

M. Ringler

Einführung ins Themenheft

Zusammenfassung Es wird der gegenwärtige Stand mit seinen aktuellen Problemen zum Thema Psychotherapie im Krankenhaus aufgeworfen. Diskutiert werden die Herausforderungen dieses Tätigkeitsfeldes anhand der Fragen der Zielperspektive, der Diagnostik und Indikationsstellung, der multidisziplinären Kooperation und der Aufteilung von Tätigkeitsbereichen, der Übertragung und Gegenübertragung sowie der Notwendigkeit, erkrankungs- und behandlungsspezifische Interventionen zu entwickeln.

Schlüsselwörter: Psychotherapie im Krankenhaus, Psychosomatik, Konsiliar-, Liaisonpsychotherapie, Psychotherapie körperlicher Erkrankungen, multidisziplinäre Kooperation.

In den letzten Jahren wird zunehmend psychotherapeutische Versorgung im Krankenhaus gefordert. Zwar ist Konsiliarpsychotherapie keineswegs eine neue Disziplin, systematische Untersuchungen und die Entwicklung angemessener Vorgangsweisen aber relativ neu. Konsiliararbeit im medizinischen Setting ist ein relativ unbeliebtes Arbeitsgebiet. Zumeist gilt es, Anfragen von Kollegen anderer Spezialgebiete zu bearbeiten. Diese erwarten sich gezielte Hinweise für eine weiterführende Behandlung, ohne die PatientInnen an die KollegInnen abgeben zu wollen. Das bedeutet, daß sowohl Indikationsstellung als auch Therapiedurchführung den Überweisern überlassen bleiben. Daraus ergeben sich Probleme, die dazu führen, daß Konsiliardienste von beiden Seiten häufig unbefriedigend erlebt werden. Die Behandler sind auf die Kenntnisse der ÜberweiserInnen ebenso angewiesen wie vice versa. Wissen, das erst im Behandlungsprozeß erworben werden kann, geht verloren, und notwendige Rückmeldungen unterbleiben oft.

Finden sich Untersuchungen zum Thema vor allem unter den Stichwörtern Konsiliar- und Liaisonpsychotherapie und Psychosomatik, so entstand erst in den letzten Jahren der Begriff Psychotherapie im Krankenhaus. Diese neue Entwicklung verdanken wir einerseits den Bemühungen konsiliarisch tätiger PsychiaterInnen und klinischer PsychologInnen, die eine Psychotherapieausbildung haben und sie auch in ihren Außendiensten einsetzen wollten, andererseits dem Erstarken psy-

Special issue – introduction

Abstracts The article discusses the present status with respect to the topic psychotherapy in hospitals and concomitant problems. The challenges of this field of activity are depicted with respect to the questions of the objectives, diagnostics and indication, multidisciplinary cooperation and assignment of job descriptions, transference and countertransference, as well as the necessity to develop interventions which are specific for illnesses and their therapies.

Keywords: Psychotherapy in hospitals, psychosomatics, consultation-, liaisonpsychotherapy, psychotherapy and bodily disease, multidisciplinary cooperation.

chosomatisch-psychotherapeutischer stationärer Einrichtungen im deutschen Sprachraum sowie den entsprechenden universitären Einrichtungen mit ihren intensiven Forschungsbemühungen. Liest man allerdings die Publikationen genauer, so zeigt sich, daß es sich nur selten um die psychische Betreuung von körperlich kranken Menschen handelt. Disziplinen wie die Interne Medizin und die Frauenheilkunde haben wichtige Vorreiterrollen eingenommen. Dies führte auch in Österreich zu vermehrten Konsiliaranfragen und den Bemühungen, einzelner AbteilungsleiterInnen, PsychotherapeutInnen anzustellen. Weiters sei hinzugefügt, daß über die breite Diskussion in der Öffentlichkeit sowie die Verankerung psychotherapeutischer und klinisch-psychologischer Tätigkeit in der österreichischen Krankenanstalten-Gesetz Novelle (§ 22b, November 1993), dem Symposium „Konsiliar- und Liaisonpsychotherapie: Konzepte, Strukturen, Methoden (Wien, Juni 1995), aus dem auch einige der hier publizierten Arbeiten stammen, sowie eine entsprechende Tagung der Arbeiterkammer Wien im letzten Jahr (Stemberger und Vavrik, im Druck) wichtige Schritte gesetzt wurden. Auch wenn die Umsetzung zu wünschen übrig läßt, so denke ich, hat allein die breite Diskussion zu einem veränderten Bewußtsein beim medizinischen Personal, bei den PatientInnen und den PsychotherapeutInnen beigetragen. So bin ich in den letzten Jahren erstmals in meiner gesamten Tätigkeit im AKH mit Anfragen bezüglich psychotherapeutischer Unterstützung von sta-

tionär aufgenommenen PatientInnen konfrontiert worden, die ausschließlich von den PatientInnen ausgingen. Eine Arbeitsgruppe des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie hat einen Leistungskatalog psychotherapeutischer Leistungen im stationären Krankenhaussetting erarbeitet, der für eine leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung geeignet ist. Pritz und Dellisch haben 1994 eine Publikation zum Thema veröffentlicht. So erfreulich diese Entwicklungen einzuschätzen sind, so sind doch eine Reihe von Fragen offen, denen wir uns stellen müssen, wollen wir die Hoffnungen, die mit solchen Schritten verbunden sind, nicht enttäuschen. Ich möchte sie in der Folge benennen.

