Diese gegeseitige Beeinflussung für die sich ergänzende Wirkung von emotionalen und sozialen Lernprozessen in der Therapie von großer Bedeutung. Es ist verständlich, daß bei Berücksichtigunug dieser Zusammenhänge vom Schwinden von Symptomen allein, sei es durch Medikamente oder durch psychotherapeutische Maßnahmen, ein stabiler Behandlungserfolg in den meisten Fßllen nicht erwartet werden kann.

Die Aufgabe, sich neben den pflegerischen und beschützenden Funktionen sozusagen als Partner für neue soziale Erfahrungen des Patienten einzubringen, verlangt neben einer ausreichenden Ausbildung und Grundkenntnis in Psychodynamik eine gewiss Fähigkeit, die eigene Rolle in der Beziehung zum Patienten und zum anderen Mitarbeiter zu reflektieren. Bei dieser Einschätzung der Rolle von Gruppenprozessen in psychotherapeutischen und psychiatrischen Institutionen kann die Berücksichtigung folgender Aspekte von Nutzen sein.

1. Die Berückschtigunug der verschiedenen Aspekte der menschlichen Beziehung und die durch das theoretische Konzept beeinflußten selektiven Wahrnehmungseinstellung.

2. Die Rolle des Krankenhauses als soziales Feld.

3. Die Sozio - Dynamik einer Krankenstation wird in der Regel durch vier Variable konstelliert :

a. Durch die individuellen Übertragungsmechanismen der einzelnen Patienten und der einzelnen Mitarbeiter auf der Station,

b. Durch die Gruppensituation der auf engem Raum über längere Zeit zusammenlebenden Patienten,

c. Durch die Gruppensituation der Mitarbeiter und

d. Durch die Gruppensituation der jeweiligen Station in der Großgruppe Klinik.

Zu 1. Ich sprach eingangs von dem Gewicht, das der naturwissenschaftlichi medizinischen Ausrichtung der Ausbildung von Arzten, Schwestern und Pflegern für die Beziehung zu den Patienten, für die untereinander und für das Selbstverständnis in der jeweiligen Rolle zukommt. Wie Friedrich und Lüdtke in ihrem Buch über «Teilnehmende Beobachtung» zeigen, unterliegt jeder Beobachter einer selekktiven Wahrnehmung, das heißt daß seine Wahrnehmung nicht nur durch Paramater beeinflubt wird, die in seiner Persönlichkeit liegen, sondern auch durch seine theoretischen Konzepte! Nach Beckmann wird die Struktur von Entschei-

dungsprozessen in der klinischen Urteilsbildung einermseits durch Wahrnehmungsvorgänge als erstem Schritt und andererseits durch die kognitive Verarbeitung des Wahrgenommenen als zweitem gebildet : das heißt, wahrgenommene Patientenmerkkmale er scheinen in interpretativen Zusammenhängen!

Jede Auswa hl des Wahrgenommenen ist bereits eine Interpretion von Zusammenhängen, auch wenn sie unbewußt ablauft, der Erwartungshorizont wird durch die jeweilige Hypothese bestimmt. Die Erwartungshypothese «psychisch abnormer Symptomträger» schränkt somit die Möglichkeit, mit ihm in Beziehung zu treten bereits erheblich elin, Beispiel zu bringen. Da diese Einstellung benim Patienten auch die Fähigkeit ,mit seinen peers in eine spontane Interaktion zu kommen, kaum fördert, verbleibt auch die Patientengruppe in eingeengten Beziehungen zueinander, Der zusätzliche emotionale Schutzcharakter dieeser selektiven sozialen Wahrnehmung uniformieert nun seinerseits wiederum die Beziehungsstruktur des ganzen sozialen Systems. Dies erklärt die oft als so unverrückbar erscheinenden Gruppenprfozesse in Institutionen und unterstreicht die Notwendigkeit sowohl einer Ausbildung als auch einer Selbsterfahrung im Rahmen einer Supervision.

Der Nachteil für den Patienten liegt vor allem darin, daß er es dann vermeidet, innerhalb seiner herkömmlichen Verhaltensmuster zu agieren wodurch die kirrigierende Rückmeldung und die damit verbundene affektive Umorientierung seiner sozialen Lerndefizite scher möglich wird.

