

Berichterstattung PSYMED 2008

"Managing Differences - die Kunst, die Vielfalt zu nutzen"

Ein Bericht von Lydia Schalm

Krems/Österreich. Vom 6. bis 7. Juni 2008 fand das 5. Kremser Symposium für Psychotherapie und Medizin unter dem Motto „Managing Differences – die Kunst, die Vielfalt zu nutzen“ am Departement für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie der Donau-Universität Krems statt. Das Symposium wurde gemeinsam mit der Österreichischen Gesellschaft für Psychosomatische und Psychotherapeutische Medizin (ÖGPPM), der Österreichischen Gesellschaft für Integrative Therapie und der Österreichischen Balintgesellschaft veranstaltet. Im Zentrum der Veranstaltung stand der Forschungsgegenstand "Vielfalt in der Psychotherapie". Rund 60 ExpertInnen aus Österreich, Deutschland und der Schweiz nehmen teil.

"Managing Differences" - das Auftreten und der Umgang mit Unterschieden in der Arbeitswelt von Psychotherapeuten und SozialarbeiterInnen - stand im Vordergrund des zweitägigen Symposiums an der Donau Universität Krems unter Leitung von Prof. Dr. Anton Leitner.

In den Vorträgen am Freitag, dem 6. Juni, wurde das Thema Diversity Management ausführlich aus betriebswirtschaftlicher Sicht und aus systemtheoretischer Sicht (einer Unternehmerorganisation) betrachtet, es folgten Beiträge zur Auseinandersetzung von Generationen und Geschlechtern im Zusammenhang mit der Kunst die Vielfalt zu nutzen.

Am zweiten Tag, dem Samstag, standen Vorträge aus der Praxis zum Verhalten von Heilenden in Heilberufen, zur Vielfalt im Therapiegeschehen und zur Theorie der Mehrdimensionalität in Diagnose und Therapie auf der Agenda.

Freitag, 6. Juni 2008

Begrüßung durch Prof. Dr. Anton Leitner und Eröffnung von Prof. Dr. Kern

Prof. Dr. Anton Leitner, Leiter des Departments für Psychotherapie und Psychosoziale Medizin der Donau-Universität Krems, begrüßte alle Teilnehmer und Vortragende herzlich und dankte OrganisatorInnen aus dem Hause der Donau-Universität, des Departements und den Vortragenden für Ihren Einsatz zur Realisierung des Symposiums und leitete das Thema "Die Kunst, die Vielfalt zu nutzen" mit den Worten ein, dass diese Kunst eine tägliche Herausforderung an Psychologen, Psychiater, SozialarbeiterInnen und Supervisoren wie Ärzten sei, der sich alle stellen müssen.

Der amtierende Rektor der Donau-Universität Krems, Univ. Prof. Dr. Heinrich **Kern**, erklärte seine große Freude den Kongress eröffnen zu dürfen. Dank sagte er den Organisatoren, die große Schwierigkeiten überwunden hätten. Für ihn stellt sich die Frage, wieso eine derartige Veranstaltung in Verbindung mit Psychotherapie durchgeführt wird, da es ja eher technischer Zugang sei, Unterschiede zu managen - Managing Differences. Eine Einbindung in diesen, neuen Rahmen der Psychotherapie sei durch dieses Symposium besonders gut geglückt, weil sich das Thema Vielfalt mit der Vielfalt des menschlichen Seins beschäftige. Ein Schlagwort aus dem technischen Alltag erwies sich über viele Jahre auch als ein Streitwort: "Weißkittel gegen Baukittel" - diejenigen, die sich nicht schmutzig machen gegen diejenigen, die die Schmutzarbeit verrichten.

Es sei eine Frage von Hierarchien, denn man könne nicht ohne gewisse Anordnung Menschen führen. Die Kunst die Vielfalt zu nutzen befinde sich auch auf der täglichen Agenda in Form von Mann und Frau - es sei das Selbstverständlichste und wohl auch das Ungewöhnlichste, mit unterschiedlichen Vorstellungen, Gedanken, Ideen und Träumen der Geschlechterpole umzugehen. Gewinner gebe es nur in der Kooperation, nicht im Kampf - das Beispiel der Apartheid in Südafrika untermauerte dieses Thema.

Menschen können gewinnen, wenn Probleme ohne Ressentiment, Vorurteile und trotzdem mit einem kritischen Blick beleuchtet werden. Ein gemeinsames Agieren darf nicht bedeuten wie Lemminge einer Leitfigur hinterher laufen. Konstruktive Kritik benötigen alle um Vorteile für alle zu erkennen und gemeinsam das Mehr umsetzen. Wenn das gelingt, dann sei die Tagung "die Kunst - die Vielfalt zu nutzen" gut umgesetzt. Der Rektor wünschte abschließend ein herzliches Glückauf!

1. Vortrag: Roland Engel, Gründungsmitglied einer Gesellschaft Diversity

Diversity Management - Entstehung und Nutzen

Roland Engel betrachtete die Kunst Unterschiede zu nutzen aus unternehmerischer und betriebswirtschaftlicher Sicht. Diversity Management (DM) hat seiner Auffassung nach a) unterschiedliche Zugänge, ist b) ein Gendermainstream und ist zudem c) von Bedeutung in der Entwicklung von Organisationen. Es gibt eine Landkarte der Unterschiede im Allgemeinen. DM ist eine konstruktiver Umgang mit Unterschiedlichkeiten, Managen bedeutet in diesem Moment gut umgehen mit etwas (nicht zu führen von Unterschiedlichkeiten, nicht der Umgang von Unterschiedlichkeiten). Es ist der Ansatz, das Vielfaltspotential aller Beteiligten und Nutzen daraus ziehen. Es ist seiner Meinung nach ein multidimensionaler Zugang. Einzelne Gruppen einer Organisation (einer Firma) sollten einerseits ihr gesamtes Potential einsetzen und andererseits sollte der Schutz vor Diskriminierung durch Bewusstwerden von Ausschlussmechanismen greifen.