Wir werden die innovativen Schritte mit entsprechenden, dem Gegenstand und dem damit verbundenen finanziellen Aufwand angemessenen Forschungsbemühungen verknüpfen müssen. Dabei geht es nicht allein um die Rechtfertigung unseres Handelns, sondern wir sollten auch sehen, daß hierin eine historische Chance liegt, psychotherapeutische Interventionen mit kranken Menschen weiterzuentwickeln. Gerade das begrenzte Setting von psychotherapeutischen Interventionen im stationären Bereich, außerhalb psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen, bietet hierfür gute Voraussetzungen. Wollen sich PsychotherapeutInnen im Setting Krankenhaus etablieren, werden sie wohl oder übel der Forderung entsprechen müssen, ihre Arbeit zu evaluieren, was bedeutet, ihre Interventionen zu psychologischen, somatischen und ökonomischen Daten in Beziehung zu setzen.

Psychotherapeutisches Arbeiten sui generis wird von MedizinerInnen vielfach als eine privilegierte Tätigkeit betrachtet. Dazu tragen insbesondere das Setting und der zeitliche Aufwand, den wir für eine Behandlung aufwenden, sowie die intime Zuwendung zu den PatientInnen bei. Die Übertragbarkeit des klassischen psychotherapeutischen Handelns in ein medizinisch-technisches Behandlungssetting wird vielfach nicht ganz zu Unrecht bezweifelt. Hinzu kommt das Wissen um die Priorität des Körperstatus, der eine stationäre Aufnahme erfordert, und die mangelnde Bereitwilligkeit vieler Menschen, in dieser Situation sich zusätzlich mit psychologischen Fragen zu befassen. Wir stehen heute vor der Situation, daß es viele, oft hochtechnisierte Behandlungsmöglichkeiten für körperliche Erkrankungen gibt, die zwar physisches Leiden verhindern, hinauszögern oder reduzieren können, deren Behandlung aber oft mit neuen Leiden verbunden ist, auf die die PatientInnen, die Angehörigen und oft auch die Behandler nicht vorbereitet sind oder die auch neue Probleme schaffen bzw. neue Anforderungen an die psychische Verarbeitung stellen. Wenn ich dies sage, so denke ich beispielsweise an die Mammakarzinompatientinnen, die präoperativ zumeist völlig beschwerdefrei gelebt haben, und sich erst postoperativ mit Schmerzen und Befindlichkeitsstörungen und Einschränkungen ihrer bisherigen Lebensvollzüge konfrontiert sehen; oder an Diabetes-PatientInnen, die im Zuge der Behandlung dieser chronischen Erkrankung verschiedenste therapeutische Vorgänge in ihren alltäglichen Lebensstil und ihr Essverhalten integrieren müssen. Zu leicht und vorschnell

nehmen wir an, daß PatientInnen um der langfristigen Folgen willen, die erforderlichen Prozeduren konsequent und dankbar auf sich nähmen. Die Adaptabilität der prämorbidem Persönlichkeitsstruktur und der Belastungen an die Ich-Funktionen wird hier weitgehend überschätzt. Zu beachten ist nicht so sehr der psychopathologische Status, als vielmehr die Interaktion zwischen Anforderungen der Erkrankung und ihrer Behandlung an die Ich-Funktionen und der Stabilität/Labilität der entsprechenden Ich-Funktionen einer Betroffenen. Dies führt leicht dazu, daß von an sich „normalen“ psychische Reaktionen auf körperliche Erkrankungen (i. S., daß sie weitverbreitet sind), angenommen wird, daß sie entweder von selbst verschwinden und/oder keine schädigenden Einflüsse im Psychischen hinterlassen würden. Viele „normale“ Reaktionen auf die Diagnose und Behandlung körperlicher Erkrankungen sind zwar keineswegs ungewöhnlich, aber für die Betroffenen, die medizinischen Behandler und die Angehörigen außerordentlich belastend und neigen zu Chronifizierung.

Die hochtechnisierte Medizin mit ihren vielfach beeindruckenden Behandlungsmöglichkeiten macht für PatientInnen und ihre Angehörigen die vielfach fehlende psychologische Kompetenz zum schmerzlicher erlebbar. Daher wurde in den letzten Jahren zunehmend die Integration der psychischen Betreuung gefordert. Sie gründet sich auf die mangelnde Zufriedenheit von PatientInnen mit ihren Erfahrungen im Krankenhaus, auf die negativen poststationären Auswirkungen, die auf mangelnde Unterstützung zurückgeführt werden, und die Forschungsergebnisse von Betreuungsstudien. Janssen (1996) äußert die Hoffnung, die psychotherapeutische Medizin könne der zunehmenden Technisierung entgegenwirken. Ich vermag diese Hoffnung nicht zu teilen. Ohne auf die inhärenten berufsgruppenspezifischen Konflikte einzugehen, denke ich, daß PsychotherapeutInnen die Realität hochkomplexer somatischer Diagnose- und Behandlungsstrategien mit all ihren Fallstricken in ihr Handeln einbeziehen müssen und es für den psychotherapeutischen Prozeß nutzen sollten. PsychotherapeutInnen, die meinen für PatientInnen eine „bessere“ Therapie zur Verfügung zu stellen und mit somatischen Behandlungsangeboten konkurrieren, statt zu kooperieren, werden scheitern und der Psychotherapie im übrigen einen schlechten Dienst erweisen. Kooperation bedeutet somit, mehr als nur einen Patienten gleichzeitig zu behandeln. Kooperatives Handeln bedeutet, sich das Behandlungsprozedere des jeweiligen Partners für das eigene Handeln nutzbar zu machen. Gerade deshalb werden PsychotherapeutInnen bei jeder PatientIn laufend mit ungewohnten ethischen Fragen konfrontiert; nämlich mit welchen medizinischen Systemen sie mit welchen Zielsetzungen unter welchen Arbeitsvoraussetzungen kooperieren können und wollen. Psychotherapeutische Angebote dürfen nicht dazu benutzt werden, daß PatientInnen sich einem geltenden Krankheitsmanagement ungeprüft unterwerfen. Psychotherapeutische Angebote haben dazu benutzt zu werden, PatientInnen in ihrer Entscheidungsautonomie und dem eigenverantwortlichen Benutzen von somatisch-therapeutischen Angeboten zu unterstützen. Konflikte mit dem medizinischen

