

Zeitschrift: Die Kette : Schweizerisches Magazin für Drogenfragen
Herausgeber: Die Kette, Dachverband der privaten therapeutischen Einrichtungen in der Drogenhilfe der Region Basel
Band: 4 (1977)
Heft: 4-5

Artikel: Verändertes Rollenverständnis
Autor: Heim, Edgar
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-799637>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 02.04.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Verändertes rollenverständnis

Das studium des rollen-verhaltens war bis vor nicht allzu langer zeit der soziologie und sozialpsychologie vorbehalten. Durch gruppendynamische verfahren, insbesondere das psychodrama, wurde die bedeutung des rollenspiels auch in der psychiatrie erkannt, blieb aber noch auf psychotherapeutische techniken beschränkt. Unter dem bemühen der sozialpsychiatrie, die milieufaktoren als dritte therapeutische kraft (neben somatischen und psychotherapeutischen behandlungsverfahren) einzusetzen, rückte erst das rollenverhalten all jener in psychiatrischen institutonen wirkenden in den vordergrund, nämlich von medizinischem personal und patienten. Die aussage von Stanton, dass es nicht ein wirksames oder unwirksames, sondern nur ein günstig oder ungünstig wirkendes milieu gebe, lässt sich auf das rollenverhalten übertragen: ob beachtet oder nicht, jeder rollenträger beeinflusst therapeutisch - in vorteilhafter oder nachteiliger weise - das ihn umgebende soziale feld.

Nach Parson (1) ist der kranke soziologisch per definitionem jemand, der behindert ist, seine normale soziale rollenerwartung zu erfüllen. Der therapeutische prozess muss demnach u.a. darauf ausgerichtet sein, dem kranken die fähigkeit zurückzugeben, seine sozialen rollen in normaler weise zu versehen. In der therapeutischen gemeinschaft wird nun angestrebt, alle sozial einwirkenden kräfte zugunsten dieses therapeutischen prozesses einzusetzen. Das milieu wird derart gestaltet, dass ein permanenter sozialer lernprozess (2) erfolgen kann, der ergänzend zu den übrigen therapeutischen massnahmen den patienten zu "normalem sozialem rollenverhalten" zurückführt. Dieser vorgang ist auch soziologisch betrachtet keineswegs so geradlinig wie es aus den bisherigen darlegungen hervorgehen könnte.

Die krankenrolle an sich ist sehr komplex und bietet diesen bemühungen einigen widerstand (3,4). Sie lässt sich - nach Parson - in vier aspekten gliedern:

1. Der kranke ist von den üblichen sozialen rollenverpflichtungen befreit.
2. Der kranke ist der verantwortung für seinen zustand enthoben.
3. Da kranksein sozial unerwünscht ist, ist der kranke verpflichtet, gesund werden zu wollen.
4. Da kranksein bedeutet, hilfsbedürftig zu werden, hat der kranke fachkundige hilfe zu beanspruchen und mit dem therapeuten zu koordinieren.

Es sei hier lediglich darauf aufmerksam gemacht, dass aus der sicht der gesellschaft die krankenrolle häufig zu missbrauch anlass geben kann.

Aus psychiatrischer sicht birgt jeder dieser aspekten für die behandlung seine besonderen gefahren:

- Der erste aspekt impliziert, dass wir (und die umwelt) dem kranken eine gewisse schonhaltung entgegenbringen. Wenn dies einseitig oder überschliessend angeboten wird, entstehen besondere widerstände, die vom adäquaten sekundär-gewinn bis zum eigentlichen hospitalismus reichen.
- Der zweite aspekt unterstützt diese gefahren, wenn wir dem patienten zubilligen, er könne passiv seine heilung abwarten, da er ja nicht mit einem simplen willensakt seine störung überwinden könne.
- Der dritte aspekt will nun aber besagen, dass dem kranken im rahmen seiner möglichkeiten zugemutet werden muss, einen beitrag zu seiner heilung zu leisten. Nur wenn er dies im sinne von

- aspekt vier auch tut, kann erwartet werden, dass seine heilung oder besserung in der erforderlichen zeit erreicht wird.

Die gesellschaft neigt dazu, den *psychisch* kranken von einzelnen oder allen diesen rollenaspekten auszuschliessen. Die kustodiale psychiatrie versuchte ja gerade diesen erwartungen der gesellschaft zu entsprechen, indem sie den patienten - zum teil leider bis in unsere tage - als unverantwortlich, als unmündig, einseitig hilfsbedürftig und zur kooperation ungeeignet bezeichnete. Dem hält nun die sozialpsychiatrie entgegen, dass jeder patient in einem ihm adäquaten masse auf der üblichen rollenverpflichtung behaftet werden und dort, wo er ihr (noch) nicht zu entsprechen vermag, in einem sozialen lernprozess darauf zugeführt werden muss. Die therapeutische gemeinschaft ist unter diesen gesichtswinkeln nichts anderes als der versuch mit den ihr eigenen prinzipien und techniken (7) gerade diese rollenverpflichtung zu ermöglichen.

Aspekt drei und vier deuten besonders auf die notwendigkeit der kooperation hin. Spätestens hier wird klar, dass die krankenrolle nie isoliert, sondern stets nur in verbindung mit dem betreuer, dem therapeuten, zu verstehen ist. Parson (1) ist denn auch in einer gesonderten untersuchung der rolle des therapeuten nachgegangen, die wir hier kurz im hinblick auf die psychiatrischen bedürfnisse analysieren wollen:

Um in seinem therapeutischen bemühen erfolgreich zu sein, muss der arzt (oder allgemeiner "der therapeut") vier bedingungen erfüllen.

