

Methodenglossar

Nora Alsdorf, Alina Brehm, Ute Engelbach, Sabine Flick, Rolf Haubl, Simone Rassmann und Stephan Voswinkel

1. Biographiekurve

Nora Alsdorf und Simone Rassmann

Hintergrund

Für das Projekt wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt, um einen Zugang zum subjektiven Verständnis und zu den Deutungen der Patienten zu erhalten und in diesem Falle auch graphisch abbilden zu können. Die Biographiekurve galt hier als eine sinnvolle Ergänzung zu den durchgeführten biographisch-narrativen Interviews, da sie einerseits als Erzählstimulus und als Erinnerungshilfe funktionierte, andererseits aber auch bei der Strukturierung der Erzählung unterstützte.

Ihren Ursprung hat die Methode in der Biographiearbeit in Seminaren, zum Beispiel der Jugend- und Erwachsenenbildung, oder auch in therapeutischen Settings. In unserem Forschungsprojekt hat sich der Einsatz als sehr nützlich erwiesen: Da die Biographie eines Menschen eine große Zeitspanne umfasst, bietet sich die Darstellung in einer »Zeitleiste« bzw. Biographiekurve an, um sich einen Gesamteindruck bezüglich der Berufsbiographie und ihrer sowohl negativen als auch positiven Ereignisse verschaffen zu können. Dabei ging es vor allem um die biographische Rekonstruktion, wann und in welchem Zusammenhang den Patienten Belastungsphasen oder erste Symptome aufgefallen sind, wie sie diese darstellen und wie sie damit umgegangen sind. Zeitpunkte bestimmter Ereignisse, wahrgenommene Verläufe persönlicher Entwicklungen und der Umgang mit kritischen Lebensphasen können dadurch verständlicher werden. Zu-

dem können anhand einer solchen Graphik bestimmte Lebensphasen oder Ereignisse durch besondere Darstellungsformen, wie Markierungen oder Unterstreichungen, betont werden.

Anwendung im Projekt

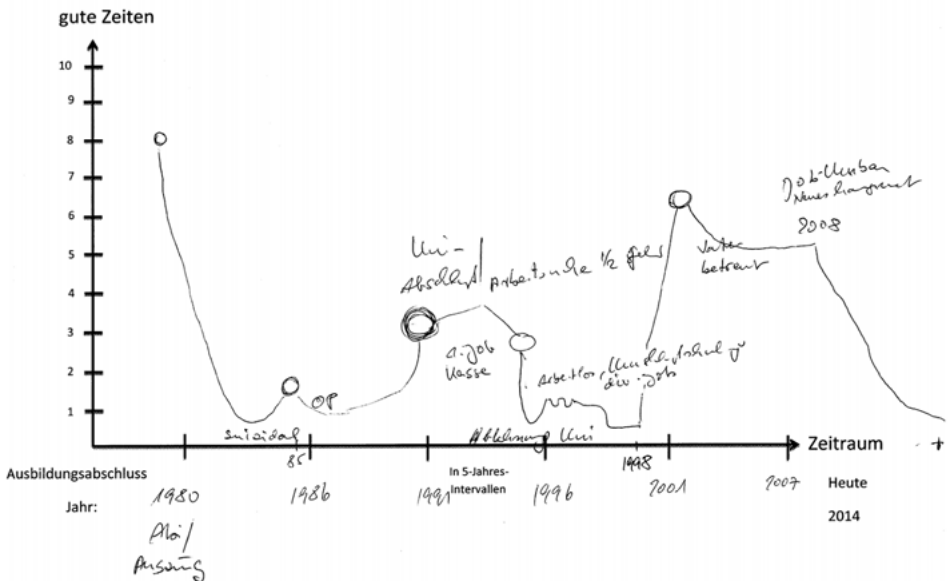
Die Patienten in unserem Forschungsprojekt wurden in jedem der drei Interviews aufgefordert, in einem vorgedruckten Schema die »guten« und »schlechten« Zeiten ihres Lebens anhand einer Kurve aufzuzeichnen. Das Schema besteht aus einer X-Achse mit Zeitangaben und einer Y-Achse, die die Ziffern 1 bis 10 anzeigt und anhand deren die Bewertung des jeweiligen Zeitraumes vorgenommen wurde. Bei der Darstellung geht es nicht um Vollständigkeit und Genauigkeit, sondern nur um die spontane Sammlung von subjektiv empfundenen, markanten Stationen im Leben des Betroffenen. Im ersten Interview beginnt der Zeitraum der X-Achse mit dem Ausbildungsabschluss und endet mit dem Zeitpunkt der Interviewdurchführung. Die Darstellung im zweiten Interview bezieht sich auf den Therapiezeitraum in der Klinik, die im dritten auf die Zeit nach Entlassung aus der Klinik (3 bis 6 Monate). Der Einsatz der Biographiekurve sollte dabei unterschiedliche Funktionen erfüllen:

1. Systematisierung der Erzählung: Die Patienten wurden aufgefordert, sich chronologisch an diese Lebensabschnitte zu erinnern, wodurch Phasen, die zuvor möglicherweise nicht erinnert wurden, thematisiert werden konnten. Höhen und Tiefen im Kurvenverlauf können als Einstieg zur Thematisierung besonders kritischer Ereignisse dienen.
2. Aneignung der Skala und zeichnerische Übertragung der Biographie: Das subjektive Verständnis der eigenen Situation, aber auch Persönlichkeitsmerkmale können sich in der Darstellung widerspiegeln. Diese reichen von Schwierigkeiten, eine Kurve zu zeichnen, bis hin zur Ausdehnung der Kurve auf mehrere Seiten oder auch in der Einhaltung oder Überschreitung von Linien. Bei der Zeichnung ist außerdem spannend, auf welche Lebensbereiche sich die Patienten beziehen und somit die Ursache ihres aktuellen Zustands herleiten. Dadurch können ergänzende Informationen für die Einzelfallanalysen gesammelt werden.
3. Retrospektive Betrachtung der Kurven aus den vorhergehenden Interviews: Eine Bezugnahme auf kritische Ereignisse und eine erneute Refle-

xion der in den vorhergehenden Interviews erwähnten Zeiträume wird ermöglicht.

Die Berufsbiographie wurde von den Patienten unterschiedlich differenziert dargestellt. Einige beschränkten sich dabei auf das Krankheitserleben und das Auftreten der Symptome, andere verfolgten ausführlich die Stationen im (Berufs-)Leben. Teils fiel den Patienten die graphische Darstellung leicht, teils gab es Verunsicherungen und Bedenken, es nicht »richtig« zu machen, sodass das Zeichnen abgebrochen wurde. Deutlich wurde, dass es Patienten, die bereits einen Klinik- oder Rehaaufenthalt gehabt hatten, oftmals leichter gelang, die vergangenen Ereignisse zu erinnern, abzubilden und emotional im Sinne »guter und schlechter Zeiten« zu »bewerten«, als Patienten, die sich mit ihrer Lebensgeschichte bislang in keinem therapeutischen Setting beschäftigt hatten.

