion beschrieben ist. Wöller und seine Mitarbeiter (2001) haben weitere Aspekte zusammengetragen, die ebenso das wertschätzende Angenommensein beschreiben, aber auch die interpersonelle Kompetenzerweiterung eine Rolle spielt.

Durch die Interviews wurde deutlich, dass die Gruppe sehr hilfreich und ein wichtiger Faktor während der Therapie war. Dies wurde auch durch das spezielle Setting der stationären Behandlung beeinflusst, da viele Therapien in der Gruppe stattfinden und der ganze Tagesablauf auch außerhalb der Therapiezeiten häufig eine Gruppenkonstellation zu finden ist. Obwohl die meisten Patienten diese Gruppendynamik positiv bewerteten, sich angenommen fühlten und sie sich in einer Vertrauenssituation befanden, kamen in wenigen Interviews auch die Nachteile der Gruppensituation zur Sprache. Vor allem, wenn der Patient nicht das Gefühl hatte, von den Mitpatienten angenommen zu sein, ein Außenseiter zu sein, beeinflusste dies subjektiv stark den Therapieverlauf, so dass sich

dann beispielsweise nicht der erwünschte Therapieerfolg aus Sicht des betroffenen Patienten einstellte.

Die Gruppendynamik beeinflusste auch die Kategorie „Organisation und Regelwerk“, vor allem den Bereich der Kategorie, bei dem es um die Regeln und Strukturen in der Klinik ging. Die Patienten beschäftigten sich sehr mit der Problematik der Fernsehregelung, was auch zu einem wichtigen Thema innerhalb der Patientengruppe wurde und sich entsprechend in den Interviews widerspiegelte.

Die Kategorie „Organisation und Regelwerk“, die Regeln und Strukturen beinhaltet, zeigt sich auch in weiteren Studien: „Therapeutische Rahmenbedingungen/Stationsordnung“ (Schauenburg et al. 2000, S.252) oder „Begrenzungen“ (Wöller et al. 2000, S.377) wird sie dort genannt.

Die Gestaltung an den Abenden und Wochenenden stellte für die Patienten meist kein größeres Problem dar, spielte aber dennoch eine Rolle. Meist nutzten sie diese freie Zeit auch wirklich als Freizeit um sich selbst zu beschäftigen oder unternahmen gemeinsam mit der Gruppe etwas. Vor allem die Abgrenzung von der Therapie war den meisten sehr wichtig um auch innerhalb des therapeutischen Settings Abstand dazu zu gewinnen.

Ein weiterer Schwerpunkt der Interviews war die Reaktion des Umfeldes der Patienten. Die meisten Patienten fanden Verständnis und Unterstützung seitens des Umfeldes, was dann auch in der Therapie als motivierend erlebt wurde. Wenige negative Reaktionen fanden sich auch in ein paar Interviews, wobei dann das stationäre Setting positiv bewertet wurde, weil eine räumliche Abgrenzung zu dem negativen Umfeld zu Hause ermöglicht wurde.

Selbst bei einem unterstützenden Umfeld wünschten viele Patienten einen eingeschränkten Kontakt nach Hause, um sich ganz auf sich selbst und ihre Therapie konzentrieren zu können, wie sich bei dem Code „Kontakt zu Angehörigen“ feststellen ließ. Insgesamt hat man den Eindruck gewonnen, dass die räumliche Trennung von zu Hause als entlastend und vorteilhaft angesehen wurde. Dies wurde auch in den weiteren Codes, die nicht mehr so häufig auftauchten, zusammenfassend deutlich. Die räumliche Trennung von zu Hause und den Alltag hinter sich lassen zu können, erlebte der Großteil der Patienten als positiv.

4.2.2 Ergebnisse im Vergleich zur Tagesklinik

In einem Exkurs sollen die wichtigsten Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen der stationären und tagesklinischen Behandlung diskutiert werden.

Wie zu erwarten steht in beiden Therapieformen als Wirkfaktor die Therapie an erster Stelle. Vor allem, dass sich der Patient aufgehoben fühlt, war in beiden Settings von großer Bedeutung. Unterschiede fanden sich allerdings in den anderen Subcodes. In der Tagesklinik-Studie wurden vor allem die einzelnen Therapieverfahren und die daraus resultierenden Fertigkeiten genannt, in der stationären Therapie standen die Beziehungen zu den Mitarbeitern im Vordergrund. Der Grund für diesen Unterschied liegt wahrscheinlich im Setting: der tagesklinische Patient ist auf die Umsetzung seiner neu erlernten Fertigkeiten im Alltag angewiesen, dazu braucht er die Anleitung in den verschiedenen Therapieangeboten. Der stationäre Patient dagegen ist dem Alltag nicht in diesem Maße ausgesetzt und setzt sich eher mit den Beziehungen zu den Mitarbeitern und Therapeuten innerhalb der Klinik auseinander.

Ein weiterer gemeinsamer Faktor ist der Code „Raum“, der allerdings in der stationären Behandlung eine größere Rolle zu spielen scheint als in der Tagesklinik. Einerseits konnten sich die Tagesklinik – Patienten eher damit arrangieren weniger Rückzugsmöglichkeiten zu haben, weil sie abends wieder nach Hause konnten, andererseits bemängelten sie teilweise das zu knappe Raumangebot, das eher ein Thema war. Im Gegensatz stand hier die Doppelzimmerproblematik mit der fehlenden Rückzugsmöglichkeit in der stationären Klinik im Vordergrund, weil dies in der ersten Zeit des Aufenthaltes die einzige Möglichkeit war, Abstand von der Therapie zu bekommen.