- Er muss sich erstens bereit finden, den kranken unabhängig von seiner sozialen herkunft zu akzeptieren und ihm irgendwelche hilfe zukommen lassen, deren er zu seiner besserung bedarf. Die "unterstützung" (support), die er ihm so gewährt, ist weitgehend "bedingungslos" (unconditional), wenn auch nicht "unbeschränkt" (unlimited).
- Die zweite voraussetzung ist die, dass der therapeut dem patienten

zugesteht, gefühle, wünsche und phantasien mitzuteilen, deren ausdrück im übrigen sozialen rollenbezug (inkl. familie) unüblich ist. Diese permissivität schliesst ein, dass der kranke tatsächlich als solcher gesehen wird und auf die üblichen einschränkungen und bestrebungen verzichtet wird, solange die grenze der therapeutischen beziehung respektiert wird. (Also kein freipass zum "acting out"). Permissivität setzt aber die

- dritte bedingung voraus, nämlich die, dass der therapeut auf die geäusserten gefühle, wünsche und phantasien nur soweit eingeht, als es die behandlung erfordert. Diese selbstbeschränkung des therapeuten heisst weitgehend, dass er sich seiner "gegen-übertragung" bewusst sein muss und er sich nicht in untherapeutische oder selbstsüchtige reziproke beziehungen mit dem patienten einlässt.
- Viertens wird schliesslich die scheinbar "bedingungslose unterstützung" des patienten (erste bedingung) auch dadurch eingeschränkt, dass der therapeut seine sanktionen konditional ausübt, d.h. dass er aufgrund seiner fachlichen kompetenz und autorität den patienten je nach situation seine zustimmung gibt oder verweigert. Im psychotherapeutischen prozess ist ja die primäre versagung gerade eine wesentliche voraussetzung, um zeit- und situationsgerecht mit einer intervention auf gestörtes verhalten des patienten einfluss nehmen zu können.

Parson versteht diese bedingungen unabhängig von irgendwelchen psychotherapeutischen techniken oder psychopathologischen theorien und glaubt, dass sie der psychiatrie als zweig der medizin schon seit je - längst vor Freud - zugehörig waren. Vieles, was als die "kunst der medizin" (oder des arzttums) bis heute in der fachliteratur eingang gefunden hat, strebt eigentlich die anwendung dieser vier bedingungen des therapeutischen handelns an.

Wie weitgehend die vier sozialen rollenaspekte Parson's in der traditionell kustodialen psychiatrie missachtet wurden, haben verschiedene

neuere soziologische untersuchungen ergeben (8,9,10). So haben Talbot und Miller (11) nachgewiesen, dass es geradezu zu einer umkehr der normvorstellung innerhalb der psychiatrischen institution gegenüber der ausenwelt kommen kann. (z.b. krankheit als norm nehmen, sich dem devianten fügen, zeitperspektive missachten u.a.m.).

Die therapeutische gemeinschaft als therapeutisches modell ist somit nicht als innovation besonderer

techniken zu verstehen, sie stre vielmehr an, eine umgewichtung innerhalb der einzelnen rollen - von patienten und therapeuten - vorzunehmen. dabei sollen gegenüber den traditionell kustodialen psychiatrischen verhältnissen die besseren voraussetzungen geschaffen werden, um die geschilderte therapeutenrolle überhaupt zum tragen zu bringen.

Als "therapeuten" sind hier alle medizinischen mitarbeiter zu verstehen, vom arzt bis zur hilfsschwester. Diese forderung bringt aber zum teil einen radikalen rollenwechsel mit sich, der im einzelnen betroffenen erhebliche widerstände auslöst (13). Das überwinden dieser widerstände erfordert eine lange aufbauarbeit, die in phasen mit je typischen widerstandsformen gegliedert werden kann. Was ich im folgenden für den einzelnen rollenträger beschreibe - nämlich den wechsel von der rolle in der traditionell kustodialen psychiatrie zu jener in der therapeutischen gemeinschaft - entspricht einem prozess, der sich über jahre (und nicht nur monate) erstreckt. Diesen prozess versuchten mitarbeiter und ich in einer besonderen untersuchung darzustellen. (14)

Rollenveränderung in der therapeutischen gemeinschaft

A. Der patient (Tabelle 1)

Die rolle des patienten habe ich oben in einiger ausführlichkeit schon beschrieben. Wie die zusammenstellung in tabelle 1 zeigt, kann die angestrebte veränderung von traditionell-kustodialer psychiatrie zur therapeutischen gemeinschaft am ehesten mit gegensatzbegriffen wie passiv - aktiv, behütet - selbst- und mitverantwortlich, zurückgezogen - beteiligt, unterlegen - gleichwertig, isoliert - exponiert, etc. umschrieben werden. Dabei soll die jeweilige alternative zugleich der zielsetzung der therapeutischen gemeinschaft entsprechen. Bekanntlich sind ihre grundprinzipien ja, erstens die kommunikation und verständigung auf allen ebenern zu fördern, zweitens patienten und mitarbei-

Patient Tabelle 1

Traditionell kustodial

- fügt sich in krankenrolle;
- befolgt anordnungen passiv; erwartet ohne eigenen beitrag behandelt und geheilt zu werden;
- neigt krankheitsbedingt dazu, sich zu isolieren, zu regredieren; läuft dadurch gefahr, dem hospitalismus zu erliegen.

Therapeutische gemeinschaft

- wird von eintritt an zum beteiligten gemacht;
- wird laufend aktiviert, für behandlung motiviert;
- wird dort, wo angezeigt, für zusammenleben und behandlung mitverantwortlich gemacht;
- wird in gruppen- und abteilungsleben integriert;
- aussenkontakte werden gefördert.

Widerstände gegen die therapeutische gemeinschaft und gefahren der therapeutischen gemeinschaft

Widerstand: kommt mit erwartung wie bei körperlicher krankheit, einfach "gesund gemacht" zu werden.

Gefahren: will nicht die geborgenheit in der klinik aufgeben und anforderungen in der ausenwelt akzeptieren.

ter in vielfältigen gruppenvorgängen einzubeziehen, drittens einen permanenten sozialen lernprozess auszulösen und viertens durch abbau unnötiger hierarchischer strukturen die verantwortlichkeit des einzelnen zu vergrössern (2,7). Es kann hier nicht untersucht werden, ob die angewandten therapeutischen strategien einem psychoanalytischen oder eher lerntheoretischen modell entsprechen - oder, ob es sich um eine verbindung beider handelt. Das erste strebt bekanntlich an, dass der patient durch gewonnene einsicht in seine ungelösten, unbewussten konflikte eher zu einer adäquaten ich-stärke und damit zu angepasstem sozialen verhalten gelangt. Das letztere modell sieht vor, den patienten neue soziale fertigkeiten üben zu lassen, die ihrerseits eine reifung und damit ich-stärke auslösen. Es ist zu vermuten, dass in der praktischen anwendung meist beide modelle, wenn auch in unterschiedlicher gewichtung, wirksam werden.