Der Beginn von DM liege in den USA in der Mitte des 19. Jahrhunderts, denn sie besitzen die älteste Verfassung der Neuzeit. 1935 versuchte Mary McLeod Bethune das "Problem der multiplen Zugehörigkeit" (Geschlecht, Hautfarbe, soziale Schicht) zu diskutieren und prägte den Begriff der Intersectionality. Die ersten theoretischen Ansätze stammen dabei aus den 1970-er Jahren: Der *Fairness & Diskriminierung Ansatz* (auch Trainingsansatz) hatte zum Ziel, so schnell wie möglich Diskriminierungen abzubauen und damit Quotenregelungen einzuführen. Dieser Ansatz ist bis heute in den USA und in Europa vorhanden, aber kritischerweise wird angemerkt, dass langfristige Diskriminierungen in Unternehmen zu Anpassungen führen und das Interesse an der Beschäftigung sinkt (Verhaltensanpassung wird wichtiger als Bewusstseinsanpassung).

In den 80-er Jahren entwickelte sich der *Access / Legitimacy Ansatz* als Gegensatz zum Ansatz aus dem 70ern. Darauf folgte der *Learning / Effectivness-Ansatz* mit dem Ziel einer "market based view" mit Fokus auf Interkulturalität und Image-Gewinn, damit rückten Gender-Unterschiedlichkeiten in den Hintergrund. Die Vielfalt müsse auch in Organisationen auf Hierarchie-Ebenen abgebildet werden. Ein Ergebnis von Auseinandersetzungen mit DM ist, dass sie eine höhere Zufriedenheit unter Kunden bringen.

Ein erster Schritt zum Abbau von Dominanzkulturen und um die Vielfalt zu nutzen ist ein Fokus auf Einzeldimensionen. Welche Dynamiken gelten nun für alle Unterschiedlichkeiten - eher ein konstruktivistischer und systemischer Ansatz? Jede Unterschiedlichkeit hat per se ihre Eigenheiten, Schwierigkeiten und Hausforderungen.

Roland Engel präsentierte das vielseitige und am meisten eingesetzte Instrumentarium von DM, eine Landkarte, welche den folgenden Aufbau an Kreisen von innen nach außen gefüllt wird wie folgt: die Persönlichkeit (=Black Box), eine innere Dimension, eine äußere Dimension und viertens

organisationale Strukturen. Menschen und Gruppen sind ethnozentrisch und befangen (engl. bias). Warum steht die Persönlichkeit im Zentrum der Landkarte? Wie kann man Schachteldenken vermeiden und wie handelt eine Persönlichkeit mit Unterschieden? Es ist die *Gemeinschaft von Unterschieden*, denn es zieht den Menschen zu den Unterschiedsdimensionen, die ihm wichtig seien und deren Werte als (seine) Wahrheiten gelten (Koall & Bruchhagen 2002).

Heikle Unterschiede werden nicht oft thematisiert, denn dafür ist die Schaffung eines homogenen Setting Voraussetzung. Das Wissen einer Organisation über Ausschluss- und Integrationsmechanismen ist in diesem Zusammenhang sehr wesentlich, denn wenn ein Mensch Teil einer Leitkultur ist, dass ist er sich der Unterschiede über funktionierende Integrations- und Ausschlusskriterien nicht bewusst. Daher kann es angebracht sein, Leitdifferenzen in einer Kultur einer einzelnen Abteilung zu überprüfen.

Sein Fazit am Ende seines Vortrages lautete, dass Menschen und Gruppen ethnozentristisch und befangen (engl. bias) sind und die Gemeinschaft dennoch vorrangig vor dem Unterschied steht.

2. Vortrag: Prof. Dr. Günther Kienast

Generationskonflikte in Gesundheitseinrichtungen

ZENTAS - Zentrum für Alterswissenschaften

Generationen werden von Generationen von Menschen gebildet. Ein Generationenkonflikt ist das Verhältnis Eltern - Kinder (ein Beispiel ist die Pension-Finanzierungsdebatte). In Organisationen werden Generationskonflikte meist verschleiert, vordergründig stehen dann oft andere Konflikttypologien im Vordergrund. Die Besonderheit von Gesundheitseinrichtungen in Zusammenhang von Generationskonflikten liegt in den folgenden Fakten, dass sich die Leistung auf die Interaktion von Menschen bezieht, dass sich das Arbeitsfeld mit der "Gesundheit" mit Menschen auseinandersetzt, die täglich im ständigen Kontakt mit Leid, Sinn, Hilflosigkeit, Sinnfragen, Siechtum und Sterben sind sowie dass es existentielle Bedrohungen gibt, die zu Klient-Patient unmittelbar zu Konfrontationen und Fremdsein führen können. Das tägliche Erleben klopft ständig an die bewussten, meist verdrängten Ich-Ängste der helfenden Person.

Der Bildungsstand junger Menschen in Gesundheitseinrichtung hat folgende drei Merkmale: soziale Kompetenz, konzentriertes Systemwissen und eine noch nicht vorhandene Betriebsblindheit. Konfliktursachen zwischen Jungen und Alten seien oftmals auch in der Persönlichkeit einer Helfers- oder BeraterInnenperson begründet. Ein geringer Selbstwert, verbunden mit Ängsten und Abwehrmechanismen, gründet sich oft auf Übertragungsphänomenen, aus Trauma(ta) aus verletzenden Beziehungsstrukturen (biographischen Verletzungen), aufgrund einer möglichen Gerontophobie oder aus der eigenen Verdrängung von Sterben und Tod. Die Ursachen für Konflikte in Beziehungen können unterschiedliche Wertvorstellungen, unterschiedliche Bilder zum Verhältnis von Generationen, manchmal auch soziale bzw. zwischenmenschliche Ursachen oder eben ein Unterschied in Sachfragen sein.