Daß auf doesem Hintergrund Gruppenprozesse im Team und in der Patientengruppe ein in der Regel unterschätzter Einfluß auch die Diagnosen - Prognosen, und Indikaktions stellung zukammen kannJ, zeigen vielfältige Erfahrungen. Ich sprach vorhin vom Schutzcharakter einer starren, wenig durchlässigen Beziehungsstruktur, der sowohl für die Therapierenden als auch für die Therapierten von Bedeutung sein kann. Die Beziehungsstruktur zwischen Arzt und Patient läßt bei geneuer Analyse vier Paarameter erkennen, deren jeweilige Gewichtung und Verteilung die Qualität der Beziehung charakterisiert. Dies sind a. der Aspekt der Realbeziehung b. der der sogennanten Übertragunu, c. der der Gegenübertragunug und d. der des Arbeitsbündnisses.

Die Realbeziehung zeichnet sich durch bewußte und gezielte, geplante Aktivitäten aus - in reinster From braucht sie der Chirurg während der Operation am narkotisierten Patienten - sie stellt andererseits den stabilisierenden Anteil jeder sozialen Beziehung dar. Die Übertragunug kennzeichnet den Anteil der Arzt - Patienten - Relation, der aus der un

bewußten Lebenserfahrung und Konfliktbereitschaft der eigenen Genese des Therapeuten stammt und sich meist störend bemerkbar macht. So können bei etwa einer Schwester unbewußte, ungelöste Konflikte mit der eigenen Mutter blinde Flecken in die Wahrnehmung ihrer Reaktionsbereitschaften im Team oder dem Patienten gegenüber beeinträchtigen. Als Gegenüber - tragunug hingegen ordnetman die unbewußten Gefühlsantworten auf eotionale Angebote des Patienten im hic et nunc ein. Wenn man zum Beispiel auf latente Wunsche des Kranken nach mütterlicher Versorgunug oder väterlicher Richtungsgebung mit entsprechenden Gefühlseinstellungen reagiert und deren Reflaktion für das therapeutische Handeln fruchbar gemachut werden kann. Die Arbeitsbeziehung endlich bestimmt den Anteil der Beziehung, der uns erlaubt in der Interaktion mit dem Kranken und im Team unsere Stellnug in diesem Beziehungsgefüge wahrzunehmen und threrapeutische einzusetzen.

Zu 2. Die Rolle der Klinik für die Beziehunggstruktur in der Therapie.

Der Schutzcharakter der Klinik ist für die meisten der eingewiesenen Patienten eine Voraussetzung, um bei der Ausprägunug ihrer Erkrankung wirksam halfen zu können. Auf der anderen Seite kann die Versorgunug im Krankenhaus auch dazu führen, daß durch ein unreflektiertes Regressionsangebot der Aufenthalt selbst zum elinig erstrebten Ziel wird. Schon Freud hat auf diese Gefahr hingewiesen, er meint über die Kliniken «..... diese streben nichts anderes an, als es dem Patienten höchst angenehm zu machen, damit er sich dort wohlfühle und gern wieder vor den Schwierigkeiten des Lebens Zuflucht dorthin nehme. Dabei verzichten sie darauf, ihn für das Leben stärker, für seine eigentlechen Aufgaben leistungsfähiger zu machen. In der Kur muß jede solche Verwöhnung vermieden werden.» Diese Gefahren durch eine zu große Entlastung von den Mühen und Konflikten des Alltags findet man in ähnlicher Form in allen Behandlungsstätten, die Kranke über eine Zeit behandeln. Rapaport meint dazu : «Wir müssen das Alltagsleben des Patienten so organisieren, daß die gleichlaufenden Tendenzen von Hospitalisierung und auf Introspektion ausgerichteter Therapie die Regression erheblich fördern, berücksichtigt werden.»

Die Beschäftigunug mit sich selbst in der Therapie akzentiuere diesen Hospitalisierungseffekt zusätzlich. Im Kliniksalltag bestehe dann die Gefahr, daß die Patienten als ansprüchlich, kontaktsüchtig oder als zu anlehnungsbedürftig, al svermindert reizbar und aggressiv oder als zunehmend zurückgezogen erlebt werden. Mobilisieren diese Signale an die Hilfsbereitschaft der Betreuer anstelle einer Bereitschaft zu the-