Der letzte gemeinsame Wirkfaktor „Abende und Wochenenden“ unterscheidet sich in seinen Subcodes ebenfalls sehr stark durch die settingbedingten Spezifika: Die Patienten der Tagesklinik sollen und müssen die Zeit außerhalb der Therapie auf sich allein gestellt bewältigen. Dies wurde zum Teil positiv gewertet, weil parallel zur Therapie die Umsetzung des in den Therapien gelernten stattfinden konnte. Andererseits traten für diese Patienten eher Belastungen und schwierige Situationen am Abend und an den Wochenenden auf als bei den Patienten der stationären Klinik. In dieser wurde eher eine Vermeidungstendenz deutlich, d.h. die Patienten versuchten sich abzulenken um möglichst viel Abstand zu therapeutischen Inhalten zu bekommen und wollten sich zum Großteil nicht mit ihrer Thematik auseinandersetzen. Auf die Frage, wie die Umsetzung

nach dem stationären Aufenthalt gelingen würde, konnte einige Patienten noch keine Antwort geben, teilweise wurde jedoch das in der Therapie Gelernte in der Gruppe in der Klinik umgesetzt.

Die wesentlichen Hauptunterschiede spiegeln deutlich die tagesklinischen und stationären Besonderheiten wieder. Patienten der Tagesklinik zogen häufig Vergleiche zur stationären Therapie, weil sie bereits Erfahrung mit dieser Therapieform hatten oder eine bestimmte Vorstellung davon. Der Großteil der Patienten sprach sich für ihre Therapieform aus und bevorzugte das Zeitkonzept entweder aus praktischen Gründen, beispielsweise bei gleichzeitiger Betreuung von Kindern oder Angehörigen, oder auch aus Überzeugung, dass diese Therapieform mit der Alltagskonfrontation das Richtige für sie sei. Kritisiert wurde meist der Stundenplan mit zu vielen oder zu wenig Pausen. Äußerungen der stationären Patienten zur Tagesklinik gab es dagegen nur sehr selten, was wahrscheinlich an der noch fehlenden Erfahrung mit der Tagesklinik liegt, bzw. dass die Patienten von dieser Therapieform noch nichts gehört haben.

Ein besonders prägender Wirkfaktor der stationären Therapie ist die Gruppe. Durch das tägliche Miteinander in der Gruppe ist ein gutes Gruppenklima nötig, Gruppendynamiken können sich dabei sowohl förderlich als auch hemmend auf die Therapie auswirken.

Die tagesklinischen Patienten erleben zwar auch einige Therapien in der Gruppe und therapiefreie Pausen miteinander, dennoch ist die Abgrenzung zu den Mitpatienten eher möglich, da am Abend eine Trennung zur Gruppe stattfindet. Gruppendynamische Entwicklungen lassen sich auch in der Tagesklinik feststellen, wurden aber in den Interviews nicht so intensiv beschrieben wie in der stationären Therapie. Inwieweit dies ein Vor- oder Nachteil ist, hängt von der jeweiligen Gruppenkonstellation ab.

Die Regeln und Strukturen der stationären Therapie waren für die Patienten der stationären Behandlung von großer Bedeutung, da sie sich einem komplett neuen Umfeld außerhalb ihres Zuhauses einordnen mussten.

4.3 Klinische Schlussfolgerungen

Die vorliegende Studie soll neben wissenschaftlich-theoretischen Gesichtspunkten auch klinisch-praktische Fragen beantworten, wie also die Ergebnisse dieser Arbeit in den klinischen Alltag umgesetzt werden können. Hier stellen sich erstmal Fragen zur stationären Behandlung an sich: Was sind positive, was negative Eigenschaften der stationären Klinik? Was kann in der stationären Behandlung anders gemacht werden?

Anhand der vorliegenden Ergebnisse lässt sich sagen, dass die Patienten den geschützten, vom Alltag losgelösten Therapieraum sehr schätzten und als Voraussetzung für einen guten Therapieverlauf ansahen. Durch die Durchführung der Interviews in beiden Einrichtungen entstand ein subjektiver, allerdings nicht objektiv belegbarer, Eindruck, dass die Patienten mit schwereren Erkrankungen diesen geschützten Raum eher benötigten als die Patienten der Tagesklinik, die mit den täglichen Alltagskonfrontationen zu recht kommen mussten. Einerseits zeigt dies auf, dass Patienten in der stationären Behandlung im positiven Sinne auch regressive Verhaltensweisen ausleben und die Sicherheit einer vollstationären Einrichtung erleben dürfen, wenn es die aktuelle Verfassung erforderlich macht. Andererseits brachten auch die Patienten selbst zur Sprache, dass sie sich auf die Zeit nach dem Aufenthalt noch nicht vorbereitet fühlten. Die Mitpatienten stellen zwar eine Gemeinschaft dar, in der das in der Therapie Gelernte erstmals umgesetzt werden kann, dennoch handelt es sich nicht um Menschen aus dem wirklichen Alltag und auch der Alltag an sich steht dabei noch nicht im Vordergrund. Hier spielen die ersten Wochenenden eine Rolle, die der Patient zu Hause erlebt und damit ein Einstieg in die Zeit danach ist. Eventuell könnten diese Konfrontationszeiten auch gegen Ende der Therapie ausgedehnt werden, beispielsweise ein Aufenthalt unter der Woche und Erledigung von Aufgaben, die dann in der Therapie besprochen werden. Ein weiterer wichtiger Punkt in der stationären Behandlung ist die Gruppensituation, die durch das besondere Setting einen hohen Stellenwert erreicht. Im Laufe der Interviews wurden vor allem die unterstützende und motivierende Seite der Gruppendynamik erlebt. Dennoch ist dies ein ambivalenter Faktor, der nicht unterschätzt werden darf, da er auch negative Tendenzen haben kann und die Therapie sowohl positiv als auch negativ beeinflussen kann.