System sind hier vorprogrammiert. Gleichzeitig werden die PsychotherapeutInnen, indem sie Funktionen im Behandlungsprozeß übernehmen, selbst Teil dieses medizinischen Systems und befinden sich dahernicht mehr in einer neutralen Position. Eine nicht unbedeutende Identifikation mit medizinischen Behandlungsprozederes ist erforderlich, i. S. daß sie als tatsächlich nutzbringend und sinnvoll betrachtet werden. Ich denke hier beispielsweise an Fragen, die aufkommen, wenn es um Entscheidungen geht, teure, schmerzhafte und die Lebensqualität mindernde Behandlungen auf sich zu nehmen, um einer oft ungewissen Verlängerung des Lebens willen oder auch ungewisser oder schlechter Prognosen bezüglich eines zu erreichenden Therapiezieles.

Daß aber PsychotherapeutInnen gerade in den hochtechnisierten Bereichen der Medizin sehr gefragt sind, zeigen die Erfahrungen der letzten Jahrzehnte. IVF-Behandler und die Transplantationsmediziner haben gelernt, daß sie zwar ihre Kriterien von Erfolg umdefinieren müssen und können, daß sie aber dort, wo sie dann unter Berücksichtigung psychischer Aspekte ihre Behandlungen einsetzen, wesentlich erfolgreicher sind (z.B. Strauß et al., 1997). Die Ergebnisse der geburtshilflichen Psychosomatik haben gemeinsam mit den Forderungen von mündigen PatientInnen in den letzten beiden Jahrzehnten zu dramatischen Veränderungen geburtshilflicher Stationen geführt. Dennoch wird gerade in den letzten Jahren eine gewisse Stagnation deutlich. Äußere Veränderungen geburtshilflicher Stationen, wie das Zur-Verfügung-Stellen von Badewannen, Matratzen, Seilen, die Einbindung der Partner etc., vertuschen zu leicht, daß die „inneren“ Veränderungen, nämlich eine konsequente Beachtung der Haltung und Einstellung aller Beteiligten zum Geschehen, das einen kontinuierlichen und daher auch anstrengenden Reflexionsprozeß erfordert, noch immer zu wünschen übrig läßt.

Psychotherapeutische Interventionen im Krankenhaus zielen auf die Linderung bzw. Beseitigung jener psychischen Beeinträchtigungen, die mit einer somatisch-medizinischen Behandlung erfordernden Körperstatus einhergehen, bzw. als eine Folge desselben, sowie der einhergehenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen anzusehen sind. Psychotherapie im Krankenhaus zielt somit auf andere Ziele, als bspw. viele Psychotherapien, die im ambulanten Setting einer freien Praxis, oder auch im ambulanten Setting einer psychotherapeutischen Klinik/Ambulanz durchgeführt werden. Ihre Ziele können aus unterschiedlichen Gründen nicht die Ziele der klassischen psychoanalytischen Psychotherapie sein, nämlich die Veränderung innerpsychischer Strukturen, bzw. eingefahrener Verhaltensmuster. Wo letztere Veränderungen zur Stabilisierung / Heilung einer Erkrankung notwendig sind, wird eine langfristige Psychotherapie unumgänglich werden und ein explizit psychotherapeutisches Setting geschaffen werden müssen. PsychotherapeutInnen, die im Krankenhaus arbeiten, werden sich daher ein tragfähiges Netz für erfolgreiche Überweisungen organisieren müssen. Was dies für PatientInnen bedeuten wird, die sich keine Psychotherapie in einer Privatpraxis leisten können, läßt sich nur erahnen.

Definieren wir psychotherapeutische Interventionen in der skizzierten Weise, dann werden wir mit bedeutsamen ethischen Fragen konfrontiert. Als PsychotherapeutIn kann man nur mit PatientInnen arbeiten, die als mündig und selbstverantwortlich behandelt werden und die Widersprüche des Behandlungssystems wahrnehmen dürfen. Unsere Arbeit zielt auf verantwortliches Benutzen medizinisch-technischer Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten. Psychotherapeutische Liaisonarbeit bedeutet also nicht, daß sich PatientInnen einem medizinischen System unterwerfen, sondern zielt darauf, daß es verantwortungsvoll, sich selbst und anderen gegenüber benutzt werden kann. Daher müssen die besonderen Arbeitsbedingungen, die wir im hochkomplexen System Krankenhaus mit seinen multidisziplinären KooperationspartnerInnen vorfinden, in allen Interventionen mitbedacht werden (zur Problematik von Kooperation siehe auch Steiner und Reiter, 1997). Hier stellen sich also viele ethische Fragen, die weit über die Verschwiegenheitspflicht hinausgehen.

In den letzten Jahren wurden in der psychosomatischen Literatur viele verschiedene Behandlungsmodelle vorgestellt und auch mit großem Erfolg evaluiert. Wir haben uns allerdings mit einigen grundsätzlichen Fragen auseinanderzusetzen, wenn wir unsere professionellen, aber auch die vorhandenen ökonomischen Ressourcen optimal einsetzen wollen. Sie lassen sich kurz folgendermaßen benennen: wie muß ein Betreuungsmodell für eine definierte Patientenpopulation aussehen, wann setzt die Betreuung sinnvollerweise ein, aufgrund welcher Kriterien sind zu betreuende PatientInnen auszuwählen, also die Frage der Indikation, wer stellt die Indikation, welche Methoden/Behandlungspläne sollen/müssen eingesetzt werden, und vor allem: wer ist die geeignetste Person für die Durchführung der psychotherapeutischen Behandlung.

