

## Therapeutische und Kontrollbeziehungen in psychiatrischen Diensten: Eine systemische Betrachtung

Lucien Schoppig

Institut für systemische Psychologie, Basel

Die Interaktion zwischen Psychiatrischen Institutionen und ihren Patienten findet in komplexen sozialen Systemen statt und wird von diesen in hohem Maße geprägt. Es wird vorgeschlagen die Interaktion als (mindestens) triadisches kommunikatives Geschehen zu betrachten.

Drei mögliche Beziehungsdefinitionen zwischen Therapeut und Patient und einer Größe X werden vorgeschlagen. Aus der Sicht des Therapeuten nachempfunden, wird unterschieden zwischen therapeutischer-, kontrollierender- und "zweckdienlicher" Beziehung. Die Auswirkung von X auf die Beziehungsgestaltung von Therapeut zu Patient, im speziellen auf die Frage nach therapeutischer oder kontrollierender Beziehungsdefinition, wird diskutiert. Dabei steht X für unterschiedliche Größen (Dienstleistungsangebot der psychiatrischen Institution; institutionelle Strukturen, "richtige" Sichtweise, Wohlbefinden) des erweiterten Kommunikationsraumes.

*Therapeutic and control relations in mental health services: A systemic view.* The interaction between therapists of mental health services and their clients takes place in complex social contexts by which it is highly influenced. The author proposes to look upon this interaction as a communicational act between at least three partners. In addition to the relationship of the therapist and his client there is always a relationship between the two and another factor X, that takes influence on the above relationship. From the point of view of the therapist three definitions of the relationship to the client are possible: the therapeutic-relationship, the controlling-relationship and the relationship that fits a special purpose. The influence of X on the relationship between therapist and client according to therapy or control issue is discussed, where X can become different aspects of the triadic communication as e.g. services offered at the mental health station, institutional structural problem, the "correct" approach, or wellbeing.

### Einführung

«Die Psychiatrie ist ein weitläufiges Gebilde ohne eindeutige Grenzen.» (Psychiatriekonzept BS). In der Kette wohlfahrtstaatlicher Institutionen übernimmt die Psychiatrie einen weiten Versorgungsauftrag der Behandlung und Heilung psychisch Erkrankter, der Rehabilitation und Resozialisierung langjährig «chronisch» kranker Patienten, der Gesundheitspflege und Prävention, aber auch des Schutzes des Individuums und der Gesellschaft mit Mitteln des Zwanges und der Kontrolle. Die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung, unter dem Aspekt der Gemeindenähe, führte in den letzten zehn Jahren zu einer Vielzahl neuer ambulanter psychiatrischer Institutionen (Christ 1989, Wengle 1987). In deren Schatten entwickelten sich in der Schweiz gegen hundert neue Hilfsinstitutionen für psychisch Kranke.

Die Frage, wie fügen sich diese neu gebildeten Stellen in das bestehende Netz wohlfahrtstaatlicher Institutionen ein, ist ein aktuelles Thema der Institutionssoziologie. Mayntz (1992) spricht von interorganisatorischen Netzwerken, deren dominante Logik als Verhandlung beschrieben werden kann. Neue Institutionen können demnach über den Weg von Verhandlung, flexibler Abgrenzung und Kompromissbereitschaft in einem bestehenden Netzwerk ihren Platz einnehmen. Verhandlungssysteme erfahren Stabilisierung «...wenn es Regeln gibt, die bei der Definition annehmbarer Kompromisse behilflich sein können...». In jedem Fall verlangt sie (die Verhandlung L.S.) grundsätzlich jedem Teilnehmer eine freiwillige Beschränkung seiner Handlungsfreiheit ab, in dem er die möglicherweise divergierenden Interessen anderer Teilnehmer sowie die Auswirkungen der jeweils eigenen Handlungen auf sie berücksichtigt - nicht nur, um ihre eventuellen Sanktionen zu antizipieren und zu vermeiden, sondern auch, weil man jedem Akteur den legitimen Anspruch auf eine solche Respektierung seiner Interessen zugesteht.» (S. 23).

Eine Konsequenz dieser Systemintegration durch Verhandlung ist nach Rieger (1992) «... der mehr oder weniger ambivalente Charakter umfassender Institutionen: Das gleichzeitige Nebeneinander heterogener Elemente mit unterschiedlicher Bedeutung der gleichen institutionellen Struktur für verschiedene soziale Gruppierungen.» (S. 86)

Die Praxis der Planung und Institutionalisierung neuer psychiatrischer Dienste betont sowohl die Bedeutung «personeller Verflechtung» (Bauer & Berger 1990) als auch Rücksichtnahme auf «Befürchtungen niedergelassener Nervenärzte» (Müller-Lucks 1989). Für psychiatrische Institutionen mit weitgefaßten Kompetenzansprüchen kann davon ausge-

gangen werden, daß das Element der Ambivalenz sich auch in den Beziehungen zwischen den Mitarbeitern der Institution und ihrem Klientel äußert.

Die systemische Therapie (vgl. z. B. Schiepek 1987, Boscolo & Cecchin 1987, Imber-Black 1990, Spengler 1991, Spengler 1992, Selvini 1978, Hoffmann 1990) darf es sich als Verdienst anrechnen, sich intensiv mit dem Einfluß des Kontextes auf die Kommunikation interagierender Systeme (Therapeut - Patient; Familien, Institutionen) beschäftigt zu haben. Simon und Stierlin (1984) definieren Kontext als «Bezugsrahmen, worin Verhaltensweisen und verbale wie averbale Mitteilungen ihre Bedeutung erlangen.» Diese Definition gewinnt bei weiterer Präzisierung, z. B. in sozialen, lokalen oder zeitlichen Kontext, an praktischer Brauchbarkeit. Die Beurteilung von Verhaltensweisen erfolgt in der Regel in Abhängigkeit der Kenntnis des dazugehörigen Kontextes. Je nach Kontext erhält dasselbe Verhalten eine unterschiedliche Bedeutung. Ob jemand zuhause im Bett laut schnarcht oder dasselbe Verhalten zuvorderst im vollen Konzertsaal zeigt, macht offensichtlich einen Unterschied. In unterschiedlichen Kontexten gelten unterschiedliche Regeln. Aus diesem Grund sollten auch die Interaktionen zwischen Mitarbeitern psychiatrischer Institutionen und ihren Patienten vermehrt unter dem Aspekt kontextueller Einflußgrößen betrachtet werden.