Abbildung 2: Biographiekurve



Quelle: Erstinterview einer Patientin aus dem Forschungsprojekt

Zum Weiterlesen

- Gudjons, Herbert/Pieper, Marianne/Wagener-Gudjons, Birgit (1986): Auf meinen Spuren. Das Entdecken der eigenen Lebensgeschichte. Hamburg: Rowohlt.
- Hölzle, Christina/Jansen, Irma (Hrsg.) (2009): Ressourcenorientierte Biografiearbeit. Grundlagen – Zielgruppen – Kreative Methoden. Wiesbaden: VS.
- Ruhe, Hans Georg (2003): Methoden der Biografiearbeit. Lebensspuren entdecken und verstehen. 2. Auflage, Weinheim, Basel, Berlin: Beltz.
- Ruhe, Hans Georg (2017): Methoden der Biografiearbeit. Lebensgeschichte und Lebensbilanz in Therapie, Altenhilfe und Erwachsenenbildung. Weinheim 1998, <http://www.juelich.de/senioreninsnetz/trainthetrainer/Train-the-Trainer-Modul-3.pdf> (Abruf am 2.2.2017).
- Schulz, Wolfgang (Hrsg.) (1996): Lebensgeschichten und Lernwege. Anregungen und Reflexionen zu biografischen Lernprozessen. Hohengehren: Schneider.

2. Dokumente aus den Kliniken

Sabine Flick

Um die Relevanz von Erwerbsarbeit in der therapeutischen Bearbeitung und die jeweiligen Deutungen und Thematisierungen zu analysieren, wurden zwei Materialrichtungen erhoben:

Neben den OPD, die hier extra behandelt werden, gehören dazu Patientenakten aus beiden beteiligten Kliniken, die Arztbriefe, Behandlungsdokumentationen und weitere Dokumente enthalten. Daneben haben wir aus Praktikabilitätsgründen mit einer Checkliste für die Gruppentherapie-sitzungen gearbeitet. Alle Daten waren uns durch die Unterzeichnung der Schweigepflichtentbindung durch die Patienten zugänglich, dieses Vorgehen wurde wiederum durch die Ethikkommission unterstützt.

Gruppencheckliste

Um einen Überblick zu erhalten, worüber in den Sitzungen der Gruppentherapie maßgeblich gesprochen wird, an denen die an der Studie beteilig-

ten Patienten teilnehmen, aber auch mit Patienten, die nicht an der Studie teilnehmen, baten wir die jeweiligen Gruppentherapeuten, nach der Sitzung einen von uns vorbereiteten Fragebogen auszufüllen, in dem ankreuzbar war, wenn Arbeit ein Thema in der Sitzung gewesen ist. Dies hat in erster Linie datenschutzrechtliche Gründe: Da nur von denjenigen Patienten, die an der Studie beteiligt waren, eine Schweigepflichtentbindung vorlag, war es den Ärzten nicht gestattet, uns über die Inhalte der Gruppentherapie ausführlich Auskunft zu geben, da diese ja auch mit Patienten durchgeführt wurde, die nicht an der Studie beteiligt waren. Dies wurde methodisch daher über einen Fragebogen gelöst, der grobe Themenzuordnungen machte. Diese Information diente eher als Hintergrund und wurde quantifiziert berücksichtigt.

Patientenakten

Die Patientenakten wurden im Hinblick auf die Beschreibungen der Arbeit der Patienten analysiert und in diesem Sinne im Hinblick auf die medizinischen Diagnosen und die Ätiologie des Patientenleidens. Patientenakten stellen dabei eine besondere Datengattung dar, da sie einerseits einen strategisch-taktischen Hintergrund haben, also nur ein je verdinglichtes Bild der Patienten zum Zwecke der Dokumentation anderen gegenüber abbilden (Krankenkassen, andere medizinische Institutionen etc.), dabei zugleich aber suggerieren, ein Fenster zur Wirklichkeit darzustellen (Wolff 2000).

Die hier analysierten Akten enthielten handschriftliche Notizen, manche lagen digital vor und beinhalteten standardisierte Fragebögen. Auffällig, aber nicht überraschend waren die wenigsten Akten vollständig, sondern häufig sehr unterschiedlich und auch unterschiedlichen Informationsgehalts. Darin zeigten sich auch Differenzen zwischen den beiden Kliniken. Garfinkel (1967) spricht in diesem Zusammenhang von »guten Gründen für schlechte Aufzeichnungen«, die sich vor allem aus dem Klinikalltag, der Zeit, die dem Personal für die Dokumentenerstellung bleibt und der tatsächlichen Relevanz dieser Akten für die tägliche Arbeit in der Klinik ergibt (ebd.; Berg/Bowker 1997).

Für diese Studie wurden die Akten, wohl wissend um ihren spezifischen Doppelcharakter als hergestellte Kommunikation, die eben diesen Herstellungsprozess zu leugnen versucht, um sich als Tatsachenbericht darzustellen, im weitesten Sinne inhaltsanalytisch ausgewertet. Der Fokus lag dabei

auf den therapeutischen und medizinischen Perspektiven auf Erwerbsarbeit innerhalb der Aktenaufzeichnungen. Die Interpretation der Interviews warf weitere Themen auf, die als Fragen an die Dokumentenanalyse gerichtet wurden. Dies führte zur weiteren Berücksichtigung auch anderer Themen, wie beispielsweise das der »Grenzziehungen«, das im Beitrag »Ich muss nur besser Nein sagen lernen« von Ute Engelbach in diesem Band behandelt wird.

Zum Weiterlesen

- Berg, Marc/Geoffrey Bowker (1997): The multiple bodies of the medical record: towards a Sociology of an Artifact. In: The Sociological Quarterly 38, H. 3, S. 513–537.
- Garfinkel, Howard (1967): »Good« Organizational Reasons for »Bad« Clinical Records. In: Garfinkel, Howard (1967): Studies in Ethnomethodology. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, S. 186–207.
- Wolff, Stephan (2000): Dokumenten- und Aktenanalyse. In: Flick, Uwe/von Kardorff, Ernst/Steinke, Ines (Hrsg.): Qualitative Forschung: Ein Handbuch. Reinbek: Rowohlt, S. 502–514.

3. Expertengespräche

Sabine Flick und Stephan Voswinkel

Was ist ein Experte, eine Expertin? Als solche können Personen gelten, die eine Rolle, eine Position in einem Feld einnehmen, die ihnen den Expertenstatus zuweist. Sie werden im Feld oder in der Gesellschaft als Experte betrachtet – so wird davon ausgegangen, dass ein Bischof etwas Kompetentes über Fragen der Kirche oder der Religion, ein Arzt über Fragen der Gesundheit und Therapie oder ein Geschäftsführer über sein Unternehmen mitteilen kann. In anderen Fällen erhalten Personen den Expertenstatus durch die Forscher und deren Erkenntnisinteresse zugewiesen. Als Beispiel hierfür möge der Gastwirt gelten, von dem man Informatives über Probleme des Stadtteils, oder der Zugbegleiter, von dem man Auskünfte über das Leseverhalten der Zuggäste erwartet.

Von Experten erwartet man also in erster Linie sachliche Informationen über einen Gegenstand, einen Sachverhalt, ein soziales Feld. In der

Regel aber ist der Experte nicht nur *Beobachter*, sondern in seiner Funktion (als Bischof, Arzt oder Geschäftsführer) auch *Akteur* im Feld. Daher kann man vom Experten auch Einschätzungen und Deutungen, Auskünfte über strategische und politische Handlungsmöglichkeiten und damit auch über seine eigenen Ziele im Feld und seine Erfolgs- oder Misserfolgsempfindungen und -erklärungen erwarten.

Eine weitere Art von Informationen, die ein Experte vermitteln kann, sind Einschätzungen über andere Akteure und deren Orientierungen und Handlungsweisen. Ein Geschäftsführer kann beispielsweise eine Einschätzung über die Orientierungen und Kompetenzen des Betriebsrats in seinem Unternehmen abgeben oder ein Arzt über das Gesundheitsverhalten eines bestimmten Patiententyps. Als Interviewer wird man diese Einschätzungen als interessante Informationen aufnehmen, die vielleicht etwas über denjenigen mitteilen, über den sich der Experte äußert – was man mit Vorsicht und Skepsis behandeln muss –, aber auch über den Experten selbst.