Ich habe schon festgehalten, dass der patient innerhalb seiner traditionellen krankenrolle jeder veränderung auch *widerstände* entgegensetzen kann. Widerstandsbearbeitung ist teil jeder therapeutischen tätigkeit und muss auch im rahmen der therapeutischen gemeinschaft überall dort vorgenommen werden, wo sie sich anbietet. Die einzelnen therapeutischen verfahren hier darzulegen, würde die zielsetzung dieser untersuchung überschreiten.

Auch die therapeutische gemeinschaft kann für den patienten ihre besonderen *gefahren* mit sich bringen. Es ist sehr wohl denkbar, dass er sich in dem ihm gebotenen therapeutischen milieu, das sich ja von der seine krankheit auslösenden situation vorteilhaft unterscheiden sollte, zu stark adaptiert. Das ihm entgegengebrachte verständnis, die überwundene isolierung oder die vielfältigen anregungen könnten dazu führen, dass er die

klinik nicht mehr verlassen will. Diesem neuartigen hospitalismus kann nur entgegengewirkt werden, wenn die realitätsansprüche der aussenwelt weitgehend aufrechterhalten bleiben.

Nur der klarheit halber sei beigefügt, dass der kranke neben der spezifischen, hier beschriebenen krankenrolle seine üblichen sozialen rollen auch im krankenhaus beibehält. Er wird sie aber der krankenhaus-situation anpassen, da er sie hier nur beschränkt zum tragen bringen kann (z.b. alters-, geschlechts-, berufs- oder familienbedingte rollen) (15).

B. Pflegepersonal (Tabelle 2)

Die traditionelle rolle des pflegepersonals muss nicht besonders vorgestellt werden. Sie hat sich neben der spezifischen verwahrungsfunktion schon immer an der klinischen medizin orientiert, noch ausgesprochener seit somato-therapeutische verfahren in der psychiatrie eingang gefunden haben. In der therapeutischen gemeinschaft werden nun dem pflegepersonal neue aufgaben zugeteilt, die erst durch die entwicklung der psychotherapie und sozialpsychiatrischen milieuthherapie möglich wurden.

Im umschriebenen rahmen sind dabei die pflegepersonen nicht nur zudienner sondern auch selbständige therapeuten. Es wird nun der tatsache rechnung getragen, dass das pflegepersonal die bekannten "23-stunden" im tag mit dem patienten verbringt, die therapeutisch ebenso nutzbringend sein können wie die (bestenfalls) eine stunde mit dem arzt. Dabei soll sich das pflegepersonal frei fühlen, mit dem patienten in adäquater masse in beziehung zu treten und den patienten so als partner ernst zu nehmen. Emotionelles reagieren, das bis anhin ja auch nicht ausgeschlossen werden konnte, wird nun voll auch von der seite der schwester und des pflegers akzeptiert, wenn es den patienten das gefühl des mitmenschlichen verständnisseins vermittelt. Gerade im hin-

blick darauf, dass die meisten patienten aus gestörten milieu-verhältnissen kommen, die bei der krankheitsentstehung von bedeutung waren, ist es für sie eminent wichtig, im personal, das mit ihnen den alltag teilt, neue und gesündere identifikationsmöglichkeiten zu finden. Je mehr es dem pflegepersonal gelingt, das milieu der abteilung den realen extramuralen anforderungen anzupassen, desto eher kann der patient eine neue realitätsanpassung erlernen. Das pflegepersonal muss sich dabei bemühen, dem kranken nur so viel verantwortlichkeit abzunehmen, als dies sein zustand erfordert - oder anders ausgedrückt, ihm so viel selbst- und mitverantwortung zuzutrauen, als er ertragen kann.

Besonderes umdenken erfordert die vermehrte teamarbeit, die bedingt, dass auch unter dem personal ein kollektives verantwortungsgefühl aufgebaut werden muss. Dabei gilt es, nicht die spezialaufgabe (als leitende schwester, oder praktikant, oder hilfsschwester, oder spezialist für körperliche behandlung, etc.) in den vordergrund zu stellen, sondern die solidarität mit dem therapeutischen team als gesamtes. Dies ist ein ganz zentrales anliegen der therapeutischen gemeinschaft, das ebenso sehr die anderen berufsgruppen betrifft; denn im rahmen der therapeutischen gemeinschaft ist die therapeutische arbeit auf der abteilung weitgehend interdisziplinär, wobei auch berufsgruppen beigezogen werden, die traditionell an der therapeutischen gestaltung der abteilung nicht solch direkten anteil haben. Die ergotherapeutin etwa wird als teammitglied auf der abteilung mit dem patienten arbeiten und in gleichwertiger, wenn auch nicht gleichartiger weise, mitwirken. Aehnliches gilt für die sozialarbeiter, psychologen und ganz besonders jene hilfsschwester, die im klassischen hierarchischen modell offiziell keine patienten-zentrierte aufgabe hatte: hilfsschwestern, praktikanten, studenten u.a.m. Gerade sie sind es, die in der praxis einen besonders nahen kontakt zum patienten pflegen und dabei - ob sie es wollen oder nicht - therapeutisch wirksam sind (16). Diese tätigkeit gilt es

nun ebenso zu steuern und anzuleiten wie die der übrigen qualifizierten mitarbeiter. Dadurch trägt jedes teammitglied zum besseren diagnostischen und therapeutischen verständnis des patienten bei, was sich nicht nur im einzel- sondern auch im gruppenkontakt auswirken wird.