Bei Betrachtung beider Therapieangebote, der stationären und der tagesklinischen, kommt auch die Frage auf, für welchen Patiententyp welche Einrichtung die bessere ist und wie die Indikation gestellt werden kann. Durch die Interviews haben wir erfahren, dass zum Teil ganz praktische alltägliche Dinge die Entscheidung des Patienten beeinflussen können. Ist beispielsweise die Betreuung eines Kindes, Haustieres oder die Pflege eines älteren Angehörigen nötig und kann nicht für einen bestimmten Zeitraum komplett abgegeben werden, so war das für ein paar Patienten der Grund, sich für eine teilstationäre Therapie zu entscheiden. Im Gegensatz dazu entschieden sich die Patienten der stationären Behandlung häufig bewusst für eine Auszeit vom Zuhause, um wieder Kraft schöpfen und von Alltagsproblemen Abstand gewinnen zu können.

Indikationen für die stationäre Therapie sind einmal die Schwere der Erkrankung, die einer geschützten Umgebung bedarf, ein Umfeld, das eine Therapie ambulant oder teilstationär nicht erlaubt bzw. sich negativ auf den Therapieerfolg auswirken würde und letztendlich der Wunsch des Patienten, Abstand gewinnen zu wollen.

Indikationen für die teilstationäre Behandlung sind Patienten, die den Alltag weiterhin meistern können und ein entsprechend stabiles Umfeld aufweisen und Patienten, die dieses Zeitkonzept auch tolerieren können.

4.4 Wissenschaftliche Schlussfolgerungen und Ausblick

Rückblickend stellt sich häufig die Frage, was an der Studie zu verändern gewesen wäre und was dies im Hinblick auf die weitere Forschungsarbeit bezüglich Wirkfaktoren und qualitativer Inhaltsanalyse bedeutet.

Vor Beginn einer Studie mit Patienteninterviews ist eine ausreichende Schulung der Rater ein wichtiger Punkt, auch im Hinblick auf schwierige Gesprächssituationen, beispielsweise der Umgang mit Gesprächspartnern, die nicht fragenbezogen antworten oder kaum Antworten geben, was die Auswertung wiederum erschwert.

Die Auswertung nach inhaltsanalytischen Gesichtspunkten sollte ebenso gut geschult werden und wird durch das PC-Programm ATLAS.ti deutlich überschaubarer und systematischer. Bei groß angelegten Studien mit einer größeren Materialmenge muss der Aufwand der Auswertung bedacht werden und die Arbeit entsprechend auf mehrere Forschungsgruppen unterteilt werden.

Eine interessante Fragestellung, die nicht durch unsere Arbeit beantwortet wurde und auch ein größerer Forschungsaufwand mit einem größeren Patientengut wäre, ist die Auswertung der Interviews nach den einzelnen Erkrankungen, um eine Aussage darüber treffen zu können, ob es für bestimmte Erkrankungen bestimmte Indikationen hinsichtlich der teilstationären oder stationären Behandlung gibt. Weiterführend könnte diese Indikationsstellung durch Untersuchung von Fragebögen, die die Schwere der Erkrankung erfassen, objektiviert werden. Die Untersuchung mit SCL-90-R war ursprünglich geplant, ließ sich aber aufgrund der geringen Anzahl in der stationären Klinik nicht verwirklichen. Als Voraussetzung für die weitere Forschung in diesem Gebiet müsste demnach sowohl ein SCL-90-R vor Behandlungsantritt vorliegen, als auch ein SCL-90-R nach der erfolgten Therapie um eventuelle Wirksamkeitsunterschiede beider Therapieformen herauszufinden.

Als weitere Forschungsmöglichkeit wäre auch ein Vergleich zwischen subjektiven Wirkfaktoren der Patienten und Wirkfaktoren aus Sicht der Therapeuten denkbar, also inwiefern hier Unterschiede oder Gemeinsamkeiten vorhanden sind. Eine weitere Fragestellung könnte auch dabei die Indikationsstellung für die stationäre oder teilstationäre Behandlung sein.

An der Universität Ulm ist bereits eine multizentrische Studie begonnen worden, die sich mit der Indikationsstellung für die tagesklinische Therapie beschäftigt.

5. Zusammenfassung

Das Ziel der vorliegenden Studie ist es, die spezifischen Wirkfaktoren der stationären Psychotherapie herauszufinden, die aus Sicht der Patienten zu einer Veränderung im Rahmen des Aufenthaltes führten. Parallel hierzu wurde eine weitere Studie durchgeführt, die sich mit den spezifischen Wirkfaktoren der tagesklinischen Psychotherapie beschäftigte und deren Ergebnisse in einem Exkurs verglichen wurden. Für die Datenerhebung der stationären Behandlung wurden 24 Patienten der Sinova - Klinik Bad Schussenried ab der dritten Behandlungswoche interviewt. Aufgrund des therapeutisch ähnlichen Ansatzes eignete sich diese stationäre Einrichtung, um die Ergebnisse mit der dazu parallel laufenden Studie in der Tagesklinik der Universität Ulm zu vergleichen.

