

Jobst Finke und Ludwig Teusch

Schwierigkeiten und Chancen in der Person-zentrierten Weiterbildung von Ärzten

Zusammenfassung: Die GPT (Gesprächspsychotherapie) mit ihren Positionen der Nichtdirektivität, der Klientenzentriertheit und der Prozessoffenheit stellt für das ärztliche Denken etwas sehr Ungewohntes, fast Provozierendes dar. Dieses Denken wurde im Laufe einer durch Studium und erste Berufsjahre bestimmten Sozialisation geprägt und beinhaltet neben bestimmten kognitiven auch emotionale und aktionale Einstellungen, die manchen Positionen der GPT entgegenstehen. Für die Situation einer Ausbildung von Ärzten bedeutet dies eine Herausforderung sowohl für die Auszubildenden wie die Ausbilder. Bei den offiziell anerkannten Weiterbildungsgängen für die ärztliche Psychotherapie spielt die GPT zwar formal nur eine Nebenrolle, doch beeinflusst sie faktisch oft sehr die psychotherapeutische Einstellung von Medizinerinnen. Von bestimmten Positionen der GPT und der von den Autoren durchgeführten Weiterbildungspraxis profitieren Ärzte in starkem Maße, jedoch ergeben sich aus manchen Positionen auch Schwierigkeiten für die überdauernde Identifikation mit diesem Verfahren.

Schlüsselwörter: Psychotherapie-Weiterbildung von Ärzten, die Therapietheorie der GPT und ärztliches Denken, der Stellenwert der GPT in der ärztlichen Psychotherapie

Résumé : Difficultés et potentialité de la formation continue centrée sur la personne pour les médecins. La psychothérapie centrée sur la personne avec ses positions de non-directivité, de centralisation sur la personne et d'ouverture pour le processus représente quelque chose de très inaccoutumée, presque de provocant. Cette façon de penser repose sur une socialisation définie par les études universitaires et par les premières années professionnelles. En plus des attitudes cognitives, elle inclut également des attitudes sur le plan des émotions et des actions qui ne sont pas en accord avec certaines positions de la psychothérapie centrée sur la personne. En ce qui concerne la formation des médecins, cela signifie un défi tant pour les participants que pour les formateurs. Dans les cours, dispensés aux médecins, de formation psychothérapeutique officiellement reconnus, la psychothérapie centrée sur la personne effectivement n'occupe qu'une place secondaire. Cependant elle influence tout de même l'attitude des médecins dans la psychothérapie. Certains bénéficient considérablement de certaines positions de la psychothérapie centrée sur la personne et de la formation relative, telle qu'elle est offerte par les auteurs de cet article. Pourtant, de certaines positions résultent des difficultés à s'identifier plus profondément avec cette approche.

Mots-clés : Formation continue de psychothérapie pour médecins, théorie du processus thérapeutique centrée sur la personne et la façon de penser des médecins, relevance de la psychothérapie centrée sur la personne dans la psychothérapie médicale

Abstract: Difficulties and chances in training physicians in Client-centered Therapy. We report on our experience in teaching physicians in Client-centered Therapy (CCT). Non-directiveness and empathic and non-invasive attitude are the typical characteristics of the CCT which challenge the attitudes of physicians. At the beginning of a workshop in CCT it is difficult for physicians to incorporate an attitude of listening and empathic understanding towards the client. But after overcoming some first difficulties they get a great profit from this education in CCT, which helps them to change the therapeutic attitude towards the client in many situations. This method has not been yet acknowledged by German health insurance institutions, therefore there are still only a few physicians which continue to identify themselves with CCT after finishing education.

Key-words: Education of physicians in psychotherapy, the core-features of Client-centered-Therapy and the attitude of physicians, the position of CCT in medical psychotherapy in Germany

Einleitung

In Deutschland erfolgt die von den Ärztekammern anerkannte psychotherapeutische Qualifikation der Ärzte im Rahmen der Facharztweiterbildung¹ (Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) und im Rahmen des Erwerbs des so genannten Zusatztitels Psychotherapie. Die GPT (Gesprächspsychotherapie) ist im Rahmen dieser Weiterbildungsgänge bisher nur als so genanntes Zweitverfahren (neben dem gewählten Hauptverfahren müssen „Kenntnisse und Erfahrungen“ in einem zusätzlichen Psychotherapieverfahren nachgewiesen werden) vorgesehen. Wir berichten über unsere Erfahrungen in der Vermittlung von GPT im Rahmen dieser ärztlichen Weiterbildungsgänge. Die GPT stellt aufgrund verschiedener Charakteristika eine Herausforderung für das ärztliche Denken und die ärztliche Haltung dar. Hier zeigen die Schwierigkeiten aber auch die besonderen Chancen auf, die sich für Ärzte in einer gesprächspsychotherapeutischen Weiterbildung ergeben.