rapeutischer Auseinandersetzung ein unreflektiertes übermäßiges Verständnis oder eine aggressive Zurückweisung, so kann zu der gefürchteten regressiven Subkultur einer ganzen Station kommen. Gratifikationen der infantilen Ansprüche können dann leicht zu dem führen, was man einen «regressiven Besitzstand» nennen könnte, dessen Entzug dann als schwere Frustration und Kränkung erlebt wird und zu aggressiven Ausbrüchen und unter Umständen sogar zu Suicidversuchen führen kann. Eine weitere besondere Verarbeitung ist im Sinne der «ökologichen Nische» möglich, bei der es zu einem Gleichgewicht zwicht zwischen regressiven und progressiven Tendenzen und zu einer scheinbaren sozialen Anpassung kommt, die jedoch ausschließlich den Mikrokosmos der Klinik betrifft. Angste und Konglikte schwinden, aber der Patient vermeidet durch diesen Erfolg in Wirklichkeit eine Rückkehr in das soziale Feld außerhalb der Klinikk. Um die eingangs bechriebene Üniformierung und Starrheit der Beziehungsstruktur zu vermeiden, und andererseits die soeben geschilderten Gefahren zu bannen, sind der Interventionsstil und eine diagnostische Fähigkeit für Gruppenprozesse von Seiten der Betreuer auf der Krankenstation von besonderer Bedeutung. Ihr Verständnis für das Verhalten der Patienten sollte nicht so sehr durch die Einstellung au die Wahrnehmung von latenten Konflikten bestimmt sein, sondern von den Kommunikationsschwierigkeiten im hier und jetzt. Ihre Interventionen sollten vorwiegend auf inaktionellem Niveau erfolgen und somit den Gruppen prozess der Patienten mit einbeziehen. Die Mobilisierung regressiver Triebbedürfnisse und schwer z usteuernder sozialer Konflikte oder ein Rückzug in starre Verhaltensweisen sind sonst kaum zu vermeiden. Auf dieser Verstehens - und Interaktionsebene sollten jedoch die Mitarbeiter gut ausgebildet, kompetent und supervisioniert sein. Sozialtherapeutischen Aktivitäten wie Stationsgruppen, Gruppensport, Arbeitsbelastungsversuchen und Gruppentherapie wird in Literatur und Praxis mit Recht eni steurnder Einfluß auf unerwünsche Ausmaße der Regression in der Klinik zegeschrieben. Diese Annahme trifft jedoch nur dann in vollem Umfang zu, wenn auch diese Bereich in die soziotherapeutische Gruppenauseinandersetzung mit elinbezogen werden, die dem Kranken erst dann zu neuen Erfahrungen mit sich und den anderen verhelfen können. Eine Tendenz, den Patienten bloß zu beshâftigen, sozusagen abzulanken, kann auch darurch positive Entwicklungen behindern, indem diese Aktivitäten dazu benutz werden Vermeidungen und Passivitât zu verdechen und die Ensstehung einer Fähigkeit zu spontaner und kreativer Gestaltung des Alltags elinzudämmen.

Zu 3. Zur Soziodynamik der Krankenstation.

In den letzten beiden Abschnitten wurde deutlich gemacht, daß sowohl eine Erstarrung und Ritualisierung von Gruppenprozessen, als auch die Entgleisung deren Soziodynamik einer Verbesserung der be währten therapeutischen Möglichkeiten wie Psychopharmaka und Psychotherapie hinderlich im Wege stehen können. Diese Soziodynamik wird, wie gesagt, durch die individuellen Übertragungs - und Reaktionsmechenismen der Patienten und der Mitarbeiter der Station, durch die Gruppensituation der auf engem Raum über längere Zeit zusammenlebenden Patienten, durch die Gruppensituation der Mitarbeiter untereinander und durch die der jeweiligen Station in der Großgruppe Klinik konstelliert. Dabei kommt der gegenseitigen Beeinflussung der Gruppen prozesse eine Wesentliche Bedeutung zu.

