

Die Psychiatrische Tagesklinik als spezifisches therapeutisches Setting Oder: Tageskliniken auf Identitätssuche

Matthias Krüger, Hans Joachim Schmitz

Der Artikel möchte einen Beitrag zur Frage des Selbstverständnisses tagesklinischer Behandlung leisten; er möchte die im Gang befindliche Diskussion durch die Einführung eines Modells anregen, das das »was therapeutisch in der Tagesklinik geschieht« unter Umgehung schul-, berufsgruppen- und psychiatrie-ideologischer Vorfestlegungen beschreibbar macht. Aus ihm werden Thesen zur tagesklinischen Behandlung abgeleitet.

Im Jahre 2003 wurde die DATPPP, die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Tageskliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, gegründet. Ziel der DATPPP war und ist es, für das relativ »junge« Behandlungssetting »Tagesklinik« eine Plattform für professionellen Austausch, für gemeinsame Interessenfindung, -formulierung und -vertretung zu schaffen und damit das Entwickeln einer »tagesklinischen Identität« zu fördern.

Die »Identitäts-Frage« zog sich als roter Faden durch die bisher stattgefundenen DATPPP-Tagungen (Wuppertal und Karlsruhe 2004, Hannover 2005, Halle 2006) [1].

Die unzureichend ausgeprägte und unklare Identität mag daher rühren, dass Tageskliniken lange Zeit jeweils zu sehr Kinder ihrer »Mütter- und Väter-Häuser« geblieben und weitgehend deren Selbstbeschreibungen und Positionierungen übernommen haben. Auf das Entwickeln einer eigenen haben sie verzichtet, weil offenbar dazu keine Notwendigkeit gesehen wurde und »die Tagesklinik vor Ort« auch ohne künstliche Selbstdefinition in die jeweilige Behandlungslandschaft gepasst hat bzw. sich in diese integriert hat.

Das erklärt zum einen die »Buntheit« der tagesklinischen Szene an den verschiedenen Orten, zum anderen ihre Profil- und Identitätsarmut als spezielles Behandlungsformat [2, 3].

Denn je nachdem, unter welcher Trägerschaft, wer mit welchem Wertehintergrund, mit welchem Gründungsteam, in welcher psychiatrieideologischen Ära welches Tagesklinik-Pflänzchen gesetzt hatte, blühte Unterschiedliches auf: die einen wie »verlängerte Werkbänke« der vollstationären Mutterklinik, die anderen wie autonome Therapieeinrichtungen, die ihre Klienten eher aus dem »ambulanten Psychomarkt« rekrutieren; die einen eher sozialpsychiatrisch-versorgend, die anderen eher therapeutisch-impulsgebend (so gäbe es noch mehrere Dimensionen, auf denen sich die einzelnen Tageskliniken voneinander unterscheiden). Entsprechend diesem Facettenreichtum wird nun gestritten, wo denn »der richtige Platz« der Tageskliniken vermeintlich sein soll [4].

Die Gründung der DATPPP zeigt, dass bei den tagesklinischen Akteuren ein Bedürfnis nach »Selbstverortung und Selbstdefinition« gegeben ist – zum einen was den »Platz in der psychiatrischen Versorgungslandschaft angeht«, mehr aber noch was die Frage nach den spezifisch tagesklinischen Wirkfaktoren angeht. Man möchte klarer verstehen und kommunizieren können, was man »therapeutisch tut« und in was sich dieses vom therapeutischen Tun in anderen Behandlungssettings unterscheidet.

Damit möchten sich die Tageskliniken in ihrer »Wirkungsspezifität« gegenüber den beiden »klassischen« Formaten »stationär« und »ambulant« abgrenzen; sie möchten ihre spezifische therapeutische Kraft klarer benennen und damit auch spezifischer, im Sinne einer klareren Indikationsstellung, »zum Wohle des Patienten und in Beachtung des Gebots der Wirtschaftlichkeit« einsetzen zu können. Gelingt das Herausarbeiten der »Tagesklinik-Spezifität« nicht, ist die Indikationsstellung simpel und Tageskliniken werden nicht mehr gebraucht: bei Vorliegen von Selbst- oder Fremdgefährdung (und damit der Notwendigkeit, »Kontrolle und Fürsorge« auszuüben) werden Patienten auf einer Krisenstation, in allen anderen Fällen (mit dem Fokus auf »Therapie«) mit dem inzwischen facettenreichen ambulanten Therapieinstrumentarium behandelt.