1. Die Schwierigkeit von Ärzten in der person-zentrierten Weiterbildung

Die ersten Vertreter der modernen Psychotherapie, nämlich der Psychoanalyse, waren, historisch bedingt, fast ausschließlich Ärzte. Aber von Ärzten, namentlich von Psychiatern, wurden auch schon früh Vorbehalte gegen diese Form von Psychotherapie, vor allem hinsichtlich des Wissenschaftsverständnisses ihrer Theoriebildungen, angemeldet (Jaspers 1913/1959). Ein wesentlicher Kritikpunkt war schon damals das später von Habermas (1968, 300) so genannte „szientistische Selbstmissverständnis“ der Psychoanalyse, nämlich ihr Verständnis als einer quasi medizinischen Disziplin, die im Sinne naturwissenschaftlicher Gesetzeswissenschaft Aussagen über die Person und ihre Störungen zu machen können glaubt. Erst in den 60er- und 70er-Jahren begann hier unter dem Einfluss von Philosophen wie Habermas (1968), Lorenzer (1970) und Ricoeur (1965/1974) eine methodologische Besinnung und Revision. Nachdrückliche Hinweise, wie etwa die, dass die Psychoanalyse eine hermeneutische und keine Beobachtungswissenschaft sei, „weil hier nicht beobachtet, sondern interpretiert wird“ (Ricoeur 1965/1974, 374) und dass die psychoanalytische Neurosenlehre lediglich als eine „Erzählfolie“ zu gelten habe, deren Aufgabe es sei, die Erzählung des Patienten zu strukturieren (Habermas 1968,

321 ff), führten dann bei den Psychoanalytikern selbst zunehmend dazu, die eigene Disziplin als eine hermeneutische zu sehen und insofern vom medizinisch geprägten Methodenideal zögernd Abstand zu nehmen.

Zu dieser Zeit fanden in Deutschland zwei andere, und zwar zunächst fast ausschließlich von Psychologen vertretene Psychotherapieverfahren starke Verbreitung, die Personzentrierte Therapie und die Verhaltenstherapie. Um zunächst von letzterer zu reden, so mochte es damals für Außenstehende merkwürdig erscheinen, dass die Psychoanalytiker meist Mediziner, die Verhaltenstherapeuten meist Psychologen waren, entsprach doch eigentlich die Verhaltenstherapie mit ihrer lerntheoretischen Fundierung dem naturwissenschaftlich-experimentellen Ansatz und mit ihrer Ausarbeitung spezifischer Behandlungstechniken der pragmatisch-handwerklichen Ausrichtung von Medizinern. Allerdings begann sich schon in den 80er Jahren zu zeigen, dass die o. g. berufsspezifische Aufteilung rein historische Gründe hatte. Die Mediziner „okkupierten“ zunehmend die Verhaltenstherapie, heute wird in den meisten psychiatrischen Lehrbüchern fast ausschließlich die Verhaltenstherapie als Psychotherapieverfahren ausführlicher gewürdigt. Das wirft die Frage der Haltung von Medizinern gegenüber dem anderen o. g. Verfahren, der person-zentrierten Therapie, auf, ist diese doch gegenüber einem kausal-analytischen Denken, etwa hinsichtlich der Erklärung des Verhaltens der Person und ihrer Störungen, recht zurückhaltend und verzichtete sie zunächst auch auf eine spezielle Störungslehre sowie auf eine explizite Beschreibung von Behandlungstechniken.

In diesem Zusammenhang soll gefragt werden, welche Sozialisierungsbedingungen und -inhalte es im Einzelnen sind, die Ärzten den Zugang zu den personzentrierten Grundpositionen erschweren. Durch das Studium und mehr noch die ärztliche Tätigkeit schon unmittelbar nach dem Studium werden charakteristische Einstellungen gefördert, so u. a.