Psychotherapie, in der psychiatrischen Institution durchgeführt, unterliegt deshalb logischerweise anderen kontextuellen Regeln als Psychotherapie, welche in einer Privatpraxis durchgeführt wird. Die Bedeutung des jeweiligen institutionellen Kontextes für die Psychotherapie wird in der gegenwärtigen Psychotherapieforschungsdiskussion erstaunlicherweise vernachlässigt. Dort interessiert vor allem die Frage der Wirksamkeit einzelner Psychotherapieschulen (Grawe 1992, Bastine 1992). Nur bei der Kritik an den Ergebnissen untersuchter Studien wird plötzlich mit Argumenten der Unkenntnis des Kontextes argumentiert. «...seine Ambulanz, aus der die Patienten stammen, ist ... durch ein Überwiegen von eher psychoneurotisch als psychosomatisch Kranken gekennzeichnet, weil zum Untersuchungszeitpunkt die äußere Ambulanz (Poliklinik) gegenüber der inneren Ambulanz (Konsildienst) bei weitem überwog.» (Hoffmann 1992, S. 164)

Im weiteren wird deshalb der Versuch unternommen, die Bedeutung des sozialen Kontextes psychiatrischer Institutionen für die Beziehungsgestaltung zwischen Therapeut und Patient etwas genauer zu analysieren.

## 1. Kontextogramm

Als erster Schritt bei der Analyse kontextueller Einflußgrößen auf die Beziehung von Therapeut und Patient ist die graphische Darstellung und die (subjektive, willkürliche) Bestimmung des als relevant betrachteten sozialen Kontextes einer Institution nützlich. Das Kontextogramm zeigt die wichtigsten Beziehungspartner im interinstitutionellen Netzwerk. Die Verbindungslinien zwischen den einzelnen Partnern weisen auf bestehende Beziehungen hin. Die Distanz einer Partnerinstitution zum Zentrum (z.B. psychiatrische Poliklinik) kann die Gewichtung dieser Beziehung aus der Sicht der zentral interessierenden Institution ausdrücken.

Die Komplexität des sozialen Kontextes wird mit Hilfe der graphischen Darstellung augenfällig. Zeichnet man in dasselbe Kontextogramm auch die wichtigsten Beziehungen des Patienten ein (Angehörige, Arbeitgeber, Hausarzt, Sozialdienst etc.), kann sich die Bedeutung der Beziehung Therapeut - Patient manchmal sehr relativieren. Eine solche Analyse kann bereits in manchen Fällen ein «mehr desselben» (Watzlawick 1974) verhindern helfen und zu einer therapeutisch sinnvollen «Nichtkooperation» (Schweizer 1989) beitragen.

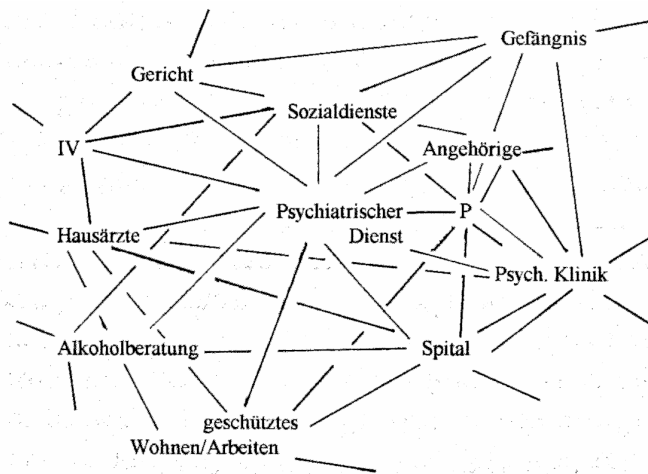


Abbildung 1: Kontextogramm eines psychiatrischen Dienstes (Die Kommunikation unter verschiedenen Kommunikationspartnern wird durch Querverbindungen angedeutet)

Ein wichtiger Aspekt der Interaktion der im Kontextogramm dargestellten Interaktionspartner, besteht in der Tatsache eines ständigen allseitigen Kommunikationsflusses (vgl. auch Selvini 1985). Nach Watzlawick (1967) zeichnet sich die Kommunikation durch eine inhaltliche und eine Beziehungsebene aus. Demnach bedeutet jede Kommunikation zwischen zwei Interaktionspartnern, wegen des

gleichzeitig stattfindenden allseitigen Kommunikationsflusses, immer auch eine Veränderung der Beziehungsdefinitionen aller Interaktionspartner. So ist z.B. jeder neu angemeldete Patient auch eine statistische Größe und beeinflusst im weitesten Sinn über Kosten-Nutzen-Rechnungen die Beziehung zwischen der Institution und dem politischen Defizitträger.

Theoretisch müsste, bei der Analyse der Einflussgrößen des sozialen Kontextes auf die Beziehung zwischen Therapeut und Patient versucht werden, möglichst viele solcher zirkulärer beziehungsmäßiger Veränderungen im Netzwerk zu reflektieren. In der Praxis erweist sich ein solches Vorgehen jedoch als kaum durchführbar und vielleicht auch als zu wenig relevant für den klinischen Alltag.

## 2. Das Beziehungsdreieck

Eine maximale Vereinfachung in der Darstellung kontextueller Einflußgrößen auf die Beziehung zwischen Therapeut und Patient, besteht in der Reduktion des komplexen Kontextogramms auf ein Beziehungsdreieck. In diesem Dreieck steht nebst dem Mitarbeiter einer Institution (T) und dem Patienten (P) eine Größe X stellvertretend für unterschiedliche Kommunikationspartner des gemeinsamen sozialen Kontextes.