Mit den hier formulierten Überlegungen soll, aufbauend auf dem in den erwähnten DATPPP-Tagungen Erarbeiteten, ein Beitrag zu dieser Frage »Was macht Tagesklinik aus und was ist das Wirksame daran?« geleistet und die Diskussion dazu weiter angeregt werden.

Wir bemühen uns dabei, nicht in diskussionslähmende Abgrenzungen und Verhärtungen zu geraten. Diese ergeben sich in unserem Feld häufig, wenn zu naheliegenden »Brillen« gegriffen wird, die zu interesselgeleiteten und damit eingegrenzten Wahrnehmungen und Deutungen führen:

- die berufsspezifische Brille,
- die schulenspezifische Brille,
- und schließlich
- die psychiatrieideologische Brille.

Unseres Erachtens bietet das hier vorgestellte heuristische Modell (auf der Grundlage des morphologischen Ansatzes von Wilhelm Salber [5]) eine Chance, diese »Brillen« zu umgehen und damit die Diskussion zum Selbstverständnis tagesklinischer Behandlung eher weiter als enger zu machen.

Tagesklinische Behandlung als

»Kultivierungsprozess im dreidimensionalen Raum«

»Tagesklinische Behandlung« als besondere Form therapeutischen Handelns lässt den Patienten in Kontakt mit basalen psychischen Prozessen kommen; die Tagesklinik wird u. E. deshalb zu einem therapeutisch sehr dichten und effektiven Ort, weil dieses »In-Kontakt-Kommen« dort sehr »individuell« variabel dosier- und in seinen Wirkungen reflektierbar ist.

Die »basalen Prozesse« lassen sich in drei Dimensionen einordnen:

- Halten versus Trennen
- Strukturieren/Reflektieren versus Tun/Handeln, und schließlich
- Begrenzen versus Erweitern

Dieses Modell lässt weiterführende therapeutische und konzeptionelle Ideen und Fragen entstehen: So zum Beispiel ...

- ... welche Dynamiken und »Wanderungsbewegungen« innerhalb eines therapeutischen Prozesses beim jeweiligen Patienten zu beobachten sind (welche Dimensionen haben in welcher Therapiephase welche Relevanz?, welche dimensionalen Bewegungen zeigen sich bei mehr oder weniger gelingenden Therapieprozessen?)
- ... welche »Positionen« in diesem dreidimensionalen Raum von verschiedenen Mitarbeitern »gut besetzt« sind und welche vakant bleiben, was wiederum Folgen für bestimmte Patienten nach sich zieht (z. B. liefert die Klinik genug »Halt«, um Sicherheit zu vermitteln, lebt sie zu wenig »Trennung«, was sich in sehr langen Verweildauern und »Chronifizierungstendenzen« bemerkbar macht?)
- ... wie sich eine Tagesklinik als Ganzes »positioniert« und sich bewusst für das »Gehen auf eine bestimmte Seite« entscheidet und andere Positionen nicht oder schwächer besetzt und damit eventuell eine bestimmte Klientel mehr bedient und »anlockt« und eine andere fernhält (ohne dies explizit zu wollen oder zu formulieren); und schließlich,
- ... was das »Spezifische« an tagesklinischer Behandlung in Abgrenzung zu ambulanter und vollstationärer Therapie darstellt, wenn man diesen dreidimensionalen Raum als Ordnungsschema zugrunde legt.

Die »Verortung« der tagesklinischen Behandlungskomponenten

Im Folgenden soll der Frage nachgegangen werden, wie »das, was in der Tagesklinik an therapeutischen Prozessen geschieht«, anhand der skizzierten Dimensionen bzw. deren Pole eingeordnet werden kann.