Den meisten pflegepersonen bereitet es grosse mühe, sich auf die neuartige beziehung zum patienten, aber auch zum mitarbeiter umzustellen. Alle autoren, die sich um die einführung der therapeutischen gemeinschaft bemühten, schildern dann auch eindrücklich die verschiedenen widerstandsformen, die sich dem wechsel zur therapeutischen gemeinschaft entgegensetzen (14). In der traditionell hierarchischen klinikordnung fühlt sich schliesslich jeder mitarbeiter an einen festen platz verwiesen, der ihn zwar einschränken mag, der aber überschaubare funktionen und kompetenzen einschliesst. In der therapeutischen gemeinschaft werden nun die grenzen gegenüber dem patienten und mitarbeiter verrückt und zum teil auch aufgehoben. Dies bringt einen teilweisen identitätsverlust mit sich, der unweigerlich ängste auslöst. Auch fühlt sich die einzelne pflegeperson durch den intensiven kontakt zum patienten persönlich eher in frage gestellt, sei es durch direkte herausforderung der bislang ihr klar zugebilligten autorität oder sei es durch die emotionalen schwierigkeiten, die nun in ihr selbst ausgelöst werden.

Es ist deshalb ausserordentlich wichtig, dass diese emotionalen schwierigkeiten eine adäquate bearbeitung erfahren; schwestern und pfleger müssen erlernen, dass sie vom patienten mit wichtigen beziehungspersonen seines alltags identifiziert werden und projektiv von ihnen entsprechende reaktionen der zuwendung oder bestrafung erwarten (17). Sie müssen es aber ebenso verstehen, reflektierend diesen vorgängen in sich selbst nachzugehen und nicht durch ungeeignete gegenübertragung die patientenbeziehung zu belasten (18,19,20,21). Selbst wenn pflegepersonen durch trainingsverfahren (selbsterfahrungs-gruppe; t-gruppe; sensitivity-training; etc.)

Pflegepersonal Tabelle 2

Traditionell kustodial

- beschützend-bewahrende haltung dem patienten gegenüber, zu dem man persönlich distanz hält.
- verantwortliches überwachen und führen der patienten.
- klare kompetenzabgrenzung nach oben und unten unter respektieren der hierarchischen ordnung. Nimmt somit anordnungen des arztes unkritisch entgegen.
- strikte trennung des aufgabenbereiches gegenüber anderen medizinischen berufen.

Therapeutische gemeinschaft

- therapeutische partnerhaltung zu patient: sich ihm gegenüber persönlich engagieren, ohne die therapeutische distanz zu verlieren.
- gesunde möglichkeiten des patienten ansprechen; ihn zu mitverantwortung motivieren und anleiten.
- zugehörigkeit zu team kommt vor spezialaufgabe. Jedes teammitglied hat recht und pflicht, mit seinen beobachtungen zu diagnostischen und therapeutischen entscheiden beizutragen. Wissen um den patienten wird geteilt.

Widerstände gegen therapeutische gemeinschaft und gefahren der therapeutischen gemeinschaft

Widerstand:

- Da umgang mit patienten differenzierter, persönlicher und aufwendiger, können einzelne schwestern oder pfleger alte distanzierte haltung vorziehen, in der man weniger persönlich tangiert wird.
- Eingeordnet sein in hierarchische struktur kann umschriebene entscheide einfacher machen, als umfassende teilnahme an team-verantwortung für patienten.

Gefahren:

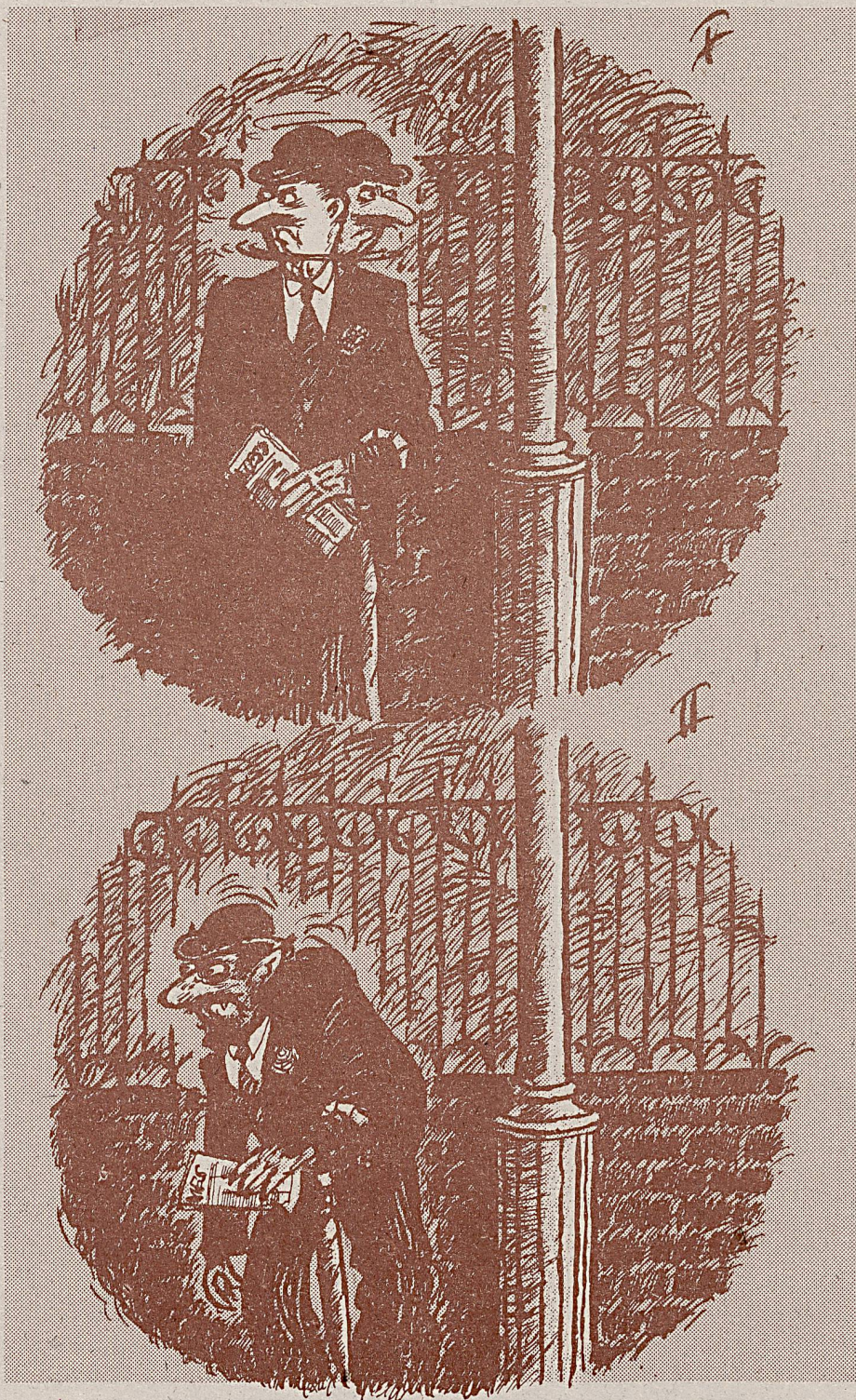
- Gefahr innerhalb der therapeutischen gemeinschaft sich mit patient zu überidentifizieren, seine probleme zu eigenen zu machen.
- Gefahr, sich psychotherapeutischen umgang anzumassen, für den vorbildung fehlt.
- Gefahr, klinikzentrierte aufgaben zu unterschätzen: mangelhafte orientierung der medizinischen leitung; übertriebene auffassung der abteilungsautonomie.
- Gefahr, notwendige realitätsansprüche an den patienten zugunsten einer pseudotherapeutischen haltung aufzugeben.