Entsprechend dem vielseitigen Aufgabenbereich einer psychiatrischen Institution können unterschiedlichste Inhalte Gegenstand der im Beziehungsdreieck stattfindenden Kommunikation sein (Abklärungen, Therapie, Konsilien, zivil- und strafrechtliche Gutachten, Forschung, Supervision etc.). In der Analyse der Beziehungsdreiecke wird der Beziehungsaspekt vorrangig diskutiert; gemäß der Watzlawick'schen Regel, dass der Beziehungsaspekt den Inhaltsaspekt einer Kommunikation bestimmt.

Ausschlaggebend ist, dass in einem Beziehungsdreieck jeder Kommunikationsteilnehmer gleichzeitig in zwei Beziehungen steht. Diese beiden Beziehungen erhalten seitens der Kommunikationsteilnehmer eine individuelle Bedeutungsgebung. Damit verbunden ist eine Bewertung und Gewichtung. Hervorzuheben ist die Unmöglichkeit, beide Beziehungen zum selben Zeitpunkt gleich zu gewichten. (vgl. erkenntnistheoretische Überlegungen; Wahrnehmung durch Unterscheidung, Bateson 1983). Der Einfachheit halber soll die unterschiedliche Gewichtung der Beziehungen verallgemeinernd mit präferenter / bzw. sekundärer Beziehung umschrieben werden (in Abb. 2 sind präferente Beziehungen mit Doppelstrich; sekundäre Beziehungen mit Einfachstrich dargestellt).

Zwischen zwei Kommunikationspartnern kann entweder Konsens oder Dissens bezüglich der Gewichtung ihrer Beziehung herrschen. Dissensuelle Beziehungsdefinitionen in der Beziehung zwischen Therapeut und Patient bedürfen weiterer Klärung. Diese hilft mit, Patienten vor einer schädigenden «Grenzüberschreitung durch den Therapeuten» (Battegay 1993) zu schützen.

In der systemischen Therapie ist die Erarbeitung einer konsensuellen Sichtweise bezüglich der gemeinsamen Gespräche ein integrierter Bestandteil des Erstgesprächs (Stierlin 1980; Weiss 1988; de Shazer 1989; Weber 1989, Schoppig 1987). Aber auch in der Psychoanalyse wird davon ausgegangen, dass eine Behandlung für *den Patienten* Sinn machen muss. «Wenn das gelingt, wird der Patient das Gefühl haben, dass er verstanden werden kann, und die Vorstellung von der Behandlung erhält für ihn einen Sinn (Anna Freud in Sandler et al 1982, S. 192).

Die Berücksichtigung der Kontextgröße X in der Analyse der Therapeut-Patient-Beziehung ermöglicht unter dem Aspekt der Gewichtung dieser Beziehung aus der Sicht des Therapeuten bzw. des Patienten eine Unterscheidung in konsensuell präferent, konsensuell sekundär und dissensuell gewichtet (d.h. präferent-sekundär; sekundär-präferent).

### 3. Therapeutische und Kontrollbeziehungen

...» Psychotherapie ist ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal aber auch averbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens....». (Strotzka 1975, zit. in: Meyer et al. 1991).

Diese Definition von Psychotherapie, welche auch einem Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapiegesetzes (Meyer, Richter, Grawe, Graf v.d. Schulenburg, Schulte 1991) zugrunde gelegt wurde, vermag für eine differenzierte Analyse der Therapeut-Patient-Beziehung im komplexen Kontext psychiatrischer Versorgung nicht zu befriedigen. Sie ist bezüglich der Machtproblematik, die jeder interaktionellen Beeinflussung von «störendem» Verhalten innewohnt, sehr schwammig. Der Hinweis auf die Notwendigkeit einer konsensuellen Beurteilung von Behandlungsbedürftigkeit und Therapieziel wird mit den Worten «möglichst» und «nach Möglichkeit» vernebelt.

In psychotherapeutischen Beziehungen spielt die Frage der Kontrolle immer auch eine wichtige Rolle (Friedlander & Heatherington 1990, Friedlander 1984, Friedlander & Wildman 1991). Wenn davon auszugehen ist, dass psychotherapeutische Beziehungen immer komplementärer Natur sind, worin dem Therapeuten die «one up» und dem Patienten die «one down» Position zugeordnet ist, betrachten wir es als unabdingbar, dass zwischen Therapeut und Patient ein Konsens über die Legitimation dieser Beziehungsdefinition herrscht.

In einem Beziehungsdreieck (z.B. zwischen Therapeut (T), Patient (P) und (X) gibt es drei Konstellationen von höher gewichteten Beziehungen. Sie entstehen aus einem Konsens zwischen zwei Kommunikationspartnern, die Beziehung zueinander höher zu gewichten als ihre Beziehungen zum dritten Kommunikationspartner. (In Abb. 2 jeweils mit doppeltem Verbindungsstrich angedeutet). Diese jeweils bevorzugten Beziehungsdefinitionen bezeichnen wir als «therapeutische» Beziehung, «Kontrollbeziehung» und «zweckdienliche» Beziehung.

Die dissensuell gewichtete Beziehung zwischen Therapeut und Patient bedarf der genaueren Klärung; sie wird danach einer der drei o.g. Beziehungsformen zugeordnet werden können.

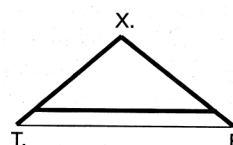
### 3.1 Therapeutische Beziehung

Von einer therapeutischen Beziehung sprechen wir, wenn Therapeut und Patient zum Zeitpunkt und für die Dauer der effektiven Interaktion (beide sind physisch anwesend) ihre Beziehung zueinander als wichtiger ansehen als ihre Beziehung zu (gemeinsamen) Dritten.

Der Patient erhofft sich aus der Interaktion mit dem Therapeuten Hilfe zur Lösung von Problemen, die er bislang alleine oder mit Hilfe Anderer noch nicht in für ihn befriedigender Weise lösen konnte. Der Therapeut und der Patient sind sich darüber einig, dass der Therapeut potentiell der Erwartung des Patienten entsprechen kann. Der Patient ist der Auftraggeber.