Die Dimension »Halten versus Trennen« im tagesklinischen Behandlungsprozess

»Halten« findet dort statt, wo es um den Aufbau und das Pflegen vertrauensvoller Beziehungen geht, sowohl zu den Therapeuten als auch zu den Mitpatienten. »Halten« benötigt, damit es als Wikkfaktor entstehen kann, Kontinuität und Zeit; daher erscheint es auch sinnvoll, dass in den meisten Ta-

geskliniken mit Bezugstherapeutesystemen gearbeitet wird, die diese Kontinuität im Beziehungsaufbau möglich machen. Auch die mehrmonatige Behandlungszeit steht sozusagen im Dienste des »Haltens«: Patienten benötigen die Zeit, um anzukommen, sich einzulassen, Vertrauen zu finden, um damit innerpsychisch die Voraussetzungen zu schaffen und das heißt konkret, »den nötigen Mut aufzubringen«, um sich wieder trennen zu können: von der Klinik, den alten Gewohnheiten, den Symptomen, eventuell den alten Lebensentwürfen und vielem mehr. Ohne ein vorhergehendes Halten scheint ein konstruktives Trennen in diesem erweiterten Sinne nicht zu gelingen.

In diesem Sinne steckt im »Halten« das, was dem Patienten Sicherheit vermittelt; dazu gehört auch das Annehmen seiner Symptomatik, seines »So-Seins«, seiner »Störung«; im »Trennen« steckt das Ermutigen zur Veränderung, zum Experimentieren mit »neuen Denk-, Fühl- und Verhaltensmustern«.

Konkret vollzieht sich das Hin- und Hergehen auf dieser Dimension täglich mit dem »In-die-Klinik-Kommen« (sich trennen von zu Hause) und dem »Wieder-nach-Hause-Gehen« (sich Trennen von der Klinik); damit ist die Tagesklinik bereits von den Settingbedingungen ein Ort, auf dem das Sich-Bewegen und Verorten auf dieser Dimension »geübt« wird; Patienten, die ausschließlich den einen Pol der Dimension brauchen, sind mit der Tagesklinik nicht angemessen »bedient«.

Tageskliniktypisch scheint zu sein, dass ein sehr flexibles »Dosieren« des jeweils wirksamsten Mischverhältnisses zwischen Halten und Trennen, zwischen (im analytischen Dialekt) regressiven und progressiven Elementen bzw. zwischen (im verhaltenstherapeutischen Dialekt) validierendem Annehmen und konfrontierendem Fordern möglich scheint.

Die Dimension »Strukturieren/Reflektieren

versus Tun/Handeln« im tagesklinischen Behandlungsprozess

Im Tun/Handeln entsteht über die Erlebnisse und über die Inhalte des Er- und Durchlebten das »Futter« für die vielgestaltigen reflexiven Prozesse, die wiederum Einfluss auf das weitere Tun/Handeln nehmen.

Strukturieren/Reflektieren geschieht überall dort, wo »darüber nachgedacht wird ...«, wo »es von einer anderen Seite angeschaut wird ...«, wo »ausgewertet wird ...« etc. Darunter fallen alle Formen von Gesprächen (Einzelgespräche mit den Bezugstherapeuten, aber auch patienteninterne »Nachbesprechungen« im Raucherzimmer oder während des Ausflugs; Teamgespräche, Supervisionen, Reflecting Teams); darunter fallen auch »stille Zeiten«, in denen der Patient »ob er will oder nicht« vom Geschehenen vereinnahmt ist und es innerlich Revue passieren lässt, sich »ständig innerlich neu organisiert« und das neue »integriert« (»In-Formation«).

Auf der Seite des »Tun/Handeln« ereignet sich Leben und Erleben konkret (Alltag, erlebnisbasierte Gruppen wie Tanz-, Bewegungs-, Ergo-, Kunst-, Arbeitstherapie, Belastungsprobung am Arbeitsplatz, Expositionstrainings, »Hausaufgaben«).

Tageskliniktypisch erscheint das intensive Verwobensein von »Tun« und »Reflexion«; das erklärt sich aus dem alltäglichen »wirklichen Leben« zu Hause (was das »Tun« repräsentiert) und der Möglichkeit, das dort Erfahrene in den unterschiedlichsten »Reflexionsorten« (Gruppe, Einzelgespräch, Wochenblatt-Protokoll ...) zum Thema zu machen.