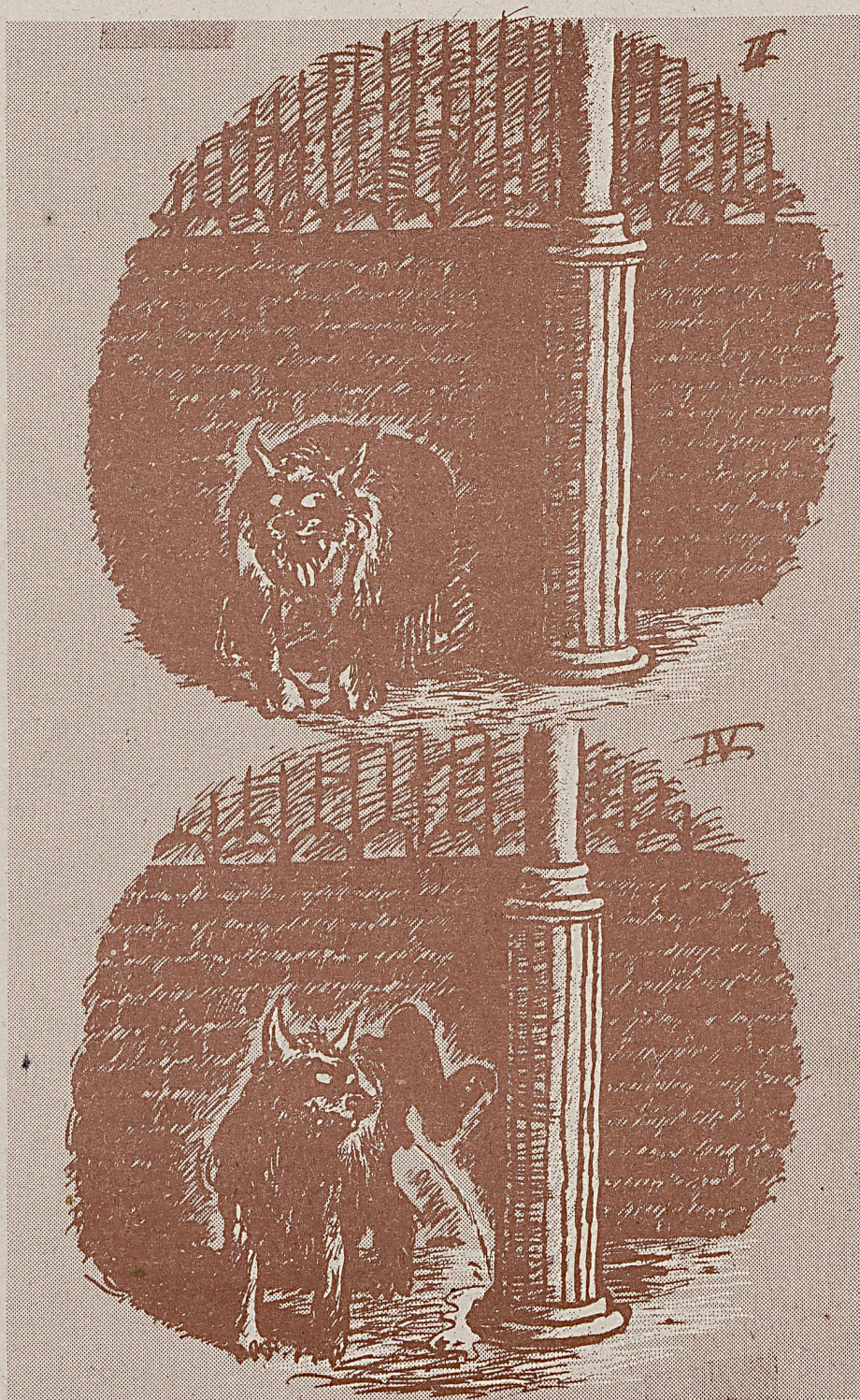
wie auch durch ständige zusammenarbeit mit den ärzten einiges über psychotherapeutische prozesse erfahren haben, bleibt es wichtig, sie zu ermutigen, die grenzen eigenen handelns stets zu erkennen.