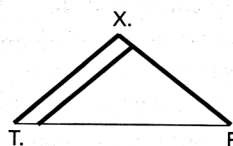
### 3.2 Kontrollbeziehung

Eine Kontrollbeziehung zeichnet sich dadurch aus, dass im Beziehungsdreieck die Beziehung des Therapeuten zu einer dritten Instanz X von ihm höher gewichtet wird als seine Beziehung zum Patienten. Es besteht ein Konsens zwischen Therapeut und X, dass aufgrund eines vorgegebenen übereinstimmenden Angebots-Auftragsverhältnisses der Therapeut eine Beziehung zum Patient aufnehmen muss. Die Beziehungen im Beziehungsdreieck zeichnen sich durch Abhängigkeitsverhältnisse aus. X ist Auftraggeber. Klassische Beispiele für «Kontrollbeziehungen» sind von der Justiz (X) verordnete Maßnahmen. Oft können auch so genannte «Nachsorge»-Angebote für chronifizierte, Klinik entlassene Patienten in die Kategorie «Kontrollbeziehung» fallen.



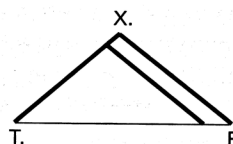
#### «Kontrollbeziehung»:

- Die Beziehung von T. zu einem Dritten ist von übergeordneter Bedeutung. Es besteht ein Konsens zwischen T. und X., dass aufgrund eines vorgegebenen übereinstimmenden Angebot-Auftragsverhältnisses T. eine Beziehung zu P. aufnehmen muss. X. ist Auftraggeber.



#### «zweckdienliche» Beziehung:

- Die Beziehung von P. zu einem Dritten ist von übergeordneter Bedeutung. Der Patient aktiviert ein Auftragsverhältnis zwischen X. und T., welches T. zu einer Dienstleistung an P. verpflichtet.



### 3.2. «zweckdienliche Beziehung»

Die «zweckdienliche» Beziehung benutzt die Beziehung von Therapeut und Patient in einer funktionellen Absicht, bezüglich einer übergeordneten Beziehung zwischen Patient und X. Der Patient aktiviert ein Auftragsverhältnis zwischen X und Therapeut, welches den Therapeuten zu einer Dienstleistung am Patienten verpflichtet. Als Beispiele für diese Beziehungskategorie können vereinzelt psychiatrische Gutachten zur Beurteilung der Militärdienstpflicht gelten oder gewisse forensische Gutachten, bei denen ein Anwalt aufgrund eines geringfügigen Cannabisabusus bei Gericht die psychiatrische Beurteilung seines Mandanten erwirkt.

Um Missverständnissen vorzugreifen, soll an dieser Stelle mit Nachdruck darauf hingewiesen werden, dass es nicht die Absicht des Autors ist, ein rigides Klassifikationsschema vorzustellen. Vielmehr soll die Tatsache, dass in komplexen Beziehungsnetzen und, hier vereinfacht in der triadischen Beziehung, immer eine Gewichtung in der Bedeutungsgebung der Beziehungen aus der Sicht der Beteiligten stattfindet, unterstrichen werden. Die Gewichtung einer Beziehung gegenüber anderen Beziehungen erfolgt selbstverständlich dynamisch und ist zeitlich unbeständig. So kann sich aus einer anfänglichen Kontrollbeziehung eine therapeutische Beziehung entwickeln, oder umgekehrt, wenn aus einer the-

Abbildung 2: gewichtete Beziehungsdefinitionen

therapeutischen Beziehung aus Mangel an Reflexion der Beziehung eine unerwünschte Abhängigkeit entstanden ist, kann daraus eine Kontrollbeziehung entstehen.

Nachteilige Auswirkungen psychotherapeutischer Annahmen (Furman & Topany 1990), unbewusste narzisstische Bedürfnisse (Reimer 1990) oder handfeste finanzielle Interessen des Therapeuten können diesen Prozess begünstigen. Als Orientierungshilfe und zur kritischen Reflexion psychiatrischer Hilfsangebote erscheint es nützlich, die drei unterschiedlichen Konstellationen, welche sich aus unterschiedlicher Gewichtung der Beziehungen im Beziehungsdreieck ergeben, markant zu benennen; wie wir es mit den Termini «therapeutische»; «Kontroll»- und «zweckdienliche» Beziehung vorschlagen.

Die Dienstleistungen psychiatrischer Dienste können, je nach primärem Adressat bezüglich therapeutischer Beziehung bzw. Kontrolle, dem Patienten gegenüber unterschieden werden.

<i>Therap. Beziehung</i>	<i>psych. Dienstleistung</i>	<i>Kontrolle</i>
	Konsilium	→ richtet sich in erster Linie an Arzt
Wenn P sich auf eigenen Wunsch meldet, ausser bei fraglicher Suizidalität	← Notfälle	→ Wenn Patient sich aufgrund der Initiative Dritter an den Dienst wendet
wenn Abbruch jederzeit möglich	← Einzeltherapie Ehe-, Familien-Therapie	→ wenn Abbruch der Therapie von X unerwünscht
wenn Therapeut von Allen als neutral erlebt wird	← Ehe/Par/Familien-Therapie	→ wenn Therapeut bezüglich eines Mitglieds nicht neutral
erst möglich nachdem Beziehung von T. und P. zu X geklärt	← Zuweisung durch X	→ in der Regel immer erst «Befriedigung» von X notwendig
	Gutachten	→ immer
evtl. Freiraum nach Klärung von Beziehung zw. T.-P. und X möglich	← verordnete Therapie	→ in erster Linie Rechenschaft gegenüber X
	Methadon	→ immer
	Vormundschaftsfälle	→ zuerst immer
eher selten	← Gerontopsychiatrie	→ wenn X Altersheim, Angehörige, HA etc.

Abbildung 3: Dienstleistungen psychiatrischer Institutionen nach «therapeutischer-» bzw. «Kontrollbeziehung» unterschieden.

Die Beziehungsdefinition wird vorerst aus dem Blickwinkel des in der Institution tätigen Therapeuten betrachtet (vgl. Abb. 3).