Wir können davon ausgehen, daß die Patienten nach einer kurzen Eingewöhnungszeit in der Klinik im Sinne der Übetragung die gewohnte Familiendynamik mit allen ihren Konflikten wiederherstellen. Sie suchen sich dazu unbewußt die Mitpatienten und die Betreuer aus, die sich für die Konstellation der vertrauten Beziehungsmuster aufgrund ihrer Persönlichkeitszüge besonders eignen. Werden diese Mechanisman nicht erfaßt, so kann es zum Agieren eingeschliffener Interaktionsstile kommen, in die die Betreuer involivert zu werden in Gefahr sind, ohne es unter Pmständen zu merken. Solche Prozesse können nicht selten sogar die Diagnostik beeinflussen. Gerade die Erfahrung, daß ein seelisch gestörter Patient häufig der Symptomträger eienr kranken Familie ist und im Sinne des Wiederholungszwanges versucht, die vertrauten Beziehungen wiederherzustellen, weist auf den hohen Stellenwert der Beteiligunug der Mitarbeiter an der Therapie hin. Sie können dadruch in Übereinstimmung mitden eigenen Problemen das Behandlungsklima und seine dynamik außerordentlich beeinfluessen. Diese Situation kann zum Beispiel dazu beitragen, daß ein Patient, wie im sozialen Feld der Familie oder des Arbeitsplatzes, auch auf der Station bald wieder zum Sündenbock wird. Desgleichen können ungelöste âKonflikte unter den betreuenden Üersonen ähnliche in der Patientengruppe induzieren, während solche unter den Kranken auch beim Pflegepersonal manifest werden können. Die Stationsathmosphäre kann unter soecher gegenseitiger Beeinflussung von Gruppenprobessen außerordentlich beeinträchtigt werden

Ein Beispiel einer solchen gegeseitigen Beeinflussung ist die **Aufsplittung der Übertragunug.** In der Klinik kommt es nicht selton var, daß Patienten in der Therapie und in der Beziehung zum Arzt gut mitarbeiten und eine ausgezeichnete Beziehung zu ihm entsteht, aber die Mitarbei-

ter auf der Station mit Haß, Feindseligkeit und Aufsässikeit bedacht werden. Durch diese Aufsplitterung der Übertragunug vermeidet der Patient, durch manifeste Feindseligkeitsregungen seine positive Beziehung zum Therapeuten zu gefäden. Da diese Übertragungsform die Tendenz zur Dauer hat, kann es zu erheblichen Spannungen zwischen dem Behandler und den betreuenden Mitarbeitern auf der Station kommen, wenn diese Dynamik nicht aufgedeckt und in die Therapie einbezogen wird. Der Therapeut wird der Station gegenüber mißtrauisch etwa darüber, was die Mitarbeiter wohl mit einem so netten und kooperativen Patienten anstellten. Die Pflegekräfte äußern Mißtrauen gegenüber den Arzten, die ihrer Vorstellung nach den Patienten so unausstehlich gemachu haben. weshalb diese Patienten an dieser Form der Lösung der Ambivalenz so lange festhalten, liegt in den meisten Fällen daran, daß sie Verlusterlebnisse in ihrer Kindheit und im späteren Leben nicht zu verarbeiten lernter.

Die Spannungen zwischen Pfleegrn, Schwestern und Sozialabeitenr einerseits. Arzten, Psychologen und Therapeoten andererseits treten nicht selten dann auf, wenn in einer der drei Gruppen latente Spannungen vorliegen, die nicht aufgedeck wurden. So kann zum Beispiel ein Rivalitätskonflikt unter Arzten eine entsprechende Kommunikationsstörung mit dem Pflegepersonal induzieren: die Unfähigeit einen neuen Mitarbeiter in das Team zu integrieren, ist nicht selten die Ursache einer längeren Verständigunugs - schwierigkeit zwischen Stationsarzt und Mitarbeitern. Eine weitere typsche Konstellation stellt das Spiegelphänomen dar, auf das ursprünglich A. Heigl - Evers und A. Hering später E. Pakesch sowie Berger, Zauner und Zech hingewiesen haben. Von den ersten Autoren wurde ursprünglich beschrieben, daß sich in Kontrollgruppen von Gruppentherapeuten der jeweilige Konflikt wiederspiegelt, der die Patientengruppe in der zur Debatte stehenden Sitzunug prägte und somit auch die Dynamik der Kontrollgruppe bestimmte. Wir können diese Beobachtung auch in Hirsicht auf die Teambe sprechungen bestätigen. Es bieten sich dabei aber Möglichkeiten an, Konflikte unter den Mitarbeitern bewußt zu machen und zu lâsen. Als Beispiel möchte ich eine Teamsitzung der Mitarbeiter unserer Kinderstation anführen. in der von den Stationsmitarbeitern als Problem eingebracht wurde die Kinder in den letzten Tagen immer wieder die Distanz zwischen sich selbest und den Erwachsenen verbalisierten, über ihre Machtlosigkeit klagten und über die Schwierigkeit, sich gegenüber den Erwachsenen zu behaupten und verständlich zu machen. Es wurde nach Gründen gesucht, es wurde versucht die Zusammenhänge zu klären

