

Interview mit Ludwig Teusch

Personenzentriertes Krankenhaus

Herr Teusch, Sie vertreten seit mehr als drei Jahrzehnten den Personenzentrierten Ansatz. Wann und wie sind Sie auf den Personenzentrierten Ansatz gestoßen?

Auf den Personenzentrierten Ansatz bin ich 1970 während des Psychologiestudiums in Münster gestoßen. Im klinischen Teil des Studiums stand ich vor der Wahl, den Schwerpunkt Verhaltenstherapie oder Gesprächspsychotherapie zu wählen. Verhaltenstherapie war für mich damals viel zu reduktionistisch, zu wenig verstehend. Psychoanalytisch orientierte Verfahren fand ich zwar auch interessant, sie erschienen mir aber auch reichlich spekulativ und zu wenig an empirischer Kontrolle orientiert. Da war die Gesprächspsychotherapie für mich genau das Richtige, mit der Bereitschaft, dem Patienten empathisch zu begegnen und ihn nicht kritisch als „neurotisches Schlitzohr“ zu hinterfragen und ihn nicht aus therapeutischem Wissen heraus zu lenken oder zu manipulieren. Hinzu kam der empirische Anspruch, das Therapeutenverhalten zu überprüfen. Als Stichwort nenne ich in diesem Zusammenhang nur kurz die Entmythologisierung der Psychotherapie. Die Repräsentanten des Personenzentrierten Ansatzes, Heiko Bommert, Alexa Franke, Stefan Jacobs, die damals in Münster lehrten, waren mit dem Ansatz identifiziert und für mich sehr überzeugend.

Konnten Sie den Personenzentrierten Ansatz unmittelbar in Ihrer beruflichen Tätigkeit als Arzt nutzen?

Ja, selbst identifiziert mit dem Personenzentrierten Ansatz war es für mich selbstverständlich, die therapeutische Haltung und das therapeutische Vorgehen auch in meiner Tätigkeit als Arzt umzusetzen. Das gestaltete sich jedoch schwierig angesichts des medizinischen Menschenbildes und der ausgeprägten Hierarchie im Medizinbetrieb. In psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken muss der Arzt über seinen Pa-

tienten Bescheid wissen, das heißt, er muss ihn explorieren, er muss eine Diagnose stellen, einen Behandlungsplan erstellen und Anordnungen treffen, manchmal auch gegen den Willen der Patienten. Dies steht in diametralem Gegensatz zur personenzentrierten Therapie, in der es um die Förderung der Selbsterforschung, der Autonomie des Betroffenen geht, einem Prozess, bei dem der Therapeut mehr die Funktion eines Katalysators hat.

Dieser Spannungsbogen zwischen personenzentriertem und medizinischem Krankheitsmodell und auch den Rahmenbedingungen des medizinischen Versorgungssystems hat sicher mit dazu beigetragen, störungsbezogene Ansätze zu entwickeln.

Wo haben Sie Unterstützung gefunden in diesem nicht immer einfachen Kontext?

Persönlich wichtig war mir auf diesem Weg der glückliche Umstand, dass ein „eingefleischerter“ Gesprächspsychotherapeut, Jobst Finke, ebenfalls in der Psychiatrischen Universitätsklinik in Essen tätig war, in der ich von 1977 bis 1999 arbeitete und wir uns sowohl fachlich austauschen als auch persönlich unterstützen konnten. Die Zusammenarbeit ließ uns auch verschiedene wissenschaftliche Untersuchungen durchführen. So haben wir u. a. zur Wirksamkeit des Personenzentrierten Ansatzes geforscht und uns darüber hinaus auch in der Ärztlichen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie engagiert.

Noch einmal zum Ansatz selbst: In der Rückschau – worin sehen Sie den besonderen „Nutzen“ des Personenzentrierten Ansatzes für die Arbeit in der Klinik?

Der besondere Nutzen des Personenzentrierten Ansatzes liegt nach wie vor darin, das Subjekt des Betroffenen ganz im Zentrum des therapeutischen Handelns zu sehen, in der Offenheit des The-



Prof. Dr. Ludwig Teusch
l.teusch@evk-castrop-rauxel.de

Chefarzt der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie Evangelisches Krankenhaus Castrop-Rauxel. Therapien begleitende Forschung u. a. Prozess- und Ergebnisstudien bei Gesprächspsychotherapien, 1. Vorsitzender und Lehrtherapeut der Ärztlichen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie

rapeuten für die individuell höchst unterschiedlichen Entwicklungswege.

Wie schaffen Sie es, Ihre jungen Kolleginnen und Kollegen für den Personzentrierten Ansatz zu begeistern? Ist das einfach „gute Tradition“ oder gibt es dazu „Konzepte“, spezielle Fortbildungen etc.?