Es fällt auf, dass über die Hälfte der Dienstleistungen einer psychiatrischen Institution zur Kategorie der «Kontrollbeziehungen» gehört. Hierin zeigen sich die multiplen Kontrollaufgaben, welche die Gesellschaft an die Psychiatrie abgibt. Vergleicht man die soziale Vernetzung einer psychiatrischen Institution, wie sie im Kontextogramm (Abb. 1) dargestellt ist, wird gleichfalls verständlich, dass bei so vielen Beziehungen die Beziehung zum Patienten nicht immer oberste Priorität besitzt. Als minimale Forderung für ein ethisch bewusstes Vorgehen soll die Aufgabe des Therapeuten genannt werden, seine Gewichtung der Beziehung dem Patienten gegenüber transparent zu machen.

Für alle Dienstleistungen an Dritte (X), welche sich aus den Verpflichtungen des psychiatrischen Dienstes gegenüber anderen Professionellen und Institutionen ergeben, können sinnvollerweise formalisierte Rahmenbedingungen aufgestellt werden (Konsilien, Gutachten, Methadon, Vormundschaftsfälle). Sie widerspiegeln die Beziehungsdefinition der einzelnen Institutionen zueinander und sind wichtiger Bestandteil der «Außenpolitik» eines psychiatrischen Dienstes. Alle Dienstleistungen, die eine therapeutische Beziehung nicht ausschliessen, unterliegen im weiteren auch den internen Beziehungsdefinitionen der Mitarbeiter einer Institution.

#### **4. «Therapeutische Beziehung versus Kontrolle» im Spiegel der inner institutionellen Strukturen**

##### *4.1 Dienstleistung mit Kontrollbeziehungen*

Dienstleistungen mit Kontrollbeziehungen müssen sich an gesetzliche Bestimmungen halten. In einem interdisziplinären Team kommt für diese Dienstleistungen die ärztliche Hierarchie zum Tragen. Innerhalb der ärztlichen Hierarchie (Chef, OA, Ass.A: ) besteht ein gewisser Spielraum für die Verteilung der Kompetenz gemäß den Beziehungsdefinitionen zwischen den Beteiligten.

##### *4.2. Dienstleistungen mit „therapeutischer Beziehung“*

Psychiatrische Dienstleistungen, die eine therapeutische Beziehung nichtausschliessen sind im Rahmen einer psychiatrischen Institution von der Beziehung des Therapeuten zu anderen Teammitgliedern, dem Chef, der «richtigen» Sichtweise, der «richtigen» Diagnostik und zum «richtigen» Fachjargon geprägt. Je größer der Ermessensspielraum und je größer der Freiraum zur individuellen «richtigen therapeutischen Handlung» der Einzelnen, desto größer ist die Chance zur Gestaltung einer therapeutischen Beziehung zwischen T und P. Je enger die Entscheidungsbefugnis der einzelnen Therapeuten, desto höher ist die Chance, daß die Beziehung T - P entsprechend der Beziehung T - X (Vorgesetzter) wird.

In einer psychiatrischen Institution steht in jedem Fall die Beziehungsgestaltung zwischen Therapeut und Patient in starker Abhängigkeit von internen Größen X.

##### *4.2.1 X als Ausdruck des Kräftegleichgewichts in einem interdisziplinären Team:*

Zwei Rahmenbedingungen sind in den psychiatrischen Ambulatorien der Schweiz in der Regel gegeben.

- a) Assistenzärzte haben mehr Befugnis und übertragene Kompetenz als Mitglieder anderer Berufsgruppen (Psychologen, Sozialarbeiter, Psychiatriepfleger).
- b) Assistenzärzte arbeiten vorübergehend, zum Zweck ihrer Ausbildung, in der Institution. Sie sind Lernende und verfügen oft über relativ wenig therapeutische Erfahrung.

Die Position der Assistenzärzte ist durch ein Legitimationsdefizit gekennzeichnet, das strukturell bedingt ist. Je nach Persönlichkeitsstruktur (selbstsicher-unsicher) laufen sie Gefahr, auf die Verunsicherung durch ständige Überforderung und Rollenkonflikt (Bacharach 1990) mit einem «burn-out» Syndrom (Caron et al. 1983 ) zu reagieren oder mittels übermäßiger Identifizierung mit der Ideologie der Rolle ihre Unsicherheit zu kompensieren.

Aus diesen Rahmenbedingungen kann sich eine Dynamik ergeben, welche sich als Widerspruch zwischen offizieller und inoffizieller Hierarchie in der Institution manifestiert. Zeichnen sich nichtärztliche Mitarbeiter durch langjährige Erfahrung in der Institution und durch hohe Kompetenz auf verschiedenen Fachgebieten aus (Familientherapie, sozialpsychiatrische Projekterfahrung etc.), werden sie mit der Zeit zu den Trägern der psychiatrischen Institution. Dies begünstigt eine hohe Stellung in der informellen Hierarchie. Im Rahmen der Dienstleistungen mit Kontrollbeziehung und Gemäß den gesetzlichen Bestimmungen stellen jedoch die Ärzte die hierarchisch höchstgewichtete Berufsgruppe dar.

Miller et al. (1990) hebt die Bedeutung der Partizipation der Mitarbeiter bei Entscheidungen am Arbeitsplatz für die Reduktion des «burn-out» Syndroms bei interdisziplinären

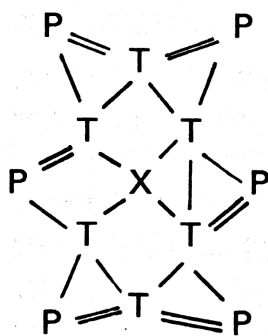
Pflegeteams hervor. Gelingt es, sowohl durch kluges Management, als auch durch gegenseitige Anerkennung der persönlichen und berufsspezifischen Eigenheiten seitens der Teammitarbeiter das Kräftegleichgewicht zur Zufriedenheit der Beteiligten auszubalancieren, verringert sich die Gefahr, dass die Beziehung T - P missbräuchlich in einem internen «Kampf» der Mitarbeiter verwendet wird.

In einem «harmonischen» Team sind die Beziehungen der Teammitglieder zueinander soweit geklärt, dass z.B. ein Konsens darüber besteht, dass alle MitarbeiterInnen gemäß ihren Kompetenzen arbeiten. Dies erweitert den Freiraum in der Beziehungsgestaltung zum Patient.