Das Interview wurde mit Hilfe eines halbstrukturierten Interviewleitfadens geführt, der durch ein Expertenteam erstellt wurde. Bewusst entschied man sich hier für diese halbstrukturierte Version, um den Patienten die Möglichkeit zu geben, sich frei zu den Themen zu äußern und auch eigene Gedanken einzubringen. Der Inhalt des Interviewleitfadens umfasst Themen wie Therapieangebote, räumliche Situation, Mitpatienten, therapiefreie Zeit, Trennungssituationen, Regelwerk, Mitarbeiter, Erwartungen, Wünsche.

Die Interviews wurden auf Tonband aufgenommen und anschließend transkribiert, um sie für die qualitative Inhaltsanalyse vorzubereiten. Anhand von zehn Interviews wurde im Rahmen einer psychologischen Diplomarbeit ein Codesystem erstellt, das für die Auswertung beider Studien übernommen wurde. Mit Hilfe des Computerprogramms ATLAS.ti (Archiv für Technik, Lebenswelt und Alltagssprache, Textinterpretation), das speziell für die Auswertung nach qualitativ inhaltsanalytischen Gesichtspunkten vorgesehen ist, wurden die Interviews ausgewertet.

Die wichtigsten Wirkfaktoren aus Sicht der stationären Patienten waren an erster Stelle die therapeutische Komponente (20,7%), vor allem die Beziehung zu den Einzeltherapeuten und zu Mitarbeitern der Klinik. Die räumliche Situation (17,7%) war für die Patienten insbesondere im Hinblick auf die Rückzugsmöglichkeiten und die Atmosphäre der Klinik wichtig. Einen starken Einfluss auf die Patienten hatte die Gruppensituation, die auf den Großteil der Patienten positiv und motivierend wirkte (15,0%). Der organisatorische Rahmen und die Regeln innerhalb der Klinik vermittelten für einige Patienten ein Gefühl der Sicherheit, doch auch negative Bewertungen (z.B.

Fernsehzeiten) ließen sich hier finden (10,2%). Die Abende und Wochenenden empfanden viele als Ausgleich zum Therapiealltag, von dem sie dann Abstand gewinnen konnten (7,5%).

Im Vergleich zu den Ergebnissen der tagesklinischen Studie ist festzustellen, dass sich bestimmte Themenbereiche, wie „Therapie“, „Raum“ und „Abende und Wochenenden“, überschneiden, diese aber in einem anderen Zusammenhang stehen, was vor allem auf das jeweilige Setting zurückzuführen ist. So ist die Therapie für die tagesklinischen Patienten eher wichtig, um die dort gelernten Fertigkeiten im Alltag umzusetzen, damit haben Abende und Wochenenden weniger etwas mit Erholung von der Therapie zu tun, sondern mit einer Übungssituation und Konfrontation.

Hinsichtlich der Indikationsstellung lässt sich sagen, dass bei Patienten, die einer geschützten Umgebung aufgrund ihrer Erkrankungsschwere bedürfen oder einen Abstand zum heimischen Umfeld brauchen, eine stationäre Behandlung von Vorteil ist. Für die Indikation einer Therapie in einer Tagesklinik sind besonders Patienten geeignet, die ihren Alltag meistern können und den Wunsch haben, die Therapie mit ihrem Alltag zu verknüpfen und ein stabiles häusliches Umfeld haben.

Als weitere Forschungsmöglichkeit bietet sich an, nachfolgende Studien nach Störungsbildern (Diagnosen) zu unterteilen, um so eine Aussage über die Indikationsstellung nach der Erkrankung machen zu können. Weiterführend könnte auch die Erkrankungsschwere berücksichtigt werden, um bessere Aussagen zur Indikation treffen zu können.

6. Literaturverzeichnis

1. Breuer, F: Theoretische und methodologische Grundlinien unseres Forschungsstils. In: Breuer, F (Hrsg) Qualitative Psychologie. Grundlagen, Methoden und Anwendungen eines Forschungsstils. Westdeutscher Verlag, Opladen, S.14 – 40 (1996)
2. Corsini R, Rosenberg B: Mechanisms of Group Psychotherapy: Process and Dynamics. J Abnorm Soc Psychol 51: 406 – 411 (1955)
3. Crouch EC, Bloch S, Wanlass J: Therapeutic Factors: Interpersonal and Intrapersonal Mechanisms. In Fuhriman A, Burlingame GM (Hrsg) Handbook of Group Psychotherapy: An Empirical and Clinical Synthesis. Wiley, New York S. 269 – 315 (1994)
4. Enke H: Bipolare Gruppenpsychotherapie als Möglichkeit psychoanalytischer Arbeit in der stationären Gruppenpsychotherapie. Z Psychosom Med Psychoanal 25: 333 – 341 (1965)
5. Friedrichs J: Methoden empirischer Sozialforschung. Rowohlt Verlag, Reinbek (1973)
6. Geiser F, Bassler M, Bents H, Carls W, Joraschky P, Michelitsch B, Paar, G, Ullrich J, Liedtke R: Stationäre Angsttherapie. Wodurch wird die Erfolgsszufriedenheit der Patienten beeinflusst? In: Bassler M (Hrsg) Störungsspezifische Ansätze in der stationären Psychotherapie. Mainzer Werkstatt über empirische Forschung von stationärer Psychotherapie 2000. Psychosozial – Verlag Gießen, S. 65 – 73 (2001)
7. Glaser B, Strauss A: The discovery of grounded theory. Aldine, Chicago. (1967)
8. Heigl – Evers A, Henneberg – Mönch U, Odag C, Standke G: Die Vierzigstundenwoche für Patienten. Verlag für Medizinische Psychologie Göttingen (1986)