Experten werden in Expertengesprächen in der Regel als »Experten« adressiert. Bittet man die Geschäftsführerin Frau Bingold um ein Interview über ihr Unternehmen, so wird sie sich nicht als Frau Bingold, sondern in ihrer Funktion als Geschäftsführerin angesprochen sehen. Da die Forscherin von der Expertin etwas erfahren möchte, was sie nicht weiß, ist sie hierin der Interviewerin überlegen. Sie ist auch diejenige, die Fragen *beantwortet*. Oft allerdings wird auch der Forscherin ein Expertenstatus zugewiesen, ist sie es doch, die sich ausgiebig mit einer Thematik beschäftigt – und zwar »wissenschaftlich« –, die auch für die befragte Expertin relevant ist. Dann kann es sein, dass auch sie Fragen beantworten soll. Das hat zwei Implikationen.

Zum einen kann hieraus eine latente Konkurrenzsituation entstehen. Der Forscher sollte ähnlich viel – oder gar mehr – vom Forschungsgegenstand verstehen; zumindest hat er vielleicht selbst diesen Anspruch an sich. Zum anderen wird der Unterschied zwischen der wissenschaftlichen und der praktischen Denkweise relevant: Der Experte denkt – gerade dann, wenn er als Akteur angesprochen ist – in Relevanzstrukturen des praktischen Handelns in seinem Feld: Was kann er tun, um unter gegebenen Bedingungen in absehbarer Zeit etwas zu erreichen? Der Forscher will sich gerade von einer zu engen pragmatischen Perspektive lösen, um Zusammenhänge in den Blick zu nehmen. Aus diesen unterschiedlichen Perspek-

tiven können schnell Konflikte entstehen, wenn man die unterschiedlichen Positionen im Feld nicht im Blick hat.

Gerade in diesen Differenzen zwischen Praktiker- und (wissenschaftlicher) Beobachterperspektive aber liegt auch ein produktives Erkenntnispotenzial des Expertengesprächs. Der Forscher kann sein Interesse an einer Perspektive bekunden, die ihm ohne das Interview nicht zugänglich ist und auf das sich gerade sein Forscherinteresse richtet. Und die Forscherperspektive kann für den Experten aufschlussreich sein, weil sie einen Blick von außen wirft. Hier kann der Wissenschaftler zugleich (etwa durch hypothetische oder auf andere Perspektiven sich beziehende Einwürfe) auch die Funktion eines Übersetzers anderer Praxis-Relevanzen ausfüllen. Oftmals entwickeln Experten in einem Gespräch mit Wissenschaftlern (denen sie manchmal von ihrem Bildungshintergrund her nahestehen) eine »Lust« am handlungsentlasteten intellektuellen Austausch« (Trinczek 2002), die ein wenig von Darstellungs- und Taktikerfordernissen belastetes Gespräch zulässt.

Wegen des sachbezogenen Charakters eines Expertengesprächs folgt es meist einem teilstandardisierten Leitfaden, der sicherstellen soll, dass die wesentlichen Informationsthemen (auch im Vergleich mit anderen Gesprächen zum gleichen Thema) besprochen werden, der aber zugleich offen genug sein muss, um den erfahrungsbezogenen Relevanzsetzungen der Experten Platz geben zu können. Das Expertengespräch hat daher in der Regel die Form eines themen- oder problemzentrierten Interviews (Witzel 1985).

In unserer Studie haben wir mit drei Expertengruppen Expertengespräche geführt: den Beteiligten am Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM), den Sozialarbeitern in beiden Kliniken sowie den Ärzten und Therapeuten in den Kliniken.

Expertengespräche mit BEM-Akteuren

Zu Beginn unserer Untersuchung haben wir Gespräche mit Beteiligten am BEM geführt, mit Betriebsratsmitgliedern, Mitgliedern der Personalabteilung, Betriebsärzten. Sie waren im BEM eines Betriebs bzw. einer Verwaltung engagiert, sodass die Gespräche sich jeweils auf einen betrieblichen Fall, eine betriebliche Praxis bezogen. In diesen – auf einem teilstandardisierten Leitfaden beruhenden – Gesprächen ging es darum, Informationen

über übliche Verfahren in der Durchführung des BEM und Erfahrungen hiermit – insbesondere im Hinblick auf psychische Erkrankungen – zu gewinnen. Die Gesprächspartner waren hier die Experten, die hierüber Sachinformationen mitteilen konnten. Weitere Themen dieser Gespräche waren der Kontakt zu Ärzten und Kliniken und die hiermit gemachten Erfahrungen. Waren hier schon »neutrale« Informationen von »subjektiven« Bewertungen und Einschätzungen über das Verhalten der anderen Akteure kaum zu trennen, so gilt dies erst recht bei dem Thementeil, der sich auf die Hintergründe und die Ursachen sowie die Entwicklung psychischer Erkrankungen bezog. Die Aussagen, die hier zu erhalten waren, sind denn auch nicht als »wissenschaftliche« Expertenaussagen, sondern als Beobachtungen und Einschätzungen derjenigen zu verstehen, von denen aufgrund ihrer Tätigkeit eine gesteigerte Aufmerksamkeit für die Thematik zu erwarten ist. Zugleich sind diese Einschätzungen von Belang für die Einschätzung ihres eigenen Rollen- und Handlungsverständnisses als BEM-Beteiligte. Ähnliches gilt für den Themenblock, der sich mit dem Erfolg von BEM-Verfahren und seinen Bedingungen befasste.

Den Gesprächspartnern gegenüber wurde kommuniziert, dass wir diese Gespräche *zu Beginn* der Forschung mit dem Ziel führten, uns selbst frühzeitig über die Sichtweise und die Erfahrungen der Praktiker zu informieren. Das machte es im Gespräch möglich, die Rolle des interessierten Fragenden einzunehmen, der (noch) nicht Experte im Feld ist. Damit wurde zugleich der Eindruck vermieden, das Gespräch diene auch der Evaluation der Praktiker; überwiegend wurde so der Gefahr vorgebeugt, dass bei den Experten ein Rechtfertigungs- und Selbstdarstellungsdruck entstand.

In einigen Fällen wurden Gruppengespräche geführt. Der eigentliche Grund war ein pragmatischer: Die Gesprächspartner wollten den Zeitaufwand für sich und die Forscher verringern und betonten, voreinander keine Geheimnisse zu haben. Dieser Position gegenüber wäre es schwierig gewesen, auf Einzelgesprächen zu bestehen, hätten wir doch vielleicht gerade dann unsererseits Misstrauen den Befragten gegenüber ausgedrückt. Die Gruppengespräche erwiesen sich jedoch dann sogar teilweise als in besonderer Weise instruktiv, weil sie in den Reaktionen der Beteiligten aufeinander einen Einblick in die Akteursbeziehungen ermöglichten.

Expertengespräche mit Sozialarbeiterinnen aus den Kliniken

Eine andere Expertengruppe waren die Sozialarbeiterinnen, die in den beiden mit uns kooperierenden Kliniken tätig sind. Auch hier standen im Zentrum der Gespräche die Arbeitspraxis und die Zuständigkeiten der Gesprächspartnerinnen. Es ging um Veränderungen der Arbeit und der auftretenden Probleme in den vergangenen Jahren, um die Zusammenarbeit mit den anderen Akteuren in der Klinik – Ärzte, Pfleger, Patienten – und um Kontakte mit den Betrieben, Krankenversicherungsträgern usw. Welche Probleme standen in den Gesprächen mit den Patienten im Vordergrund? Gibt es typische Konflikte mit Patienten oder mit Ärzten?