In einem «konfliktreichen» Team können die Beziehungen zu Patienten missbräuchlich benutzt werden, wenn z.B. ein Teammitglied dem anderen beweisen will, dass die eigene therapeutische Sicht erfolgreicher ist als diejenige der Kollegen. Es kann auch vorkommen,

dass möglichst viele PatientInnen sehr oft gesehen werden, um dem Vorgesetzten zu zeigen, dass man sich viel mehr in der Arbeit engagiert als ein anderer Mitarbeiter.

«harmonisches Team» X



«konfliktreiches Team» X

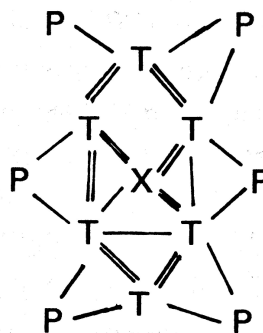


Abbildung 4: (mit Doppelstrich markierte) gewichtete Beziehung in einem harmonischen und einem konfliktreichen Team. Harmonische Teams unterstützen therapeutische Beziehungen, konfliktreiche Teams erschweren therapeutische Beziehungen zwischen Therapeut und Patient.

An den Externen Psychiatrischen Diensten Kanton Baselland führte in den Jahren 1991 und 1992 ein Chefarztwechsel zu Veränderungen der Organisationsstrukturen. Die Hierarchisierung und einseitige Favorisierung der ärztlichen Leistungen führte bei den langjährigen nichtärztlichen Mitarbeitern zu Ärger und Frustration. Die gleichfalls beschnittene Mitsprache führte zur Aufsplitterung des Arbeiterteams. Die wahrgenommene «Ungerechtigkeit des Systems» (Ashforth 1992) brachte Manipulation von Information (z.B. über Patienten) mit sich und förderte opportunistische Verhaltensweisen (Fendt & Ferris 1990). Die Folge war ein starker «...Mitarbeiterwechsel, indem die meisten (Hervorhebung L.S.) Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die sich mit den neuen Strukturen und dem neuen Chefarzt nicht vertraut machen konnten, die EPD verließen und frischen Kräften Platz machten»

( Jahresbericht 1992 ). Welche Bedeutung ein solch radikaler Mitarbeiterwechsel für die Patienten hatte, verschweigt der Jahresbericht.

#### 4.2.2. X als „richtige“. Sichtweise

In einem psychiatrischen Ambulatorium werden notwendigerweise Richtlinien und «richtige» Sichtweisen bzgl. der Dienstleistungen mit Kontrollbeziehung vorgegeben. Sie dienen der Kommunikation mit Externen (Ärzten, Justiz, der psych. Fachwelt etc.). Dazu gehören administrative Vorgaben bzgl. der Gestaltung von Krankendossiers, forensischen Gutachten, Konsilien, dem Abrechnungswesen und der Statistik. Auch die Diagnostik und der Gebrauch einer psychiatrisch phänomenologischen Sprache gehören hierzu. Diese Richtlinien machen einen gewichtigen Anteil des Erscheinungsbildes eines Dienstes aus und dienen somit der «Außenpolitik» der Stelle.

Für therapeutische Beziehungen gilt, dass «...der Therapeut potentiell etwas zur Lösung der Probleme des Patienten beitragen kann, was dem Patienten bislang selbständig und mit Hilfe Anderer noch nicht gelungen ist.» Das «potentiell etwas zur Lösung beitragen



können» entspricht dem Selbstverständnis eines Therapeuten. Dieses Selbstverständnis kann durch Selbst- oder Fremdkritik in Frage gestellt werden.

Die Selbstkritik des Therapeuten gegenüber seinem therapeutischen Selbstverständnis ist Ausdruck eines Missverhältnisses zwischen den eigenen Modellvorstellungen über Therapie und dem therapeutischen Handeln. Dieses Missverhältnis kann Ausdruck von ungenügender theoretischer Ausbildung (Therapiemodell) oder geringer praktischer Erfahrung (therapeutisches Handeln) sein. Diese Situation ist typisch für Therapeuten in Ausbildung. Wie oben angedeutet ist für psychiatrische Institutionen wiederum charakteristisch, dass therapeutisch tätige Assistenzärzte in der Ausbildung stehen.

Nebst den positiven Aspekten, welche eine selbstkritische Haltung dem eigenen therapeutischen Selbstverständnis gegenüber hat, besteht besonders in der der Ausbildung anhaftenden Wettbewerbssituation eine erhöhte Gefahr, dass die Beziehung zum Patienten der Restitution des eigenen therapeutischen Selbstverständnisses dienen muss. In einem solchen Fall gilt: Die Beziehung des Therapeuten zu seinem therapeutischen Selbstverständnis wird übermäßig gewichtet; die Beziehung zum Patienten verliert dagegen an Bedeutung. Die therapeutische Beziehung «kippt» in eine kontrollierende Beziehung um.

#### *4.3 Fremdkritisches Infragestellen des therapeutischen Selbstverständnisses*

Jede psychiatrische Institution kennt verschiedene Formen von Kontrolle der eigenen Tätigkeit. Sie findet in Fallbesprechungen, internen und externen Supervisionen statt. Mit diesen Instrumenten wird der komplementären Beziehung zwischen Ausbildern und Auszubildenden Rechnung getragen. Per definitionem verfügen die Ausbilder über die Kenntnis, sowohl des «richtigen» therapeutischen Modells, als auch über die «richtige» therapeutische Handlungsweise. Das therapeutische Selbstverständnis des auszubildenden Therapeuten steht demnach immer in Abhängigkeit zum «richtigen» Therapieverständnis des Ausbilders. Erfolgt aufgrund dieser Abhängigkeit ein fremdkritisches Infragestellen des bestehenden therapeutischen Selbstverständnisses, kann auch in diesem Fall die therapeutische Beziehung zwischen T - P zugunsten einer Restitution und Stabilisierung der Beziehung T - Ausbilder in den Hintergrund rücken.

Es ist nützlich, wenn von Seiten der Ausbilder in einer psychiatrischen Institution unterschieden wird zwischen Kontrolle von Dienstleistungen mit Kontrollbeziehung und Kontrolle von therapeutischen Beziehungen. Während erstere unumgänglich ist, scheint letztere zu den epistemischen Irrtümern zu gehören, wie sie von Dell (1989) beschrieben werden. Die Diskussion, Kontrolle und Supervision von therapeutischen Beziehungen sollte die Möglichkeit beinhalten, vom Auszubildenden als Erkenntnisvermehrung willkommen geheißen, oder als für seine Situation nicht passend abgelehnt zu werden.

