

**Zeitschrift:** Palliative.ch : Zeitschrift der schweizerischen Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung = revue de la Société suisse de médecine et de soins palliatifs = rivista della Società svizzera di medicina e cure palliative

**Herausgeber:** Schweizerische Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

**Band:** - (2005)

**Heft:** 3: Psychologische Aspekte = Aspects psychologiques = Aspetti psicologici

**Artikel:** Psyche und körperliche Krankheit - die Arbeit mit ÄrztInnen und Pflegenden = Psyche et maladie somatique - travail avec le corps médical et les soignants (Résumé) = Psiche e malattia somatica - Il lavoro con medici e personale curante (Riassunto)

**Autor:** Maislinger, Susanne

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-1091900>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 25.04.2026

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

Am Beispiel unserer Arbeit an der Univ. Klinik für Strahlentherapie möchte ich erläutern, wie ein psychiatrischer Liaisondienst in einer somatischen Klinik funktioniert, und unsere Arbeit mit Ärztinnen, Pflegepersonen und weiteren Mitarbeiterinnen beschreiben.

Dr. Susanne Maislinger

## Psyche und körperliche Krankheit – die Arbeit mit Ärztinnen und Pflegenden



Dr. Susanne Maislinger

### Einleitung

Mein Zugang zur Thematik ist die Arbeit im Konsiliar-Liaisondienst an der Univ. Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie in Innsbruck. Die Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie bietet an verschiedenen anderen Kliniken Liaison- und, in geringerem Ausmass, auch Konsiliardienste an. Das Team des CL-Dienstes ist multiprofessionell und besteht aus psychotherapeutisch ausgebildeten Psychologinnen<sup>1</sup> und Ärztinnen, einer Sozialarbeiterin und einer Sekretärin. Liaisondienst bedeutet eine fixe Kooperation zweier Kliniken mit einer oder mehreren psychosozialen Mitarbeiterinnen, die zu bestimmten Zeiten an der Abteilung anwesend sind und neben der konkreten Patientinnenarbeit auch teamorientiert tätig sind. Dies erfolgt z.B. in Form von Fallbesprechungen, Visitenanteilnahmen, Fortbildungen etc.

### Liaisondienst an der Univ. Klinik für Strahlentherapie

An der Klinik für Strahlentherapie Innsbruck besteht das psychosoziale Team aus vier Personen: einer psychologischen Psychotherapeutin, einer psychiatrischen Psy-

chotherapeutin und einer Sozialarbeiterin der Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie sowie einer Mal- und Gestaltungstherapeutin, die an der Strahlentherapie angestellt und in unser psychosoziales Team integriert ist. Diese bietet eine wöchentliche Maltherapiegruppe für stationäre und ambulante Patientinnen an und führt auch mit einzelnen Patientinnen auf der Station Maltherapie durch, wenn diese z.B. aufgrund ihres körperlichen Zustandes nicht an der Gruppe teilnehmen können.

### Teambezogene Tätigkeiten

Bei der Aufzählung unserer Aktivitäten wird deutlich, in welchem großem Ausmaß unsere Tätigkeit teambezogen ist (Grafik 1). Fallbesprechungen, Fortbildungen, gemeinsame wissenschaftliche Projekte betonen die interdisziplinäre Zusammenarbeit.