Diese Fragen werden nicht verallgemeinernd beantwortet werden können, sondern müssen im Sinne eines Qualitätsmanagements bei jeder neuen Aufgabe neu geprüft werden. In manchen Arbeitsfeldern wird sich viel Literatur finden, in anderen Arbeitsfeldern sehr wenig bis gar nichts. Auch sollten wir nie aus den Augen verlieren, daß ein Krankenhaus ein hochkomplexes soziales Gebilde ist, in dem es mit vielen Berufsgruppen zu kooperieren gilt. All dies hat in der Arbeitsgestaltung berücksichtigt zu werden, soll die Tätigkeit erfolgreich sein. Da die psychotherapeutische Arbeit mit den PatientInnen immer adjuvant zur Behandlung des Körperstatus erfolgen wird, wird sie sinnvollerweise krankheitsspezifisch und behandlungsspezifisch erfolgen. In einer solchen problemorientierten Arbeit muß ein klares Ziel und die zeitliche Begrenzung von Anbeginn mitgedacht, eingeplant und thematisiert werden. Daher lassen sich die obigen Fragen nicht allgemeingültig beantworten, sondern müssen auf dem Hintergrund jeder Erkrankung und ihrer Behandlung im spezifischen Setting erneut überdacht werden. Die Entwicklung psychotherapeutischer Betreuungsstrategien bedeutet im klinischen Setting weiters nur bedingt, daß es der Psychotherapeut/die Psychotherapeutin selbst sein soll/muß, der/die die Behandlung durchführen. Ich bin

mir bewußt, daß dies ein sehr kontroversieller Standpunkt ist, den ich hier einnehme. Unsere Aufgabe ist es aber, eine angemessene Behandlung zu ermöglichen und somit Betreuungsstrukturen zu schaffen, die langfristige/zusätzliche negative Folgen für die PatientInnen und ihre Angehörigen und die Gesellschaft auf der psychosozialen Ebene reduzieren, bzw. überhaupt verhindern. Diese Ziele erfordern multidisziplinäre Behandlungsmodelle. Dahlbender et al. (1994) fordern integrative Verbundlösungen, wobei die verschiedenen Behandlungsziele als Module zu begreifen sind, die je nach Zielvorstellung und Bedarf zu organisieren sind. In einer solchen Konzeption bringen PsychotherapeutInnen ihr spezielles psychotherapeutisches Werkzeug ein. Sie bedürfen aber zusätzlich des gesamten krankheits-spezifischen Wissens hinsichtlich Ätiologie, Diagnose, Behandlung, deren Erlebnis- und Verhaltensaspekte. Last not least, sondern eigentlich first, gilt es das Behandlungssystem zu beachten. Also unter welchen prozessualen Bedingungen kommen PatientInnen überhaupt zu einer Behandlung, wie erfolgen Diagnose und Behandlungsplan, welches sind die Schwierigkeiten, mit denen die BehandlerInnen konfrontiert sind und welche Auswirkungen hat dies auf die Beziehungen, die mit PatientInnen hergestellt werden können.

Damit bin ich bei einem weiteren Punkt angelangt, nämlich der spezifischen Situation von Übertragung und Gegenübertragung. Ein ausgezeichnete Abhandlung darüber findet sich im soeben erschienen Herausgeberband von Klaus Rodewig „Der kranke Körper in der Psychotherapie“ (Rodewig, 1997). Interventionen werden zu einem beträchtlichen Teil davon mitbestimmt, welche Vorstellungen bezüglich Ätiologie, Heilungschancen und Heilungswegen auch die psychotherapeutischen Behandler haben. Hier gilt es, die psychosomatische Literatur sehr genau aufzuarbeiten und zu überprüfen, und zwar in einem Ausmaß, das meines Wissens in allen psychotherapeutischen Curricula zu kurz kommt. Weiters dürfen wir nicht vergessen, daß auch bei PsychotherapeutInnen Krankheiten vielfältige Ängste auslösen, wie jene, sich „anzustecken“, selbst betroffen zu werden, derselben Hilf- und Hoffnungslosigkeit und Todesängsten ausgeliefert zu sein. Daraus können überfürsorgliche Haltungen ebenso resultieren, wie Distanzierung und mangelnde Hilfestellung, aber auch ein Furor Therapeuticus, sowie eine Verschwörung gegen den kranken Körper als Feind, der „behandelt“ werden muß. PsychotherapeutInnen sind vor Gegenübertragungshaltungen, die eine Behandlung unzufriedenstellend verlaufen lassen ebensowenig gefeit, wie das medizinische System. Aufgrund unserer speziellen Ausbildung glaube ich aber, daß wir die Forderung aufstellen dürfen, besser als andere Professionen mit Spaltungsprozessen und der Ausgrenzung des Körpers als „Drittem“ umgehen zu können.

