Zeitschrift: Die Kette : Schweizerisches Magazin für Drogenfragen

Herausgeber: Die Kette, Dachverband der privaten therapeutischen Einrichtungen in der Drogenhilfe der Region Basel

Band: 5 (1978)

Heft: 2

Artikel: Verändertes Rollenverständnis [Schluss]

Autor: Heim, Edgar

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-799597

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. 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. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

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. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

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. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 20.08.2025

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

Professor Edgar Heim, psychiatrische klinik schlössli, Oetwil am see über

Verändertes rollenverständnis

(Schluss)

D. Spezialisten

Wie aus unserer tabellarischen zusammenstellung hervorgeht, gilt das meiste des bisher gesagten auch für das rollenverständnis von mitarbeitern mit spezialaufgaben: ergotherapeuten, sozialarbeiter und psychologen. Ihr entscheidender rollenwechsel besteht darin, dass sie von aussenstehenden "technokraten" zu eigentlichen therapeutisch wirkenden teammitgliedern werden. Dieser qualitativ entscheidende schritt bringt nicht nur für die tradierten psychiatrischen berufe - pflegepersonen und ärzte -, sondern auch für die beigezogenen spezialisten besondere probleme mit sich. Dabei ist das rollenverständnis wohl das zentralste. Die intensivere zusammenarbeit lässt ein gewisses verwischen der rollengrenzen erwünscht erscheinen, sei es, dass z.b. der ergotherapeutin gewisse allgemeine therapeutische vorschläge zugemutet werden, oder dass die sozialarbeiter anregungen zur sozialen nachbetreuung eines patienten von seiten der schwester annehmen können. Die gegenseitige rollenerwartung muss aber immer wieder der tatsächlichen rollenverwirklichung gegenübergestellt werden. Die berufliche identität muss - wenn auch in neuer form - erhalten bleiben.

E. Medizinische leitung

Der auftrag der vorgesetzten behörde sieht in der traditionellen struktur der psychiatrischen institution vor, dass dem ärztlichen direktor oder chefarzt die volle und ausschliessliche verantwortung für den gesamten medizinischen betrieb zukommt. Dieses überlieferte führungskonzept hat recht eigentlich die streng hierarchische ordnung der meisten psychiatrischen institutionen bedingt. Es hat den verantwortlichen zugleich mit

ergotherapeutin Tabelle 4

Traditionell kustodial

- Sofern als berufszweig überhaupt anerkannt, meist ablenkende und zeitfüllende beschäftigung von patienten, losgelöst von restlichen therapeutischen aufgaben.

Therapeutische gemeinschaft

- Ist im behandlungskonzept integriert.
- Ist gleichzeitig einem oder mehreren therapeutischen teams der abteilung beratend zugehörig, da sie ausser pflegepersonal am meisten zeit mit patienten verbringt.
- Arbeitet mit patienten in abteilungsorientierten gruppen, von fokusierender über aktivierende, kreative zu leistungsorientierter tätigkeit.
- Trägt so wesentlich zur vorbereitung rehabilitativer massnahmen bei (kontakt zu sozialdienst).

Widerstände gegen die therapeutische gemeinschaft und gefahren der therapeutischen gemeinschaft

Widerstand:

- Kann sich in vermehrter zusammenarbeit mit pflegerischem team in fachlichen kompetenzen herausgefordert fühlen.
- Kann sich durch ergotherapeutische tätigkeit des pflegepersonals auf abteilung konkurrenziert fühlen.

Gefahren:

- Läuft gefahr, durch betonen der ich-starken gesunden seite der patienten sich in gegensatz zu restlichem therapeutischem team (arzt, pflegepersonal) zu stellen, die patienten für kränker zu halten; oder in gegensatz zu sozialarbeiter oder angehörigen zu geraten, die patienten noch nicht für leistungs- oder entlassungsfähig anzusehen.

sozialarbeiterin Tabelle 5

Traditionell kustodial

- Sofern als berufszweig überhaupt anerkannt, vorwiegend praktisch beratende, vermittelnde tätigkeit: finanzielle probleme; stellensuche; etc.