Dagegen finden sich mögliche Ursachen in Organisation in Form von fehlenden Leitbildern/Konzepten, in Form von fehlerfeindliche Kommunikationsstrukturen oder gar einer fehlende Thematisierung von Konfliktfreiheit sowie starre Hierarchien. Der Prozess der Integration von Jüngeren und Älteren kann nach folgendem Muster ablaufen: Leugnung - Abwehr - Verniedlichung - Akzeptanz - Adaptierung - Integration.

Präventives Tun in Organisationen, um mehrere Generationen "unter einen Hut" in der Betreuung

und Behandlung zu bekommen, liegt beispielsweise in der Wertarbeit, im Wissensmanagement, im Einstiegsprogramm für Jugendliche in Organisationen wie Firmen, in Mentoring-Programmen sowie in der Supervision als auch in einer systemischen Aufstellungsarbeit. Der geistige Tenor am Schluss, welcher ebenso die gesamte Präsentation bestimmte, blieb auch am Ende erhalten: Älter werden muss thematisiert werden.

3. Vortrag: Prof. Dr. Sabine Scheffler

PatientInnenverhalten von Frau und Mann

Die aktuelle Geschlechterforschung verfolgt laut der Vortragenden drei Schwerpunkte: die Gleichheit (Chancen), die Differenz und die gesellschaftliche Konstruktion und Dekonstruktion von Bildern von Mann und Frau. Die Einrichtungen im Gesundheitsbereich werden vom Geschlecht bestimmt. Vorab setzte sie die These: Geschlechterforschung ist wichtig für den Behandlungserfolg und zitierte Lorbeer, 1994: "Es ist, als ob man mit den Fischen über das Wasser redet, in dem sie schwimmen."

Das folgende Beispiel einer mÄnnerspezifische Suchtklinik in Nordrheinwestfalen (Deutschland) diente als Diskussionsgegenstand und zur Formulierung provokativer Thesen wie jene: Ist mÄnnliche Geschlechterbehandlung wichtig? Ist es wichtig, frauenspezifische Details bei MÄnnern nicht anzuwenden? Es bedarf eines geschlechtsspezifischen SÄttigungsverhaltens und einer analytischen Wissensebene der Darstellung von Geschlecht. Es ist ein krÄnkender Lernprozess. Zudem wurden im Vortrag, resultierend aus den Untersuchungen, von Prof. Dr. Scheffler folgende Fragen wurden aufgeworfen: Wie erfolgt die Begrüßung neuer Patienten? Welche Bekleidungsvorschriften gibt es für Personal und Patienten? Wie wird mit Nacktbildern an der Wand umgegangen? Welche mÄnnliche Rituale gibt es? Wie erfahren mÄnnlichen Patienten ihre BeschÄftigung ihrer MÄnnlichkeit? Diese und Ähnliche Fragen dienten dazu Forschungsfeld abzustecken.

Dennoch sei die eigene Geschichte einer Person als bedingende Variablen für Verhalten und Selbstverständnis (Verhaltenstendenzen) anzusehen: Die Lebenserfahrung/Lebensspanne zwischen MÄnnern und Frauen ist bekannt. In Kindheit und Jugend sind mÄnnliche Jugendliche durch hÄoherer Verletzlichkeit und durch hÄoheres abweichendes Verhalten zu kennzeichnen. Das Gesundheitsbefinden von MÄdchen Ändert sich mit der PubertÄt, sie werden hÄufiger krank - psychosomatisch wie psychologisch. Jungen haben eine externalisierte Symptomatik wie grÄoßere Gewaltbereitschaft und AggressivitÄt, bei Frauen treten eher einer internalisierte Symptomatik wie Ängste und EssstÄrungen auf. Im Erwachsenenalter Ändert sich das Gesundheitsrisiko der MÄnnern verstÄrkt durch Alkohol- und Tabakkonsum, Verkehrs- und ArbeitsunfÄlle sowie durch Lungen- und Leberkrebs und Suizid. Frauen leiden eher an chronischen Krankheiten im psychosomatischen und psychischen Bereich. Im Alter leiden MÄnnern eher an chronischen Erkrankungen, Frauen eher an Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Die Inanspruchnahme von Hilfe ist bei MÄnnern geringer ausgeprÄgt, Frauen klagen eher über diffuse Beschwerden, suchen jedoch eher Rat und Hilfe. Das Gesundheitsmuster beider Geschlechter ist ebenfalls unterschiedlich, MÄnnern haben weniger Beschwerden und suchen erst Hilfe, wenn sie krank und hilflos sind, weil sie Angst vor Gesundheitseinrichtungen haben, wÄhrend Frauen aufgrund ihrer hÄoheren Selbstbeobachtung rascher Ärzte aufsuchen.

Kommen MÄnnern zum Arzt, werden ihre Beschwerden ernster genommen, sie werden in der Praxis schneller behandelt, kommen aber auch mit somatischen schwereren Beschwerden als Frauen. Frauen wird eher ein psychisch bedingtes Leiden unterstellt, es kommt zu Verwechslung

von psychischen und körperlichen Problemen, ebenso werden bei ihnen eher psychologische Krankheiten diagnostiziert.

Männer haben eher wenig Halt in sozialen Netzwerken, Frauen sind besser integriert, sie sind konnotiert als das hilfreiche Geschlecht und geben Unterstützung im Freundeskreis.

Basierend auf diesen Unterschieden wurde der Begriff der "somatischen Kultur" geprägt. Männer sind eher zu charakterisieren durch achtsames Verhalten, betreiben weniger Körperpflege - eine funktionalistische Betrachtung des Körpers steht dahinter - welches durch ein Rollenbild wie Macht, Überlegenheit, Funktion geprägt ist. Bei Frauen kommt eher eine sensible Beachtung des eigenen Körpers zum tragen, Frauen sehen Verbindungen in Gesundheit mit Wohlbefinden, doch ist auch ihr Rollenbild zwiespältig. Sie sind auf Integration hin orientiert, gestalten ihren Alltag sozial in der Familie und in der Bezugsgruppe.