PsychotherapeutInnen, die im Krankenhaus arbeiten, sind unterschiedlicher Herkunft hinsichtlich ihrer Quellenberufe (Ringler und Stemberger, in Vorbereitung). Dies erzeugt ein eigenes Spannungsfeld. Wünschenswert wären hier Untersuchungen, die die Implementierung begleiten, sodaß negativen Entwicklungen gegengesteuert werden kann und nicht neue „Krankhei-

ten“ erfunden werden (Lenzen, 1991, 1993). Unabhängig von der Frage, was es bedeutet in eine bestehende Struktur eine neue Profession einzuführen, entsteht ein zusätzliches Konfliktfeld. Nämlich jene Frage, in welchem Ausmaß und Rahmen PsychotherapeutInnen ausschließlich in letzterer beruflicher Qualifikation arbeiten sollen/können/müssen und in welchem Ausmaß Qualifikationen anderer beruflicher Herkunft einfließen sollen/können/müssen. Hier wird zentral die Frage professioneller Identität und die Problematik von Rollendiffusionen berührt. Dies gilt nicht allein für die Betroffenen, sondern für alle, die mit ihnen kooperieren, und wirkt sich aus auf Integrationsbemühungen, Teamstrukturen, Konkurrenzen, Spaltungen etc.; Probleme, unter denen in Krankenanstalten Tätige bereits jetzt in ausreichendem Maße leiden.

Nur eine Beachtung und Reflexion all dieser Variablen garantiert Erfolg. Wir haben dies an zwei Modellprojekten demonstrieren können (Ringler et al., 1994; Ringler und Langer, 1991). Dabei zeigte sich, daß es sich um Modelle handelt, die in andere Einrichtungen übernommen werden können, somit lehr- und lernbar sind. Der Erfolg zeigt auch, daß die medizinischen Behandler ihr Arbeiten, das ja mit vielen ethischen Problemen verknüpft ist, unter diesen Umständen zufriedenstellender für sich selbst handhaben können.

Wir müssen uns als PsychotherapeutInnen somit neuen Anforderungen an unsere Tätigkeit stellen. Dieses Heft soll davon ein wenig dokumentieren. Dem Heft angefügt habe ich das Flimser Konsenspapier, das von namhaften Vertretern der Psychoonkologie erarbeitet wurde und das einen wichtigen Schritt in Richtung Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung darstellt.

Literatur

- Dahlbender RW, Allert G, Martin G, Steidle-Röder M, Berger HG, Kächele H (1994) Multimodale Konsiliar- und Liaisonarbeit. *Psychotherapeut* 39: 230–238
- Janssen PL (1997) Das Anforderungsprofil des Facharztes für Psychotherapeutische Medizin. In: Rodewig K (Hrsg) *Der kranke Körper in der Psychotherapie*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen Zürich, S 12–21
- Lenzen D (1993) Krankheit als Erfindung. *Medizinische Eingriffe in die Kultur*, 3. Aufl. Fischer, Frankfurt/Main
- Pritz A, Dellisch H (1994) *Psychotherapie im Krankenhaus*. Orac, Wien
- Ringler M, Langer M (1991) Das Wiener Modell: Ein interdisziplinäres Betreuungskonzept für werdende Eltern bei Diagnose „fetale Mißbildung“. In: Brähler E, Klapp BF, Scheer JW (Hrsg) *Jahrbuch der medizinischen Psychologie*, Bd 6. Psychologische Probleme in der Humangenetik. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 123–138
- Ringler M, Langer M, Fiegl J, Kubista E (1994) Das Wiener Liaisonmodell zur Betreuung von Mammakarzinompatientinnen und ihren Angehörigen. In: Pritz A, Dellisch H (Hrsg) *Psychotherapie im Krankenhaus*. Orac, Wien, S 139–150
- Rodewig K (1997) *Der kranke Körper in der Psychotherapie*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen Zürich
- Steiner E, Reiter L (1997) Einstellungen von Psychotherapeuten zur professionellen Kooperation. Ergebnisse einer explorativen Studie. *Psychother Forum* 5/1: 38–52

Stemberger G, Vavrik K (im Druck) Psychotherapie und Klinische Psychologie im Krankenhaus. Springer, Wien New York

Strauss B, Hepp U, Städing G, Mettler L (1997) Inhalte und Effekte psychosozialer Beratung bei ungewollter Kinderlosigkeit. Vortrag, 26. Jahrestagung der Deutschen Gesell-

schaft für Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie, Freiburg

Korrespondenz: Univ.-Prof. Dr. Marianne Ringler, Universitätsklinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie, Währinger Gürtel 18–20, A-1090 Wien, Österreich.

Introduction au présent numéro

Au cours de ces dernières années la demande en psychothérapies menées dans un contexte hospitalier a augmenté, alors que les thérapeutes ne sont pas très disposés à faire un travail de consultation en setting médical. Il s'agit en général de traiter des demandes adressées par d'autres spécialistes, ces derniers espérant recevoir des directives précises relativement à la suite du traitement sans toutefois vouloir céder leurs patients à des collègues. Ceci signifie que la décision concernant la question de savoir si une thérapie est indiquée, et sa mise en oeuvre, demeurent entre les mains du spécialiste s'adressant au service de consultation. Il en résulte des problèmes qui font que les services de consultation sont souvent perçus comme peu satisfaisants par les médecins comme par les psychothérapeutes; mais ces deux groupes de professionnels dépendent tous deux des connaissances dont disposent les autres. Les aspects de ce savoir qui ne peuvent être acquis que durant le processus de traitement ne sont pas pris en compte et souvent mal communiqués à l'autre groupe. Des études ont été faites sur ce thème, dont la plupart se centrent sur les notions de service de consultation et de liaison en psychothérapie ou en psychosomatique, celle de psychothérapie en milieu hospitalier ne datant que de ces dernières années. Nous devons cette évolution, d'une part, aux efforts entrepris par les psychiatres formés en psychothérapie ayant fonction de médecins-consultants et désirant travailler également hors de leur cabinet et, d'autre part, à l'augmentation dans les pays de langue allemande du nombre de services de psychosomatique-psychothérapie traitant des patients hospitalisés, ainsi que des instituts universitaires dont les travaux de recherche à ce niveau sont très nombreux. Pourtant, en y regardant de plus près on se rend compte que les articles publiés ne traitent que rarement de l'encadrement psychique offert à des patients souffrant de maladies somatiques. L'inclusion de la pratique psychothérapeutique et clinico-psychologique dans l'amendement à la loi autrichienne sur les établissements hospitaliers (§ 22b, novembre 1993) a représenté une contribution importante. Même si la manière dont ce paragraphe est appliqué n'est pas toujours idéale, je pense que le large débat qu'il a provoqué a, à lui seul, provoqué une prise de conscience parmi le personnel médical, les patient/es et les psychothérapeutes. J'ai fait l'expérience ces dernières années que, pour la première fois depuis que je travaille dans un hôpital général, ce sont les patient/es eux-mêmes qui se sont adressés à moi, demandant un soutien psychothérapeutique durant leur hospitalisation. Une commission mandatée par l'as-