Therapeutische gemeinschaft

- Ist in behandlungskonzept integriert: ist von eintritt des patienten an vermittlerin zu angehörigen, aussenstellen, sozialinstitutionen etc.
- Wirkt beratend in therapeutischen teams der abteilung mit.
- Hat in rehabilitation aktive therapeutische aufgaben: co-therapeutin in gruppen; gestalten der rehabilitativen phasen; case-work.

Widerstände gegen die therapeutische gemeinschaft und gefahren der therapeutischen gemeinschaft

Widerstand:

- Kann sich neuen aufgaben widersetzen, die im unterschied zu bisheriger fürsorgerischer tätigkeit therapeuten-rolle verlangen.

Gefahren:

- Kann gefahr laufen, sich in gegensatz zu therapeutischem team der abteilung zu setzen, wenn sie aussenkontakte, entlassungsschritte vertritt.

einer machtfülle ausgestattet, die ihn - selbst wenn er diese nicht sucht - in eine relative isolierung gegenüber seinen mitarbeitern drängt. Als letzte autorität muss er viele seiner entscheide aufgrund ausgelesener informationen treffen, ohne zu wissen, welcher art diese informations-auslese ist. Dies erschwert es ihm, seine entscheide gegenüber den untergebenen nach ihrem sachgehalt zu erläutern. Die folge ist, dass seine anordnungen als verfügung durch den gleichen filter an die basis gelangen, durch den sie bereits zu ihm vorgedrungen sind. Sie werden somit hauptsächlich aufgrund des autoritätsgefälles und weniger aufgrund zwingender sachlicher argumente befolgt. Da das mehrstufige kommunikationssystem es nicht zulässt, dass seine entscheide kritisch herausgefordert werden können, besteht für die untergebenen nur durch zurückhalten oder weitgehendes filtrieren von informationen die möglichkeit, diese indirekt zu beeinflussen. Leicht entsteht dadurch ein teufelskreis des misstrauens: ungenügende information vermag den verantwortlichen direktor zu verlei-

klinischer psychologe Tabelle 6

Traditionell kustodial

- Sofern als berufszweig überhaupt anerkannt, vorwiegend testpsychologische tätigkeit.

Therapeutische gemeinschaft

- Ist in behandlungskonzept integriert.
- Erörtert testpsychologische abklärung stets mit abteilungsarzt und stimmt sie auf klinische situation ab.
- Hat therapeutische aufgaben (einzel- oder gruppen-psychotherapie; psychodrama; rehabilitation), denen entsprechend er an therapeutischem team der abteilung beteiligt ist.

Widerstände gegen die therapeutische gemeinschaft und gefahren der therapeutischen gemeinschaft

Widerstand:

- Kann sich durch neuartige therapeutische aufgaben überfordert fühlen.

Gefahren:

- Kann sich durch therapeutische aufgaben den ärztlichen kollegen zum teil überlegen fühlen, gegen diese agieren.

ten, noch grössere kontrolle auszuüben, was wieder zu noch eingeschränkterer information führt. Das ergebnis kann sein, dass der verantwortliche eben in zunehmende isolierung gerät.

Wenn auch dem direktor untergeordnet, sind die verantwortlichen des pflegedienstes aber auch die oberärzte in einer analogen situation. Ihre stellung ist dadurch noch erschwert, dass ihre anordnungen in der verantwortlichkeit schwerer zu identifizieren sind - nämlich, ob sie vom klinischen direktor oder von ihnen selbst ausgehen. In der auswirkung nach "unten" ist dies von sekundärer bedeutung, da implizite verordnungen stets als in übereinstimmung mit der direktion verstanden werden.

Dieses führungskonzept hat organisatorisch durchaus seine vorteile, solange der führungsstil nicht despotisch, sonder paternalistisch oder pädagogisch verstanden wird (25). Die interessen von patienten und untergebenen können mit wohlwollen wahrgenommen werden, wenn ihnen auch die mitverantwortlichkeit weitgehend abgesprochen wird. Endscheide können prompt und nach einheitlicher konzeption vom verantwortlichen direktor getroffen werden. Sein wissens- und erfahrungsvorsprung kann allfällige fehler seiner untergebenen verhindern, wenn er sich vorbehält, bis in detailentscheide (z.b. tägliche medikamentenverordnung, zugelassene aussenkontakte, entlassungen

Medizinische leitung Tabelle 7

(chefarzt, oberärzte, oberpflegepersonal, schulleitung)

Traditionell kustodial

- Leiten, unter sich ebenfalls hierarchisch gegliedert, zentral die klinik in allen therapeutischen, organisatorischen und administrativen belangen.