Diagnose-orientierter Interventionismus

Schon im Studium wird der Mediziner darauf geprägt, durch geschicktes Befragen des Patienten und durch zielführendes Auswerten von klinischen, laborchemischen und elektrophysiologischen Befunden möglichst schnell eine umfassende Diagnose zu erstellen und aus dieser ein wirksames Behandlungskonzept abzuleiten. Diese Fixierung auf das Erfassen eines ursächlichen Zusammenhanges der unterschiedlichen Krankheitszeichen macht es Medizinern in GPT-Kursen zunächst schwer, die Haltung eines scheinbar absichtslosen Hinhörens und eines scheinbar ziellosen Zentrierens auf das innere Erleben des Patienten zu verwirklichen. Besonders zu Beginn eines Kurses geraten sie, z. B. in Rollenspielen, immer wieder in die Versuchung, in ein Explorieren von Symptomen und äußeren Lebensereignissen zu verfallen. Fast reflexartig intervenieren sie dann im Sinne des Bestrebens, einen kausalen Zusammenhang von

1 Der Unterschied zwischen Aus-, Weiter- und Fortbildung ist im Arbeitsrecht geregelt. Ausbildung findet statt vor Erlangen der beruflichen Qualifikation, bei den Ärzten ist dies die Approbation. Weiterbildung führt zur definierten Zusatzqualifikation, hier dem Facharztstitel oder dem so genannten Zusatztitel, danach findet die Fortbildung statt, die die ständige Angleichung an neue Wissensstandards gewährleisten soll.

Beschwerden mit diesen Ereignissen oder Einflüssen herauszuarbeiten. Sie sind dabei angestrengt darum bemüht, eine „Ordnung“ in der Erzählung des Patienten zu erfassen, wobei die zugrundeliegende Ordnungsvorstellung nicht an hermeneutischen, sondern an kausal-genetischen Kriterien orientiert ist.

Die Rollenimplikationen medizinischen Expertentums

Die Eigenart des Gegenstandes medizinischen Expertentums, der Körper des Patienten, macht es, dass der Mediziner hinsichtlich eines wichtigen Aspektes über den Patienten immer mehr weiß als dieser selbst. Er verfügt hier über ein Wissen, das den Patienten selbst so gar nicht unmittelbar zugänglich ist. Aus dieser selbstverständlich gewordenen Haltung dessen, der immer zu wissen hat, was „mit dem Patienten los ist“, was ihm „fehlt“ und was „gut für ihn“ ist, erwächst eine kustodiale Haltung, aber auch ein starker Druck, handelnd einzugreifen, z. B. durch Ratschläge und Interventionen, die unmittelbar eine Änderung herbeiführen sollen. Diese ausgeprägt therapeuten-zentrierte Einstellung des Arztes erschwert ihm natürlich das Einnehmen einer klientenzentrierten Haltung, erschwert ihm ein Sich-Zurücknehmen auf eine Position des reinen Alter-Egos des Patienten, wie es gerade für die Personzentrierte Psychotherapie typisch ist.

„Herr über Leben und Tod“

Das Handeln des Arztes, auch das Unterlassen von Handlungen, entscheidet nicht selten sehr unmittelbar über Leben und Tod des Patienten. Dieser Umstand, dass viele Entscheidungen des Arztes sich im Kontext einer vitalen Gefährdung des Patienten vollziehen, setzt den Arzt auch unter einen besonderen Verantwortungsdruck. Dieser macht es ihm schwer, eine oft sinnvolle Gelassenheit an den Tag zu legen und immer ein gutes Maß an Vertrauen in die Selbstheilungskräfte des Patienten, fernab jeder besserwisserischen Ungeduld, zu haben. Aufgrund des Entscheidungsdrucks, immer das Richtige zu tun, ist es schwer für ihn, nicht „dem Wunsch zu verfallen, herbeizustürzen und die Dinge in Ordnung zu bringen“ (Rogers 1961 a, 37).

Anforderungsdruck, Angst und Unsicherheit durch Abwehr zu bewältigen

Der junge Arzt, der seinen ersten Nachtdienst macht, ist nicht selten mit einer Verantwortung konfrontiert, die seine praktische Erfahrung noch gar nicht entspricht. Er wird zu einem schwerverletzten Patienten gerufen, die Augen der erfahrenen Krankenschwestern oder des Pflegers sind prüfend auf ihn gerichtet, wie er sich jetzt wohl entscheidet, wie er die Notoperation durchführt (er operiert in dieser Nacht zum ersten Mal allein). Vorher hat er noch einige Fragen an die Angehörigen und muss diese beruhigen.