immer wieder drängte sich der Verdacht auf, daß dieser Stimmungsumschwung auf der Station auf zwei bestimmte Jungen zu rückzuführen sei. Dabei wurde immer deutlicher, wie Klagen der MItarbeiter über den Stationsarzt und den Therapeuten in zunächst versteckter Form manifest wurden. Die Bemühung, diese Schwierigkeiten als interaktionelles Problem zu erfassen führte zu folgenden Ergebnissen : a. In der Kindergruppe konstellierte die Potenz - und Machtroblematik zweier Jungen ein spezielles Spannungsfeld unter den Kindern. b. Unter den Erziehern bestand zu dieser Zeit eines latente Spannung zwischen den staatlich examinierten einerseits und den Praktikanten und den Hilfskräften andererseits. Die Verleugnung dieser Konflikte in der Erziehergruppe bildete die Voraussetzung dafür, daß sich auch spezifische Spannungen in der Kindergruppe im Sinne der Spiegelung potenzierend auswirkten. c. Ein Weschsel unter den Therapeuten bedingte initiale Schwierigkeiten der interdisziplinären Kooperation.

Die Konflikte der drei Bezugsgruppen verstäkten sich andererseits durch seine Berücksichtigunug Ansatzpunkte zur Lösung der Probleme.

Es war meine Intention in diesem Referat herauszuarbeiten, daß sich Gruppenprozesse auf Krankestationen nur dann als Basis für soziale Neuerfahrungen der Patienten eignen, wenn sie nicht ritualisiert und institutionsbezogen erstarrt sind, sondern sich im lebendigen Wechselspiel der Beziehungen dazu eignen, im Umagng mit den anderen die für eine innere Neuorientierung erforderlich sind. Eine wesentlichhe Voraussetzung dafür ist, daß auch die Betreuer in die Lage gesetzt werden, ihre Beziehungsmuster und ihre Reaktionsweisen in ihrer Bezugsgruppe und den Patienten gegenüber verbessert zu reflektieren und so zum therapeutischen Instrument zu machen.

PSİKOTERAPÖTİK YÖNELİMLİ KURUMLARDA GRUP SÜREÇLERİNİN EKİP ÇALIŞMALARINDAKİ YERİ

Dr. Zauner J.

Ruh hastalarının kurumlardaki tedavileri son yıllarda büyük bir gelişme göstermektedir. Bu gelişmeler bizleri bazan umutlandırıcı bazan da cesaret kırıcı sonuçlara ulaştırmıştır. Maxwell Jones'un terapötik ortam kavramının başlangıçta uyandırdığı coşkunun yerini bazı yerlerde düş kırıklıklarının aldığını biliyoruz. Hastalar arasındaki ilişkiler üzerinde durulan yerlerde sağıtımsal birçok olanaklarında ortaya çıktığı yadsınmamaktadır. Öte yandan bu olanaklara rağmen Strozkanın «kurumlardan bir çoğunun hastalığı yarattığı» düşüncesi evrensel geçerliliğinden birazını yitirse bile temel anlayışında büyük sapmalara uğramamıştır. Sunacağımız örnekler bu düşüncelerimizi açıklamak amacındadır.

Psikopatların bulunduğu özel bir klinikte yapılan yeni bir araştırma tedavi amaçlarının «kurumun toplumsal yapısında» bulunduğu sonuçlarını vermiştir. Toplumsal yapı hastalardan bozucu davranışlarını kurumun yönergelerine uyacak bir biçimde değiştirmesini beklemektedir. Bunun sonucunda hastaların davranışları ile kurumun gereksinmeleri arasında bir denge sağlanabilmede amma bu çoğunlukla hastalarda topluma girebilmeleri için gerekli bir esnekliğin geriye dönülmez (irreversibl) bir kaybını da birlikte getirmektedir.