## **5. Diagnostik**

Diagnostik in der Psychiatrie stellt einen Vergleich der Wahrnehmung des Therapeuten mit konsensuellen Klassifikationsschemata (ICD 10, DSM 3/R) oder anderen Modellvorstellungen dar. Die Wahrnehmung des Therapeuten bezieht sich auf das Erscheinungsbild des Patienten, seine «Geschichte» und auf die Interaktion mit ihm.

Die meisten Diagnoseschemata kennen eine Unterteilung von leichten und schweren Störungen. Diese Unterscheidung kann sich auf verschiedene Faktoren wie z.B. geäußerten Leidensdruck des Patienten, Störung Anderer, Ausprägung von Symptomen, soziale und wirtschaftliche Integriertheit und anderes beziehen. Da bei schweren Störungen wegen Selbstgefährdung des Patienten oder bei extrem störendem Sozialverhalten bis hin zu Fremdgefährdung die Kontrollfunktion der psychiatrischen Institution angerufen wird, kommt ein Therapeut nicht umhin, Patienten diagnostisch zu beurteilen. Die diagnostische Beurteilung ist prägend für die Beziehungsdefinition zwischen Therapeut und Patient. Die Diagnostik ist eine Metakommunikation zwischen Therapeut und Fachwelt (z.B. Vorgesetz-

ter, Überweiser, andere Institutionen etc.), welche den Patienten bzw. die Beziehung des Therapeuten zum Patienten zum Inhalt der Kommunikation nimmt. In gewisser Hinsicht verdinglicht sie den Patienten zum Objekt, «Fall» oder Forschungsgegenstand. Damit wird wiederum die oberste Priorität der Patient –Therapeut -Beziehung aufgegeben.

Im Rahmen einer Institution ist es nützlich, sich auf die Beurteilung gewisser als relevant betrachteter Faktoren zu einigen (z.B. Patient und Funktionsfähigkeit, Patient und soziale Einbettung, Patient und Krankheit). Dieses Vorgehen fördert die interne Kommunikation. Manchmal kann ein entsprechendes Screening Verfahren sich als ökonomisch sinnvoll erweisen.

## **6. Wohlbefinden**

Für das Wohlbefinden von Patienten und Mitarbeitern sind generell zwei Faktoren sehr wichtig:

1. klare Beziehungsdefinitionen und
2. Optionen zur Verbesserung der gegenwärtigen persönlichen Situation

Das Wohlbefinden von Patienten und Mitarbeitern steht in Wechselwirkung. Per definitionem obliegt aber dem therapeutischen Mitarbeiter einer psychiatrischen Institution die Verantwortung darüber, dass das eigene Wohlbefinden sich nicht negativ auf das Wohlbefinden der Patienten auswirkt. Als Minimalforderung muss gelten, dass Patienten keinen Schaden aus der Interaktion mit Mitarbeitern erleiden. Dass dieser Forderung nicht in jedem Fall Rechnung getragen wird, ist leider eine bekannte Tatsache.

Die Klärung der Beziehungsdefinition zwischen T. und P., wie oben vorgeschlagen, kann einen Beitrag zum Wohlbefinden leisten. Die Verbesserung der persönlichen Situation ist für jeden Patienten unabdingbarer Bestandteil seiner Beziehungsdefinition zum Therapeuten.

Für die Mitarbeiter gilt ebenfalls, dass eine Organisationsstruktur, welche zur Klarheit der Beziehungen der Mitarbeiter untereinander beiträgt, sich günstig auf ihr Wohlbefinden auswirkt. Die Option zur Verbesserung der gegenwärtigen persönlichen Situation sollte sich auf möglichst viele «Belohnungssysteme» (rewarding systems) abstützen.

Nebst der Anerkennung durch Vorgesetzte kann das Gefühl der eigenverantwortlichen Arbeit, der Mitbestimmung und der Anerkennung anderer Mitarbeiter belohnenden Charakter haben. Dabei kann sich, und das mag vielleicht paradox erscheinen, eine Organisationsform, die ein Nebeneinander von sowohl kompetitiven und opportunistischen, als auch kooperativen Verhaltensweisen der Mitarbeiter zulässt, als für das Wohlbefinden der Mitarbeiter günstig erweisen. (Fendt & Ferris 1990; Tjosvold 1990).

## **Schlussfolgerung**

Die kommunikationstheoretisch abgestützte graphische Darstellung von Beziehungen in Dreiecken eignet sich sehr gut zur raschen Unterscheidung von therapeutischen, kontrollierenden oder «zweckdienlichen» Beziehungsdefinitionen zwischen dem in einer Institution tätigen Therapeuten und seinem Patienten. Alle drei Beziehungsdefinitionen ergeben sich aus dem vielfältigen Aufgabenbereich psychiatrischer Institutionen. Es wird keineswegs ausgeschlossen, dass sich nebst den therapeutischen auch «Kontroll»- und «zweckdienliche» Beziehungen in bestimmten Situationen positiv auf das Wohlbefinden des Patienten auswirken können. Diese Beziehungsformen sind aber von grundsätzlich verschiedener Natur und sollten nicht miteinander verwechselt werden. Diese Arbeit bietet ein Werkzeug zur raschen und wiederholten Klärung der Beziehungsdefinition im komplexen Handlungsfeld psychiatrischer Institutionen. Sie versteht sich auch als Ansporn zur Ver-

meidung von psychohygienisch schädlichen Ungewissheitszuständen für Mitarbeiter und Patienten, welche eine unvermeidliche Begleiterscheinung unklarer Beziehungsdefinitionen sind.