9. Hildenbrand B: Vorwort. In: Strauss AL: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung. Wilhelm Fink Verlag, München, S.11 – 17 (1994)

10. Janssen PL: Psychoanalytische Therapie in der Klinik. Konzepte der Humanwissenschaften. Klett Cotta, Stuttgart. (1987)

11. Lieberz K: Leitlinien zur stationären Psychotherapie. In: Bassler M (Hrsg) Wirkfaktoren von stationärer Psychotherapie. Mainzer Werkstatt über empirische Forschung von stationärer Psychotherapie 1998. Psychosozialverlag Gießen, S. 88 – 101 (2000)

12. Lisch R, Kriz J: Grundlagen und Modelle der Inhaltsanalyse. Rowohlt Verlag, Reinbek (1978)

13. Main TF: The Ailment. Brit J Med Psychol 30: 129 – 129 (1957)

14. Mayring P: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, 8.Aufl, Deutscher Studien Verlag, Weinheim (2003)

15. Mörtl K: Die Psychotherapeutische Tagesklinik aus PatientInnenansicht. Eine qualitative Inhaltsanalyse als Vorerhebung des Wirksamkeitsprofils. Psychologische Diplomarbeit, Universität Klagenfurt 2005.

16. Ritsert J: Inhaltsanalyse und Ideologiekritik. Ein Versuch über kritische Sozialforschung. Athenäum Verlag, Frankfurt (1972)

17. Rosenzweig S: Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. Am J Orthopsychiatry 6: 412 – 415 (1936)

18. Schauenburg H, Sammet I, Strack, M: Verlaufsbeobachtung in der stationären Psychotherapie mit dem Stationserfahrungsbogen (SEB). In: Bassler M (Hrsg) Störungsspezifische Ansätze in der stationären Psychotherapie. Mainzer Werkstatt

über empirische Forschung von stationärer Psychotherapie 2000. Psychosozial – Verlag Gießen, S. 252 - 264 (2001)

19. Simmel E: Die psychoanalytische Behandlung in der Klinik. (1927) In: Hermanns LM, Schultz-Venrath U (Hrsg) Ernst Simmel: Psychoanalyse und ihre Anwendungen. Ausgewählte Schriften. Fischer Taschenbuch Verlag, S.82 -101 (1993)
20. Strauss AL: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung. Wilhelm Fink Verlag, München (1994)
21. Tschuschke V: Wirkfaktoren stationärer Gruppenpsychotherapie. Vandenhoeck & Ruprecht Göttingen (1993)
22. Von Wietersheim J, Zeeck A, Küchenhoff, J: Status, Möglichkeiten und Grenzen der Behandlung in psychosomatischen Tageskliniken. Psychother Psych Med 55: 79 – 83 (2005)
23. Wiegandt U, Ortlieb M, Wilmers F, Linster HW, Caspar F, Rosin U: Gute Therapiebeziehung = Gutes Therapieergebnis? In: Bassler M (Hrsg) Stationäre Gruppenpsychotherapie. Mainzer Werkstatt über empirische Forschung von stationärer Psychotherapie 2001. Psychosozial – Verlag Gießen, S. 240 – 249 (2002)
24. Wilmers F, Rosin U: Was lohnt sich aus der Sicht der Patientinnen? Der Anteil der verschiedenen Behandlungselemente am Erfolg der stationären psychosomatischen Therapie aus der Sicht der Patientinnen. In: Bassler M (Hrsg) Wirkfaktoren von stationärer Psychotherapie. Mainzer Werkstatt über empirische Forschung von stationärer Psychotherapie 1998. Psychosozial – Verlag Gießen, S. 236 – 255 (2000)
25. Wöller W, Thiede R, Grodd W, Kruse J, Hegger C: Wirkfaktoren stationärer psychosomatisch-psychotherapeutischer Rehabilitation. In: Bassler, M (Hrsg) Störungsspezifische Ansätze in der stationären Psychotherapie. Mainzer Werkstatt über empirische Forschung von stationärer Psychotherapie 2000. Psychosozial – Verlag Gießen, S.376 – 382 (2001)

26. Yalom ID: Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie: Ein Lehrbuch. 4. Aufl,
Pfeiffer, München (1989)

7. Anhang

7.1 Interviewleitfaden Spezifika stationäre Behandlung

Es geht darum, wie Sie die besondere Situation auf einer Station erleben (die ja anders ist als die ambulante Situation oder die Behandlung in einer Tagesklinik).

Ferner geht es darum, was Sie als besonders hilfreich oder besonders belastend an diesem Setting erleben.

Kontrollfragen:

Haben Sie schon mal eine stationäre Psychotherapie gemacht?