Auch hier sind »neutrale« Informationen kaum von Einschätzungen zu trennen, und eine solche Differenzierung war in der Gesprächsführung auch gar nicht angestrebt. Denn die Sozialarbeiterinnen wurden auch in ihren professionell basierten Einschätzungen angesprochen: Welche Probleme zeigen sich in der Nachsorge? Worin sehen sie Verbesserungsbedarf? Und wie begreifen sie ihre eigene Rolle, und wo sehen sie ihre Grenzen?

Die Sorge, dass die Sozialarbeiterinnen sich wegen ihrer Einbindung in den Klinikzusammenhang gegenüber den Forschern befangen verhalten könnten, zumal der Kontakt vonseiten der Klinik hergestellt worden war, erwies sich als unbegründet, da sie über ein ausreichendes professionelles Selbstbewusstsein zu verfügen schienen.

Expertengespräche mit Ärzten und Therapeuten

Schließlich führten wir auch Gespräche mit den behandelnden ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten in der Klinik. In den Interviews mit den Therapeuten ging es zentral um die Arbeit in ihren verschiedenen Dimensionen: die Arbeit der Patienten, die Arbeit der Therapie sowie die eigene Arbeitserfahrung der Therapeuten. Um die Deutungsmuster stärker professionslogisch einordnen zu können, hat in den Interviews auch die eigene Erfahrung der Behandler in und mit Arbeitsverhältnissen interessiert und daher auch Fragen nach belastenden und/oder überfordernden Situationen in das Interview integriert. Im Fokus standen in den Gesprächen die eigene Erfahrung mit den Patienten und deren Bezüge zur Arbeitswelt. Gibt es Branchenspezifika? Trifft es eher weibliche Patientinnen? Es ging dabei darum, die Erfahrungen der Behandler zu thematisie-

ren, die über die Patienten der Studie hinausgehen. Konkret interessierte in diesen Gesprächen die professionelle Deutung der Behandler ihrer eigenen Tätigkeit. Mit welchem Therapieziel arbeiten sie mit den Patienten? Geht es dabei um die Wiedereingliederung in die Erwerbsarbeit? Spielt Arbeit in diesem Sinne überhaupt eine Rolle im konkreten Therapieverlauf? Daneben interessierte auch die Einschätzung dieser Experten einer die Therapie und Klinik rahmenden Perspektive. Inwiefern müsste den Experten zufolge eine Wiedereingliederung im Sinne der Patienten eigentlich organisiert sein? Inwiefern sind die Behandler mit gesellschaftlichen Entwicklungen und Veränderungen der Arbeitswelt konfrontiert und reflektieren diese? Schließlich interessierten Fragen der therapeutischen Ausbildung und Ausrichtung, eigene berufliche Stationen und Erfahrungen mit diesen sowie der eigene Umgang mit Be- und Überlastung. Dabei spielten Fragen nach Möglichkeiten zur Entlastung, aber auch nach Räumen für Anerkennungserfahrung der Behandler selbst eine Rolle.

Die Gespräche fanden ausschließlich in den beiden Kliniken statt, meist an den Rändern der eigentlichen Arbeitszeit. Die Therapeuten waren in ihrer Einlassung sehr offen, was im Projekt auch als professionelles Interesse (und gegebenenfalls darin artikuliertem Bedarf) an Austausch und Fortbildung zu arbeitsbezogenen Themen gedeutet wurde.

Zum Weiterlesen

- Bogner, Alexander/Littig, Beate/Menz, Wolfgang (Hrsg.) (2002): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Opladen: Leske + Budrich.
- Liebold, Renate/Trinczek, Rainer (2002): Experteninterview. In: Kühl, Stefan/Strodtholz, Petra (Hrsg.): Methoden der Organisationsforschung. Ein Handbuch. Reinbek: Rowohlt, S. 33–71.
- Trinczek, Rainer (2002): Wie befrage ich Manager? Methodische und methodologische Aspekte des Experteninterviews als qualitative Methode empirischer Sozialforschung. In: Bogner/Littig/Menz 2002, S. 209–222.
- Witzel, Andreas (1985): Das problemzentrierte Interview. In: Jüttemann, Gerd (Hrsg.): Qualitative Forschung in der Psychologie. Weinheim: Beltz, S. 227–255.

4. Interpretationsgruppen

Alina Brehm

Die Interpretationsgruppe ist ein Raum des gemeinsamen deutenden Verstehens der durchgeführten qualitativen Interviews. Sinn und Nutzen der gemeinsamen Interpretation ist das Finden einer möglichst konsensfähigen Deutung, die am Ende des Interpretationsprozesses steht und der eine höhere »Objektivität« zugerechnet wird als derjenigen durch eine einzelne Person. Gerade dann, wenn auch die eigenen Gegenübertragungen als Deutungsressource genutzt werden, ist es wichtig, den jeweiligen Eindruck mit dem der anderen Gruppenmitglieder abzugleichen, um sich der Frage nähern zu können, was daran vielleicht doch auch Eigenanteil ist und was im Kern dem Patienten zugeordnet werden kann. Ausgehend davon, dass jede Interpretation immer auch projektive Anteile enthält und nach Gadamer Verstehen eine Dialektik »zwischen Erweiterung des Selbst und Aneignung des Fremden« darstellt, soll so also entsprechend abgesichert werden, dass diese Gegenübertragung nicht nur mit dem Interpreten selbst zu tun hat.

Eine weitere Funktion besteht im Ausgleich von Wissensasymmetrien (Meyer/Meier zu Verl 2013), das heißt im Einbringen von zusätzlichen Hintergrundinformationen durch einzelne Gruppenmitglieder, die ein umfangreicheres Verständnis von bestimmten Punkten im Interview ermöglichen. Aber auch das Textverständnis an sich kann damit gemeint sein, in dem Sinn, dass an bestimmten Stellen jemand etwas »mehr« oder »besser« verstanden hat. Im Projekt führten häufig zusätzliche Informationen seitens der Klinik (vermittelt über die Supervisionsgespräche oder Interpretationsgruppenmitglieder aus einer der Kliniken) zu einem anderen oder erweiterten Blick auf die Erzählung des Patienten.

Aber auch für die klinische Seite stellt die gemeinsame Auseinandersetzung mit dem Interviewmaterial einen Gewinn im Sinne eines erweiterten Verständnisses der Symptome und ihrer Genese, dar. So wurde in einem Interview in besonderem Maße der fehlende Zugang des Patienten zu seinem eigenen inneren Erleben und Empfinden deutlich, was die Erkenntnisse aus dem OPD-Interview noch einmal erweiterte.

Die interdisziplinäre Zusammensetzung der Gruppe aus dem Bereich der Arbeitssoziologie, Sozialpsychologie und Tiefenpsychologie/Psycho-

analyse eröffnet zudem eine Perspektivenvielfalt, die beim Verstehen des jeweiligen »Falles« in seinen unterschiedlichen Bedeutungsdimensionen von großer Hilfe sind. So kann es auch Differenzen darin geben, was aus der jeweiligen Perspektive als »normal« erachtet wird bzw. als gegeben »hingenommen« werden muss. Aber auch einzelne Aspekte der Lebensgeschichte, wie einerseits zum Beispiel die frühe Kindheit und andererseits die Arbeitssituation betreffend, bedürfen teils der Expertise der Angehörigen der jeweiligen Fachrichtung, um sie der gesamten Gruppe umfänglicher zugänglich zu machen.

