

Dr. med. Johann Eichfelder

Balintarbeit als berufsbezogene Selbsterfahrung

Balint-groups as self-experience in the professional field

Nach Begriffsbestimmungen von Selbsterfahrung als Erfahrung des Selbst im beruflichen Feld der Helfer wird die geschichtliche Entwicklung, Verbreitung und heutige Anwendung der Balintarbeit besonders in Deutschland unter dem Gesichtspunkt der Erfordernis beruflicher Selbsterfahrung im psychotherapeutischen Feld dargelegt, um dann die Voraussetzungen und Praxis der Balintarbeit theoretisch und in Fallbeispielen aufzuzeigen.

Schlüsselwörter

Balint-Gruppen-Arbeit – Arzt-Patient-Beziehung – professionelle Selbsterfahrung – helfende Berufe und Missbrauch – Beziehungsdiagnostik – Beziehungsstörungen – Psychosomatik – Fallarbeit

After a definition of self-experience in the professional field of helpers, historical development, spreading, and use of Balint-Groups in Germany is explained especially by focusing on the requirement of self-experience in the psychotherapeutic field. Then, preconditions and practice of Balint groups is explained theoretically and with case examples.

Keywords

Balint-Group-Work – professional self-experience – helping professions and abuse – diagnosis of relationships – disorders – psychosomatic medicine – case study

Vorbemerkungen zur Problematik der Selbsterfahrung

Der Begriff Selbsterfahrung beinhaltet den komplexen Begriff des Selbst, der sozusagen auf die Persönlichkeit im umfassenden Sinn abzielt, also sowohl darauf, was bewusst und zugänglich ist, als auch auf weniger zugängliche Seiten einer Person. Daher braucht es einen oder mehrere PartnerInnen oder Helfende, die diese Selbsterfahrung unterstützen bzw. ermöglichen, wo der Mensch sich selbst ausgeliefert oder ein Rätsel ist. Selbsterfahrung wird von Beginn des Lebens an erworben, immer im Kontakt mit der Umwelt, besonders mit den nächsten Bezugspersonen. So sprechen wir vom Subjekt, dem Unterworfenen subjectum, denn die Umwelt bzw. die frühen Objekte, bestimmen das Schicksal von Beginn an, geben ihm Bedeutung und Wichtigkeit.

Vorbemerkungen zur Problematik der helfenden Berufe

Überwiegend wird der Wert der Selbsterfahrung für helfende Berufe als grundlegend wichtig erachtet, nicht nur um Missbrauch im Sinne der manipulativen Machtausübung gegenüber Hilfsbedürftigen vorzubeugen, sondern auch, weil Helfen eine Form zwischenmenschlichen Austausches darstellt, die zu Missverständnissen und Verwicklungen führen kann. Missbräuche der Hilfesuchenden und der Helfenden sind möglich, viele Hilfen sind mit Nachteilen oder Nebenwirkungen behaftet und nicht zuletzt ist die Frage der Gesundheit eine relative, manchmal nicht eindeutig zu beantwortende. Gut gemeint muss nicht gut sein und unreflektiertes Helfen-Wollen kann mehr schaden als nützen. Aus diesem Grund ist die professionelle Ausübung der Heilberufe in unserer Gesellschaft zum Schutz der Hilfesuchenden an staatliche Legitimation gebunden, an Berufs-, Aus- und Weiterbildungsordnungen, die sich am Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis orientieren.

In der Versorgung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen braucht unser Gesundheitssystem den Vergleich mit anderen Ländern keinesfalls zu scheuen. Die immer weiter fortschreitende Spezialisierung in der Medizin bringt die Notwendigkeit hochkarätiger naturwissenschaftlicher Ausbildung und Forschung mit sich, so dass sich psychologische und medizinisch-technische Kompetenz oft spannungreich gegenüber stehen. Andererseits erfordern neue medizinische Möglichkeiten, wie zum Beispiel Organtransplantationen, heroische Herzoperationen schon bei Säuglingen und Kleinkindern und andere schwerwiegende Eingriffe wegen ihrer extremen Belastungen für ganze Familien besondere psychologische Betreuung. Die Frage, wie das ausübende medizinische Personal in der Konfrontation mit existenziellen Grenzsituationen und im Umgang mit den Betroffenen die Situation bewältigt, bleibt dabei nicht selten ausgeklammert.