Therapeutische gemeinschaft

- Verzichtet weitgehend auf zentralen dirigismus.
- Bilden unter sich führungsteam, in dem auch chefarzt oder direktor eher primus inter pares als absolute autorität ist.
- Sind schrittmacher im aufbau und erhalten der therapeutischen gemeinschaft.
- Delegieren therapeutische kompetenzen in bezug auf den einzelnen patienten weitgehend an die abteilungen. Fördern deren autonomie; schützen sie gegen negative ausseneinflüsse.
- Koordinieren einzelne abteilungen unter sich und die klinikzentrierten zweige (ergo-therapie, sozialdienst, labor etc.) in bezug auf gesamtklinik.
- Vermitteln und fördern kontakte zu verwaltungszweigen und aussenstellen der klinik.

Widerstände gegen die therapeutische gemeinschaft und gefahren der therapeutischen gemeinschaft

Widerstand:

- Sofern medizinische leitung sich nicht klar und konsequent hinter die prinzipien der therapeutischen gemeinschaft stellt, sind diese nicht zu verwirklichen. Es können sich widerstände vielfältigster art gegen einführung der therapeutischen gemeinschaft bemerkbar machen.

Gefahr:

- der unvollständigen zielsetzung:
  Entartung durch "modisches mithalten"; durch verkappt autoritär angestrebte "freundlichkeits- und offenheitsnorm"; durch gestalten eines pseudo-milieu, eine art "vereinsatmosphäre" schaffen (Ploeger).
- der exzessiven zielsetzung:
  Entartung durch bilden einer subkultur, die die realitätsansprüche ausserhalb der institution verkennt; oder durch forcierte demokratisierung, die die desorganisation der klinik herbeiführt.
- Gefahr, auf klare autorität zugunsten der klinik als gesamtorganisation zu verzichten.

etc.) die betreuung der patienten zu überwachen.

Im gegensatz zum streng hierarchisch strukturierten führungskonzept stehen die prinzipien der therapeutischen gemeinschaft mit neuen betriebswirtschaftlichen vorstellungen (25, 26, 27) in übereinstimmung, wenn sie vorsehen, dass verantwortung delegiert und autonomie von untereinheiten gefördert wird. Der entsprechende führungsstil kann je nach ausprägung als partizipativ bis partnerschaftlich bezeichnet werden (25). Das Ziel der therapeutischen gemeinschaft ist aber primär nicht ein organisatorisches, sondern ein therapeutisches. Die veränderte rollenzuteilung will somit letztlich immer den patienten erreichen, um z.b. die sozialen lernprozesse zu unterstützen oder die bekannten regressiven neigungen des hospitalisierten patienten zu steuern.

Diese klare zielsetzung gilt es zu erkennen, wenn in einer psychiatrischen institution die therapeutische gemeinschaft angestrebt wird. Ohne zweifel sind gerade die bislang der hierarchischen spitze zugezählten rollenträger von den veränderungen am stärksten betroffen. Ihre Bereitschaft, die therapeutische gemeinschaft aufzubauen, setzt somit voraus, primär die eigene bisherige rolle in frage zu stellen. Als führungsorgan müssen die verantwortlichen der medizinischen leitung sich selbst als team konstituieren, in welchem der ärztliche direktor oder chefarzt vorwiegend als primus inter pares wirkt. Dadurch soll seine autorität ebenso wenig in frage gestellt sein wie jene des abteilungsarztes innerhalb des abteilungsteams. Sie wird aber nicht mehr als selbstverständlicher anspruch, sondern als ausdruck seiner erfahrung, fachlichen kompetenzen und letzten verantwortlichkeit gegenüber aussenstellen und vorgesetzten behörden verstanden. Sein führungsstil im team der medizinischen leitung sollte modellhaft für die übrigen vielfältigen teamprozesse innerhalb der therapeutischen gemeinschaft sein: entscheide sollten nicht länger einseitig, sondern wenn möglich als consensus erwirkt werden. Dies kann einschliessen, dass dort, wo wichtige entscheide nicht unter zeitdruck getroffen werden müssen, sie bis zum erreichen des consensus hinausgeschoben werden. Umgekehrt dürfen aber sachlich notwendige entscheide nicht verzögert, sondern müssen - wenn nicht anders möglich - vom verantwortlichen alleine und in eindeutiger weise getroffen werden (28).