Die Übertragungen auf Beratung und Psychotherapie ergeben stereotypisierende Schlussfolgerungen: Das männliche Gesundheits- und Krankheitsverhalten ist eher externalisiert und gewalttätig gegen sich und andere (Männer, Frauen, Kinder, Ressourcen), sie haben Schwierigkeiten sich auszudrücken. Ihre Bewältigungsstrategie ist gekennzeichnet von Kontrolle.

Frauen suchen aufgrund von internationalisierten Strategien die Schuldzuweisungen eher bei sich. Sie leben ein diffuses Unbehagen, aber Frauen besitzen auch wenig die Überzeugung, dass sie durch ihr eigenes Handeln eine Kontrolle über Selbstwirksamkeit haben. Ihrer Handlungen haben Konsequenzen, dies müssen Frauen in Zukunft erst internalisieren.

Der Lebenswelt-orientierte Ansatz für Frauen als Betroffene im Gesundheitswesen sind in der Regel die Arbeitenden und die Bearbeitenden, die weniger dominanten Rollen inne haben. Die Beratungszeile für Frauen bestehe immer in einer Erweiterung ihres Strategierepertoires zum Handeln (Konkurrenz, Karriere, Kollaps), welches in Empowerment mündet. Frauen können sich andere Verhaltensweisen aneignen und damit den Abbau des Machtgefälles beschleunigen. Sie werden dann Bedürfnisse stärken und durchzusetzen und gelangen auf diese Art und Weise zu mehr Autonomie und zu einem besseren Management von Doppelbelastungen.

Männer gehen - obwohl sie sich fürchten - lieber zu Beraterinnen als zu Beratern und haben es schwerer, ihre Ansprüche nachzuweisen (offene Frage hier: Können Männer überhaupt bedürftig sein?). Männer legen Beratungsresistenz und Gesundheitsferne an den Tag. Für Frauen ist es wichtig, zu Beraterinnen zu gehen, weil dort weniger Konkurrenz herrscht und sie nehmen Arbeitsbeziehungen leichter zu Beraterinnen auf als zu männlichen Beratern, damit erhalten Frauen leichter Unterstützung.

Der moderne Begriff von "somatischer Kultur" entspricht dieser Verknüpfung von Gender, Körperempfindung, Körperausdruck, Gestik, Mimik und Persönlichkeitsausdruck. Heute findet zudem ein Paradigmenwechsel statt, denn Verhalten wird nicht gemacht oder erworben, sondern ist situativ gebunden an die notwendige geschlechtliche Selbstdarstellung. Geschlecht hat man nicht, Geschlecht ist etwas man tut - *doing gender!*

Ein erstes Fazit war, dass wir uns nicht "nichtgeschlechtlich" verhalten können, aber dass das Verhalten von der Gesellschaft und von einer Situation abhängig ist, sowie hochkomplex und nicht ohne einen Persönlichkeitseinfluss einer Person zu betrachten sei. In Beratungs- und Gesundheitseinrichtungen zwingen geschlechtsgeprägte Systematiken zum jeweiligen Handeln. Im Sinne einer Diversity benötigt man eher eine Nivellierung von Geschlecht, das gelte auch für die Wissenschaft und für moralische Systeme.

Geschlecht ist und bleibt nach Meinung der Vortragenden eine soziale Konstruktion - es ermöglicht mehr Vielfalt im Sinne von Diversifikation und erklärte auch das Dreieck zwischen psychosozialer Belastung, Krankheit und Selbstverständnis. Wenn ein Geschlecht als interaktives

situationsgebundenes Konstrukt betrachtet wird, dann kann man Differenzen nutzen, um die Inhalte professioneller Arbeit zu nutzen und ihre Wirksamkeit zu erhöhen.

Prof. Dr. Sabine Scheffler gab den HörerInnen des Symposiums zum Ende den "Augenzwinker-Tipp", sich ein Mal täglich zu fragen, wie man ein anstehendes Problem als Mann und als Frau sähe und wies damit auf die Genderperspektive im Alltag hin.

Vortrag 4: Prof. Dr. Manfred Zaumseil

Kulturelle Missverständnisse in der Arbeit mit KlientInnen/PatientInnen

Prof. Dr. Manfred Zaumseil sprach über kulturelle Missverständnisse und begann seinen Vortrag mit der These, dass kulturwissenschaftliche und kulturelle Psychologie abhängig von Trauer und chronischen Erkrankungen ist. Er leite Forschungsprojekte im Ausland und erlebe vor Ort ausreichend Leid. Dies könne für die Forschung und für die Praktiker nützlich sein! In Deutschland gibt es ein Dilemma in der Sozialberatung in dieser Hinsicht. Die MitarbeiterInnen sind dort überfordert mit dem Klientel der Migranten, diese werden von Angeboten aus Beratungsdiensten meistens nicht erreicht. Damit bestehen Forderungen nach interkultureller Öffnung, so stellt man derzeit muttersprachliche Fachdienste ein, darunter in der Drogenberatung für russischen Migranten.

Es bleibt die Frage offen: Was ist interkultureller Kompetenz? Was ist eine kulturelle Differenz? Wir nähern uns daran durch die Begriff Psychologie und Kultur. Diversity ist nach Meinung des Vortragenden ein "Regenschirm-Begriff". Wie verhält sich Diversity zum Begriff Kultur?

Zum Thema der Kulturelle Missverständnisse (cultural bias) sprach er die komplexen Bereiche des Interkulturellen an. Außerdem gebe es derzeit zwei Stränge - a) eine Medikalisierung im Sinne der Biologie, und dies auch weltweit (auch in der Psychologie) und b) eine Kulturalisierung.