Haben Sie schon mal eine ambulante Psychotherapie gemacht?

Waren Sie schon einmal in teilstationärer Behandlung?

- I) A) Wie erleben Sie die räumliche Situation auf der Station?
 B) Wie erleben Sie die Umgebung der Klinik?
- II) Wie ist das Maß an Privatheit auf der Station – z.B.: haben Sie ein Einzel – oder Mehrbettzimmer? Wie ist es mit Aufenthaltsräumen, Balkonen etc.?
- III) Es gibt verschiedene Therapieangebote. An welchen Therapien haben Sie teilgenommen? Wie erleben Sie die Menge und Anzahl der Angebote – d.h. als wie dicht und intensiv erleben Sie das Programm?
- IV) Fühlen Sie sich durch die Therapie manchmal sehr aufgewühlt und belastet, so dass es Ihnen „zu eng“ wird oder Sie mehr Distanz wünschen?
- V) Wie (durch welche Strategien) gelingt es Ihnen wieder Abstand zu gewinnen, wenn durch die Therapie zu viele schwierige Themen und Gefühle angesprochen werden?
- VI) Wie ist es für Sie, von zu Hause fort zu sein?
- VII) Wie ist für Sie die Verbindung zum Alltag und zur Familie (wie intensiv, in welcher Form: Besuche, Telefonate)? Wer erledigt (wenn nötig) Ihre Aufgaben zu Hause?
- VIII) Wie erleben Sie die Situation nach den Therapiestunden am Abend und am Wochenende auf der Station?

- IX) Beschäftigt Sie die Therapie in den therapiefreien Zeiten auf der Station noch weiter (also am Abend und am Wochenende)?
- X) Können Sie die Therapie dazu nutzen, Dinge zu tun, die Sie sonst nicht gemacht hätten (Neues auszuprobieren)?
- XI) Wie erleben Sie die Situation in der Mitpatientengruppe (z.B. als belastend, lehrreich, zu eng, unterstützend ... oder)?
- XII) In welchem Ausmaß ist der Alltag in der Therapie ein Thema? Wie oft berichten Sie in der Therapie von Themen des Alltags (Beruf, Freizeit, Familie; Wenn Sie schon mal auf Station waren: mehr oder weniger als dort?)?...Prozentzahl angeben lassen...
- XIII) Inwieweit ist die Therapie zwischen Ihnen und Ihren Angehörigen (Partner, Eltern) oder wichtigen Freunden ein Thema?
- XIV) A) Wirkt sich die stationäre Therapie auf die Familie aus? Inwiefern? B) Wie ist die Distanz zur Familie / zum Partner für Sie? C) Wie gehen Ihre Angehörigen / Freunde mit Ihrer Anwesenheit auf einer psychosomatischen Station um (Stigmatisierung, Unverständnis)?
- XV) Wie intensiv unterstützt und versorgt fühlen Sie sich durch die Station bzw. wie eigenständig müssen Sie Probleme lösen?
- XVI) Wie oft nutzen Sie den Kontakt zum Pflorgeteam außerhalb der regulären Therapiezeiten (x-mal / Woche)?
- XVII) Wie erleben Sie die Regeln und Strukturen der Station?
- XVIII) A) Unternehmen Sie manchmal etwas mit Mitpatienten?
B) wie intensiv und bedeutsam sind die Kontakte zu den Mitpatienten?
- XIX) Hatten Sie vor der Therapie bestimmte Erwartungen und Wünsche und wurden diese erfüllt oder enttäuscht?
- XX) Wenn Sie vorher schon einmal tagesklinisch behandelt wurden: was haben Sie als besser – was als schlechter erlebt?
- XXI) A) Was erleben Sie als besonders hilfreich?
B) Was erleben Sie als besonders problematisch?

7.2 Interraterreliabilität

Interview	Anzahl der Codierungen	Anzahl der Unterschiede	Unterschiede in %
1	231	54	23,38
2	226	68	30,09
3	188	69	36,70
4	154	53	34,42
5	162	53	32,72
6	136	59	43,38
7	120	44	36,67
8	133	46	34,59
9	210	68	32,38
10	132	45	34,09
11	193	74	38,34
12	132	57	43,18
13	134	30	22,39
14	177	48	27,12
15	193	80	41,45
16	126	40	31,75
17	164	54	32,93
18	106	33	31,13
19	108	42	38,89
20	199	66	33,17
21	178	61	34,27
22	237	100	42,19
23	257	98	38,13
24	158	53	33,54