Zum Zweiten erklärt sich das intensive Verwobensein über die therapeutische Beziehungskontinuität: durch fehlende Nachtdienste und eine oftmals parallele Tages- und Wochenstrukturierung von Patient und Bezugstherapeut, ergibt sich eine Begleitung und ein »Gemeinsam am Prozess beteiligt Sein«, das dem Patienten zum einen mehr »Therapeutenzeit« bietet und ihn durch die Beziehungskontinuität und die entstehende Vertrautheit diese auch mehr nutzen lässt.

Die Dimension »Begrenzen versus Erweitern«

»Begrenzen« zeigt sich in der Tagesklinik auf vielen Ebenen: der Aufenthalt ist zeitlich begrenzt, die Tageskliniköffnungszeiten sind begrenzt, es gilt ein Regelwerk für das, was »okay ist und das, was nicht mehr okay ist«; die »Wahlmöglichkeiten« bezüglich der Gruppenangebote, der Therapieverfahren, der Therapiemöglichkeiten, der »Beziehungsangebote«, wie sie in Form der verschiedenen Mitarbeiter und deren jeweiligem Reagieren gegeben sind.

Auf diese Weise werden in der tagesklinischen Behandlung an vielen Punkten gegenüber dem Patienten Begrenzungen markiert mit der Einladung, diese Grenzen anzuerkennen und innerhalb des so definierten Möglichkeitsraumes, das Mögliche zu nutzen. Die Grenzen als solche, aber auch das Ringen um die Grenzen intensiviert die Prozesse. Auch das Team hat um das Regelwerk immer wieder aufs Neue zu ringen und zu prüfen, ob es so für das Gelingen des »gemeinsamen Auftrags« angemessen komponiert ist – zu rigide oder zu unverbindlich? Auf der einen Seite (um den rigiden Pol argumentativ zu stützen) bezieht ein Fußballspiel seine Dynamik aufgrund der Strenge und Enge des Regelwerks; auf die Tagesklinikkonzeption übertragen, wäre in diesem Sinne zu bedenken, dass das »Optional-Setzen« von Gruppenteilnahmen, Dynamik aus der Gruppe und der »therapeutischen Gemeinschaft« nimmt. Auf der anderen Seite stärkt das »Auswählen« und Zusammenstellen des eigenen therapeutischen Wochenplans die Selbstverantwortung und wohl auch das Ausmaß an engagiertem »Sich-Einbringen« des Patienten [6]. Patienten und Team müssen, sowohl im Dialog als auch »für sich«, um den jeweils »besten Platz« auf dieser Dimension Begrenzen/Erweitern« kontinuierlich ringen.

Begrenzungen werden auch von den Mitarbeitern erfahren; auch in deren Tätigkeitsfeld gibt es diese Grenzen und Regularien, die das »Okay und Nicht-Okay« markieren und beschreiben.

Das »Erweitern« kommt zum Tragen, wenn der Möglichkeitsraum ausgelotet und vergrößert wird: (therapeutische und alltagsweltliche) Impulse ermöglichen »eine neue Sichtweise«

und lassen etwas »mit anderen Augen« sehen und entsprechend anders reagieren.

Tagesklinik-typisch scheint zu sein, dass über den Möglichkeitsraum der Behandlung mehr debattiert wird, dass er dadurch auch tendenziell wächst und sich dynamischer verändert als in vollstationären klinischen Settings: »man kann über vieles reden« in der Tagesklinik, sowohl was den Möglichkeitsraum des Patienten als auch den des Mitarbeiters betrifft.

Diese tageskliniktypische »Verhandlungs-Kultur« ist somit bezüglich dieser Dimension eher auf der Seite des »Erweiterns« angesiedelt, gegenüber der (dort vielleicht eher angemessenen) »Verordnungskultur«, wie sie in vollstationären Settings anzutreffen ist.

Welche Thesen zur tagesklinischen Behandlung lassen sich aus diesem Modell ableiten?