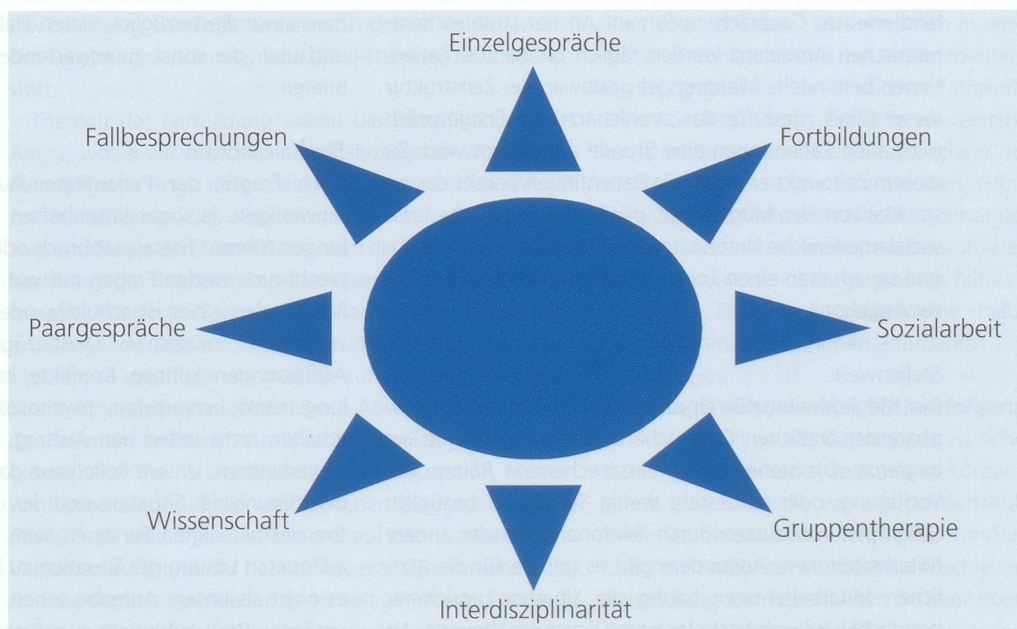
Die Interdisziplinarität stellt die Basis unserer Arbeit dar. Wir sind überzeugt, dass für eine optimale Behandlung der Krebspatientinnen interdisziplinäre Zusammenarbeit erforderlich ist.

Darüber hinaus können wissenschaftliche Projekte, die gemeinsam mit der kooperierenden Klinik durchgeführt werden, unserer Erfahrung nach die Zusammenarbeit weiter festigen und stellen für interessierte Mitarbeiterinnen beider Kliniken eine Möglichkeit dar, sich in diesem Feld zu spezialisieren und zugleich in ihrem Fachgebiet Anerkennung durch Publikationen zu erlangen.

### Fallbesprechungen an der Strahlentherapie – Ambulanz

Die Fallbesprechungen an der strahlentherapeutischen Ambulanz finden alle zwei Wochen statt, und es nehmen das Pflegepersonal der Ambulanz, die radiologisch-technischen Assistentinnen und die CL-Mitarbeiterinnen sowie die Sozialarbeiterin der Medizinischen Psychologie und

1 Im Folgenden sind die männlichen Formen immer auch mit gemeint.



Grafik 1

## Come comunicare con i pazienti nelle

Psychotherapie teil. Wir geben Informationen darüber, mit welchen Patientinnen wir aktuell arbeiten und welche Probleme aus unserer Sicht zu erwarten sind, etwa eventuelle Probleme in der Verarbeitung der Erkrankung, und können Hinweise geben, die für den Umgang hilfreich sein könnten. Weiter werden uns in diesem Rahmen Patientinnen zugewiesen.

### Interdisziplinäre Besprechung an der Strahlentherapie - Station

Diese findet wöchentlich an der Station der Strahlentherapie statt, und zumindest eine Vertreterin jeder Berufsgruppe der Station und eine psychologische CL-Mitarbeiterin der Medizinischen Psychologie und Psychotherapie nehmen an der Besprechung teil. Konkret bedeutet dies, daß Ärztinnen, Pflegende, Sozialarbeiterin, Psychologin, Mal- und Gestaltungstherapeutin, Diätassistentin, Ergo- und Physiotherapeutin sowie Seelsorgerinnen an dieser Besprechung teilnehmen. Alle aktuell in der Station aufgenommenen Patientinnen werden besprochen, und jede Berufsgruppe hat die Möglichkeit, aus ihrer Sicht Informationen beizutragen, Probleme anzusprechen, Fragen zu stellen und damit einen wesentlichen Beitrag für eine ganzheitliche Behandlung der Patientin zu leisten.

### Häufige Problemsituationen aus Sicht der Psychotherapeutin

In unserer täglichen Arbeit sind wir mit gewissen Problemsituationen besonders häufig konfrontiert – die beiden zuerst angeführten sind eher struktureller, die weiteren inhaltlicher Natur.