Natürlich hat er jetzt Angst und muss ein Gefühl panischer Unsicherheit niederhalten. Denn gerade jetzt darf er diese Angst nicht zeigen, muss er vielmehr Souveränität ausstrahlen. – Dieser kurze anekdotische Hinweis soll nachvollziehbar machen, dass und warum sich Ärzte z. B. in Selbsterfahrungsgruppen und auch in der Supervision zumindest anfangs schwer damit tun, Ängste, Zweifel oder gar Ratlosigkeit einzugestehen und nicht selten dazu neigen, auch den Patienten gegenüber, mit denen sie ja auch in der Psychiatrie meist noch vor jeder Psychotherapieausbildung zu tun haben, eine fassadenhafte Untangierbarkeit zeigen.

Für nicht wenige Ärzte in einer GPT-Weiterbildung ist es jedoch oft eine regelrechte Entdeckung zu erfahren (z. B. in der Rolle als Patient im Rollenspiel), wie sehr scheinbar absichtsloses, gefühlverbalisierendes Vorgehen die eigene Selbstexploration vertieft und zu wichtigen Einsichten führt. Für uns war es dabei nicht selten eine interessante Beobachtung, dass anfangs emotional steif wirkende Kollegen bereits nach einem 50-stündigen GPT-Kurs gelöster und weniger fassadenhaft waren. Bevor wir hier jedoch näher über unsere Erfahrungen in der person-zentrierten Weiterbildung von Ärzten berichten, sollen zunächst die formalen Rahmenbedingungen geschildert werden, innerhalb derer sich diese Weiterbildung vollzieht.

2. Ärztliche Weiterbildung Psychotherapie

Berufsrechtliche Vorgaben

Die Fort- und Weiterbildung der Ärzte liegt in Deutschland ganz in der Zuständigkeit der Bundes- und vor allem der Landesärztekammern. Neuerdings, d. h. seit Einführung des so genannten Psychotherapeutengesetzes, gilt entsprechendes für die Psychologen, hier sind die inzwischen eingerichteten Psychologenkammern zuständig.

Bis einschließlich 1995 waren von den Ärztekammern anerkannte psychotherapeutische Qualifikationen nur über die Form des so genannten Zusatztitels zu erlangen (Zusatztitel „Psychotherapie“ und Zusatztitel „Psychoanalyse“; hier soll nur von Ersterem die Rede sein). Der Zusatztitel „Psychotherapie“ konnte in einer so genannten berufsbegleitenden und in einer so genannten klinischen Form erworben werden, wobei die letztere Form eine 1,5-jährige Tätigkeit in einer psychotherapeutischen Klinik bzw. in einer psychotherapeutischen Abteilung einer Klinik vorsah. Dieser letztgenannte Weiterbildungsgang ist 1996 mit einer Einführung der zwei Gebietsbezeichnungen (Facharzttitel) „Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie“ sowie „Facharzt für psychotherapeutische Medizin“ (kürzlich wiederum unbenannt in „Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie“) aufgehoben worden bzw. darin aufgegangen. In diesen Weiterbildungsgängen ist neben dem Erlernen eines so genannten Hauptverfahrens (Psychoanalyse/Tiefenpsychologie oder

Verhaltenstherapie) die Unterrichtung in einem weiteren Psychotherapieverfahren, dem so genannten Zweitverfahren, vorgesehen. Für den berufsbegleitend zu erwerbenden Zusatztitel „Psychotherapie“² und für den „Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie“ ist als ein solches Zweitverfahren auch die GPT anerkannt. Deshalb soll im Folgenden von der Vermittlung des personenzentrierten Ansatzes innerhalb dieser beiden Weiterbildungsgänge die Rede sei. Beim Erwerb des Facharztes für psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist als Zweitverfahren nur das jeweils andere Hauptverfahren vorgesehen. In diesem Zusammenhang sei aber auch darauf hingewiesen, dass mit der Anerkennung der GPT als wissenschaftliches „Hauptverfahren“ durch den wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer (Finke 2003) die Voraussetzungen geschaffen sind, in der ärztlichen Weiterbildung auch die GPT als ein Hauptverfahren zu etablieren. Ein entsprechender Antrag seitens der ÄGG ist sowohl gegenüber der Bundesärztekammer wie gegenüber sämtlichen Landesärztekammern gestellt worden.