These 1: Aufgrund der vielgestaltigen Anliegen, die an die Tagesklinik als Institution herangetragen werden, muss sie konzeptionell und personell den dreidimensionalen Raum möglichst in der ganzen Breite abdecken:

Psychiatrische Tageskliniken haben es im Wesentlichen mit der Bearbeitung folgender an sie gerichteter Anliegen zu tun:

- Die Menschen beschreiben sich oder werden beschrieben als unter einer psychiatrische/psychosomatische Erkrankung leidend, die behandelt werden soll;
- sie erleben sich in einer (Lebens-)Krise, bei deren Bewältigung sie unterstützt werden möchten;
- sie erhoffen sich Impulse zur Persönlichkeitsentwicklung;
- sie wünschen sich (oder werden dazu gedrängt), ihre Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit zu trainieren und zu überprüfen.
- Und schließlich erhoffen sie sich Regeneration.

Diese unterschiedlichen und sich im Laufe eines Aufenthalts verändernden Aufträge und Anliegen bilden Orte in diesem dreidimensionalen Raum zwischen »Trennen vs. Halten«, zwischen »Strukturieren/Reflektieren vs. Tun« und schließlich zwischen »Erweitern vs. Begrenzen«: so lässt sich beispielsweise die »Behandlung einer psychiatrischen Erkrankung« jeweils mehr auf der Seite des »Haltens«, des »Begrenzens« und auf der Dimension »Strukturieren/Reflektieren vs. Tun/Handeln« in der Mitte vermuten; das Anliegen »Impulsgebung zur Persönlichkeitsentwicklung« auf der Dimension »Halten vs. Trennen« in der Mitte, dann eher auf der Seite der »Erweiterung« und auf der Seite des »Tuns«.

Auch jede therapeutische Intervention lässt sich in diesem dreidimensionalen Raum verorten: das gemeinsame Frühstück als eher haltend, auf der Mitte zwischen Strukturieren/Reflektieren vs. Tun und schließlich eher auf der begrenzenden als der erweiternden Seite; die kunsttherapeutische Gruppe auf der Dimension 1 und 2 eher in der Mitte, auf der Dimension »Begrenzen vs. Erweitern« eher auf der Seite des Erweiterns.

Die Tagesklinik als Institution sollte, wenn sie den Anspruch hat, möglichst einem breiten Patienten- und Anliegenspektrum gerecht zu werden, dafür Sorge tragen, dass im Wochenplan alle Dimensionen möglichst breit repräsentiert sind.

Analoges gilt für die Mitarbeiter: Zum einen sollten sie als Personen an möglichst vielen Orten dieses virtuellen Raumes kundig sein und dort wirken zu können; zum anderen sollten sie so selbsterfahren sein, dass sie wissen, an welchen Orten sie sich »gerne und effektiv« aufhalten und an welchen (das »Halt vermitteln« gegenüber dem sich feindselig zeigenden Patienten A, das »Möglichkeitsräume erweitern« bei der sehr chronifiziert erscheinenden Patientin B ...) »sie sich schwer tun«. So können sich die therapeutischen (und auch die nicht-therapeutischen) Teammitglieder ergänzen, ihre individuellen Ressourcen einbringen und gemeinsam darauf achten, dass möglichst kein »Zimmer« in diesem virtuellen Therapieraum leer steht.

Damit kann mit diesem mehrdimensionalen Modell häufig Patienten- als auch Mitarbeiterverhalten als sinnvoll und prozessdienlich bewertet werden, was eindimensional betrachtet als Vermeidung, Spaltung oder in anderer Form therapiehin-derlich beschrieben wird:

Der therapeutische Prozess – so eine weitere These – ist dann am wenigsten in Gefahr, zu stagnieren oder in dysfunktionale Muster zu geraten, wenn sowohl das Team im internen Diskurs, als auch im Diskurs zwischen Therapeut und Patient Klarheit darüber erzielt werden kann, »wo man gerade steht und wohin es gehen soll«.