#### Zeit

Ein Hauptproblem im klinischen Alltag ist die begrenzte Zeit. Der Routinebetrieb lässt oft wenig Möglichkeiten, um mit einer Patientin ein für die Behandelnde zufriedenstellend erlebtes Gespräch zu führen. An der strahlentherapeutischen Ambulanz werden täglich bis zu 200 Patientinnen behandelt. Allerdings ist positiv an der Zeitstruktur dieser Klinik, dass für das strahlenärztliche Erstgespräch mit neuen Patientinnen eine Stunde anberaunt wird. Zu diesem Zeitpunkt erfahren die Patientinnen bereits das erste Mal von der Möglichkeit, psychotherapeutische oder sozialarbeiterische Unterstützung in Anspruch zu nehmen, und sie erhalten einen Folder mit Informationen über unser Angebot.

#### Stellenwert

Die Möglichkeiten für eine geschützte Gesprächsatmosphäre der ärztlichen Gespräche sind leider nach wie vor begrenzt. Oft stehen keine entsprechenden Räume zur Verfügung, oder es besteht wenig Sensibilität bezüglich Störungen von aussen durch Telefonanrufe oder andere Mitarbeiterinnen. Ausserdem gibt es gerade für die ärztlichen Mitarbeiterinnen häufig die Situation unsicherer beruflicher Zukunft bei befristeten Dienstverhältnissen. An

Universitäten ist der Druck, wissenschaftlich zu arbeiten, groß. Insgesamt wird Leistung im medizinischen Umfeld an anderem gemessen als an psychosozialer Kompetenz, und dies kann eine qualitativvolle psychosoziale Arbeit beeinträchtigen.

### «Wann haben wir genug getan?»

In der Arbeit mit körperlich Schwerkranken stellt sich häufig das Problem der therapeutischen Grenzziehung. Es ist meiner Erfahrung nach schwierig, wenn auch gut nachvollziehbar für medizinische Behandelnde, feststellen zu müssen, dass der bisher verfolgte kurative Ansatz nicht greift, die eingeschlagene Behandlung nicht zum gewünschten Erfolg führt und auf ein palliatives Vorgehen umgeschwenkt werden muss. Von den Behandelnden kann dieser entscheidende therapeutische Prozess oft als Kränkung und Versagen erlebt werden. Die gemeinsamen Wege von Patientinnen und Behandelnden sind oft lang. Ein gemeinsames Umschwenken auf einen Weg, der keine Heilung mehr in Aussicht stellt, ist für beide Seiten schmerzlich. Die Belastung, die Patientinnen und deren Angehörige dabei erleben, kann nicht überschätzt werden. Allerdings wird die Belastung für die Behandelnden nicht selten unterschätzt.

### Angehörige

Bei allem Wissen um die Wege guter Kommunikation mit Angehörigen geraten die Behandelnden immer wieder in Situationen, in denen «fordernde» Angehörige zu Gesprächen (ver-)führen, aus denen diese mit einem ausführlicheren Wissenstand hervorgehen, als ihn die Patientinnen zu diesem Zeitpunkt selbst haben. Das Tabu durch das Ungleichgewicht in der Information erschwert die Kommunikation zwischen Patientin und Angehörigen neben der Belastung durch die Erkrankung beträchtlich. Eine unserer Aufgaben ist es, die Ärztinnen beim Einnehmen einer diesbezüglich klaren Haltung zu unterstützen und über die sonst zu erwartenden Probleme zu informieren.

### Therapieabbruch

Auch Fragen der Patientinnen-Autonomie können zu schwierigen, ja sogar krisenhaften Situationen an Abteilungen führen. Therapieabbruch oder angedrohter Therapieabbruch werfen Fragen auf wie: «Wer ist verantwortlich?» oder: «Wer ist schuld?» oder gar: «Hätten wir es verhindern müssen?» Diesbezüglich unterschiedliche Auffassungen können Konflikte innerhalb der Behandlungsteams hervorrufen, psychosoziale Mitarbeiterinnen erhalten nicht selten den Auftrag, den Therapieabbruch zu verhindern. Unsere Rolle kann dabei Unterstützung bei der Klärung der Situation und der unterschiedlichen Motive der beteiligten Personen sein, um dadurch zu einer adäquaten Lösung der Situation zu kommen. Wir können es nicht als unsere Aufgabe sehen, den Therapieabbruch um jeden Preis verhindern zu müssen.