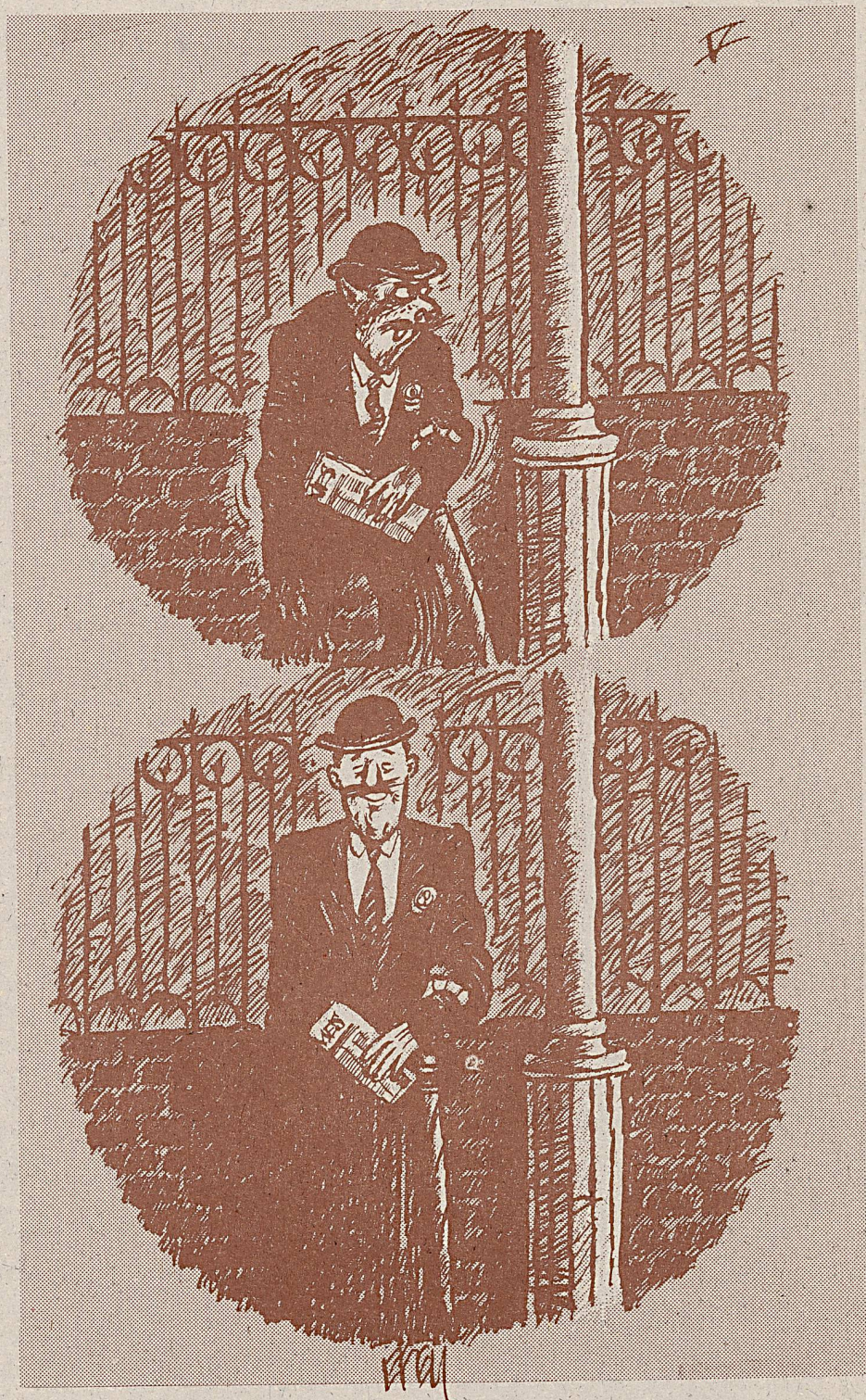
Gleiche psychodynamische prozesse machen sich laufend auch in der teamarbeit geltend - haben es seit je getan. Da aber, wie verschiedene untersucher bestätigen (22,23,24), gespannte beziehungen des therapeutischen teams sich verschlechternd auf das befinden der patienten als kollektiv auswirken, ist auch hier in massvoller direkter und offener aus-

sprache das gegenseitige verhältnis laufend zu klären.

Wie nahe widerstand und gefahren sich stehen können, ergibt sich daraus, dass die möglichkeit, sich nun in der therapeutischen gemeinschaft in psychodynamischer weise ganz auf den patienten einzustellen, zur überidentifikation führen kann. Die oben geforderte abgrenzung von den eigenen problemen misslingt dabei, und die pflegeperson lässt sich allzu leicht zum mitagieren verleiten oder dekompenziert selbst neurotisch. Es obliegt der teamarbeit, im sinne einer supervision diesen reaktionen der gegenübertragung einhalt zu ge-







bieten. Zudem muss allgemein eine grössere psychische stabilität des pflegepersonals vorausgesetzt werden, als dies die traditionelle pflege erfordert.

Schliesslich ist aber auch vor der gefahr zu warnen, dass der enthusiasmus für die neuartige therapeutische mitverantwortlichkeit dazu führen kann, traditionelle aufgaben zu vernachlässigen. Die der therapeutischen gemeinschaft zugehörige selbständigkeit der einzelnen krankenabteilungen kann es auch mit sich bringen, dass die kommunikation zur klinikleitung nachlässt oder verwaltungstechnische rapporte oder ähnliche obliegenheiten nicht mehr sorgfältig genug beachtet werden. Auch dürfte die intensivierete beziehung zum patienten nicht zu lasten der korrekten ausübung körperlicher pflegerischer massnahmen oder medikamentöser kuren gehen. Es besteht ferner die versuchung, dass unter dem vorwand der "therapeutischen einstellung" realitätsorientierte grundsätze missachtet werden, indem zum beispiel die äussere ordnung und sauberkeit vernachlässigt werden. Wie in jedem sozialen system ist auch in der im sinne der therapeutischen gemeinschaft organisierten klinik eine massvoll ausgeübte autorität unvermeidlich. Während der kranke in menschlichen werten den teammitgliedern gleichwertig ist, unterscheidet er sich aber in funktion und auftrag von ihnen.

C. Abteilungsarzt (Tabelle 3)

In der traditionellen psychiatrie ist der abteilungsarzt bekanntlich fest in die pyramide ärztlicher hierarchie eingefügt. Obwohl er - innerhalb des kollektivs - den unmittelbarsten kontakt zum kranken pflegt, sind seine kompetenzen häufig sehr beschränkt. Dem bestehenden kommunikationssystem gemäss ist er auf der einbahnstrasse vermittler von informationen nach "oben" und ausführender von verordnungen nach "unten". Dadurch, dass er nicht nur sprecher seiner selbst, sondern ebenso der hierarchischen spitze ist, geniesst er in seinem unmittelbaren verantwortungsbereich auf der abteilung

uneingeschränkte autorität. Selbst dort, wo seine persönlichen schwächen offensichtlich sind, bleiben sie unangreifbar. Seine verordnungen werden - zumindest äusserlich - un widersprochen angenommen. Als therapie wird meist nur verstanden, was vom abteilungsarzt als handlungsbewirkt wird (medikamentöse verordnungen, elektrochock applizieren, insulin-kuren überwachen, psychotherapien führen etc.). Was hier als karrierung erscheint, entspricht von der struktur her durchaus der wirklichkeit. Die verzerrung erfolgt vielmehr zugunsten des hierarchischen systems dort, wo besonders menschliche qualitäten den abteilungsarzt befähigen, aus dem system auszubrechen und sowohl mit patient wie pflegepersonal in intensivere zwischenmenschliche beziehung zu treten.