Die zielsetzung der klinikarbeit geht nach wie vor von der medizinischen leitung aus, die sie als team erarbeitet, dann aber auf möglichst breiter basis mit den übrigen mitarbeitern durch diskussion zum consensus bringt. Die medizinische leitung versteht sich so nicht nur als schrittmacher im aufbau der therapeutischen gemeinschaft, sondern ebenso als hüter ihrer werte. Sie versucht so zu verhindern, dass die patientenbetreuung in neuer routine erstarrt.

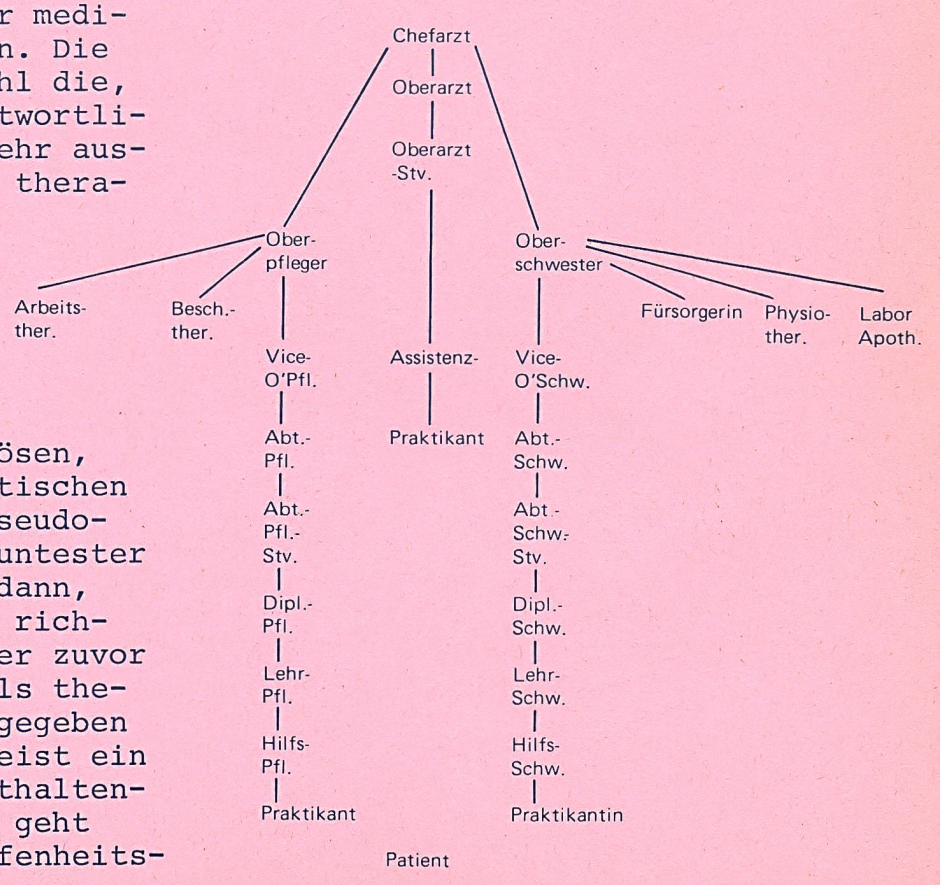
Durch die vermehrte autonomie der abteilung sollten die mitglieder der medizinischen leitung nun von manchen sekundären aufgaben soweit befreit sein, dass sie sich direkt informieren können und konsiliarisch vermehrt am abteilungsleben teilhaben. Die bedürfnisse von patienten und mitarbeitern sind ihnen somit direkter zugänglich. Sie sollten besonders als leiter teamzentrierter sitzungen auf der abteilung bei schwierigkeiten der zusammenarbeit vermittelnd eingreifen können.