### Identifikation hochbelasteter Patientinnen

Die Arbeit eines psychosozialen Team ist ganz wesentlich auf möglichst gezielte Zuweisungen des medizinischen Teams (Ärztinnen, RTAs, Pflegepersonal) angewiesen. Insbesondere stellt sich die Frage, wie hochbelastete Patientinnen mit zusätzlichem psychosozialen Unterstützungsbedarf identifiziert werden können. Diese sind nicht immer vordergründig klinisch auffällig. Im Rahmen unserer Liaison-tätigkeit gehört aus diesem Grund auch die Durchführung von Fortbildungen zu unseren Aufgaben. Ziel dieser Fortbildungen ist es, die psychosoziale Kompetenz des medizinischen Personals zu fördern und den Ärztinnen «Handwerkszeug» zu geben, damit eine gezielte Überweisung zur Psychotherapeutin und/oder Sozialarbeiterin gelingen kann. Ein Beispiel für eine solche Fortbildung soll näher vorgestellt werden.

### Fortbildungsmaßnahmen:

#### Gesprächsführungs-Fortbildung für ÄrztInnen

Wir haben im Rahmen einer anderenorts publizierten Interventionsstudie (Söllner et al 2001) eine eintägige einmalige Fortbildung für Ärztinnen der Strahlentherapie durchgeführt. Sie erfolgte in sehr kleinen Gruppen mit fünf Personen und fand in geschütztem und ungestörtem Rahmen ausserhalb der Klinik für Strahlentherapie statt, um Störungen aus dem klinischen Alltag weitgehend auszuschalten.

Zwölf Wochen lang wurden alle konsekutiven Patientinnen zu Beginn der Strahlentherapie gebeten, einige Selbsteinschätzungsfragebögen auszufüllen, um ihre Belastung feststellen zu können (HADS, SSS, Hornheider Fragebogen, F-PSU).

Nach dem üblichen ausführlichen Erstgespräch an der Ambulanz der Strahlentherapie wurden die Ärztinnen ebenfalls gebeten, einen Bogen (in Anlehnung an Hardman et al.) auszufüllen und dabei ihre Einschätzung über die Belastung der Patientinnen abzugeben. In der Mitte des Erhebungszeitraumes fand die 8-stündige Fortbildung statt.

Themen der Fortbildung waren die Identifikation von Angst, wobei wir zwischen realitätsbezogener Angst und übersteigerter Angst differenzierten. Wir versuchten, Wege zur Identifikation des Angstausmasses aufzuzeigen. Die zugrundeliegenden Methoden waren die Patientinnenbeobachtung, die Beobachtung der «Szene» und das Stellen gezielter Fragen im Rahmen der Anamnese, wobei wir die grundlegende Ressourcenorientierung betonten und versuchten, so spezifisch wie möglich auf die Situation an der Strahlentherapie einzugehen. Auch Abwehrmechanismen der Patientinnen kamen zur Sprache. Ähnlich war das Vorgehen beim Thema Depressivität bzw. Depression, wobei wir hierbei auch auf die verschiedenen Diagnosekriterien des ICD 10 eingingen. Aufbauend auf dem bestehenden Vertrauen aufgrund der bereits längeren Zusammenarbeit und der damit verbundenen gegenseitigen Wertschätzung konnten wir an konkreten und auch schwierigen Fallbei-

spielen aus dem klinischen Alltag – die im optimalen Fall sogar allen bekannt waren – arbeiten.

Die Besprechung initial verunsichernder und angstbesetzter Themen wurde von den Teilnehmerinnen gewünscht, so dass ein Fokus der Fortbildung die ärztliche Krisenintervention im Umgang mit starken Affekten, Suizidalität und (angedrohtem) Behandlungsabbruch war.

Versucht wurde auch, gemeinsam Fragen zu formulieren, welche die Teilnehmerinnen in einfacher Weise routinemässig in ihre Anamnese einbauen und zur Identifikation psychischer Belastung benutzen können.

Unsere Ziele waren also, Hilfe zur Herstellung einer offenen Gesprächsatmosphäre zu geben, so zur Erreichung einer vertrauensvollen Arzt-Patient Beziehung und zur besseren Identifikation hochbelasteter Patientinnen beizutragen und damit auch gezieltere Überweisungen an Psychotherapeutin oder Sozialarbeiterin zu erreichen.