Die Interpretationssitzungen dauerten in der Regel drei Stunden. Allgemein wie auch in unserem Projekt werden im Prozess des Interpretierens unterschiedliche Textstellen verbal markiert und begründet, warum diese als relevant erachtet werden. Das kann einerseits subjektiv erfolgen, das heißt mit einer Gefühlsäußerung wie: »Das finde ich interessant.« Andererseits gibt es aber auch die Möglichkeit einer »objektiven« Auswahl durch den Bezug zum Forschungsprojekt. Da wäre so etwas denkbar wie: »Was er da sagt, passt auch sehr gut zu unserer Fragestellung.« Ebenso kann eine Irritation, hervorgerufen durch Nichtverstehen, ein Grund sein.

Insgesamt werden im Interpretationsprozess Teile des Interviews, seien es Textstellen oder spezifische Aspekte, dekontextualisiert, das heißt aus dem Gesamtzusammenhang des Interviews heraus neu angeordnet. Im Aushandlungsprozess der Deutungen werden sie dann rekontextualisiert, also entweder in Bezug gebracht zu Wissen über den Interviewpartner, das nicht dem Transkript zu entnehmen ist, oder zu eigenen alltagsweltlichen oder wissenschaftlichen Annahmen (Meyer/Meier zu Verl 2013). Am Ende dieser intersubjektiven Validierung steht dann eine Deutung, auf die sich die Gruppe oder ihr Großteil »einigen« konnte. Gegebenenfalls kann es aber auch einzelne Aspekte betreffend zu keiner konsensfähigen Deutung kommen.

Interpretationsgruppen sind in der qualitativen Sozialforschung weit verbreitet. Ausführlichere Untersuchungen zu den Prozessen, die in ihnen ablaufen, gibt es jedoch bislang nicht (die einzigen Ausnahmen, bezogen auf einzelne Aspekte, bilden hierbei Oth 2012, Reichertz 2013 sowie Meyer/Meier zu Verl 2013). So gibt es Hinweise auf bestimmte Dynamiken, die erschwerend wirken können im Hinblick auf das gemeinsame Erkenntnisinteresse. Interpretationsgruppen sind in der Regel kein Raum, der frei ist von Anerkennungswünschen, Konkurrenz und Situationen des Bewährens

und Bewertens. Das hängt in erster Linie mit ihrer Zusammensetzung zusammen, die meist verschiedene Hierarchieebenen beinhaltet und im Falle des konkreten Projektes auch unterschiedliche Institute, Fachrichtungen und Disziplinen. Denn so sehr auch das gemeinsame Erkenntnisinteresse im Vordergrund steht, so wenig ist es möglich, die generellen Dynamiken, die »wettstreitende Deutungen« innerhalb der Wissenschaft (und vor allem zwischen unterschiedlichen Disziplinen und Fachrichtungen) mit sich bringen, keinen Einfluss auf die Kommunikationsprozesse im Interpretationsprozess nehmen zu lassen. Ein gewisser »Qualitätsdruck« (Reichertz 2013) ist im Setting eines Forschungsprojektes, das Ergebnisse erzielen will, mit jeder Aussage/Deutung verbunden.

Das Wissen darum und die (teils große) Erfahrung der Interpretierenden mit Interpretationsgruppen entschärft diese Problematik jedoch zu einem gewissen Grad. Auch der zeitliche Aufwand, der mit ihnen verbunden ist, könnte als Kritikpunkt gewertet werden. Jedoch steht der Gewinn, den der gemeinsame Interpretationsprozess im Hinblick auf das Fallverstehen eröffnet, dem in weit höherem Maße entgegen, da die Qualität der Interpretation, auf der letzten Endes auch große Teile der Ergebnisse der Studie an sich beruhen, maßgeblich auf diesen angewiesen ist. Auch die positive Wirkung in Bezug auf das Fallverstehen aus klinischer Sicht und die damit zusammenhängenden, möglicherweise erweiterten, gewinnbringenden Erkenntnisse in Bezug auf die Behandlung und damit für den Patienten selbst sind in diesem Projekt ein weiterer Nutzen von Interpretationsgruppen.

Zum Weiterlesen

- Meyer, Christian/Meier zu Verl, Christian (2013): Hermeneutische Praxis. Eine ethnomethodologische Rekonstruktion sozialwissenschaftlichen Sinnrekonstruierens. In: sozialer sinn 14, S. 207–234.
- Oth, Constanze (2012): »Und die Katze beißt sich selbst in den Schwanz«. Reflexionen zu Dynamiken einer Interpretationsgruppe. Diplomarbeit. Frankfurt am Main.
- Reichertz, Jo (2013): Gemeinsam interpretieren. Die Gruppeninterpretation als kommunikativer Prozess. Wiesbaden: Springer VS.

5. Methodenfahrplan

1. Erhebungszeitpunkt	2. Erhebungszeitpunkt	3. Erhebungszeitpunkt
Interviews mit Personen des betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM)	Erstgespräch in der Klinik: Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik Dokumentationsmöglichkeiten: • OPD-Protokoll • Visiteprotokolle	Themenzentriertes Interview Retrospektiv: Erlebnisse während des Klinikaufenthaltes (»critical incident«), Deutungen zur Krankheitsursache Prospektiv: Vorstellungen/Vorsätze bezüglich der Zeit nach der Klinik (Reintegration) Prospektiv: Zukunftsvorstellung
Erstgespräch vor der Aufnahme		
Bereitschaft zur Teilnahme durch die Ärzte abklären	→ Aufnahme in die Klinik	→ Reintegration in den Betrieb?
↓	→ Entlassung aus der Klinik	
Dokumentation: • BEM-Transkripte (N = 10)	Supervision der behandelnden Ärzte	Interviews mit Sozialarbeitern der Kliniken
Dokumentation: • Interviewtranskripte (N = 23) • Biographiekurve • Postskripte	Dokumentation: • Liste der verhandelten Themen • Protokolle: Einzel-/Gruppentherapie • Transkripte der Supervisionen (N = 27)	Dokumentation: • Interviewtranskript (N = 15) • Biographiekurve • Reintegrationsprotokolle • Patientenakte • Transkripte der Sozialarbeiter (N = 2) • Postskripte

Gesamtanzahl geführter Interviews = 107

6. OPD-2-Interview

Ute Engelbach

Mit Patienten wird zu Beginn einer stationären Behandlung ein psychodynamisches Interview nach OPD-2 durchgeführt. Die operationalisierte psychodynamische Diagnostik (OPD-2) ist ein im deutschsprachigen Raum erstelltes multiaxiales Diagnostiksystem im Bereich der psychodynamischen Psychotherapie. Sie erfasst neben relevanten Aspekten des Krankheitserlebens, der Krankheitskonzepte und der Veränderungsmotivation im Wesentlichen zentrale psychische Problembereiche des Patienten, die an der Entstehung und Aufrechterhaltung der Symptome beteiligt sind.

Mithilfe operationalisierter Kategorien werden Ratings auf den Achsen »Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen« (I), »Beziehung« (II), »Konflikt« (III) und »Struktur« (IV) vorgenommen. Eine fünfte Achse »Psychische und psychosomatische Störungen« (V) erfasst die Diagnose nach dem internationalen Klassifikationssystem der Krankheiten (ICD-10). Während die Einschätzung auf Achse I klären soll, ob eine psychotherapeutische Behandlung angezeigt ist, erfolgt anhand der Achsen II bis IV eine Fokusformulierung, mithilfe deren eine differenzierte Therapieplanung möglich ist.