Die koordinativen aufgaben nehmen an bedeutung zu. Sie müssen dem dynamischen gleichgewicht laufend rechnung tragen, das zwischen den abteilungen und der medizinischen leitung einerseits, diesen beiden und anderen spezialzweigen (ergotherapie, arbeitstherapie, sozialdienst etc.) andererseits, besteht. Ein besonderes anliegen der medizinischen leitung muss es sein, ebenfalls die verwaltungsbetriebe im konzept der therapeutischen gemeinschaft zu integrieren. Als sprecher der klinik hat jedes mitglied der medizinischen leitung einzeln als vertreter der gesamtklinik die aussenkontakte und den umgang mit den vorgesetzten behörden zu pflegen. Gerade darin stellt sich dem direktor eine sehr schwierige aufgabe, wenn er als schirmherr einzelner

laufender versuche oder als letztlich verantwortlicher zu entstandenen schwierigkeiten stellung beziehen muss. Er kann dies nur tun, wenn er durch die verbesserte kommunikation seine mitarbeiter solidarisch weiss und er sie umgekehrt gegen einseitige sanktionen zu schützen versucht.

Der verantwortliche kader der traditionellen institution kann der therapeutischen gemeinschaft naturgemäss verschiedenste *widerstände* entgegensetzen. Die paternalistische haltung bringt es mit sich, dass man die untergebenen umsorgt und damit die oben für die einzelnen berufsgruppen aufgezählten widerstände teilt. Da jedoch ärztlicher direktor, oberärzte, oberpflegepersonal, schulleitung etc. auch als einzelpersonen betroffen sind, können sie die erwähnten widerstände nicht nur identifikatorisch für ihre mitarbeiter erkennen, sondern sie aus der eigenen persönlichkeitsstruktur heraus aufbauen. Der ärztliche direktor muss zudem als verantwortlicher nach aussen vor jeder umfassenden änderung zurückschrecken, wenn er nicht auf ein genügendes verständnis der zuständigen behörden rechnen kann.

Auch die oben dargelegten *gefahren* können sich auf der ebene der medizinischen leitung wiederholen. Die ernsthafteste gefahr wäre wohl die, wenn die autorität des verantwortlichen klinikdirektors nicht mehr ausgeübt und so entartungen der therapeutischen gemeinschaft zugelassen würden. Diese können einerseits als pseudoformen die zielsetzung der therapeutischen gemeinschaft gar nie erreichen, oder exzesse auslösen, die den zerfall der therapeutischen gemeinschaft herbeiführen. Pseudoformen sind heute schon in buntester form festzustellen, nämlich dann, wenn jeder kleine schritt in richtung der liberalisierung einer zuvor restriktiven klinikführung als therapeutische gemeinschaft ausgegeben wird. Die motive dazu sind meist ein vordergründiges modisches mithaltenwollen. Einen schritt weiter geht die "freundlichkeits- und offenheitsnorm" (23), wo die mitarbeiter einem unreflektierten autoritätsanspruch folgen, der von ihnen - einem verkaufsbetrieb nicht unähnlich - ein besonderes psychiatrisches "make-up" fordert. Hinter gespielter freundlichkeit und offenheit können jedoch die alten zwischenmenschlichen konflikte verborgen bleiben mit ihren störenden auswirkungen auf die patienten. Eine analoge entartung kann auch auf der abteilungsebene zwischen pflegepersonal und patienten geschehen, indem durch äussere betriebsamkeit eine art "vereinsatmosphäre" geschaffen wird, daneben die eigentlichen gruppen- und soziodynamischen forderungen der therapeutischen gemeinschaft aber nicht durchgearbeitet werden. Die bisher geschilderten formen der entartung sind zugleich als widerstand gegen die therapeutische gemeinschaft zu verstehen. Jene anderen, die eine subkultur schaffen wollen, die den äusseren realitäten nicht mehr entsprechen, oder durch forcierte demokratisierung das chaos der klinikorganisation herbeiführen, sind als selbstzerstörerische missverständnisse zu betrachten.