Bisher aber muss sich, wie gesagt, die GPT in der ärztlichen Weiterbildung auf die Rolle eines Zweitverfahrens beschränken. Dabei ist in beiden Weiterbildungsgängen, also „Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie“ sowie der Zusatztitel „Psychotherapie“ auch der vorgesehene Weiterbildungsumfang recht beschränkt, dies gilt besonders für den letztgenannten Weiterbildungsgang. Im folgenden sind die einzelnen Bausteine mit jeweiliger Stundenzahl aufgeführt, dabei ist für den „Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie“ hier nur der psychotherapeutische (nicht der psychiatrische) Anteil dieses Weiterbildungsganges genannt.

	Zusatztitel „Psychotherapie“	„Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie“
Theorie	140 Stunden	100 Stunden
Selbsterfahrungsgruppe	140 Stunden	140 Stunden
Balintgruppe	70 Stunden	70 Stunden
Autogenes Training	32 Stunden	32 Stunden
Kontrolltherapie mit Supervision nach jeder 4. Sitzung	150 Stunden	120 Stunden
Zweitverfahren (GPT)	50 Stunden	100 Stunden

In diesem Zusammenhang soll auch noch darauf hingewiesen werden, dass es für Ärzte in Deutschland noch eine weitere Möglichkeit der psychotherapeutischen Qualifikation gibt, nämlich in Form der so genannten psychosomatischen Grundversorgung. Dieser Titel wird allerdings nicht von den Ärztekammern verliehen, sondern von der Kassenärztlichen Vereinigung. Hier soll unterhalb der Schwelle von Psychotherapie im engeren Sinne (d. h. der kassenrechtlich so genannten Richtlinientherapie) dem Allgemeinarzt, dem Internisten,

dem Gynäkologen ermöglicht werden, in Gesprächen von jeweils wenigstens 20 Minuten Dauer leichtere Fälle somatoformer aber auch psychisch-neurotischer Störungen zu behandeln. Die entsprechende Qualifikation ist zu erwerben in einem 90-stündigen Ausbildungsgang, bestehend aus drei Elementen: Theorie, Patienten-zentrierte Selbsterfahrung (Balintgruppe) und Technik der Gesprächsführung. Hinsichtlich dieses letztgenannten Elementes wird die GPT als eine Methode der Wahl im Kommentar der kassenärztlichen Psychotherapierichtlinien (Faber und Haarstrick 1991) ausdrücklich genannt. Wir haben im Rahmen des u. g. Weiterbildungsinstitutes auch in diesem Zusammenhang Gesprächspsychotherapie vermittelt.

3. Unsere Erfahrungen in der Weiterbildung von Ärzten

Es gab bisher nur wenige Zentren in Deutschland, in denen Ärzte in einer von den Ärztekammern anerkannten Form eine gesprächspsychotherapeutische Weiterbildung erhalten konnten, so in Berlin, Erlangen, Leipzig, Regensburg und Essen. Hier berichten wir über unsere Essener Erfahrungen.

In Essen führen wir die Weiterbildung von Ärzten in GPT auf dem Hintergrund von zwei verschiedenen Institutionen durch. Die eine Basis sind die Essener Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie und neuerdings auch (als Klinikverbund) das Ev. Krankenhaus Castrop-Rauxel, auf der die GPT im Rahmen der o. g. Facharztweiterbildung vermittelt wird. Die andere Basis ist ein tiefenpsychologisches Weiterbildungsinstitut (Ärztliche Arbeitsgemeinschaft Rhein/Ruhr), über das die berufsbegleitende Qualifikation für den Zusatztitel Psychotherapie vermittelt wird. Wir haben in über 20 Jahren ca. 250 Ärzte im Rahmen der beiden genannten Weiterbildungsgänge in GPT ausgebildet (Gastpar 1996).

Inhalte der GPT-Kurse

Wir vertreten ein sehr handlungsbezogenes, gesprächstechnische Fertigkeiten „trainierendes“ Unterrichtskonzept (Finke 1996). Unsere Kurse enthalten schwerpunktmäßig drei inhaltliche Elemente, Theorie, Verbalisierungsübungen und Rollenspiele mit Video- bzw. Tonbandanalysen. In der eher knapp gehaltenen Theorievermittlung beziehen wir uns vor allem auf die Therapietheorie und versuchen hier zu zeigen, wie aus den drei so genannten Basismerkmalen, die ja Einstellungsmerkmale darstellen, differenzielle Handlungskonzepte abzuleiten sind. Es ist dabei unsere Absicht, die gesprächspsychotherapeutische Praxis als ein komplexes System unterschiedlicher Interventionskategorien darzustellen, mit dem Anforderungen entsprochen werden kann, wie sie sich aus verschiedenen Klientenmerkmalen und Therapiesituationen ergeben.