Zunächst sollte eine strategische Entscheidung getroffen werden, ob die therapeutische Ausrichtung eher struktur- oder konfliktbezogen oder gemischt sein muss. In einer eher aufdeckend orientierten Konfliktbearbeitung werden die durch Abwehr und Kompromissbildungen verdeckten Möglichkeiten der Bearbeitung zugänglich gemacht. In einer vorrangig strukturorientierten Behandlung liegt es für den Therapeuten je nach Thema nahe, zum Beispiel vermehrt Hilfs-Ich-Funktionen zu übernehmen, sich zum Containing anzubieten, Unterstützung anzubieten, um sich selbst und Beziehungen besser zu regulieren, oder spiegelnd die eigene Wahrnehmung und Emotion zur Verfügung zu stellen.

Die Achse II zielt auf die Erfassung repetitiver dysfunktionaler Beziehungsmuster ab. Hierfür werden den vier Erlebensperspektiven des Patienten (Selbst- und Objektwahrnehmung des Subjekts sowie den konvergierenden Perspektiven des Gegenübers bzw. des Untersuchers) je eine Position in einem Zirkumplexmodell interpersonellen Verhaltens zugeordnet, auf dem interpersonelle Beziehungen als Verhältnis aus den beiden

Dimensionen Interdependenz (Autonomie vs. Kontrolle) und Affiliation (Liebe vs. Aggression) dargestellt sind. Entsprechend den vom Patienten berichteten Beziehungsepisoden und dem vom Interviewer reflektierten Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen kann die Art und Weise, wie der Patient relevante Beziehungen erlebt und sich seinem Erleben folgend anderen gegenüber verhält, rekonstruiert werden.

Auf der Achse III werden sieben symptomatisch gewordene innere Konflikte, die lebensbestimmend und zeitüberdauernd sind, erfasst. Für jeden Konflikt sind ein passiver und ein aktiver Verarbeitungsmodus für unterschiedliche Lebensbereiche, nämlich Herkunftsfamilie, Partnerschaft/Familie, Beruf und Arbeitswelt, Besitz und Geld, soziales Umfeld, Körper/Sexualität, Erkrankung, ausformuliert. Eine einseitige rigide Betonung eines der beiden Modi kann auf eine konflikthafte Verarbeitung hinweisen. Je mehr Lebensbereiche ein Konflikt berührt, als desto bedeutsamer wird er bei der OPD-Diagnostik eingeschätzt. Die sieben Konflikte lauten:

- Individuation vs. Abhängigkeit: Selbstständigkeit in Beziehungen ist von existenzieller Bedeutung. Emotionale Unabhängigkeit und Unterdrückung der Wünsche nach Nähe und Bindung dominieren im aktiven Modus, während enge dauerhafte Beziehungen (fast) um jeden Preis und symbiotische Nähe den passiven Modus des Konfliktes charakterisieren.
- Unterwerfung vs. Kontrolle: Das zentrale Motiv ist, den anderen zu dominieren oder sich dem anderen unterzuordnen. Im aktiven Modus sind aggressives Dominanzstreben und trotztige Aggressivität, im passiven eine passiv-aggressive Unterwerfung und untergründig spürbare Verärgerung bei gefügigem Verhalten beobachtbar.
- Versorgung vs. Autarkie: Beziehungen sind von Wünschen nach Versorgung und Geborgenheit bzw. deren Abwehr geprägt. Im passiven Modus führt dies zu anklammerndem Verhalten, Angst, den anderen zu verlieren, im aktiven Modus besteht gewissermaßen eine altruistische Grundhaltung. Es überwiegen Selbstgenügsamkeit, Bescheidenheit und anspruchsloser Verzicht.
- Selbstwertkonflikt: Die kompensatorischen Anstrengungen zur Anerkennung des Selbstwerts dominieren das Erleben im aktiven Modus zur Aufrechterhaltung des ständig bedrohten Selbstwertgefühls. Das

Selbstwertgefühl erscheint im passiven Modus – auch so erlebt – wie eingebrochen.

- **Schuldkonflikt:** Schuld wird über ein angemessenes Maß sich oder den anderen aufgebürdet. Das führt im passiven Modus zur Neigung zu Selbstvorwürfen, schneller Übernahme von Verantwortung, Selbstbestrafung. Im aktiven Modus fehlt jegliche Form von Schuldgefühlen, Schuld wird externalisiert, Schuldgefühle werden auf andere abgewälzt, es existiert eine geringe Bereitschaft, eigene Verantwortung anzuerkennen.
- **Ödipaler Konflikt:** Zentrales Motiv ist, die Aufmerksamkeit und Anerkennung als Mann oder Frau zu gewinnen. Erotik und Sexualität fehlen im passiven Modus in der Wahrnehmung, Kommunikation und im Affekt oder bestimmen im aktiven Modus alle Lebensbereiche.
- **Identitätskonflikt:** Gefühl des dauerhaften oder wiederkehrenden Identitätsmangels. Im aktiven Modus Vermeidung des Gewährwerdens des Identitätsmangels bis zum Beispiel zur Konstruktion eines Familienromans oder einer phantasierten Abstammung, im passiven Modus Annahme des dauerhaften Identitätsmangels.

Die Achse IV beschreibt die Struktur, das heißt die funktionale Beziehung des Selbst zu den Objekten, auf vier Dimensionen, innerhalb deren jeweils zwischen dem Bezug zum Selbst und zu den Objekten unterschieden wird. Das Strukturniveau schätzt die Verfügbarkeit psychischer Funktionen zur Regulierung des Selbst und seiner Beziehung zu inneren und äußeren Objekten ein.

- **Selbst- und Objektwahrnehmung:** Fähigkeit, sich selbstreflexiv wahrzunehmen mit den Unterdimensionen Selbstreflexion, Affektdifferenzierung und Identität sowie die Fähigkeit, andere ganzheitlich und realistisch wahrzunehmen, wie auch Selbst-Objekt-Differenzierung, das heißt eigene Gedanken, Bedürfnisse und Impulse von denen anderer zu unterscheiden.
- **Selbstregulierung und Regulierung des Objektbezugs:** Fähigkeit, eigene Impulse zu steuern, Affekte und Selbstwert zu regulieren sowie die Fähigkeit, den Bezug zum anderen regulieren zu können in der Form, Beziehungen vor eigenen störenden Impulsen schützen, Interessen in Beziehungen ausgleichen und die Reaktion des anderen antizipieren zu können.

- Emotionale Kommunikation nach innen und nach außen: Fähigkeit zur inneren Kommunikation mittels Affekten, Phantasien und Körpererleben sowie die Fähigkeit zur Kommunikation mit anderen, das heißt zur Kontaktaufnahme, Mitteilung von Affekten und Empathiefähigkeit.
- Bindung an innere und äußere Objekte: Fähigkeit, Objekte zu internalisieren und gute innere Objekte zur Selbstregulierung zu nutzen, variable innere Bilder entstehen zu lassen sowie Hilfe anzunehmen, sich zu binden oder Bindungen zu lösen.

Es gibt jeweils vier Integrationsniveaus der psychischen Struktur, die von gut integriert bis desintegriert abgestuft sind. Einem Menschen mit einer gut integrierten psychischen Struktur steht ein psychischer Innenraum zur Verfügung, in dem intrapsychische Konflikte ausgetragen werden können. Bei mäßig integriertem Strukturniveau ist die Verfügbarkeit über intrapsychisch und interpersonell regulierende Funktionen auch prinzipiell erhalten, zugleich allerdings situativ reduziert. Diese regulierenden Funktionen sind bei gering integriertem Strukturniveau entweder dauerhaft im Sinne eines Entwicklungsdefizits oder wiederholt im Zusammenhang mit Belastungssituationen deutlich reduziert verfügbar, während bei desintegriertem Strukturniveau keine kohärente Selbststruktur mehr ausgebildet ist, bei Belastungen besteht die Gefahr der Desintegration oder Fragmentierung.