On yıl kadar önce Heidelberg psikiatri kliniğinin erkek bölümünde toplum bilim öğrenimi yapmış bir tıp öğrencisi gizli bir gözlemci olarak bir alan araştırması yapar. Öğrenci ne doktorların nede bakıcıların haberleri olmadan altı hafta süre kat çalışmalarını, grup uygulamalarını gizlice gözler. Hasta ve bakıcı gruplarındaki iletişimleri, hasta-bakıcı gruplarındaki etkileşimleri, doktor-hasta ilişkilerini özenle izlediği gözlemerinde şu sonuçlara varır :

1 — Günlük yaşamın aynılığı ve tek düzeliği. Bu aynılık ve tek düzelik hasta bakıcı ve doktorları oldukça katı bir role itmede ve kişisel ve spontan iletişimleri engellemektedir.

2 — Araştırmada sevgi yaklaşımları özellikle dikkati çekmiştir. Sevgi yaklaşımları ile dile getirilmek istenen şudur. Geleneksel öğrenim yap-

mış bakıcılar genellikle hastalığı daha ağır, iyi konuşan, kendisini daha çok kontrol edenlere kapalı ve beklentileri artmış hastalara oranla daha çok yakınlık göstermektedirler. Bunun sonucunda da hastalar değişik biçimde değerlendirilmekte ve hastanede sanki bir «hastane karieri» oluşmaktadır.

3 — Aynılık ve tekdüzelik hastalara kişisel sorulara izin vermeyen, onları anlayan destekleyici bir tutuma olanak sağlamayan tekyanlı ve değişmez bir yaklaşım biçimi geliştirmektedir (Hemprich, Kisher).

4 — Doktorların bulunduğu anlarda ve vizitlerde her üç grubun tekdüze bir davranışa girdikleri izlenmiştir. Oysa doktorlar ve bakıcılar kendi aralarında iken bu davranışları hemen değişmektedir.

Belirtmeğe çalıştığımız iki örnek kurumlarda ruh hastalarının tedavilerinin temel bir sorununa işaret etmektedirler. Temel sorun olarak beliren şey geleneksel tıp eğitimi yapmış doktor, bakıcı ve hemşirelerin semptomları ve semptom taşıyıcı olarak hastaları tekyönlü algılayış biçimleridir. Bu belirli algılayış biçimi hastalığın ortaya çıkışında, devamı veya iyileşmesinde toplumsal yeteneklerin oynadığı rolün küçümsenmesine neden olmaktadır. Şunu herşeyden önce unutmamak gerekir ki ister endoğen isterse psikosocial kaynaklı olsun ruhsal hastalıklar toplumsal öğrenim bozukluğu ile ortaya çıkmaktadırlar. Ruhsal hastalıkların ikincil toplumsal etkileri bu birincil öğrenim güçlükleri şiddetlendirmektedirler. Onun içindirki toplumsal yaklaşım ve kişiler arası ilişkiler yalnızca intrapsişik bir dinamik tarafından etkilenmemektedirler. Burada grup süreçleri önemli bir rol oynamaktadırlar, ve bu yüzden tedavilerde emotional öğrenim, toplumsal öğrenim ile tamamlanmalıdır. Maxwell Jons toplumsal öğrenimin yararlarını başkaları ile ilişkilerde kendini yaşayabilme ve algılayabilmede görmektedir. «Ben nasılım, başkaları benden ne beklemektedir, başkaları benim davranışlarıma nasıl tepki vermektedirler» v.b. gibi.

Sosiolog ve socialpsikologların social öğrenim açısından geliştirdikleri kuramlar kanımca birbirlerinden farkklılıklarından çok birbirlerini tamamlaycı iki temel ilkeyi işaretlemektedirler.

a — Sociokültürel etkileri anne ve ebeveynler tarafından iletilir ve süper - ego gelişmesi ile özdeşim süreçlerinde ağırlık kazanırlar.

b — Toplum içinde olaya veya bir grup içinde bulunmağa bağlı öğrenim süreçleri. Bir topluma bağlı oluşun sociokültürel etkileri çok önemlidir. Özet olarak kontrol funktionları, değer ölçüleri, ve toplumsal dav-

ranışlar gelişmeleri açısından aşağıdaki değişik öğrenim süreçleri tarafından etkilenmektedirler.

1 — Dürtü kontrolunun bireysel öğrenimi ve kendini bulma olanaklarının kazanılması. Bunların temel taşları ebeveynlerle ilişkilerde oluşur.

2 — Topumsal davranışların ve interaktionların öğrenilmesi. Bunlar toplumsal yaşamayı olanaklaştırmaktadırlar.