Psychische Krankheit bedeutet in unterschiedlichen Kulturen sehr Unterschiedliches. Kultur an sich ist etwas Besonders, den Merkmale von Kultur kann man nicht abfragen. Die Verschiedenheiten soziale Konstrukte liegen in der persönlicher Eigenart, der Biologie, dem Geschlecht und dem Alter, der sozialen Situation und der Machtverhältnisse sowie der Kultur. Kultur ist nach seiner Definition etwas Komplexes (Polyphones, Vielgestalt), Dynamische (Prozesshaftes) und Hybrides (Durchlässiges).

Die mit der Kultur befasste Psychologie ist demnach einerseits die kulturvergleichende Psychologie und Kulturpsychologie (culture psychology). Hinter Zweiterem steht theoretisch die Kultur interkulturellen Handelns und praktisch die dazugehörige interkulturelle Beratung, Therapie und Supervision. Das Erlernen von Kulturstandards folgt dem Problem des Kulturbegriffs und ist in der Praxis kaum realisierbar, da man schnell in Stereotype verfällt. Besonderheiten der einen kulturellen Orientierung sind auch nur ansatzweise erkennbar und realisierbar. Allgemeine Beratungskompetenz ist demgegenüber eine teilnehmende, wohlwollende, neugierige (nicht abwertende) Wissenssuche, die mit einigen Gefahren einhergeht. Die Interaktionspartner in einer kulturspezifischen Beratung sind von der Sprachvermittlung zwischen KlientInnen und BeraterInnen abhängig.

Interkulturelle Kompetenz ist eine Kompetenz, welche kulturabhängig von den Unterschieden, vom Kulturverständnis, von der Wertgebundenheit, der eigenen kulturellen Besonderheit als auch der allgemeinen Beratungskompetenz ist.

Kulturelle Missverständnisse entstehen, wenn keine Bewusstheit über die eigenen kulturelle Besonderheit bestehen. Selbstreflexive Bemühungen könnten Antworten auf folgende Fragen finden: Wie lernt man nun damit umzugehen? Macht Psychotherapie für den kulturell anderen Sinn oder ist es eher eine Demarkierung des Selbst? Geht es um Selbststimmung versus Autonomie? Welche Beziehungen gibt es zwischen dem Wohlergehen und der moralischen Ordnung? Welche Vorstellungen gibt über Zeit-Körper-Kommunikation? Wie werden Armut und Machtlosigkeit der historischen Erfahrung kulturalisiert?

Abschließend hielt Prof. Dr. Manfred Zaumseil fest, dass Diversity Management im interkulturellen Feld als Kunst zu verstehen ist, die Vielfalt zu nutzen. Unterschiede in der kulturellen Form bringen einen besonderen Gewinn: Es ist eine Chance, den eigenen Ethnozentrismus zu erkennen. Es geht um Konfrontationen mit ganz anderen Arten von Werteverständnis und Formen von Unterschieden. Dadurch werden die Eigenarten der eigenen Kategorien in Frage gestellt. Sie bieten eine Chance, durch Reflexion bewusst zu werden. Dadurch eröffnen sich Entwicklungsmöglichkeiten auf beiden Seiten.

Vortrag 5: Prof. Dr. Anton Leitner

Compliance versuche Informed consent?

Prof. Dr. Anton Leitner begann mit der Frage, ob nicht in dem unverfänglichen *Compliance* Begriff doch eine Keimzelle der Problematik des Gesundheitssystems liege.

Nach Naumann ist Compliance eine Befolgung medizinischer Anweisung als Resultat des Prozesses Compliance betrachtet und weist auf die Autoritätsverhältnisse Arzt und Patient hin. Compliance ist ein Gehorsam des Arztes gegenüber. Die rechtliche wirksame Einwilligung und Einwilligung des Patienten in die Eingriffe aus wirtschaftlicher und juristischer Sicht ein Thema - der Arzthaftung. Es geht also um Gehorsam versus Mitbestimmung. Versus ist dabei nicht gegensätzlich, sondern gegenüber zweier Pole einer Dialektik zu verstehen.

Die Veränderungen der Arzt-Patienten-Verhältnisse findet vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Diskurse statt. Aufgrund knapper werdender Ressourcen hat sich die Arzt-Patienten-Beziehung dramatisch verändert: Der "gute Arzt" ist heute ein Dienstleister. Seine überlegene Position mit seinem hilfreichen Fachwissen und in seiner väterlichen, weisen, gütigen, ehrwürdigen Art ist heute fragwürdig geworden. Ein Merkmal einer Profession ist eine weitgehende Selbststimmung geworden, es ist eine Auswahl und Rekrutierung der Mitglieder der Disziplin, die Formen und Methoden der Verwaltung sowie der Praktiken als auch die Bezahlung. Der klassische Arzt erhält ein Honorar - ein Ehrengeld, dem Menschen verpflichtenden Heilkunst. Der moderne Arzt jedoch hat diesen Status verloren.

Die aktuelle Arztstätigkeit ist eine zwei Klassen-Leistung geworden - erstens ist eine privat-geschäftliche Dienstleistung bei zahlungsfähiger Nachfrage und zweitens eine Leistung im Kontext soziale Systeme. Neue Gesetzmäßigkeit und weitgehende Formbestimmtheit, heute findet eine partizipative Entscheidungsfindung (shared decision making) statt. Der Patient ist ein Kunde einer Dienstleistung, dieses Kundenmodell ist ein Modell, welches auf die Erwartungen von Patienten zurückgeführt wird. Der ärztlich begründete Vorbehalt, der Patient muss das bekommen, was er braucht und nicht jenes, was er zu brauchen glaubt, wird im Leistungsmodell gründlich relativiert. Ärztliche Hingabe rücke dabei in den Hintergrund. Nicht unbedeutend ist der heute gut informiert,

medizinisch gebildete Patient. Aber ist der Patient wirklich informiert, inwieweit hat er Einblicke in komplizierte wissenschaftliche Zusammenhänge und Prozesse von heilenden Beziehungen? Was bewirken veröffentlichte Informationen im Bereich des Wissenschaftskommunikation? Wie werden Bedürfnisse nach Heilung und Führung heute befriedigt?