Die Ratings erfolgen auf der Basis halbstrukturierter Interviews, die mit Video aufgezeichnet werden. Ratings mittels OPD-2 auf der Basis semistrukturierter videographierter Interviews zeigen insgesamt befriedigende Gütekriterien.

Zum Weiterlesen

- Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (2006): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Bern: Hans Huber.
- Dahlbender, Reiner W./Tritt, Karin (2011): Einführung in die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD). In: Psychotherapie 16, H. 1, S. 28–39.

7. Postskripte und Transkripte

Rolf Haubl

Es ist nicht ganz unvermeidlich, dass Interviewer und Interviewter, während sie miteinander sprechen, Gefühle, Gedanken und Handlungsbereitschaften entwickeln, die den Gesprächsverlauf beeinflussen, ohne dass sie direkt am Transkript ablesbar wären, weil es innere Prozesse sind. Dazu gehört auch, welche Bilder sich die Interviewpartner voneinander machen. Postskripte (auch: Feldprotokolle) sind Beschreibungen, die nach einem Interview angefertigt werden. In ihnen wird zum einen festgehalten, in welchem raum-zeitlichen Setting das Interview stattgefunden und wie dieses womöglich Einfluss auf dessen Form und Inhalt genommen hat. Zum anderen geben die Interviewpartner Einblick in ihr Erleben. In der Regel legen nur die Interviewer ein solches Postskript an, wobei aber nichts dagegen spräche, auch Interviewte um einen solchen Bericht zu bitten.

Ein Rückgriff auf Postskripte kann in der Auswertungsphase helfen, Interpretationsansätze abzusichern oder zu verwerfen. Im Fokus steht dabei die Qualität der Beziehung zwischen den Gesprächspartnern, einschließlich Verständigungskrisen, die eingetreten und (nicht) bewältigt sind. Damit wird der Einsicht entsprochen, dass das, was in einem qualitativen Interview gesagt wird, immer auch von der (aktuellen) Beziehung derer abhängt, die einander begegnen und sich mehr oder weniger aufeinander einlassen.

Wenn von qualitativen Interviews Audiomitschnitte angefertigt und dann transkribiert werden, reduziert sich die vollsinnliche Begegnung zwischen einem Interviewer und seinem Interviewpartner auf den Austausch verschrifteter Worte. Zwar erlaubt es eine Transkription, die streng dem Wörtlichkeitsprinzip folgt und alles notiert, was in irgendeiner Weise geäußert wird, auch individuelle mikroskopische Eigentümlichkeiten von Äußerungen – zum Beispiel fließendes oder stockendes Sprechen – abzubilden, etwa um Emotionen einzufangen, eine Reduktion bleibt es allemal. Hilfreich können zwar auch Kommentare – wie zum Beispiel (flüstert) – sein, die eingestreut werden, ohne dass sich dadurch an dem grundsätzlichen Problem etwas ändert.

Bei der Arbeit mit Transkripten wird aus dem Hörer des gesprochenen Wortes ein Leser des geschriebenen Wortes, der sich beim Lesen vorstellt,

wie das, was er liest, klingt. Zwar kann der Leser bei kritischen Passagen in die Audioaufzeichnung hineinhören, um sich eines Eindrucks zu versichern, in praktischer Hinsicht sind die Möglichkeiten aber begrenzt.

Zum Weiterlesen

Dittmar, Norbert (2009): Transkription. Wiesbaden: Springer.

8. Qualitative Interviews mit den Patienten

Alina Brehm und Simone Rassmann

Mit den Patienten wurden zu drei Erhebungszeitpunkten qualitative Interviews geführt. Diese beinhalteten sowohl biographisch-narrative als auch thematisch fokussierte Elemente, je nach Erhebungszeitpunkt mit unterschiedlicher Gewichtung. Im Gegensatz zum klassischen narrativen Interview waren Erzähl- und Nachfrageteil nicht strikt voneinander getrennt. Die Gesprächssituation war eher dialogisch angelegt und zielte trotz einer gewissen Offenheit auf spezifische Zeitabschnitte und Themenschwerpunkte ab.

Das erste Interview dauerte durchschnittlich zwei Stunden und war am offensten angelegt, da es sich auf die bisherige Lebensgeschichte (mit besonderem Augenmerk auf Erwerbsarbeit) bis zum Zeitpunkt des Beginns der Therapie in der Klinik bezog. Im zweiten Interview, das durchschnittlich eine Stunde dauerte, standen vor allem thematisch fokussierte Fragen zu Erfahrungen in der Therapie im Mittelpunkt. Eher prospektiv ausgerichtet war das dritte und letzte Interview, das einige Zeit nach dem Klinikaufenthalt stattfand und vor allem die Erfahrungen seit dem Klinikaufenthalt sowie Zukunftsgedanken beinhaltete.

Die aufgezeichneten Interviews wurden transkribiert und in anonymisierter Form dem übrigen Teil der Forschungsgruppe für ihre je individuelle sowie gemeinsame Interpretation zugänglich gemacht.

Biographisch orientierte Interviews sind vor dem Hintergrund einer gemeinsamen soziologischen und psychoanalytischen Betrachtungsweise geeignet für die qualitative Sozialforschung mit psychosomatisch erkrankten Menschen. Dies deshalb, weil hierbei psychosomatische Krankheit als »komplettierendes Element einer Lebensgeschichte« verstanden werden

kann. Das Symptom kann also nur in seiner Eingebundenheit in die Gesamtheit der Biographie (und hier im Speziellen die Aspekte, die etwas mit Erwerbsarbeit zu tun haben), nach der bei dieser Art des Interviews gefragt wird, verstanden werden.

In unserem Projekt wurden die Interviewer von den Patienten unterschiedlich adressiert. So wurden sie nicht nur als Sozialforscher wahrgenommen, sondern von einigen auch als therapeutisch Arbeitende, die nämlich zuhören und interessiert nachfragen zu sehr persönlichen Themen, wie der Familie und der eigenen Biographie. Zudem gab es auch Interviewte, die den Interviewern anscheinend ein fast ausschließliches Interesse an der Erwerbsarbeit unterstellten und sich in ihrer Erzählung auf das Berufsleben fokussierten. Vor dem Hintergrund der biographisch-narrativen Elemente des Interviews ist dies nicht verwunderlich, da es in solchen Settings häufig zu dieser Art von Rollenzuschreibungen kommt (Rosenthal 2011). Bemerkenswert war jedoch die Veränderung der Interviewdynamik vom ersten bis zum dritten Interview hinsichtlich der Übertragungs- und Gegenübertragungsdynamik durch den voranschreitenden Beziehungsaufbau über die Zeit hinweg. Hierbei ist zudem äußerst wichtig, wie das Interview- und Forschungsinteresse den Interviewten vermittelt wird. Die Interviewer haben aufgrund ihrer persönlichen Vorerfahrungen und ihrer unterschiedlichen fachlichen Prägung spezifische Zugänge und Übertragungen (von Gefühlen, Erwartungen, Wünschen), die in die spätere Interpretation miteinbezogen und reflektiert wurden.