7.3 Häufigkeitsverteilung der Codenennungen in der stationären Behandlung

Code	Name	Nennungen
01.1.B_0	Motivation external 01.1. Expertenvorschlag	17
04.1.B_1	Raum 04.1. Atmosphäre allg.	22
04.3.B_0	Raum 04.3. Raumangebot	17
04.3.B_1	Raum 04.3. Raumangebot	15
04.5.B_0	Raum 04.5. Rückzugsmöglichkeit	21
04.5.B_1	Raum 04.5. Rückzugsmöglichkeit	16
04.6.B_1	Raum 04.6. Umgebung der ST	19
04.7.B_0	Raum 04.7.Doppelzimmer allgemein	12
04.7.B_2	Raum 04.7.Doppelzimmer allgemein	10
05.01.4.B_1	Therapie 05.01.4. Kunsttherapie	15
05.02.B_0	Therapie 05.02. Fertigkeiten	14
05.02.B_1	Therapie 05.02. Fertigkeiten	16
05.07.B_0	Therapie 05.07. Menge an Therapie	20
05.08.B_1	Therapie 05.08. Beziehung zum/r EinzeltherapeutIn	21
05.09.B_0	Therapie 05.09. Beziehung zu Teammitarbeitern	11
05.09.B_1	Therapie 05.09. Beziehung zu Teammitarbeitern	28
05.10.B_1	Therapie 05.10. Sich aufgehoben fühlen	29
06.1.B_1	Gruppensituation 06.1. Austausch von Gedanken	15
06.11.1.B_0	Gruppensituation 06.11.1. Zusätzlicher Kontakt zur Gruppe	21
06.11.1.B_1	Gruppensituation 06.11.1. Zusätzlicher Kontakt zur Gruppe	13
06.12.B_1	Gruppensituation 06.12. Teilen von Problemen	11
06.13.B_1	Gruppensituation 06.13. Vertrauenssituation	10
06.4.B_0	Gruppensituation 06.4. Intensität des Kontaktes	16
06.4.B_1	Gruppensituation 06.4. Intensität des Kontaktes	15
06.7.B_1	Gruppensituation 06.7. Unterstützung und Bestätigung	11
07.1.B_0	Alltagseinfluss auf die ST 07.1. Alltag als Therapiethema	23
08.4.B_0	Doppelaufgabe 08.4. Hilfe von Angehörigen	13
09.9.B_1	Trennungssituation 09.9. Abstand von zu Hause	17
10.4.B_0	Pausenfüllung 10.4. Beschäftigung mit sich selbst	14
11.4.B_1	Zeitstruktur 11.4. ST Zeitkonzept	20
12.1.B_0	Gedanken an die ST 12.1. Gedanken zum eigenen Prozess	14
13.3.B_0	Abende und Wochenende 13.3. Nicht-/Bewältigbarkeit	14
13.3.B_1	Abende und Wochenende 13.3. Nicht-/Bewältigbarkeit	16
13.4.B_0	Abende und Wochenende 13.4. Gestaltung	18
13.4.B_1	Abende und Wochenende 13.4. Gestaltung	11
14.1.B_1	Reaktionen des Umfeldes 14.1. Unterstützung	11
14.4.B_0	Reaktionen des Umfeldes 14.4. Un/Verständnis	11
14.4.B_1	Reaktionen des Umfeldes 14.4. Un/Verständnis	12
15.1.B_0	Gespräche über ST zu Hause 15.1. Gespräche über Ablauf	13
16.2.B_0	Auswirkung auf das Umfeld 16.2. Beziehung	16

18.5.B_S0	Vergleich zur TK 18.5. Allgemein	11
23.2.B_0	ST Organisation 23.2. Regelwerk	14
23.2.B_1	ST Organisation 23.2. Regelwerk	19
23.2.B_2	ST Organisation 23.2. Regelwerk	12
23.3.B_0	ST Organisation 23.3. Anlaufstelle für Kritik und Hilfe	16
23.3.B_1	ST Organisation 23.3. Anlaufstelle für Kritik und Hilfe	15
25.1.B_1	Kontakt zu Angehörigen 25.1. Eingeschränkter Kontakt	11
25.2.B_0	Kontakt zu Angehörigen 25.2. Regelmäßige Telefonate	19

Nennungen insgesamt: 745

7.4 Häufigkeitsverteilung der Codenennungen in der tagesklinischen Behandlung

Code	Name	Nennungen
01.1.B_0	Motivation ext. 01.1. Expertenvorschlag	13
03.7.B_1	Erwartungen und Wünsche 03.7. Auf Therapieerfolg bezogen	10
04.1.B_1	Raum 04.1. Atmosphäre allg.	16
04.3.B_0	Raum 04.3. Raumangebot	14
04.3.B_1	Raum 04.3. Raumangebot	13
04.3.B_2	Raum 04.3. Raumangebot	10
04.5.B_0	Raum 04.5. Rückzugsmöglichkeit	11
04.5.B_1	Raum 04.5. Rückzugsmöglichkeit	11
04.6.B_1	Raum 04.6. Umgebung der TK	20
05.01.1.B_1	Therapie 05.01.1. Einzeltherapie	13
05.01.2.B_1	Therapie 05.01.2. Gruppentherapie	15
05.01.3.B_1	Therapie 05.01.3. Maltherapie	11
05.01.4.B_1	Therapie 05.01.4. Kunsttherapie	11
05.01.7.B_1	Therapie 05.01.7. Musiktherapie	12
05.02.B_0	Therapie 05.02. Fertigkeiten	11
05.02.B_1	Therapie 05.02. Fertigkeiten	17
05.08.B_1	Therapie 05.08. Beziehung zum/r EinzeltherapeutIn	13
05.09.B_1	Therapie 05.09. Beziehung zu Teammitarbeitern	11
05.10.B_1	Therapie 05.10. Sich aufgehoben fühlen	26
06.1.B_1	Gruppensituation 06.1. Austausch von Gedanken	19
06.11.1.B_0	Gruppensituation 06.11.1. Zusätzlicher Kontakt zur Gruppe	12
06.4.B_0	Gruppensituation 06.4. Intensität des Kontaktes	14
06.4.B_1	Gruppensituation 06.4. Intensität des Kontaktes	12
06.9.B_9	Gruppensituation 06.9. Von der Gruppe lernen	14
07.1.B_0	Alltagseinfluss auf die TK 07.1. Alltag als Therapiethema	21
08.2.B_0	Doppelaufgabe 08.2. Alltagsverpflichtungen	13
08.2.B_2	Doppelaufgabe 08.2. Alltagsverpflichtungen	11
08.3.B_0	Doppelaufgabe 08.3. Nicht-/Bewältigbarkeit	10
08.3.B_1	Doppelaufgabe 08.3. Nicht-/Bewältigbarkeit	11
08.3.B_2	Doppelaufgabe 08.3. Nicht-/Bewältigbarkeit	11
11.1.B_2	Zeitstruktur 11.1. Therapiepausen	12
11.2.B_1	Zeitstruktur 11.2. Einhalten von Zeitstrukturen	17
11.4.B_1	Zeitstruktur 11.4. TK Zeitkonzept	30
11.5.B_2	Zeitstruktur 11.5. Zeiteinteilung der Therapieangebote	10
11.6.B_1	Zeitstruktur 11.6. Geregelter Tagesablauf	24
12.1.B_0	Gedanken an die TK 12.1. Gedanken zum eigenen Prozess	10
13.1.B_1	Abende und Wochenende 13.1. Übungszeit	16
13.3.B_0	Abende und Wochenende 13.3. Nicht-/Bewältigbarkeit	15
13.3.B_1	Abende und Wochenende 13.3. Nicht-/Bewältigbarkeit	15
13.3.B_2	Abende und Wochenende 13.3. Nicht-/Bewältigbarkeit	12
13.4.B_0	Abende und Wochenende 13.4. Gestaltung	16