Die neuen ärztlichen Ausbildungen gründen auf einem modernen anthropologischen Konzept. Der Arzt bringt heute Fachwissen, Technik und intersubjektive Feinspürigkeit mit, doch die Komplexität des Arztwesens ist größer. Doch die Bereitschaft zu helfen ist eine Funktion des persönlichen Nutzens - dies reiche bis tief in die Arzt-Patienten-Beziehung hinein, denn in der professionellen heilenden Beziehung werden auch Bedürfnisse befriedigt. Warum ist man Arzt, Psychotherapeut und ein Angehöriger dieser Berufsgruppe sei, wird in jeder Begebenheit mit dem Patienten aktualisiert. Jeder Kranke ist damit Teil der Identität eines Arztes.

Psychotherapie hat die therapeutische Beziehung als Wirkfaktor der Heilung. Die Inszenierung des "heilenden Setting" steht im Zusammenhang mit Heilen und der suggestiven Kraft dieser Inszenierung. Die klassische Ordination als suggestive Inszenierung hat heute zweifellos eine Neuinszenierung stattgefunden, heute ist der Arzt ein Gesundheitsmanager, ein Gesundheitstechniker und ein Gesundheitsverkäufer.

Wie kann man die Pole des Vortrags nun sinnvoll platzieren? Ein psychotherapeutischer Zugang des A-P-Verhältnisses bringt zwei theoretische Modelle in Anschlag: a) die Vorstellung einer unterstellten Subjektivität und b) die Gedankenfigur von situativ und relational (eine Beziehungsqualität). Damit werden von Anfang an eine Intersubjektivität bestellt als eine Interaktion zwischen Subjekten, eine Ko-Respondez. Etwas ähnliches gibt Michael Balint auf zu lernen: Der Arzt soll dem Patienten zuhören statt einen emotionslose Anamnese-Erhebung durchzuführen, dann das dynamische Wechselspiel erkennen und Befunde nach Konfliktbereichen darstellen. Im Sinne des *informed consence* solle ein Arzt den Patient partnerschaftlichen so informieren, dass der Patient durch Transparenz der qualifizierten Zustimmung am therapeutischen Vorgehen teilhaben und mitgehen kann. Der Wirkfaktor *Verstehen* kann nicht rein formal appliziert werden, sondern ist in der Regel eine therapeutische Kunst. Laut Hippocrates ist Heilkunst in Lebenskunst zu überführen. Von einem solchen Standpunkt aus sind die beiden o.g. Pole auf ein Ziel gerichtet, welches sich in der professionellen, personalen und kompetenten Ausbildung des Arztes und in der Intersubjektivität der Korrespondenz in einer Mehrebenenendimension erleben. Anzustreben sind eine kooperative Partnerschaft zwischen Arzt und Patient, die auf Heilung abzielt.

Vortrag 5: Univ. Prof. Dr. Karl Toifl

Die Kunst, die Mehrdimensionalität in Diagnose und Therapie zu integrieren

Laut Univ. Prof. Dr. Karl Toifl gibt es in der modernen Medizinphilosophie derzeit zwei unterschiedliche Konzepte von *Gesund* und *Krank*: ein reduktionistisches Modell und ein relativistisches Modell. Das derzeit im medizinischen Alltag vorherrschend reduktionistische Modell beruft sich auf zwei zentrale Begriffe: die „biologische Funktion“ und die „statistische Normalität“. Eine Krankheit aus reduktionistischer Sicht ist per definitionem die Abwesenheit von Gesundheit und eine Art innerer krankhafter Zustand, welcher durch eine Beeinträchtigung der normalen funktionellen Fähigkeit oder eine durch Umwelteinflüsse bedingte Begrenzung von funktionellen Fähigkeiten.

„Gesundheit ist ein Zustand völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefinden und nicht nur Abwesenheit von Krankheit und Schwäche“, titelte 1947 World Health Organization (WHO) Definition.

Der naturwissenschaftliche, medizinische Ansatz konzentriert sein Interesse auf reduzierte und lineare Fragestellungen, analysiert an Hand eines Experiments oder einer klinischen

Untersuchung, misst die Ergebnisse und will Vorhersagen treffen. Der Vorteil reduzierender Methoden ist eine reduzierte Informationsmenge, eine reduzierte Fragestellung sowie eine lineare Ursache – Wirkung – Schema von Vorteil. Die Nachteile liegen im Ausschluss von allem, was trotz realer Komplexität und Dynamik in den Bereich des Interesses fällt.

Eine zentrale Aufgabe im medizinischen Alltag ist die Konfrontation mit individuellen Menschen als komplexe und dynamische Ganzheit. Patienten wie Betreuer erleben diese Gegebenheit individuell und subjektiv, denn der Mensch ist ein komplexes, dynamisches System und durch einen eindimensionalen, reduzierenden Absatz nicht zu erfassen, erklärte der Vortragende.

Die Ergebnisse der Komplexitätsforschung legen nun erweiternd einen anderen wissenschaftlichen, diagnostischen und therapeutischen Ansatz nahe. Was charakterisiert komplexe Systeme? Sie haben offene Begrenzungen, dadurch sind sie offen für den Austausch von Energie und Information, zwischen Innen und Außen besteht ein Energie-Ungleichgewicht, da innerhalb der Grenzen ein hoher Bedarf an Energie und Information besteht. Um Aufbau und Aufrechterhaltung von Struktur und Funktion zu gewährleisten, gibt es einen Bedarf an Energie und Information in unterschiedlicher adäquater Quantität und Qualität. Davon wird die Qualität des Systemzustandes bestimmt.