Was dort als ausnahme erscheint, soll in der rolle, die in der therapeutischen gemeinschaft dem abteilungsarzt zugedacht ist, zur regel werden. Befreit von druck und einschränkung einseitiger hierarchischer ordnung soll er sich persönlich den problemen seiner abteilung stellen. Mit ihm soll die abteilung eine seiner kompetenz gemässe autonomie gewinnen. Damit ist, wie wir unten sehen werden, keinesfalls der verzicht auf autorität in der spitalordnung an sich gemeint. Sie soll nur auf das fach- und problembedingte notwendige beschränkt bleiben. Eine ausreichende supervision wird sich nicht nur auf die einzelbetreuung der patienten, sondern auf die teamarbeit als gesamtes beziehen.

Gerade als leiter des therapeutischen teams seiner abteilung muss sich der abteilungsarzt nicht nur über die traditionell psychiatrischen kenntnisse ausweisen, er muss als spezialist für psycho- und gruppensdynamische betrachtungen dem team die neue kommunikationsform - gewissermassen als modell der patientenbetreuung - schon in der teamarbeit exemplarisch vorleben. Seine führungsgualitäten, die ich unten anhand der rolle der medizinischen leitung näher beschreibe, gewinnen an bedeutung, da entscheide nicht länger kraft seiner autorität, son-

Abteilungsarzt Tabelle 3

Traditionell kustodial

- In seinen entscheiden und in seinem handeln abhängig von hierarchischer ärztlicher ordnung.
- Auf abteilung kraft seiner stellung und ausbildung "kompetente autorität" in allen diagnostischen und therapeutischen belangen: verfügt über patienten, erteilt dem personal anordnungen.

Therapeutische gemeinschaft

- Verzichtet auf status des "allwissenden arztes".
- Nimmt gegenüber patienten vermehrt partnerhafte therapeutenrolle ein: fördert eher seine entscheidungsmöglichkeiten als über ihn zu verfügen; motiviert ihn eher als ihn anzuleiten; zieht angehörige eher in behandlung ein anstatt sie auszuschliessen.
- Strebt in der teamarbeit eine partnerhafte führungs-rolle an.

Widerstände gegen die therapeutische gemeinschaft und gefahren der therapeutischen gemeinschaft

Widerstand:

- Kann sich sträuben, hierarchische privilegien aufzugeben, die viel unsicherheit verbergen können.
- Sieht den patienten vorwiegend als "fall", der sich seiner behandlung unterziehen soll.

Gefahren:

- Weicht entscheiden aus, die nur aus ärztlicher kompetenz gefällt werden können.
- Analog pflegepersonal: Ueberidentifiziert sich mit patient.
- Zu grosse permissivität, nachgiebigkeit gegenüber patienten, die noch ungenügend selbstverantwortlich sind.
- Drängt auf übertriebene autonomie seiner abteilung gegenüber klinik als gesamtes; vernachlässigt dabei klinik-zentrierte und administrative aufgaben.

den kraft seiner kompetenz getroffen werden müssen. Als koordinator wird er es verstehen, das therapeutische potential des ganzen teams, wie wir es oben beschrieben haben, zur anwendung zu bringen. Sämtliche beiträge der mitarbeiter zu diagnostischen und therapeutischen entscheiden sollten ernst genommen und wenn möglich im consensus verwertet werden. Dabei ist es seine aufgabe, das rollen-verständnis des einzelnen zu erkennen, zu klären, und wenn nötig immer wieder neu abzugrenzen. In dieser intensivierten teamarbeit muss er in der lage sein, kritik entgegenzunehmen und in der interaktion mit dem team auch seine eigene rolle zu reflektieren.

Seine patienten-zentrierten aufgaben umfassen selbstverständlich weiterhin die traditionellen pharmako- und psychotherapeutischen ver-

fahren. Ergänzend werden nun mit dem patienten milieutherapeutisch die prinzipien der therapeutischen gemeinschaft angewandt, wie sie oben kurz aufgeführt wurden. Entscheidend ist daher, dass auch der patient als gleichwertiger - wenn auch nicht gleichartiger - partner akzeptiert wird und seine eigene verantwortlichkeit nur dort in frage gestellt wird, wo dies durch die krankheit bedingt ist. Da der patient nicht länger nur als objekt psychopathologischer erwägungen, sondern als subjekt in einem sozialen feld angesehen wird, müssen seine beziehungen zur familie und eventuell anderen relevanten beziehungspersonen direkt, d.h. wenn möglich in deren beisein bearbeitet werden. Eine weitere wesentliche akzentverschiebung ist die, dass anstelle oder als ergänzung der einzelkontakte mit dem patienten nun vermehrt gruppendynamische ver-

fahren angewendet werden. Nebst den speziellen therapeutischen vorteilen der letzteren wird von verschiedenen autoren auch auf deren ökonomische aspekte hingewiesen: vielerorts ist das verhältnis arzt/patient ohnehin so ungünstig, dass der arzt/patient-kontakt höchstens zu einem "viel für wenige" reicht, das nun durch ein "wenig für viele" substituiert wird.