13.4.B_1	Abende und Wochenende 13.4. Gestaltung	12
13.7.B_0	Abende und Wochenende 13.7. Erreichbarkeit von Ressourcen	10
14.1.B_1	Reaktionen des Umfeldes 14.1. Unterstützung	18
14.4.B_1	Reaktionen des Umfeldes 14.4. Un/Verständnis	22
14.4.B_2	Reaktionen des Umfeldes 14.4. Un/Verständnis	17
15.2.B_0	Gespräche über TK zu Hause 15.2. Keine Gespräche über TK	21
16.2.B_0	Auswirkungen auf das Umfeld 16.2. Beziehung	16
16.2.B_1	Auswirkungen auf das Umfeld 16.2. Beziehung	13
17.1.B_1	Alltagsänderung 17.1. Alltagsänderung allg.	12
17.2.B_1	Alltagsänderung 17.2. Symptomatik verändert sich spürbar	11
17.4.B_1	Alltagsänderung 17.4. Neue Fertigkeiten	17
18.1.B_S1	Vergleich zur Station 18.1. Atmosphäre	12
18.1.B_T0	Vergleich zur Station 18.1. Atmosphäre	11
18.1.B_T1	Vergleich zur Station 18.1. Atmosphäre	10
18.3.B_S0	Vergleich zur Station 18.3. Zeitstruktur	23
18.3.B_S2	Vergleich zur Station 18.3. Zeitstruktur	16
18.3.B_T1	Vergleich zur Station 18.3. Zeitstruktur	33
18.5.B_S2	Vergleich zur Station 18.5. Allgemein	13
18.5.B_T1	Vergleich zur Station 18.5. Allgemein	22
18.6.B_S2	Vergleich zur Station 18.6. Konfrontation	14
18.6.B_T1	Vergleich zur Station 18.6. Konfrontation	20
18.7.B_T1	Vergleich zur Station 18.7. Übungseffekt	12
23.3.B_0	TK Organisation 23.3. Anlaufstelle für Kritik und Hilfe	19

Nennungen insgesamt: 936

Danksagung

Ich möchte mich bei meinem Doktorvater Herrn Professor von Wietersheim bedanken, der während aller Phasen der Doktorarbeit stets ein offenes Ohr für meine Fragen hatte, und dessen Betreuung kompetent und unterstützend war.

Herrn PD Dr. Hölzer danke ich für das Engagement, die klinische Forschung in der Psychosomatik voranzutreiben, wodurch diese Arbeit möglich wurde.

Frau Dr. Wadepuhl und dem gesamten Team der SINOVA – Klinik danke ich für die Teilnahme an dieser Studie. Vor allem möchte ich mich bei all den Patienten bedanken, die sich für diese Studie bereit erklärt und diese dadurch ermöglicht haben.

Ebenso bedanke ich mich bei den Mitarbeitern der Tagesklinik der Universität Ulm: Frau Gutbrod für die tatkräftige Mithilfe, Frau Dworschak und Frau Glatzmaier für die gute Zusammenarbeit und all den Patienten die für den tagesklinischen Teil der Studie beigetragen haben.

Ein Dankeschön geht an Frau Mörtl, die mir durch ihre Erfahrungen mit der qualitativen Inhaltsanalyse sowie beim Erlernen des Auswertungsprogramms ATLAS.ti eine große Hilfe war.

Besonders möchte ich Kerstin Knab für die gute Zusammenarbeit bei diesem gemeinschaftlichen Projekt danken, für die tatkräftige Unterstützung und Motivation während der gesamten Entstehungszeit.

Abschließend bedanke ich mich bei meiner Familie, die mir mit Geduld und Zuversicht zur Seite gestanden hat.