## Literatur

- Ashforth, B.E. (1992). The perceived inequity of systems; Administration & Society Vol. 24 'So. 3, 375-108. Bacharach, S., Bamherger, P. & Conley, S.C. (1990). Work Processes. Role Conflict. and Role Overload; Work and Occupations Vol. 17 No. 2, 199 -228.
- Bateson, G. (1983). Geist und Natur. Suhrkamp, München.
- Bastine, R. (1992). Differentielle Psychotherapie in der Entwicklung; - einige Bemerkungen zu dem Artikel von K. Grawe: Psychologische Rundschau 43, 171-173.
- Battegay, R. (1992). Grenzsituationen: Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt.
- Bauer, M. & Berger, H. (1990). Kommunale Psychiatrie in Offenbach - ein schneller Weg zum gemeindepsychiatrischen Verbund: Psychiatrische Praxis 17, 51-58. Boscolo, L. & Cecchin, G. (1987). Milan Systemic Family Therapy; Basic Book, New York.
- Caron, Ch., Corcoran, K.J. & Simcoe, F. (1983). Intrapersonal Correlates of Burnout: The Role of Locus of Control in Burnout and Self-Extrem: The Clinical Supervisor Vol. 1(4).
- Christ, J. & Hafner, T. (1989). Die Sozialpsychiatrie als praktische Anwendung, der Epidemiologie: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie Bd. 140, 495-509.
- De Shazer, S. (1989). Der Dreh. Auer, Heidelberg. Dell, P. (1989). Klinische Erkenntnis. Modernes Lernen, Dortmund.
- Fendt, P.M. & Fetria, G.R. (1990) The Management of Information and Impresions When Employees Behave Opportunistically; Organizational Behavior and Human Decision Processes 45 140 -158.
- Friedlander, N.L. (1984). Psychotherapy talk as social control: Psychotherapy Vol. 21 No. 3. 335 - 341. Friedlander, N.L. & Heatherington, L. (1990). Complementary and Symmetry in Family Therapy Communication, Journal of Counseling Psychology. Vol 37, 261-268.
- Friedlander, N.L. & Wildman, J. (1991). Intepersonal control in structural and Milan Systemic Family Therapy: Journal of Marital and Family Therapy. Vol. 17 No.4. S. 395-408.
- Furman, R.: Topany, A (1990). Nachteilige Auswirkungen von psychotherapeutischen Annahmen; Familiendynamik. 19-'7. Grawe, K. (1992). Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre; Psychologische Rundschau 43, 132-162. g
- Hoffmann, L. (1990). Constructing Realities: An Art of Lenses: Family Process Vol. 29 No. 1, 1- 11. Hoffmann, S. O. (1992). Bewunderung, etwas Scham und verbliebene Zweifel. Anm. zu K. Grawes «Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre»; Psychologische Rundschau 43, 163-167.
- Imber-Black, E. (1990). Familien und größere Systeme. Im Gestrüpp der Institutionen. Auer, Heidelberg. Mayntz, R. (1992). Modernisierung und die Logik von interorganisatorischen Netzwerken: Journal für Sozialforschung 32. Jg.. 21-27.
- Meyer, A.-E., Richter, R., Grawe, K., Graf v.d. Schulenburg, J.-M. & Schulte, B. (1991). Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes: Universitäts-Krankenhaus Hamburg-Eppendorf.
- Miller, K.L, Ellis, B.H., Zook, E.G. & Lyles, J.S. (1990). An Integrated Model of Communication, Stress, and Burnout in the Workplace; Communication Research, Vol 17. 300-326.
- Müller-Lucks, B. (1989). Psychiatrieplanung in Schleswig-Holstein; Öffentl. Gesundh.-Wes. 51, 529-532 Reimer, Ch. (1990) Abhängigkeit in der Psychotherapie, Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik, 245305.
- Rieger, E. (1992) Strategien der Institutionenbildung; Journal für Sozialforschung 32. Jg. 84-89.
- Sandler, J., Kennedy, H. & Tyson, R.L. (1982). Kinderanalyse, Gespräche mit Anna Freud; S. Fischer Verlag, Frankfurt.
- Sanitätsdirektion Kanton Baselland, Kantonsspital Liestal, Jahresbericht 1992.
- Schiepek, G. (1987). Systeme erkennen Systeme; Psychologie Verlags Union, München.
- Schweitzer, J. (1989) Professionelle (Nicht-)Kooperation: Ihr Beitrag zur Eskalation dissozialer Karrieren Jugendlicher, Z.system.Ther. 7, 247-254.
- Schoppig, L. (1987). Systemtherapeutische Supervision im Kinder- und Jugendheim, Hartung Gorre, Konstanz. Selvini Palazzoli, M. et al. (1978). Der entzauberte Magier: Klett-Cotta-Verlag Stuttgart.
- Selvini Palazzoli, M. et al. (1985). Hinter den Kulissen der Organisation, Klett-Cotta-Verlag. Stuttgart.
- Simon, F.B. & Stierlin, H. (1984). Die Sprache der Familientherapie, Ein Vokabular Klett-Cotta, Stuttgart. Spengler, Ch. (1992). Systemische Familientherapie im psychiatrischen Krankenhaus, Familiendynamik, 229246.
- Spengler, Ch. (1991). Plurale Vernetzung und Integration psychiatrischer Systeme. Sozialpsychiatrische Information 21, 29-34.
- Stierlin, H., Rücker-Emden-Jonasch, L. Wetzel, N. & Wirsching, M. (1980) Das erste Familiengespräch, Klett-Cotta, Stuttgart.
- Tjosvold, D. (1990) Power in Cooperative and Competitive Organizational Contexts, The J. of Social Psychology, 249-258.
- Watzlawick, P. (1967). Menschliche Kommunikation, Huber, Bern.
- Watzlawick, P. (1974). Lösungen, Huber, Bern.
- Weber, G. & Stierlin, H. (1989) In Liebe entzweit. Ein systemischer Ansatz zum Verständnis und zur Behandlung der Magersuchtsfamilie; Rowohlt, Hamburg.
- Weiss, T. (1988). Familientherapie ohne Familie, Kösel, München.
- Wengle, H. (1987) Gemeindenähe - eine sozialpsychiatrische Leitidee: Erfahrungen im Kanton St. Gallen; Sozial- und Präventivmedizin 32, 176-179.

Korrespondenzadresse:

Institut für systemische Psychologie, Dr. phil. Lucien Schoppig, Sevogelstrasse 123, 4052 Basel, Telefon 061 311 16 11