² Das Erlangen dieses Zusatztitels ist offen für Nervenfachärzte, Allgemeinärzte, Internisten, Gynäkologen und Hautärzte.

In den Verbalisierungsübungen gilt es, zu Klientenaussagen angemessene Interventionen schriftlich zu formulieren, dabei sollen die Weiterbildungsteilnehmer dafür sensibilisiert werden, auf unterschiedliche Aspekte und mögliche Akzentsetzungen innerhalb einer Patientenaussage zu achten und die jeweils angemessene Interventionskategorie zu finden. Im Rollenspiel zeigt sich dann allerdings erst oft, wie schwer es Anfängern fällt, das in Verbalisierungsübungen schon vermittelte Wissen in komplexen Handlungssituationen umzusetzen. In den Analysen der Video- bzw. Tonbandaufzeichnungen dieser Rollenspiele wird sowohl an umfassenden Einheiten (Klima der therapeutischen Situation, Beziehungsangebot des Therapeuten wie des Patienten usw.) wie an den Einzelinterventionen (z. B. durch Aufzeigen verschiedener Interventionsalternativen und deren jeweilige situationspezifische Angemessenheit) gearbeitet. Dabei werden, zumindest ansatzweise, auch störungsspezifische Aspekte erörtert.

1. Woche – Kursus Gesprächspsychotherapie: Block I

Uhrzeit	1. Tag	2. Tag	3. Tag	4. Tag
14.00 Uhr– 19.00 Uhr	Persönlichkeitstheorie und Therapietheorie der GPT	Carl Rogers im Gespräch mit Gloria: Video-Präsentation und Diskussion	Störungsbezogene Gesprächspsychotherapie bei Angststörungen	Störungsbezogene Gesprächspsychotherapie bei schizophrenen Störungen
	Theorie und Praxis des einführenden Verstehens mit Rollenspiel	Rollenspiel in Kleingruppen mit Besprechung Bandaufzeichnungen	Rollenspiel in Kleingruppen	Rollenspiel in Kleingruppen
-	Microcounseling“ anhand von Textvorlagen	Rollenspiel in Kleingruppen mit Besprechung Bandaufzeichnungen	Besprechung der Bandaufzeichnungen mit „Microcounseling“	Besprechung der Bandaufzeichnungen mit „Microcounseling“
				Abschlussbesprechung bis 19.45 Uhr

2. Woche – Kursus Gesprächspsychotherapie: Block II

Uhrzeit	1. Tag	2. Tag	3. Tag	4. Tag
14.00 Uhr– 19.00 Uhr	Theorie und Praxis des einführenden Verstehens	Theorie und Praxis des Beziehungsklärens	Störungenbezogene GPT bei Depression	Fallvorstellung mit Besprechung
	Rollenspiel in kleinen Gruppen	Rollenspiel in kleinen Gruppen	Rollenspiel in kleinen Gruppen	Rollenspiel in kleinen Gruppen
	Diskussion der Bandaufzeichnungen mit „Microcounseling“	Diskussion der Bandaufzeichnungen mit „Microcounseling“	Diskussion der Bandaufzeichnungen mit „Microcounseling“	Empirische Forschung in der GPT
				Abschlussbesprechung bis 19.45 Uhr

Abb. 1: Kursprogramm der GPT – Basisausbildung

Stichpunktartig lassen sich unsere Erfahrungen wie folgt zusammenfassen:

Problematische Wirkung des gemeinsamen Arbeitsplatzes

In Kursen, die ausschließlich von ärztlichen Mitarbeitern unserer Klinik belegt waren, wie wir sie vor allem in früheren Jahren durchführten, zeigten sich oft die eingangs genannten Schwierigkeiten in potenziert Form. In der offensichtlichen Absicht, sich vor Kollegen am gleichen Arbeitsplatz nicht „blamieren“ zu wollen, zeigten viele Teilnehmer ein überkontrolliertes, fassadenhaftes Verhalten. Manche gaben sich extrem zurückhaltend, andere versuchten ihre Ängste, die offensichtlich besonders durch die Rollenspiele induziert wurden, durch ständiges kritisches Hinterfragen der einzelnen Implikationen des Person-zentrierten Ansatzes oder durch die Auswahl sehr gekünstelt wirkender Rollenspiel-Situationen zu