sociation professionnelle autrichienne (le Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie) a élaboré une liste des prestations psychothérapeutiques fournies en milieu hospitalier; elle peut être utilisée dans le contexte d'un financement des hôpitaux basé sur la notion de prestation. Un certain nombre de questions demeurent toutefois ouvertes, dont je traite ci-dessous.

Parallèlement à cette démarche innovatrice, nous allons devoir nous efforcer d'entreprendre des recherches adéquates du point de vue de leur objet et de leurs coûts. Il ne s'agit pas simplement de justifier nos actions; nous devrions nous rendre compte qu'une chance unique nous est offerte de développer plus avant les méthodes d'intervention psychothérapeutique utilisées avec des personnes malades. Le setting limité dans lequel se déroulent les interventions psychothérapeutiques en service hospitalier – soit hors des services de psychiatrie et de médecine psychosomatique – constitue un cadre favorable. Si les psychothérapeutes veulent s'établir dans le milieu hospitalier, il faut qu'ils satisfassent – bon gré, mal gré – à l'exigence d'une évaluation de leur travail. Ceci implique qu'ils mettent leurs interventions en rapport avec des données psychologiques, somatiques et économiques.

Ce n'est pas tout à fait à tort que l'on a douté qu'il soit possible de transférer les techniques psychothérapeutiques classiques vers un setting médico-technique. A ceci s'ajoute le fait qu'une hospitalisation implique que l'on accorde priorité aux aspects somatiques, ainsi que le manque de motivation à s'affronter à des questions psychologiques que manifestent de nombreuses personnes dans cette situation. Nous disposons actuellement de nombreuses possibilités de traiter les maladies somatiques, y compris la mise en oeuvre d'une technologie avancée; ces traitements permettent il est vrai d'éviter la souffrance physique, de la retarder ou de la diminuer, mais ils s'accompagnent souvent de nouveaux troubles auxquels ni les patient/es, ni leur famille, ni même parfois le personnel traitant ne sont préparés. Ils peuvent aussi créer de nouveaux problèmes au niveau de leur assimilation psychique. Je pense par exemple aux patientes présentant un cancer du sein, dont la plupart ne souffrent pas du tout avant l'opération; ce n'est qu'après l'intervention chirurgicale qu'elles se voient confrontées à des douleurs et à des malaises. Ou encore aux patient/es diabétiques qui, durant le traitement de leur maladie chronique, se voient contraint/es d'intégrer à leur quotidien différentes procédures thérapeutiques ou règles de diététique. Nous présumons trop

facilement et trop vite que pour éviter des conséquences à long terme les patients sont tout à fait disposés à se conformer aux procédures requises et qu'ils en sont même reconnaissants. Ce faisant nous surestimons la capacité d'adaptation de la structure pré-morbide de leur personnalité et sous-estimons les exigences posées aux fonctions de leur moi. Il ne s'agit pas tellement de tenir compte de l'état psychopathologique du patient que de comprendre les rapports entre les exigences de la maladie et de son traitement envers les fonctions du moi et la stabilité/fragilité de ces fonctions chez la personne concernée. Nous aurons facilement tendance à supposer que des réactions psychiques à des troubles somatiques en soi "normales" (dans le sens qu'elles sont fréquentes) vont soit disparaître d'elles-mêmes, soit ne laisser aucune séquelle psychique nuisible. De nombreuses réactions "normales" au diagnostic et au traitement ne sont, il est vrai, pas du tout inhabituelles; mais elles n'en représentent pas moins un lourd fardeau pour la personne concernée, le personnel traitant et la famille.

La médecine hautement technologique, avec tous ses traitements impressionnants, fait que les patients et leur famille se rendent compte de manière encore plus douloureuse qu'ils manquent de compétences psychologiques. Les psychothérapeutes se voient contraints de tenir compte lors de leurs interventions de stratégies de diagnostic et de traitement somatique extrêmement complexes, avec tous les pièges que cela comporte, et de les exploiter au niveau du processus psychothérapeutique. Echoueront forcément ceux qui, considérant qu'ils offrent aux patients une "meilleure" thérapie, se placent en situation de concurrence avec l'offre en traitement somatique au lieu de coopérer avec ses responsables; ils rendent de plus un bien mauvais service à la psychothérapie. Coopérer signifie plus que traiter ensemble le même patient. Agir de manière coopérative implique que l'on exploite dans ses propres interventions les procédures de traitement du partenaire impliqué. C'est précisément la raison pour laquelle les psychothérapeutes se voient constamment confrontés à des questions déontologiques auxquelles ils ne sont pas habitués; ils doivent décider quels sont les systèmes médicaux avec lesquels ils sont disposés et prêts à coopérer, pour atteindre quels objectifs et sous quelles conditions de travail. Il ne faut pas que l'offre en psychothérapie serve à inciter les patient/es à se soumettre sans autre à une manière acceptée de gérer la maladie. Elle doit servir à renforcer leur autonomie; ils doivent pouvoir décider et assumer la responsabilité de choisir les offres somato-thérapeutiques dont ils souhaitent bénéficier. Des conflits avec le système médical sont donc inévitables.