#### Fortbildung für radiologisch-technische AssistentInnen

Eine anders strukturierte Fortbildung führen wir mit den radiologisch-technischen Assistentinnen durch. Themen für diese etwa 1 bis 2 Mal pro Jahr stattfindenden Fortbildungen ergeben sich häufig aus Anlassfällen schwierig erlebter Patientinnen-Kontakte im klinischen Alltag (z.B. Suizidalität). Rechnung tragen müssen wir dabei stets der besonderen Gesprächsgegebenheit der RTAs. Diese sehen die Patientinnen über einige Wochen täglich, stets aber nur für einige Minuten. Themen sind z.B.: Wie drücken sich Belastung und Angst in den kurzen Gesprächssequenzen aus, und wie kann damit umgegangen werden (wie z.B. kann bei begrenzter Zeit der RTAs ein intensiveres Gespräch mit einer/einem Patientin gut beendet werden?).

### «Schnittstellenunterstützung»:

Unter «Schnittstellenunterstützung» verstehe ich neben der Reflexion des eigenen Tuns auch das Reflektieren des Tuns «der anderen». Dies erlebe ich in unserer Liaison-Arbeit als Psychiaterin und Psychotherapeutin als besonderes Privileg gegenüber der ärztlichen Tätigkeit im herkömmlichen Setting. Dieses Reflektieren verstehe ich natürlich nicht im Sinne einer Leistungskontrolle der Kolleginnen, sondern mit einer wertschätzenden Grundhaltung, mit dem Ziel, die Motive im Handeln der anderen im System zu verstehen, um in immer wieder auftretende Problemsituationen wie die oben genannten hilfreich unterstützen zu können. Für diese Aufgabe ist eine «halbe Aussensicht» von Liaisonmitarbeiterinnen erforderlich.

### Spaltung? Versuch einer Schlussfolgerung

Ein Kritikpunkt an der Liaisonarbeit ist sicherlich die Möglichkeit, dadurch einer Spaltung in Körper und Seele Vorschub zu leisten, die wir ja eigentlich aufheben wollen: Wenn es einen Liaisondienst gibt, könnte man alle psychischen Probleme an diesen «abschieben». Neben der Behandlung der Patientinnen ist aber eben durch unsere Arbeit mit Ärztinnen und Pflegenden auch eine Unterstüt-

zung des Teams und deren Befähigung zur Selbsthilfe im Umgang mit psychisch belasteten Patientinnen möglich.

Ist es also das konsequente Ziel, dass wir uns als «perfekter Liaisondienst» selbst wegrationalisieren sollten? Dazu wird es aus verschiedenen Gründen wohl nicht kommen: einerseits werden immer hochbelastete Patientinnen der Unterstützung durch eine Spezialistin bedürfen, andererseits ist unser Auftrag in der Arbeit mit Pflegepersonal und Ärztinnen ein dauerhafter, bedingt durch Personalwechsel etc.

Weiter ist die bereits erwähnte Aussensicht und Reflexion zur Unterstützung des Teams nur in einer Rolle wie der der Liaisonmitarbeiterin möglich.

**Korrespondenz:**

Dr. Susanne Maislinger  
Univ. Klinik für Med. Psychologie und Psychotherapie  
Medizinische Universität Innsbruck  
Sonnenburgstrasse 9, A-6020 Innsbruck  
+43 512 586335 25, susanne.maislinger@uibk.ac.at

**Literaturangaben:**

1. DeVries A, Söllner W, Steixner E, Auer V, Schiessling G, Sztankay A, Iglseider W, Lukas P. Psychosocial distress and need for supportive counselling in patients during radiotherapy. *Strahlenther Onkol* 1998;174:408-414.
2. Hardman A, Maguire P, Crowther D. The recognition of psychiatric morbidity on an oncology ward. *J Psychosom Res* 1989, 33:235-239.
3. Kiss A, Communication skills training in oncology: A position paper. *Ann Oncol* 1999;10:899-901.
4. Söllner W, DeVries A, Steixner E, Lukas P, Rumpold, G, Maislinger S. How successful are oncologists in identifying patient distress, perceived social support, and need for supportive counselling? *Brit J Cancer* 2001;84:179-185
5. Strittmatter G. Indikation zur Intervention in der Psychoonkologie. Psychosoziale Belastungen und ermittlung der Betreuungsbedürftigkeit stationärer Hauttumorpatienten. Münster-New York, Internationale Hochschulschriften 228, Waxmann, 1997.
6. Worden JW, Weisman AD. Do cancer patients really want counselling? *Gen Hosp Psychiat* 1980;2:100-103.