bewältigen. Dies zeigt die Grenzen und Problemseiten einer vorwiegend klinikinternen Weiterbildung auf (Teusch und Zech 1996). Obschon dieses Abwehrverhalten keinesfalls in allen Kursen mit Ärzten aus der gleichen Klinik auftrat, erwies sich jedoch die Hinzunahme von externen Teilnehmern als günstig. Viele Externe kamen aus dem genannten Institut, bei dem sie die Qualifikation für den Zusatztitel Psychotherapie erwerben wollten. Sie verhielten sich meist, obwohl eben auch Ärzte, sehr viel offener, gefühlssponter und selbstexplorativer, da sie sich vermutlich viel weniger durch Konkurrenzdruck belastet fühlten. Wir haben deshalb in der Folgezeit immer darauf geachtet, eine in diesem Sinne gemischte Gruppe zu erreichen. Wir konnten dann nicht selten auch beobachten, dass anfangs recht gehemmte und emotional eher steife Kollegen im Laufe der Veranstaltung in ihrem Ausdrucksverhalten viel gefühlssponter und kongruenter wurden.

Verbesserung der eigenen Gesprächsführung

Immer wieder berichteten am Ende des Kurses die Teilnehmer fast begeistert über die Entdeckung, wie sehr weiterführend ein scheinbar unstrukturiertes Sich-Einlassen auf die „innere Welt“ des Patienten sein kann. Dies war oft mit dem Eindruck verbunden, nun erst die entscheidenden Impulse für eine konstruktive Gesprächsführung gewonnen zu haben. „Jetzt weiß ich erst, wie ich mit

meinem Patienten eigentlich umgehen soll“, so lautete nicht selten das Resümee. Dabei wurde ebenso die Vermittlung einer gesprächstechnischen Kompetenz als sehr hilfreich empfunden, dies übrigens auch von Teilnehmern, die ihre tiefenpsychologische Ausbildung schon weitgehend abgeschlossen hatten (Finke 1990).

Überdauernde Identifizierung mit der Gesprächspsychotherapie nur begrenzt

So sehr auch nicht wenige Kursteilnehmer am Ende einer Veranstaltung überaus angetan berichteten, dass sie nun einen neuen Zugang zum Patienten gefunden hätten und auch in ihren gesprächstechnischen Fertigkeiten viel dazugelernt hätten, so schien es uns doch, dass wir nur bei recht wenigen Kursteilnehmern eine überdauernde Identifizierung mit dem Verfahren GPT erreichen konnten. Als Kriterium für eine solche Identifizierung gilt dabei für uns z. B. die Bereitschaft des jeweiligen Kollegen, seine Kenntnisse und Erfahrungen mit der GPT in weiteren Kursen zu vertiefen oder gar die große Ausbildung im Rahmen der GwG zu machen. Einer solchen Identifizierung stehen natürlich vor allem formale Gründe entgegen. Da ist einmal der geringe Umfang der Weiterbildung im Zweitverfahren zu nennen und sodann natürlich auch der Umstand, dass die GPT bisher kein kassenrechtlich anerkanntes Verfahren ist. Letzteres bedeutet eben auch, dass der später Psychotherapie ausübende Arzt in seinen Antragsstellungen zur Psychotherapie, in seinen Fallberichten und in seinen Darstellungen von Behandlungsplänen nie wieder aufgefordert ist, sich mit gesprächspsychotherapeutischen Aspekten auseinander zu setzen. Vielmehr muss er sich bei diesen Gelegenheiten der psychoanalytischen oder der lerntheoretischen Terminologie bedienen. Hinzu kommt, dass die GPT ihrerseits bisher ja eher zurückhaltend im detaillierten Ausformulieren einer vor allem auch speziellen Störungslehre war, sodass der personenzentrierte Arzt bei diagnostischen oder ätiologisch-genetischen Erörterungen, wie sie etwa bei Visiten- oder Teamgesprächen auf den Stationen einer Klinik üblich sind, sich immer einer „fremden Sprache“ bedienen musste, eben schon weil seine eigene Sprache in dieser Hinsicht eher unterentwickelt war.