These 2: tagesklinische Behandlung gelingt, wenn das Team dem Patienten durch den dreidimensionalen Raum folgen, ihn dabei stützen und anregen kann – und sie scheitert, wenn sie ihn auf seinem Weg verliert.

Dazu muss das Team (bzw. die zuständigen Mitarbeiter) zum einen am Patienten »dran« sein, um diese Bewegungen zu erkennen, zum anderen sollte eine effiziente Teamkommunikation [7] zu einem team-kongruenten Bild darüber verhelfen, »wo der Patient gerade steht« und wie er dort – im therapeutischen Sinne – am besten unterstützt werden kann.

Für Ersteres bietet sich ein Bezugstherapeutensystem an (das in der Tagesklinik ideale Bedingungen vorfindet, da durch nicht erforderliche Wochenend- und Nachtdienste der zuständige Mitarbeiter den Patienten sehr kontinuierlich begleiten kann); für Zweiteres – die effiziente Besprechungsorganisation und -kultur – gibt es keine »Rezepte«, weil jedes Team seine Formen entwickeln sollte, über die es funktional, lebendig und angstfrei »in Austausch und Ideengenerierung« kommen kann.

These 3: Für die Indikationsstellung »Tagesklinik« kann – neben den klassischen Kriterien, die Abwägung dienen, ob ein Patient absehbar eher einen bestimmten Ort in diesem Raum anstrebt, oder ob Wanderungsbewegungen absehbar sind; für Ersteres wäre die Tagesklinik weniger, für Zweiteres eher indiziert.

Für jeden Pol einer Dimension und auch für jeden festen Ort innerhalb des hier skizzierten dreidimensionalen Raumes

gibt es effektivere »therapeutische Settings« (vom Volkshochschulkurs für Mobbingbetroffene bis zur Spezialstation für Zwangserkrankungen); wenn »das« gebraucht wird, wäre die Behandlung in der Tagesklinik gleichzeitig zu viel (weil sie therapeutisches Potenzial vorhält, das nicht abgerufen wird) und zu wenig (weil sie genau für dieses Anliegen zu wenig spezifisches Instrumentarium aufweist).

Tagesklinische Behandlung entfaltet dann ihr ganzes therapeutisches Potenzial, wenn sie von Menschen aufgesucht wird, die aufgrund einer »Krise« (mit den unterschiedlichen Bedingungskomponenten »Störung«, »belastendes Lebensereignis«, »maladaptive Schemata«) »in Bewegung« sind und daher einen therapeutischen Ort brauchen, an dem sie in dieser Bewegung begleitet werden können.

Literatur

- 1 Schwerpunktheft Sozialpsychiatrische Informationen. »Tagesklinik im Umbruch?!« Psychiatrie-Verlag 1/2006
- 2 KALLERT FW, SCHÜTZWOHL M. Aktuelle Struktur- und Leistungsmerkmale allgemeinspsychiatrischer Tageskliniken in der Bundesrepublik Deutschland. Psychiatrische Praxis 2003; 30: 72–82
- 3 EIKELMANN B, REKER T. (Hrsg.). Psychiatrie und Psychotherapie in der Tagesklinik. Grundlagen und Praxis. Kohlhammer Stuttgart 2004
- 4 BEINE K, ENGFER R, BAUER M. Tageskliniken für Psychiatrie und Psychotherapie – Quo vadis? Psychiatrische Praxis 2005; 32: 321–323
- 5 SALBER W. Morphologie des seelischen Geschehens. Rättinger, 1968
- 6 KRÜGER M, SCHMIDT-MICHEL P-O. Die therapeutischen Gruppenangebote der Psychiatrischen Tagesklinik Friedrichshafen: Die erlebte therapeutische Nützlichkeit aus Patientensicht. Krankenhauspsychiatrie 2005; 16: 157–161
- 7 KRÜGER M, SCHMIDT-MICHEL P-O. Das rahmengesteuerte Team: Vom Versuch, gemeinsam verschieden zu sein. Kontext 2001 Bd 32: 130–142

Anschrift der Verfasser

Matthias Krüger
 Psychiatrische Tagesklinik
 Arkade-Pauline 13 gGmbH
 Merkurstr. 3
 88046 Friedrichshafen