Welchen Bedarf an Information hat demzufolge das menschliche System? Es ist eine genetische Information mit einer Information aus sozialem Umfeld. Es besteht eine sensible Abhängigkeit von den Anfangsbedingungen, der Verlauf der Entwicklung verändert sich bei minimalen Änderungen der Anfangsbedingungen. Aber die Systemparameter wirken nicht linear und nicht proportional aufeinander (Beispiele: Virusinfektion, Selbstmord).

Die Nichtlinearität beim Menschen hat den biologischen, den psychischen und den sozialen Bereich als wesentliche Systemparameter inne, die einer ständigen Rückkopplung unterliegen. Das Ergebnis jeder nicht linearen Interaktion ist Ausgangswert für die nächste Wechselwirkung. Dadurch nimmt alles bisher Geschehene Einfluss auf die gegenwärtige und zukünftige Entwicklung und bestimmt ihren Verlauf mit der Konsequenz: Leben ist Veränderung! Die Konsequenz in der individuellen Entwicklung bedeutet, dass jede bewusste oder unbewusste Entscheidung Konsequenzen für die zukünftige Entwicklung in sich trägt. Trotz Regelmäßigkeit des Ablaufs kommt es zu individuell unterschiedlicher Entwicklung mit offener Zukunft. Eine Fluktuation bedingt jedoch Änderungen - der bisherige Ordnungszustand bleibt bestehen, wenn die Fluktuation rückgedämpft wird; ein neuer Ordnungszustand entsteht, wenn die Fluktuation genügend verstärkt wird oder von Beginn an sehr groß ist.

Fluktuation - Veränderung - Anpassung: Fluktuationen stimulieren die Anpassungsfähigkeit an innere wie äußere Anforderungen. Damit die Anpassung möglichst gut gelingt, benötigt ein System ein möglichst breites Strategieprogramm. Diese Selbstorganisation qualitativer Systemzustände besteht darin, dass durch den Prozess der Selbstorganisation laufend qualitative Systemzustände entstehen, die selbst gleichzeitig einem ständigen Veränderungsprozess unterworfen sind.

Der qualitative Zustand eines Menschen als Ganzheit entsteht ständig neu durch das nicht lineare Zusammenführen der Qualität aus dem körperlichen, den psychischen und dem sozialen Bereich. Es ist eine bio-psycho-soziale Wechselwirkung, diese drei Bereiche entwickeln und verändern sich selbstorganisatorisch über die Zeit. Sie wirken nicht linear aufeinander.

Gesund versus Krank besitzen nun eine Notwendigkeit der Berücksichtigung von nichtlinearen Wechselwirkungen der bio-psycho-sozialen Bereiche (Mehrdimensionalität) und einer sensible Rückkopplung auf die Vorgeschichte einer Person.

Die Definition für den Zustand "krank" lautet demnach: Ein Mensch befindet sich dann mit größerer Wahrscheinlichkeit (nie mit Sicherheit) in Teilbereichen seines Systems oder insgesamt im Bereich von Krank-Sein, wenn die Strategien, die ihm zur Bewältigung von Anforderungen und Problemen in den bio-psycho-sozialen Bereichen zur Verfügung stehen, relativ wenig und starre

beziehungsweise relativ insuffizient sind und im Sinne einer für diesen Menschen möglichst befriedigenden Problemlösung.

Die Definition für den Zustand "gesund" lautet demnach: Ein Mensch befindet sich dann mit größerer Wahrscheinlichkeit (nie mit Sicherheit) in Teilbereichen seines Systems oder insgesamt im Bereich von Gesund-Sein, wenn die Strategien, die ihm zur Bewältigung von Anforderungen und Problemen zur Verfügung stehen, möglichst viele, möglichst flexible und möglichst ziel-führende sind im Sinne einer für diesen Menschen möglichst befriedigenden Problemlösung.

Zwei wesentliche Faktoren dabei sind a) das Strategierepertoire, welches ihm zur Verfügung steht und b) das Ausmaß an Anforderungen, denen sich ein individueller Mensch gegenüber sieht. Je nach Lebenssituation entstehen sehr unterschiedliche Anforderungen an das Strategierepertoire. Immer wiederkehrende Anforderungen (Enzym-Reaktionen, Herzschlag, Atmung etc.) sowie unerwartete Anforderungen (neue Viren, psycho-soziale Herausforderungen etc.) ändern dies jedoch.

Das Modell einer mehrdimensionalen Diagnose - in einem Pilotprojekt und in der Therapie wurde in 13 Jahren klinischer Alltag entwickelt - erprobte diese: Um den Patienten gut ausreichend zu beurteilen, werden alle wesentlichen Informationen aus dem bio-psycho-sozialen Bereichen im Gesamtkontext der individuellen Lebensgeschichte sowie über die transgenerationale Weitergabe bio-psycho-sozialer Muster gesammelt. Es ergab sich ein diagnostisches Mosaik: Jede der drei Sichtweisen bringt den ihr zugänglichen Teil des Erkennens ein, ohne Wertung über mehr oder weniger „wahr“ und ist die Basis für individuelles, mehr-mehrdimensionales therapeutisches Planen und Handeln. Ist das diagnostische Ausleuchten ungenügend, dann ist wahrscheinlich auch das therapeutische Planen und Handeln entsprechend unbefriedigend.