Ausblick

Es ist aber zu hoffen, dass sich auch letzteres ändern wird. Seitdem die GPT im vollen Sinne vom Beirat der Bundesärztekammer als wissenschaftliches Verfahren anerkannt ist, besteht auch eine Chance auf Zulassung als kassenrechtlich anerkanntes Verfahren. Ist diese nämlich erreicht, so wird zur Nutzung der neuen Rechte auch der Personenzentrierte Therapeut sich intensiv in eine eigenestörungstheoretische Sprache einüben müssen, da er gehalten sein wird, in seinen Anträgen auf Bewilligung von (Kassen-) Psychotherapie in ebenso komplexer wie detaillierter Weise ein spezifisches

Bedingungsmodell der Störung seines jeweiligen Patienten zu entwerfen.

So darf man hoffen, dass sich auch im ärztlichen Bereich auf breiterer Grundlage eine personenzentrierte Identität ausbilden wird. Wir würden dies nicht nur als Psychiater und Psychotherapeuten begrüßen, sondern meinen, dass der personenzentrierte Ansatz ein wichtiges Medium der Begegnung des Arztes mit seinem Patienten überhaupt ist (Ripke 1994). Eine personenzentrierte Medizin ist das, was wir uns wünschen und was auch dem Ansehen der Medizin insgesamt förderlich sein wird.

Literatur

- Faber, F.R./Haarstrick, R. (1991), Kommentar Psychotherapie-Richtlinien, Neckarsulm / München (Jungjohann)
- Finke, J. (1990), Can psychotherapeutic competence be taught?, in: *Psychotherapy and Psychosomatics* 53, 64–67
- Finke, J. (1996), Vermittlung psychotherapeutischer Fertigkeiten und gesprächspsychotherapeutische Basisausbildung im neuen Weiterbildungscurriculum, in: Gastpar, M./Finke, J./Teusch, L. (Hg.), *Psychotherapie in der Psychiatrie*, Köln (Deutscher Ärzte-Verlag), 26–32
- Finke, J. (2002), Der Kampf um Anerkennung. Die Geschichte der öffentlichen Etablierung der Gesprächspsychotherapie in Deutschland, in: *Person* 6,2, 71–72
- Gastpar, M. (1996), Konzeption und Tradition der psychotherapeutischen Weiterbildung in der Klinik für Allgemeine Psychiatrie der Rheinischen Landes- und Hochschulklinik Essen, in: Gastpar, M./Finke, J./Teusch, L. (Hg.), *Psychotherapie in der Psychiatrie*, Köln (Deutscher Ärzte-Verlag), 72–76
- Jaspers, K. (1913/1959), *Allgemeine Psychopathologie*, Berlin/Göttingen/Heidelberg (Springer)
- Habermas, J. (1968), *Erkenntnis und Interesse*, Frankfurt (Suhrkamp)
- Lorenzer, A. (1970), *Spracherstörung und Rekonstruktion*, Frankfurt (Suhrkamp)
- Ricoeur, P. (1965/1974), *Die Interpretation – Ein Versuch über Freud*, Frankfurt (Suhrkamp)
- Ripke, T. (1994), *Patient und Arzt im Dialog*, Stuttgart (Thieme)
- Rogers, C.R. (1961a), *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy*, Boston (Houghton Mifflin); dt.: *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*, Stuttgart (Klett) 1973
- Teusch, L./Zech, P. (1996), Die Privatsphäre in der Psychotherapieausbildung – was soll klinikextern, was intern vermittelt werden? In: Gastpar, M./Finke, J./Teusch, L. (Hg.), *Psychotherapie in der Psychiatrie*, Köln (Deutscher Ärzte-Verlag), 33–38

Autoren

Dr. med. Jobst Finke, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie und für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, Ausbilder in der GwG, 2. Vors. der ÄGG. Arbeitsschwerpunkte: Störungs- und Therapietheorie der GPT, störungsbezogene GPT.

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Ludwig Teusch; Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Neurologie; Gesprächspsychotherapeut in der GwG; 1. Vorsitzender und Lehrtherapeut der ÄGG; Chefarzt der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie am Ev. Krankenhaus Castrop-Rauxel, Professur am Universitätsklinikum Essen.

Forschungsschwerpunkt: Entwicklung und Evaluierung störungsbezogener personenzentrierter Behandlungskonzepte für psychiatrische Erkrankungen.

Korrespondenzadressen

*Dr. Jobst Finke
Hagelkreuz 16
D-45134 Essen
E-Mail: jobst.finke@uni-essen.de*

*Prof. Dr. Ludwig Teusch
Ev. Krankenhaus
Grutholzallee 21
D-44577 Castrop-Rauxel
E-Mail: l.teusch@evk-castrop-rauxel.de*