Wir, d. h. Jobst Finke und mehrere jüngere Gesprächspsychotherapeuten, haben in den zurückliegenden 25 Jahren mehrere hundert Ärzte in Gesprächspsychotherapie weitergebildet. Das war zum einen dadurch erleichtert, dass wir in Kliniken arbeiteten und für die Weiterbildung von Mitarbeitern verantwortlich waren, zum anderen aber auch, dass wir ausgesprochen praxisnahe Weiterbildungskonzepte entwickelt haben, bei denen die Begegnung mit den Patienten und auch die Schwierigkeiten in der Arzt-Patienten-Beziehung ganz im Vordergrund standen und bei denen in der Ausbildung praktische Übungen, insbesondere auch videogestützte Rollenspiele, eine unmittelbare Hilfe gaben, die Arbeit mit den Patienten zu intensivieren und zu verbessern.

Nun kommt ja meines Wissens Ihre personzentrierte Haltung nicht nur den Patienten zugute, vielmehr beeinflusst der Personzentrierte Ansatz auch das Arbeitsklima im Ev. Krankenhaus Castrop-Rauxel, das Klima zwischen Schwestern, Pflegern, Pflegedienstleitern, Ärzten. Wie konnten Sie den Ansatz da integrieren? Ist das ein sehr bewusstes Vorgehen oder ergibt es sich eher nebenher durch Ihre Art des Umgangs, Ihre Art des Führens?

Für die Arbeit in der Klinik – ich bin ja jetzt im 12. Jahr Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Evangelischen Krankenhaus in Castrop-Rauxel – spielt natürlich nicht nur die Gesprächspsychotherapie im engeren Sinne eine Rolle, sondern auch die Gestaltung des Klimas, also die Gestaltung der Beziehung zu den Mitarbeitern. Insbesondere Aspekte der Wertschätzung sind meines Erachtens von fundamentaler Bedeutung, so dass die therapeutischen Mitarbeiter nicht „Anordnungen“ ausführen, sondern dass sie ihre Überlegungen und ihre Emoti-

onalität in den Behandlungsprozess mit einbringen. Natürlich muss eine Abstimmung unter einander erfolgen in Teambesprechungen, auch eine Kontrolle durch die Supervision, und es geht darum, eine gemeinsame Linie zu finden. Nach meiner Erfahrung war es nur in seltenen Ausnahmefällen erforderlich, Entscheidungen auch gegen die Vorbehalte von therapeutischen Mitarbeitern zu treffen und das trotz des ökonomischen Drucks, unter dem ich als Chefarzt natürlich stehe, z. B. Behandlungszeiten kurz zu halten.

Gab und gibt es spezielle personzentrierte Fortbildungsangebote, an denen alle Klinikmitarbeiter teilnehmen können?

Da fallen mir an erster Stelle unsere Castrop-Rauxeler Gesprächspsychotherapie-Symposien ein. Wir konnten sie unter meiner Leitung bislang elf Mal durchführen. Gerade vor Kurzem, Ende Mai, fand das letzte Symposium zum Thema „Aufbruch und Umbruch – Veränderungsprozesse in der Psychotherapie“ statt. In diesen Symposien sind namhafte Experten des Personzentrierten Ansatzes vertreten und stellen Besonderheiten und Weiterentwicklungen vor. Hier gibt es auch zahlreiche themenzentrierte Workshops, an denen, soweit der Klinikalltag das erlaubt, prinzipiell alle Klinik-Mitarbeiter teilnehmen können. Ich hoffe sehr, dass diese Tradition aufrecht erhalten werden wird.

Herr Teusch, Sie werden jetzt in den Ruhestand gehen. Wie wird der Personzentrierte Ansatz jetzt weitergepflegt?

Ich gehe davon aus, dass der Personzentrierte Ansatz sicher auch über die Symposien hinaus weiter gepflegt wird, wenn ich in diesem Jahr in den Ruhestand trete und mich auf eine kleine psychotherapeutische Ambulanz und auf Weiterbildung zurückziehe. Ich bin überzeugt davon, dass viele meiner Kolleginnen und Kollegen, die hinter dem Personzentrierten Ansatz stehen, ihn in der Klinik lebendig halten und in ihrer täglichen Arbeit nutzen und weiterentwickeln werden. Für mich war der Personzentrierte Ansatz eine wesentliche Stütze sowohl in meiner psychothera-

peutischen Arbeit als auch in den Führungsfunktionen, die mich als Chefarzt täglich fordern. Ich würde mich freuen, wenn er in vielen Kliniken den Arbeitsalltag bestimmen würde.

Vielen Dank für das Gespräch – und viel Freude im (Un)-Ruhezustand!

Ursula Reinsch