Dr Susanne Maislinger

## Psyché et maladie somatique – travail avec le corps médical et les soignants

**(Résumé)**

**Introduction**

C'est mon travail dans le service de psychiatrie de liaison à la clinique universitaire de psychologie médicale et de psychothérapie à Innsbruck qui m'a permis d'approcher le sujet traité dans cet article. Nous y offrons la présence d'une équipe pluridisciplinaire composée de médecins formés en psychothérapie, de psychologues, et d'une assistante sociale, qui assure un service de liaison dans différents autres services hospitaliers et, dans une moindre mesure, se tient à disposition pour des avis. L'activité de liaison implique un cadre fixe de collaboration entre deux services, cadre dans lequel on a soin de s'adapter non seulement au patient, mais aussi à l'équipe soignante. J'ai choisi de décrire ce modèle par l'exemple de notre activité au sein du service de radiothérapie.

**Activité de liaison dans le service de radiothérapie de l'hôpital universitaire**

À Innsbruck, le service de radiothérapie dispose d'une équipe de prise en charge psychosociale composée de quatre personnes: deux psychothérapeutes dont l'un est

psychologue et l'autre médecin, une assistante sociale, et une soignante formée à la thérapie par l'art et l'activité créatrice.

**Activités destinées à l'équipe soignante**

Les activités destinées à l'équipe soignante sont par exemple des discussions de cas, des formations continues ou la participation régulière aux visites. C'est l'interdisciplinarité qui constitue l'essence de notre travail et qui, à notre avis, constitue une condition indispensable à une prise en charge optimale des patients souffrant de cancer.

Concrètement, ce travail interdisciplinaire s'illustre dans le colloque hebdomadaire du service de radiothérapie, auquel assistent tous les professionnels impliqués dans la prise en charge du patient, ainsi que dans la discussion de situations de patients ambulatoires à laquelle participent les techniciens en radiologie et le personnel soignant. C'est dans ce cadre que les membres de l'équipe de prise en charge psychosociale rendent compte de leur travail et que nous pouvons aborder au quotidien les situations problématiques. La plupart d'entre elles se caractérisent, du point de vue des psychologues, par des problèmes liés soit au contexte (c'est-à-dire de nature structurelle), soit inhérents à la situation. Les problèmes structurels sont par exemple le manque de temps ou l'impossibilité d'offrir un cadre protégé propice au dialogue. Les problèmes inhérents à la situation se présentent souvent aux instants cruciaux de la prise en charge (par exemple la question de

savoir quand, sur le plan thérapeutique, on en a «assez fait»), ou sur l'importance de la communication en général. Nous abordons également avec le corps médical et les soignants des questions comme les relations avec les proches des malades ou l'abord des situations d'interruption de traitement. Outre les discussions de cas déjà mentionnées, nous organisons régulièrement des colloques de formation continue en relation avec différents sujets, comme par exemple la conduite des entretiens médicaux, avec entre autres pour objectif de conduire l'équipe soignante à mieux identifier les patients pour lesquels la maladie a des répercussions particulièrement pénibles.

#### «Interventions en interface»

Par ce terme, j'entends le fait de porter un regard réflexif non seulement sur ses propres actions, mais aussi sur celles de «l'autre». En tant que psychiatre et psychothérapeute, c'est pour moi un privilège qui démarque mon activité de liaison de mon activité précédente, plus strictement clinique. Porter un regard réflexif ne signifie bien entendu pas que l'on exerce un contrôle sur ses collègues, mais que l'on cultive l'habitude de peser différentes valeurs, avec pour objectif de mieux comprendre les motifs sous-jacents aux actes des autres membres du système soignant. C'est par cette analyse que l'on peut contribuer de manière fruc-

tueuse à la prise en charge des situations problématiques qui se présentent régulièrement dans le service, et c'est la mission du service de liaison d'offrir ce regard «à moitié extérieur».