3 — Toplumsal öğrenim. Bu bireysel gelişmeyle birlikte oluşmaktadır ve terside birbirlerini karşılıklı etkileyen toplumsal ve emosyonel öğrenim tedavide çok önemlidir. Buna rağmen bunların bilinmesi elbetteki tedavi simptomların tümüyle kaybolacakları anlamına da gelmemelidir.

Tedavilerde hastalara toplumsal öğrenimlerine olanak sağlayabilecek yeterli bir eğitimin yanısıra görevlilerin hasta ilişkilerinde kendi rolleni ve davranışlarını görebilme yeteneklerini geliştirmesi de gereklidir. Buda grup süreçlerinin bilinmesini zorunlu kılar. Psikiatri kliniklerinde ve terapötik kurumlarda grup süreçlerinin anlaşılmasının şu yararları sağladığı kanısındayım.

1 — İnsan ilişkilerinin değişik yönleri ile ve kuramsal kavramlarl eğitilmiş algılama biçimlerinin değerlendirilmesi.

2 — Social bir alan olarak hastanenin rolü.

3 — Katın - bölümün sociadinamiği. Bu dört değişken tarafından etkilenmektedir.

a — Hastaların ve görevlilerin kattaki transferansları.

b — Belirli bir süre katta kalan hastaların oluşturduğu grup

c — Görevlilerin grubu.

d — Katın büyük klinik içindeki yeri.

1 — Konunun başlangıcında toplumsal kurumlardaki doktor, hemşire ve bakıcıların eğitiminde onların hastalara ve birbirlerine olan iletişimlerinin bilinmesinin, o anda oynadıkları rolün kavranmasının önemini belirtmeğe çalışmıştım. Friedrich ve Lüdke'nin «katılıcı gözlem» kitabında belirttikleri gibi, her gözlemcinin seçici bir algılaması söz konusudur. Bunun ise algılanmaların yalnızca kişisel etkenlerden değil öğreniminin şekli ve biçimi ile de etkilendiğidir. Beckkmannâ göre alınan kararlarda algılanan şeyler kadar bunların bilişsel işleyişi de önemlidir. Yani hastalardan algılananlar ve verilen kararlar bilişsel işleyişinde etkisi altındadırlar. Şöyleki :

Algılamalarımız ve onların seçimi bilinç altının etkisinde ise de bir yorumlamanın da sonuçlarıdır. İşte bu gerçeğin bilinmesi kurumlardaki birçok grup süreçlerini daha anlaşılır hale getirmekktedir. Bu aynı zamanda grup içinde kişisel öğrenimin ve denetlenmenin önemini de vurgulamaktadır.

İşte tüm bunlara bağlı olarak ekiplerde ve hasta gruplarında grup süreçleri tanı, tedavi ve prognozlarda vazgeçilemiyecek öğe olarak karşımıza çıkmaktadırlar.

Hasta doktor ilişkisinin yapısı genel olarak dört değişken tarafından etkilenir;

a — İlişkilerin gerçek yanı, b — Transferans, c — Karşıt transferans, d — Tedavi işbirliği.

İlişkilerin real yanı bilinçli ve amaçlı işlemlerde kendilerini belli etmektedirler. Bunun en belirgin örneğini cerrahlarda operasyon anında görmekteyiz. Hasta doktor ilişkilerinde transferans terapötün bilinç altı yaşantıları ve çatışmalarından kaynaklanan genellikle tedaviyi bozucu etkideki yaklaşımını içerir. Örneğin bir hemşirenin annesi ile çözülmemiş, bilinç altı bir sorunu hastalara karşı tutumunda, onları algılayışında ve ekip içinde davranışlarında etkili olabilecek kör noktalar olarak ortaya çıkabilir. Karşıt transferanstan anlaşılan hastalara karşı tedavi ekibinin o anki bilinç altı duygusal yanıtlarıdır. Tedavi işbirliği ise hasta ile ilişkilerinde ve ekip içinde kendi tutumumunuzu anlamayı ve onu tedavide yararlı kılmayı olanaklaştırır.

2 — Hasta doktor ilişkilerinde klinik rolü.