Wenn auch nach bisherigen erfahrungen gerade die jüngeren kollegen sich im allgemeinen leichter mit den prinzipien der therapeutischen gemeinschaft zu identifizieren vermögen, mag es dem einzelnen schwer fallen, seine bislang hierarchischen zugesicherten privilegien aufzugeben. Er mag seine besonderen widerstände aufbauen. Besonders wenn er in der scharfen kompetenz-abgrenzung viel eigene unsicherheit verstecken konnte, wird es ihm in der therapeutischen gemeinschaft schwer fallen, seine entscheidungen auch gegenüber den mitarbeitern zu erläutern, zu verantworten und gar der kritik auszusetzen. Ein gleiches gilt natürlich für den umgang mit den patienten, der ein grösseres engagement verlangt, was gegenüber der traditionell distanzierten "fall-bearbeitung" emotional belastender ist.

Die neue rolle birgt natürlich auch ihre besonderen gefahren, deren

grösste die ist, dass aus persönlicher unsicherheit die ärztliche kompetenz an das team delegiert wird, d.h. entscheiden, die ärztliches wissen und erfahrung voraussetzen, ausgewichen wird. Das team kann seinerseits aber auch den nun kollegialen und engagierten arzt derart idealisieren, dass es von ihm eine fast charismatische führung erwartet, dort wo zuvor blind seiner autorität gefolgt wurde. Missverstanden wird die therapeutische gemeinschaft ferner, wenn die gewöhnliche haltung dem patienten gegenüber dort zu nachgiebigkeit führt, wo klare grenzen gesetzt und anforderungen gestellt werden müssten. Dies mag ausdruck eines unverarbeiteten autoritätskonfliktes des abteilungsarztes sein, indem er sich in abnormer weise mit einem patienten identifiziert. Er kann aber auch aus dem gleichen unreflektierten konflikt heraus die ihm zugestandene vermehrte autonomie so verstehen, dass er die belange der klinik als gesamtes mit ihren vielfältigen administrativen ansprüchen verkennt und vernachlässigt. Er kann schliesslich gerade aufgrund seines jugendlichen enthusiasmus riskieren, die anpassungsfähigkeit des pflegepersonals zu überschätzen und durch sein drängen nach veränderung, die mehr mit der tradition der abteilung verbundenen mitarbeiter überfordern.

Literatur

- 1 Parsons, T.: Illness and the role of the physician, a sociological perspective. Amer.J.Orthopsychiat. 11 (1951) 452-461
- 2 Heim, Edgar: Therapeutische Gemeinschaft. I. Prinzipien und Anwendung. II. Erfahrungsbericht über den Aufbau der therapeutischen Gemeinschaft. Prakt. Psychiatrie (1973) Nr. 1 u. 2, 3-29
- 3 Parsons, T.: The social system. The Free Press, New York 1951
- 4 Erikson, Kai T.: Patient role and social uncertainty - a dilemma of the mentally ill. Psychiatry 20 (1957) 263-274
- 5 Pflanz, Manfred: Sozialer Wandel und Krankheit. Ergebnisse und Probleme der medizinischen Soziologie. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1962
- 6 Heim, Edgar: Psychisches Verhalten bei terminalen Krankheiten. Schweiz.med.Wschr. 105 (1975) 321-329
- 7 Heim, Edgar: Therapeutische Gemeinschaft. Ihre Prinzipien, Instrumente und Rollenverteilungen. Buchbeitrag in: H. Barz (Hrsg.): Praktische Psychiatrie für Schwestern und Pfleger (im Druck)
- 8 Goffman, Erving: Asyl. Suhrkamp, Frankfurt 1972
- 9 Kahne, M.: Bureaucratic structure and impersonal experience in mental hospitals. Psychiatry 22 (1959) 363-377
- 10 Lapenna, L.M.: Delineating the therapeutic community. In: Mental hospitals. Juli 1963
- 11 Talbot, E., S.C. Miller: The struggle to create a sane society in the psychiatric hospital. Psychiatry 29 (1968) 65-172
- 12 Heim, Edgar: Die Zukunft der Psychotherapie in psychiatrischen Institutionen. Schweiz.Arch. Neurol.Neurochir.Psychiatr. 115 (1974) 77-87
- 13 Rapoport, Robert N.: Community as a doctor. Tavistock Publ. 1960 u. 1967
- 14 Heim, Edgar et al.: Aufbau der therapeutischen Gemeinschaft. (Druck vorgesehen)
- 15 Thrasher, Jean H., H.L. Smith: Interactional contexts of psychiatric patients: Social roles and organizational implications. Psychiatry 27 (1964) 389-398
- 16 Hemprich, R.D., K.P. Kisker: Die „Herren der Klinik und die Patienten“. Erfahrungen aus der teilnehmend verdeckten Beobachtung einer psychiatrischen Station. Nervenarzt 39 (1968) 433-441
- 17 Steinfeld, G.F.: Parallels between the pathological family and the mental hospital, a search for a progress. Psychiatry 33 (1970) 36-56
- 18 Veltin, A.: Die Einstellung und Aufgaben des Behandlungsteams in der therapeutischen Gemeinschaft. In: Dokumentation der medizinischen Literatur aus Kliniken, Instituten und Landeskrankenhäusern. Bd. 1 (1966-1967). Landschaftsverband Westf.-Lippe, 139-155 und in: Deutsches Zentralblatt f. Krankenpflege 11 (1966) 485
- 19 Weldon, Ron: The staff have their problems, too, In: A hospital looks at itself - Essays from Claybury. Ed.: Elisabeth Shoenberg. Bruno Cassirer Publ.Ltd. Plymouth 1972, 116-121
- 20 Scheff, Thomas J.: Perceptual orientation and role performance of staff members in a mental hospital ward. Internat.J.social Psychiat. 8 (1962) 113-121
- 21 Herz, M., Wilensky, A. Earle: Problems of role definition in the therapeutic community. Arch. Gen.Psychiat. 14 (1966) 270-276
- 22 Fischer, A.A.: Therapeutic milieu in the treatment of schizophrenia. In: David Rubinstein u. Yrjö O. Alamen (eds.): Psychotherapy of schizophrenia (pp. 261-272). Excerpta Medica Foundation, Amsterdam 1972
- 23 Ploeger, Andreas: Die therapeutische Gemeinschaft in der Psychotherapie und Sozialpsychiatrie - Theorie und Praxis. G. Thieme Verlag, Stuttgart 1972
- 24 Stanton, A.H., M.S. Schwartz: The mental hospital. Basic Books 1954