#### Et le clivage? Tentative de conclusion

Un aspect très délicat de notre travail est le paradoxe qu'à la fois nous donnons la possibilité de séparer les problèmes liés à la psyché de ceux liés à la maladie physique, tout en souhaitant éviter le clivage qui conduirait à référer tous les problèmes de nature psychologique au service de psychiatrie de liaison. En effet, notre mission consiste non seulement à collaborer aux soins aux malades, mais aussi à offrir un soutien à l'équipe soignante et à leur permettre de mieux prendre en charge les patients pour lesquels la maladie s'accompagne de répercussions psychiques importantes.

Notre objectif n'est pas pour autant de préparer le terrain pour qu'à terme il n'y ait tout simplement plus besoin de nos services – d'une part parce que certains patients auront toujours besoin d'une prise en charge spécialisée, d'autre part parce que notre intervention auprès des équipes se décline sur le long terme, ne fût-ce qu'en raison des changements de personnel. Enfin, cette position d'observateur extérieur, de réflexion, et de soutien, n'est possible qu'à travers le rôle spécifique de la liaison.

Dr. Susanne Maislinger

## Psiche e malattia somatica – Il lavoro con medici e personale curante

(Riassunto)

### Introduzione

Il mio contatto con la tematica deriva dall'attività nel Servizio di consulenza di relazione alla Clinica universitaria di Psicologia Medica e Psicoterapia di Innsbruck. In questa Clinica, un team multiprofessionale, comprendente medici psicoterapisti, psicologi e un assistente sociale, svolge in diverse altre cliniche una attività di relazione e, in misura minore, di consulenza. Attività di relazione significa cooperazione costante fra due cliniche, nel cui contesto si lavora non solo orientandosi su casi singoli ma anche sul team. Vorrei illustrare questo modello con l'esempio della nostra attività nella Clinica universitaria di Radioterapia.

### Servizio di relazione nella Clinica universitaria di Radioterapia

Nella Clinica di Radioterapia di Innsbruck, il team psicosociale consta di quattro persone: psicoterapista psicologo,

psicoterapista psichiatra, assistente sociale e terapeuta di attività creative.

### Attività proprie del team

Attività proprie del team sono per esempio le discussioni di casi, gli aggiornamenti oppure la partecipazione regolare alle visite. L'interdisciplinarietà sta alla base della nostra attività. Siamo convinti che la collaborazione interdisciplinare sia indispensabile per il trattamento ottimale dei malati oncologici.

Esempi di questa collaborazione interdisciplinare sono la discussione settimanale nel reparto di Radioterapia, cui partecipano tutti gli operatori professionali coinvolti nella cura dei malati, e l'esame dei casi ambulatoriali, al quale prendono parte i tecnici di radioterapia e il personale curante. In questa cornice, gli operatori psicosociali illustrano il loro lavoro ed è possibile affrontare i casi difficili che si presentano nel quotidiano. Molte situazioni problematiche dal profilo psicoterapeutico possono essere di natura sia prevalentemente strutturale che prevalentemente interiore. I problemi strutturali concernono innanzitutto la mancanza di tempo o l'ambiente dei colloqui non sufficientemente protetto. Dal profilo interiore, spesso si pongono problemi di decisioni terapeutiche del tipo «Quando pen-

siamo di avere fatto abbastanza?» o in generale del ruolo della comunicazione. Anche il coinvolgimento dei familiari o la gestione della (incombente) interruzione della terapia possono essere argomento di discussione con medici e personale curante. A parte le discussioni di casi già citate, promoviamo in questo contesto regolari aggiornamenti su temi diversi, per es. sul modo di gestire un colloquio medico. Questo anche per migliorare la capacità dei curanti di identificare e gestire malati molto impegnativi.

#### «Sostegno dell'interfaccia»

Con il termine di «sostegno dell'interfaccia» intendo la riflessione sul proprio e sull'altrui lavoro. Nel nostro lavoro di psichiatra e psicoterapista di relazione, lo reputo un particolare privilegio rispetto all'attività medica nel contesto tradizionale.