Simultanément, dans la mesure où les psychothérapeutes assument certaines fonctions dans le cadre du processus de traitement, ils deviennent eux-mêmes part intégrante de ce système et ne peuvent plus adopter une position neutre. Il faut, jusqu'à un certain point, qu'ils puissent s'identifier avec les procédures de traitement médical, les considérant au moins com-

me vraiment utiles et adéquates. Je pense, par exemple, aux questions qui se posent lorsqu'il s'agit pour le patient de décider s'il veut suivre un traitement coûteux, douloureux et qui porte atteinte à sa qualité de vie, pour peut-être obtenir de vivre plus longtemps; je pense aussi aux pronostics flous ou négatifs qui peuvent être posés par rapport à certains objectifs du traitement. Pourtant, les expériences faites ces dernières années montrent que les psychothérapeutes sont très demandés précisément dans les domaines hautement technologiques de la médecine. Les médecins pratiquant la fécondation in vitro ou les transplantations ont appris qu'ils peuvent et doivent réviser les critères servant à définir un succès, mais aussi qu'à partir du moment où ils tiennent compte des aspects psychiques de leur traitement ce dernier a de bien meilleures chances de réussir (cf., par ex., Strauss et al., 1997). Les résultats acquis par le biais d'une approche psychosomatique de l'obstétrique, auxquels se sont ajoutées au cours des vingt dernières années les exigences posées par des patientes émancipées, ont conduit à une évolution dramatique des services d'obstétrique. Et pourtant, ces dernières années ont été marquées par une nette stagnation. Les changements apportés au niveau de l'infrastructure des services d'obstétrique – mise à disposition de baignoires, de matelas, de cordes ou participation du partenaire etc. – dissimulent trop facilement le fait que les changements "internes" – ceux qui impliquent que l'on tienne compte de manière conséquente de la position et de l'attitude de toutes les personnes concernées et donc que l'on mène un difficile processus de réflexion continue – ne sont pas encore satisfaisants.

Les interventions psychothérapeutiques menées en milieu hospitalier visent à soulager ou à éliminer les atteintes psychiques qui résultent d'un état somatique requérant traitement médical ou qui en sont la séquelle. Elles doivent aussi être considérées du point de vue du diagnostic et des mesures thérapeutiques impliquées. En milieu hospitalier, la psychothérapie n'a donc pas les mêmes objectifs que ne l'ont de nombreux traitements menés dans le contexte d'un cabinet privé, ou même dans celui d'une clinique ou d'un service ambulatoire. Pour différentes raisons, ses objectifs ne peuvent pas être ceux de la psychothérapie psychanalytique classique: obtenir une évolution de structures intra-psychiques ou de schémas de comportement dépassés. Il est clair que, dans les cas où ce type d'évolution est requis pour stabiliser/guérir une maladie, une psychothérapie de longue durée devra être entreprise; il faudra donc créer un setting explicitement psychothérapeutique. Les thérapeutes travaillant en milieu hospitalier devront donc organiser un réseau solide, permettant d'adresser les patients aux personnes compétentes. On ne peut formuler que des prévisions imprécises quant à la question de savoir ce que cela impliquera pour les patient/es qui ne peuvent pas assumer le coût d'une psychothérapie en cabinet privé.

Si nous définissons les interventions psychothérapeutiques de la manière esquissée ci-dessus, nous nous voyons confrontés à d'importantes questions

d'éthique. Le thérapeute ne peut travailler qu'avec des patients émancipés et capables d'assumer leurs responsabilités, capables aussi de percevoir les contradictions inhérentes au système de traitement. Notre travail a pour objectif de leur permettre d'utiliser de manière responsable les possibilités qui leur sont offertes au niveau du diagnostic et du traitement. Le travail de liaison psychothérapeutique n'implique donc pas que les patients se soumettent à un système médical; il doit leur permettre d'en profiter en assumant leurs responsabilités envers eux-mêmes et envers autrui. Il faut donc que les conditions particulières de travail caractérisant le contexte d'un système hospitalier très complexe, qui inclut des équipes multidisciplinaires, soient réfléchies à chaque intervention. Se posent ici de nombreuses questions de déontologie, au-delà du devoir de discrétion.

De nombreux modèles de traitement ont été présentés ces dernières années dans les publications traitant de médecine psychosomatique; ces modèles ont aussi été très bien évalués. Toutefois, il nous reste à résoudre des questions fondamentales si nous voulons mettre en oeuvre de manière optimale les ressources dont nous disposons au niveau professionnel mais aussi économique. En bref: Comment un modèle d'encadrement d'un groupe de patients bien défini doit-il se présenter? Quand cet encadrement doit-il débiter pour être utile? Sur la base de quels critères faut-il choisir les patient/es auxquels il est appliqué (question de l'indication)? Qui décide? Quelles méthodes et quels plans de traitement devraient/doivent-ils être mis en oeuvre? Et surtout: quelle est la personne qui est le mieux à même de mener le traitement psychothérapeutique?