Kliniğin koruyucu ortamı hastalara yardım olanakları da kazandırmaktadır. Öte yandan bu koruyucu ortam birçok hastalarca regressiv istemlerini doyurabilecekleri bir anlamda da alınabilir. O zaman klinik tedavisel amaçlardan çok regressiv istemlerin doyurulduğu bir alan haline gelebilir. Fred yıllar önce bu tehlikeyi şöyle işaret etmiştir. «Klinikler hastaları biraz daha rahat ettirmenin dışında pek bir şey düşünmemektedirler. Hastalar rahat olsunlar ve dışardaki ilk güçlüklerinden yeniden gelsinler diye. Bu arada hastanın güçlendirilmesi ve dışarda çalışma yetenelerinin arttırılması ihmal edilmektedir. Aslında kliniklerde bu tür kolaylıklardan sakınılmalıdır.»

Hastalara uzun süre tedavi amacını güden tüm kliniklerde onları gerçek yaşamdan ve gerçek çatışmalardan uzaklaştırdığı sakıncası açıktır. Rapaport bu konuda şöyle der. «Biz hastanın klinikleri günlük yaşamını regressiyon eğilimini ortadan kaldıracak biçimde ayarlamalıyız.»

Hastaların tedavide kendi kendileri ile uğraşları onların regression eğilimlerini de arttırmaktadır. Bunun sonucu olarak hastalar aşırı isteyici, ilişkiye tutkun, yardıma aşırı istekli, huzursuz veya agressiv yaşanabilirler. Bu davranışlar tedavi ekibinde gerçek bir tedavi işlemi yerine daha çok yardım eğiliminin arttırırsa tüm katta korkulan regressiv bir ortam gelişebilir. O zaman regressiv doyumların biraz engellenmesi ağır bir kayıp veya yaralanma olarak algılanabilir. Bu agressiv davranışlara veya suicid eğilimlerine bile neden olabilir. Böyle bir tutumun başka bir sonucuda hastaların progressiv ve regressiv eğilimler arasında bocalamalarıdır. Korku ve çatışmaların kaybolduğu izlenir ama klinik dışında gerçek bir yaşama dönüşten de sakınılır. Tam bu olası sakıncaların ortadan kaldırılması için bakıcıların grup süreçlerini bilmeleri ve onlardan haberdar olmaları çok önemlidir. Ekibin gözlem ve tutumları Temel çatışmalardan çok o anki ilişki güçlüklerine gözlem ve karışmaları daha çok interaktionlara yönelik olmalıdır. Aksi halde regressiv istemlerin şiddetlenmesi sakınılmazdır. Tüm ekip bireyleri bu anlayışla eğitilmelidirler. Denetleme kaçınılmazdır. Bunların dışında, spor, uğraşları, kat grupları ve grup tedavilerinin bu regression eğilimlerini engelleyici etkisine literatürde haklı olarak işaret edilmektedir. Amma tüm bu olanaklar hastalara grup içinde tedavi işlemlerine olanak tanındıkta daha da yararlıdırlar. Örneğin sırf uğraş olsun diye gösterilen bir çaba, yani terapötik amaçları geride kalmış bir uğraş hastalar için tedavi işlemlerinin gerektirdiği gerçek çatışmalardan sakınma aracı olarakta kullanılabilirler.

3. Katın sozio dinamiği.

Çalışmamızın son bölümlerinde grup süreclerindeki katılığın değişmezliğin ve yinelemelerin, özellikle bunların gözlenip tanınmayışının terapötik olanakları kısıtladığını belirtmeğe çalıştık.

Belirttiğimiz gibi bu soziodinamik hasta ve görevlilerin transferanslarının, uzun süre bir arada kalan hastaların oluşturduğu grubun, görevliler grubunun ve büyük kliniğin etkisi altındadır.

Hastaların kısa bir alışma döneminden sonra ailelerindeki dinamiği klinikte de yinelemeğe çalıştıkları varsanısından hareket edebiliriz. Hastalar bilinç dışından ailelerindeki dinamiğe uygun kişilere yaklaşırlar. İşte bu mekanizmaların izlenemediği hallerde görevliler hiçte farkında olmadan kendilerini patolojik bir sistem içinde bulabilirler. Hatta bu tür süreçler tanıyı bile etkileyebilirler. Ruhm hastalarının bir ailenin simptom taşıyıcısı oluşları ve alışa geldiği ilişki biçimlerini bulunduğu her ortamda geliştirmeleri gerçeği görevlilerin tedaviye katılma önemini arttırmakta-