Zusammenfassung der schlussfolgerungen

Die gegenüberstellung des rollenverständnisses in der traditionell kustodialen psychiatrie gegenüber der therapeutischen gemeinschaft mag als übertreibung imponieren. In der realität sind zwischen dem geschilderten extrem viele übergänge zu beobachten, die je nach ausprägung bereits vorzüge aufweisen. Es bedarf eines jahrelangen wachstumsprozesses, um die angestrebten rollenwechsel zu vollziehen. Die aufgeführten widerstände lassen erahnen, dass dieser prozess mit vielen ängsten, schwierigkeiten und mit unsicherheit verbunden ist, bis eine neue rollenidentität gefunden wird, von der aber zu erwarten ist, dass sie jedem einzelnen eine grössere menschliche befriedigung zu geben vermag.

Die separate darstellung der einzelnen rollenträger könnte davon ablenken, dass die prinzipien der therapeutischen gemeinschaft sie alle zu wesentlichen gemeinsamkeiten verpflichten. Allen voran ist die patientenzentrierte auffassung ~~der~~ der psychiatrischen arbeit zu nennen, die den patienten als gleichwertigen, aber nicht gleichartigen menschlichen partner sieht. Das partnerschaftliche verhältnis gilt aber ebenso für die verschiedenen rollenträger, die trotz unterschiedlicher funktion und unvermeidlichen statusdifferenzen in offenheit eine optimale verständigung anstreben. Die intensivierte teamarbeit dient dazu, dies zu ermöglichen. Es wird neben informativen auch interaktionellen ansprüchen genüge getan.

Das letztere ist von grosser bedeutung, um die rolle von patient und behandelndem stets neu zu überprüfen. Der rollenerwartung - explizite oder implizite - entspricht nämlich nicht immer die rollenverwirklichung (4). Sie muss deshalb kontinuierlich geklärt werden, bevor allzu grosse spannungen zu schwer lösbaren rollen-konflikten führen. Diese gefahr besteht besonders dann, wenn ein mitarbeiter von einer institution traditioneller orientierung in ein team einer therapeutischen gemeinschaft übertritt. Die gegenseitige rollenerwartung wird unvermeidlich kontrastieren. Der neuling wird nicht selten vom abrupten rollenwechsel überfordert sein, so dass ihm ermöglicht werden muss, sich schrittweise in der neuen tätigkeit einzuleben. Erst wenn er sich soweit mit der neuen aufgabe identifiziert hat, dass er ihre vorteile zu schätzen beginnt (z.b. vermehrte mitsprache in bezug auf die therapeutischen prozesse), wird er die neuartige belastung (z.b. direktere verantwortlichkeit gegenüber dem patienten) adäquat bewältigen lernen (30). Umgekehrt ist natürlich auch das team als gesamtes auf eine gewisse kontinuität der zusammenarbeit angewiesen, so dass sich jeder wechsel zu einer belastung auswirken kann.

Eine besondere konfliktform ist die rollen-diffusion, auf die bereits wiederholt hingewiesen wurde. Die unscharfe abgrenzung der aufgabenbereiche kann dazu führen, dass der einzelne mitarbeiter seine eigentliche berufliche identität (z.b. als schwester gegenüber der ergotherapeutin) zu verlieren beginnt. Ihr ist dadurch zu begegnen, dass ein gewisses überlappen der rollen - entsprechend der besonderen fähigkeit der einzelnen - im team zugestanden, der grenzbereich aber stets aufs neue abgesteckt wird. Gerade dieser vorgang setzt voraus, dass sich der einzelne rollenträger selbst immer wieder in frage stellt oder in frage stellen lässt - eine fähigkeit, die meist erst nach längerer teamarbeit erreicht wird (28,29).

Das ganze rollen-verhalten ist in eine besondere therapeutische kultur eingebettet. Sie ist symbolisch durch das konzentrische schema gegenübergestellt (vgl. abb. 1 und 2). Sie drückt aus, dass die interaktionen - um den patienten zentriert - multipler sind, dass autorität und verantwortlichkeit, soweit möglich, dorthin delegiert wird, wo die probleme gelöst werden: von der zentralistischen leitung weg an das therapeutische team der abteilung. Die therapeutische gemeinschaft ist so nicht als substitut bisheriger therapeutischer verfahren zu verstehen, sondern als ergänzung und matrix.