Il n'est pas possible de répondre à ces questions de manière globale; en rapport avec la notion de gestion de qualité, elles doivent être réexaminées pour chaque cas. Dans la mesure où le travail psychothérapeutique doit toujours servir de soutien au traitement somatique, il semble utile de le mener en fonction d'une maladie et d'un traitement spécifiques. Cette démarche est axée sur les problèmes et doit avoir un objectif clair; ses limites dans le temps doivent être réfléchies, prévues et débattues dès le début. L'établissement de stratégies d'encadrement en milieu clinique n'implique en outre pas forcément que ce doive être le/la psychothérapeute lui/elle-même qui mène le traitement. Je suis consciente du fait que le point de vue que j'adopte peut être contesté. Il reste que nous sommes chargés d'assurer un traitement adapté et donc de créer des structures d'encadrement qui diminuent ou même préviennent entièrement les conséquences négatives à long terme/supplémentaires au niveau psychosocial, que ce soit pour le patient, pour sa famille ou pour la société. Ces objectifs ne peuvent être atteints que sur la base de modèles multidisciplinaires de traitement. Dahlbender et al. (1994) demandent que soient créées des solutions fondées sur l'intégration et l'association, les différents buts du traitement étant considérés comme des modules dont la combinaison peut varier

selon les objectifs et besoins. En fonction de ce type de conception, les psychothérapeutes élaborent les instruments qui leur sont propres. Mais ils ont en outre besoin de disposer de connaissances concernant l'ensemble des maladies, donc au niveau de l'étiologie, du diagnostic et du traitement, ainsi que du vécu du patient et de son comportement. Last but not least – et en fait en premier lieu –, il faut tenir compte du système de traitement, ce qui veut dire que l'on sache sous quelles conditions les patients bénéficient de celui-ci et que l'on connaisse les modalités de l'établissement d'un diagnostic et d'un plan de soins. Il faut aussi être au courant des difficultés rencontrées par le personnel soignant et des effets de ces problèmes sur les relations qui sont établies avec les patients.

Ceci me conduit à parler d'un autre point, celui des aspects spécifiques du transfert et du contre-transfert. Une excellente contribution à ce sujet vient de paraître dans l'ouvrage édité par Klaus Rodewig, "Der kranke Körper in der Psychotherapie" ("Le corps malade en psychothérapie" / Rodewig, 1977). Les interventions sont influencées à un degré considérable par la manière dont les psychothérapeutes traitants conçoivent l'étiologie des troubles dont souffre le patient, ses chances de guérison et la manière dont cette guérison peut être acquise. Il s'agit de travailler sur les ouvrages publiés sur le thème de la médecine psychosomatique, ceci en profondeur – donc d'une manière qui, pour autant que je sache, n'est pas comprise dans les curriculums de formation des psychothérapeutes. Nous ne devrions en outre pas oublier que même les psychothérapeutes entretiennent certaines peurs par rapport à la maladie; ils craignent par exemple d'être "contaminés", de tomber eux-mêmes malades, ou d'être livrés aux mêmes sentiments d'impuissance et de désespoir et aux mêmes angoisses face à la mort. Il peut donc arriver qu'ils adoptent une attitude trop protectrice, mais aussi qu'ils se distancient du patient et ne lui apportent pas un soutien suffisant. Ou encore qu'ils soient pris d'une sorte de "furor therapeuticus" ou qu'ils forment une conspiration avec le patient et contre le corps malade, considéré comme un ennemi qui doit être "traité". Les psychothérapeutes sont aussi vulnérables que le système médical lorsque se produisent des réactions de contre-transfert qui peuvent avoir une influence négative sur le traitement. Mais je crois que du fait de notre formation spécialisée, nous pouvons exiger de nous-mêmes de mieux gérer les processus de dissociation et l'exclusion du corps que ne sont à même de le faire les membres d'autres professions.

Les psychothérapeutes travaillant en milieu hospitalier n'ont pas tous eu la même formation/profession de base (Ringler & Sternberger, en préparation). Ceci peut provoquer un champ de tension particulier. Il faudrait que soient entreprises des études en parallèle à la mise en oeuvre de l'amendement, de sorte que l'on puisse éviter que ne se produisent des évolutions négatives et que de nouvelles "maladies" ne soient inventées (Lenzen, 1991, 1993). Indépendamment de la question de savoir quelles sont les implications de

l'intégration d'une nouvelle profession dans une structure existante, des conflits d'un autre type peuvent se produire, liés à la définition du cadre et du degré auquel les psychothérapeutes devraient/pourraient/doivent n'utiliser que les qualifications qu'ils ont acquises lors de leur formation à cette profession, sans (devoir/pouvoir/être obligés de) se servir également des qualifications acquises lors de leur formation à une autre profession. Il s'agit là d'une question en rapport direct avec les notions d'identité professionnelle et de diffusion des rôles. Elle ne se pose pas seulement pour ceux qui sont directement concernés, mais aussi pour tous ceux avec lesquels ils coopèrent; elle influence les efforts entrepris pour intégrer les thérapeutes et pour créer des structures d'équipe mais influe aussi sur les problèmes de concurrence, de dissociation etc. – problèmes dont les conséquences affectent déjà suffisamment tous ceux qui travaillent en milieu hospitalier.

Nous devons faire face aux nouveaux défis posés à notre travail psychothérapeutique. Le présent numéro vise à montrer ce qu'ils sont. En annexe à l'édito-

rial, vous trouverez le "Flimser Konsenspapier", un document préparé par des psycho-oncologues de renom qui représente une étape importante vers la gestion et la garantie de qualité. Il traite des points suivants:

- 1. utilité des interventions psychosociales et psychothérapeutiques (pour les patients et leur famille), leurs conséquences pour les spécialistes travaillant dans le domaine de la santé, ainsi que leurs conséquences dans le domaine bio-médical;*
- 2. méthodes de recherche permettant d'évaluer les effets de ce genre d'intervention (conditions dans lesquelles elles se déroulent, protocoles de recherche, évaluation de leur succès, duplication);*
- 3. indications (principes et recommandations particulières);*
- 4. principes devant gouverner l'intégration des interventions psychothérapeutiques dans l'oncologie clinique;*
- 5. recommandations concernant l'exercice de la profession.*