Ovviamente, io concepisco questa riflessione non nel senso di un controllo di qualità dell'attività dei colleghi, bensì come un atto volto a comprendere le motivazioni dell'agire di altri operatori per poter essere di aiuto in situazioni problematiche ricorrenti come quelle citate in precedenza. A tale scopo è necessaria una «visione alternativa parziale» di collaboratori di relazione.

#### Una dissociazione? Considerazioni conclusive

Un punto critico del lavoro di relazione è certamente la possibilità di favorire la dissociazione fra corpo e anima che invece proprio vorremmo eliminare: se esiste un servizio di relazione, si potrebbe pensare di «rifilargli» tutti i problemi psichici. Il nostro lavoro con medici e personale curante rende appunto possibile, accanto al trattamento dei pazienti, anche un sostegno al team e la sua possibilità di auto-aiuto nella gestione di malati affetti da problemi psichici.

Quindi, ne potrebbe forse conseguire che noi, quali «servizio di relazione perfetto», dovremmo auto-escluderci per motivi di razionalizzazione? Ciò non avverrà per diverse ragioni: da un lato i malati gravi necessiteranno sempre del sostegno di uno specialista e d'altro canto il nostro impegno di lavoro con il personale curante e con i medici sarà durevole e condizionato dal cambiamento delle persone e da altri fattori.

Inoltre, la visione alternativa e la riflessione a sostegno del team sono possibili solo in un ruolo come quello dell'operatore di relazione.

Als Gerontopsychiaterin bin ich immer wieder in der Situation, älteren psychisch kranken Menschen nicht mehr kurativ helfen zu können, sondern stattdessen eine angemessene Palliation anzubieten.

Dr. Jacqueline Minder

## Und wie steht es mit der Palliation in der Psychiatrie?



Dr. Jacqueline Minder

#### Was verstehen wir unter Palliation in der Psychiatrie?

Auf den ersten Blick scheint die Antwort ganz einfach. Allgemein gesprochen sind wir uns wohl einig, dass es in der Palliation immer um die Verbesserung der Lebensqualität und um Leidensminderung geht, wo keine eigentliche Heilung mehr möglich ist. Das ist in der Psychiatrie nicht anders. Vielleicht sind wir in der Psychiatrie aber häufiger mit Situationen konfrontiert, in denen wir uns fragen müssen, worum es in der aktuellen Situation, mit diesem einzigartigen individuellen Menschen gerade geht.

Was bedeutet für ihn jetzt gerade Leiden: seine körperlichen, seelischen oder sozialen Einbußen? Seine Schmerzen? Welche Art Schmerzen erlebt er überhaupt? Sind sie körperlich entstanden? Sind sie nachvollziehbar? Sind sie

entsprechend mit Schmerzmitteln behandelbar oder erlebt er diese Schmerzen aufgrund seiner Psychose, fühlt sich bestrahlt und erlebt dies schmerzhaft? Wie wollen wir Symptome, Leiden, Schmerzen objektivieren? Ist Leiden nicht eher grundsätzlich etwas Subjektives und Relatives?

Und weiter: welches Leiden ist massgeblich? Natürlich zunächst einmal das der Betroffenen. Doch dann sicher auch jenes der Angehörigen. Diese können manchmal mehr leiden als die Betroffenen selbst. Oder auch etwas provokativ gefragt: wie massgeblich ist manchmal auch das Leiden der Helfer oder gar das Leiden der Gesellschaft? In der Psychiatrie wird alles sehr relativ. Wer ist gesund? Wer ist krank? Wer leidet und wer entscheidet, wer leidet und woran?

In den Konzepten steht oft, wo immer möglich, sollte der Patient mitentscheiden. Aber was ist, wenn der Psychiater entscheidet, dass der Patient urteilsunfähig ist, dass er gar nicht entscheiden kann? Vielleicht kommen wir hier auf den entscheidenden Punkt zum Thema Palliation in der Psychiatrie. Als take home message habe ich mich jedenfalls entschieden, Ihnen Folgendes mit auf den Weg zu geben: das Ziel der Palliation ist immer das gleiche, der Weg zum Ziel aber verlangt in der Psychiatrie eine intensivere Auseinandersetzung mit dem Denken, Fühlen, Erleben des Patienten, das völlig fremdartig sein kann. Vielleicht