In der Interviewdynamik zeigten sich teilweise die einzelnen Krankheitssymptome der Interviewten. So musste ein Interview bewusst kurz gehalten werden, weil der Interviewpartner durch motorische Störungen stark körperlich geschwächt war. Auch die Orientierungslosigkeit eines Patienten wurde in der Interviewsituation deutlich erkennbar, da er selber nicht dazu in der Lage zu sein schien, eigene Erklärungen zu finden, sondern jeden Gedanken des Interviewers dazu bereitwillig annahm.

Der Fragestil der Interviews war nicht konfrontativ oder direktiv angelegt. Trotzdem kam es bei den Interviewern teilweise in der Gegenübertragung zu einem Anzweifeln der Erzählungen der psychisch erkrankten Menschen. Deshalb ist besonders zu betonen, dass alle Aussagen aus den Interviews subjektive Wahrnehmungen und Interpretationen der Interviewten sind. Daher geht es bei der Analyse der Interviews nicht darum, den Wahrheitsgehalt bzw. die Glaubwürdigkeit der Erzählungen zu über-

prüfen. Die Darstellung der eigenen Lebensgeschichte und des subjektiv empfundenen Leids wird als solches ernst genommen. Denn auch der Eindruck, etwas nicht der Wahrheit Entsprechendes erzählt zu bekommen, kann auf eine Abwehr gegen das Anerkennen der gegebenenfalls schmerzlichen Lebensrealität der Patienten hinweisen.

Zum Weiterlesen

- Hopf, Christel (2012): Qualitative Interviews – ein Überblick. In: Flick, Uwe (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 9. Auflage, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch-Verlag, S. 349–360.
- Rosenthal, Gabriele (2011): Interpretative Sozialforschung. In der Reihe: Grundlagentexte Soziologie. Hrsg. Hurrelmann, Klaus, aktualisierte und ergänzte 3. Auflage, Weinheim, München: Juventa.
- Schütze, Fritz (1983): Biographieforschung und narratives Interview. In: Neue Praxis 13, H. 3, S. 283–293.

9. Supervision

Rolf Haubl

Integraler Bestandteil des Forschungsprozesses ist ein Supervisionsangebot für die ärztlichen Psychotherapeuten, die unsere Studienpatienten im Rahmen von deren stationärem oder teilstationärem Klinikaufenthalt behandelt haben.

Jeder Therapeut hat mindestens eine Supervisionssitzung pro Studienpatient erhalten, bei angemeldetem Bedarf auch zwei. Bis auf wenige, pragmatisch bedingte Ausnahmen sind alle Therapeuten von demselben Supervisor supervidiert worden. Dadurch erhielt dieser einen guten Überblick über inter-individuelle Unterschiede im therapeutischen Selbstverständnis der Therapeuten, abhängig von Alter, Geschlecht und Ausbildungsstatus. Da manche Therapeuten mit mehreren Studienpatienten vertreten sind, konnte der Supervisor auch unterschiedliche »Passungen« von Therapeut und Patient beschreiben.

Von »Supervision« zu sprechen hat bei einigen Therapeuten die Phantasie hervorgerufen, ihre Arbeit werde durch die »Wissenschaftler« des Projek-

tes evaluiert, weil ja bekannt war, dass wir vermuten, arbeitsbezogene psychische Belastungen kämen in der Klinik zu selten oder nur unangemessen zur Sprache. Um diese Phantasie nicht zu befördern, haben wir bald eine treffendere Bezeichnung gewählt: Die gut einstündigen Gespräche »Experteninterview« zu nennen und sie auch dementsprechend zu führen hat die Situation merklich entspannt.

Der »Supervisor« ist zwar ein festes Mitglied der Forschungsgruppe, kennt aber die Interviews mit den Patienten nicht und hat auch nicht an den Interpretationsgruppen teilgenommen, in denen die einzelnen »Fälle« diskutiert worden sind. Das heißt: Er begegnete den Behandlungsberichten der Therapeuten so unvoreingenommen wie möglich, sodass deren eigene Relevanzen leitend werden konnten.

Wiederkehrende Themenschwerpunkte waren:

- Welche Ziele verfolgt der Therapeut für den Aufenthalt des Patienten in der Klinik? – im Vergleich mit den Zielen, die der Patient in den Interviews mit ihnen nennt.
- Welche Bedeutung schreibt der Therapeut den Arbeitsbelastungen des Patienten als Ursache für dessen »Erkrankung« zu? – im Vergleich mit der Bedeutung, die der Patient ihnen zuschreibt.
- Mit welcher Haltung und mit welchen Interventionen begegnet der Therapeut seinem Patienten, und für wie therapeutisch erfolgreich erachtet er diesen Zugang? – im Vergleich mit dem, was der Patient in den Interviews als erfolgreich angibt?

Darüber hinaus wird der Therapeut gebeten, den fokussierten Patienten mit anderen Patienten zu vergleichen, die er aktuell behandelt bzw. früher behandelt hat. Worin sieht er signifikante Ähnlichkeiten, worin signifikante Unterschiede? Nimmt er typische Belastungsursachen und Bewältigungsverläufe wahr?

Der »Supervisor« war auch gehalten, in den Gesprächen die Arbeitsbedingungen der Therapeuten zu thematisieren, zuzüglich ihrer Beobachtungen, dass und wie sich die beiden Kliniken, die an der Untersuchung teilgenommen haben, darin unterscheiden. Seine Organisationsbeobachtungen hat der »Supervisor« protokollarisch festgehalten, um sie gegebenenfalls auszuwerten. Eine systematische Auswertung hat allerdings bisher

nicht stattgefunden, gelegentlich sind diese Daten aber genutzt worden, um einen (atmosphärischen) Eindruck von der (differenziellen) Organisationskultur zu erhalten, die in beiden Kliniken besteht.

Auch wenn gelegentlich diagnostische Fragen in den Gesprächen mit den Therapeuten verhandelt worden sind, war nie an eine klinische Supervision gedacht, weshalb der ausgewählte »Supervisor« seiner Profession nach auch kein Kliniker, sondern Sozialwissenschaftler ist. So wie sich die Forschungsgruppe für eine interdisziplinäre bzw. interprofessionelle Zusammensetzung entschieden hat, so sollte auch die disziplinäre bzw. professionelle Differenz erkenntnisproduktiv gemacht werden. Wenn die Therapeuten in den »Experteninterviews« auf einen Sozialwissenschaftler und dessen Fragen treffen, würden sie, jedenfalls war das die Vorannahme, gehalten sein, ihre klinischen Selbstverständlichkeiten zu explizieren. Ein Moment wechselseitiger »Fremdheit« haben wir dafür als hilfreich erachtet.

Parallel dazu haben die Patienteninterviewer immer auch den interviewten Patienten gegenüber betont, dass sie keine Kliniker sind. Ob die in Anspruch genommene Differenz tatsächlich gegriffen hat, ist nicht sicher. Patienten haben ihre Interviewer als Personen adressiert, die sich mit ihren gesundheitlichen Beeinträchtigungen auskennen. Des Öfteren haben die Patienteninterviewer diese Rolle auch übernommen. Desgleichen ist es in den »Experteninterviews« nicht ausgeblieben, dass die Rollen wechselten, wobei der »Supervisor« das eine oder andere Mal der Versuchung nachgegeben hat, sich dem interviewten Therapeuten gegenüber als der »bessere« Kliniker darzustellen.

Zum Weiterlesen

Gotthardt-Lorenz, Angela/Hausinger, Brigitte/Sauer, Joachim (2017): Die supervisorische Forschungskompetenz. In: Pühl, Harald (Hrsg.): Das aktuelle Handbuch der Supervision. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 362–381.