Generelles Ziel mehrdimensionaler Therapie ist das Erreichen eines Systemzustandes, der sich in möglichst vielen Bereichen möglichst weit im Bereich von Gesund-Sein befindet und möglichst lang in diesem Zustand verbleibt. Sie erfordert einiges: multiprofessionale Teamarbeit mit funktionell hierarchischer Verantwortung und Förderung durch übergeordnete Verantwortliche. Außerdem sollte die Teamleitung die Aufgabe glaubwürdig leben und muss die professionelle Qualifikation und Eigenverantwortlichkeit der Mitarbeiter fördern. Es bedarf einer guten Atmosphäre im Team, eine Selbstverständlichkeit sollte die selbstkritischer Reflexion von Fehlern und Erfolgen sein.

Vortrag 6: Univ.-Prof. Dr. Ulrich Schnyder

Therapie gewinnt durch Vielfalt - Evidenz versus Kreativität

Was ist Psychotherapie? fragte Univ.Prof. Dr. Ulrich Schnyder Psychotherapie. Sie ist professionelles Handeln im Rahmen und nach den Regeln des öffentlichen Gesundheitswesens (Broda 2005). Es ist eine wissenschaftlich fundiert Herangehensweise vorhanden (Krankheits-, Heilungs- und Behandlungstheorien). Sie setzt empirisch abgesicherte Verfahren zur zielgerichteten Veränderung von Erleben und Verhalten ein. Voraussetzungen dafür sind eine Diagnostik und Differenzialindikation und wird mit a priori formulierten und a posteriori evaluierten Therapiezieles durchgeführt. Psychotherapie wird von professionellen Psychotherapeuten mit geprüfter Berufsqualifikation durchgeführt, dabei werden ethische Grundsätze und Normen gewahrt.

Ist Psychotherapie wirksam? fragte er anschließend. Ein Vergleich mit medizinischen Therapien Therapiedauer und Therapieerfolg zeigte den Durchschnitt einer Katamnesedauer von drei Jahren

(range 1-14). Es werden demnach manualisierte versus individualisierte Therapie untersucht, darin steht die „Effectiveness“(Wirksamkeit) in der Routinepraxis in Frage.

Wann spricht man von einer abgesicherten Therapie? Was sind empirisch abgesicherte Verfahren („empirically supported therapies“)? Wann kann man von randomisierten Verfahren (RCTs) sprechen? Die Forderungen gehen danach, dass es geeignete Vergleichsgruppen, eine geeignete Stichprobe, eine angemessene Stichprobenbeschreibung, einen Einsatz valider, reliabler Messeinstrumente bedarf. Zudem sollten die Ergebnisse von einer unabhängigen Forschergruppe repliziert werden (vgl. Gold Standard:Randomized Controlled Trials (RCT)Foa et al. 2000; Foa & Meadows 1997).

Klar definierte Zielsymptome und vergleichbare Symptom-Ausprägung vor Beginn der Therapie sind eine gute Ausgangsbasis. Bei Psychotherapie-Studien muss eine Zielgruppe mit einer klaren Störung haben, wir benötigen standardisierte, reliable, valide Assessment-Prozeduren. Hinzugezogen werden "blinden“ Untersuchungen, denn Therapeuten können nicht selbst die Untersuchungen durchführen (Interrater-Reliabilität). Es bedarf eines manualisierten und replizierbaren Therapieprogramms und eine randomisierte Zuteilung zu den Vergleichsgruppen, auch von Therapeuten. Der Therapeut kann da vergleichsweise gar nichts (keine Gruppeneinteilung, keine Kontrollgruppe) bestimmen.

Auch bei dieser Forschung benötigt man eine Kontrollgruppe als Vergleichsbasis, denn gerade Placebo-Effekte können erheblich sein. Weiters liegt der Unterschied zwischen Efficacy versus Effectiveness. Dennoch werden oft evidenz-basierte Verfahren nicht angewendet, da Therapeuten nur ungern mit Manuals arbeiten wollen und nicht "auf Rezept", auch besitzen viele Psychotherapeuten eine unzureichende Ausbildung in empirisch abgesicherten Verfahren.

Der Trend der Zukunft ist die gute Informiertheit von Patient und Kostenträger, die zunehmend den Einsatz evidenzbasierter Verfahren verlangen. Die Evidenz-basierte Medizin EBM macht ausschliesslich Aussagen über so genannte "empirically supported therapies", doch ist sie per definitionem vergangenheitsorientiert. Dissemination evidenzbasierter Therapien in die klinische Praxis ist unbedingt erforderlich.

Wozu neue Psychotherapien? Nicht alle Patienten sind bereit, sich einer empirisch abgesicherten Therapie zu unterziehen. Rund 20 Prozent hoch ist die dropout rates bei empirisch abgesicherten Therapien, 50 Prozent haben auch nach erfolgreicher Behandlung immer noch eine psychiatrische Diagnose und ebenso viele erreichen kein gutes psychosoziales Funktionsniveau. Die Angebote für Patienten, die keinen Zugang zu Psychotherapie haben (z.B. Sprachprobleme, körperliche Behinderungen, Furcht vor Stigmatisierung), sollten erweitert werden.

Auf dem Markt und in der Testung sind derzeit neue Methoden, darunter folgende Ansätze: Mindfulness (Achtsamkeitsansatz) und Acceptance, Well-Being Therapy (Probleme stehen außerhalb der Therapie), Cognitive enhancers (Grenze zwischen Psycho- und Pharmaka-Therapie verschwimmt), Web-based therapies (Internet als Interaktionsplattform zwischen Patient und Therapeut, z.B. Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen) und die Integration wirksamer Ansätze: MAS-PT sind angedacht.

Der Vortragende schloss mit den Worten:

“Take nothing on its looks, take everything on evidence, there’s no better rule.”

(Anmerkung d.A.: "Evidenz ist, ob man sie als „anschauliche Gewissheit“ (Immanuel Kant) oder als „Selbstgegebenheit“ (Edmund Husserl) betrachtet, eine Art Wahrheitskriterium für solche Sätze, die man nicht weiter zurückführen oder hinterfragen kann.", Quelle: Wikipedia).