Die dunkle Seite des Helfens

Die variantenreiche Helfer-Problematik wird psychoanalytisch unter dem Begriff der altruistischen Abtretung als ein Abwehrmechanismus dargestellt („Die hilflosen Helfer“, Schmidbauer, 1970); umfassender erscheint mir jedoch die von Straus (1930) ausgehende Konzeption, Wahrnehmung führe zur Lebens-Sinnentnahme. Wird nämlich in frühen Entwicklungsphasen die Selbstbezogenheit des Kindes zu früh gestört, in dem seine Aufmerksamkeit von sich selbst auf andere gelenkt wird, verlagert sich die Bedeutung von innen nach außen. Die Bindung an frühe Bezugspersonen, die Halt und Sicherheit nicht ausreichend vermitteln können und selbst Aufmerksamkeit, Rücksicht und Unterstützung im Übermaß fordern, in dem sie dauerhaft hilflos erscheinen, wird so für das Kind zur Notwendigkeit, von eigenen Bedürfnissen abzusehen (sich nicht zuzumuten) und Helfen als Lebenssinn anzunehmen. Durch die Abhängigkeit von der bedürftigen Bindungsperson entsteht eine strukturelle Störung im Sinne mangelnder Selbst-Objektdifferenzierung. Statt eines Selbstbezuges, der im Sinne des gesunden Narzissmus ein Selbstwertgefühl hervorbringt, entwickelt sich ein Größenselbst aus der Vorstellung der Wichtigkeit für Andere. Mangels Wahrnehmung des Eigenen durch nahe Bezugspersonen wird kein Eigen-Sinn erlebt: Betroffene erleben ihren Lebenssinn im Helfen, im Dasein für Andere, für die Arbeit, für das Ganze usw. und bleiben abhängig von der Anerkennung der Ande-

ren ohne nach den Kosten für das Selbst oder das eigene Wohlergehen zu fragen, das gar nicht als wertvoll oder wichtig erlebt wird – wahrgenommen wird. Bindung wird so zur Verpflichtung, im Übermaß Verantwortung zu übernehmen – für die schwachen Eltern, für jüngere Geschwister usw. Der narzisstische Gewinn durch das Helfen behindert und verführt zu sinnlosem oder sinnentleerendem, oft übergriffigem Handeln und mangels ausreichender Selbstwahrnehmung zur selbstausbeuterischen Überforderung in einem einseitigen Funktionsmodus.

Geeignete Modelle der Selbsterfahrung

In den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts wurde nach den Untersuchungen des Berliner AOK-Instituts die psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung zur Kassenleistung erklärt, womit sich die Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Grundausbildung für Ärzte und Ärztinnen ergab, um eine flächendeckende Versorgung zu gewährleisten. Unter dem Begriff der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie wurde eine modifizierte Anwendung der immer noch als Goldstandard angesehenen Psychoanalyse definiert und die Selbsterfahrung der TherapeutInnen daran angelehnt. Die Frage nach einer geeigneten Selbsterfahrung, sei es auch in verkürzter Form, blieb unerforscht, insbesondere auch die Frage, inwieweit Selbsterfahrung ausschließlich in dem angestrebten Therapieverfahren Verwendung finden sollte oder ob eine differenzierte und variable Indikationsstellung wie im therapeutischen Bereich mit herangezogen werden sollte.

Fortentwicklungen der Psychoanalyse werden heute unter dem Begriff der psychodynamischen Psychotherapie gefasst und führen konsequent zu der Fragestellung, welche Formen der Selbsterfahrung für welche TherapeutInnen besonders geeignet oder auch mit gewissen Nachteilen verbunden seien (zum Beispiel „Infantilisierung“, siehe Herrmann, 2014); sie führten auch zu Erweiterungen und Differenzierungen des therapeutischen Umganges mit PatientInnen, deren Probleme mit dem Körper nach leiborientierten Therapien, nach Ausdruckstherapien, nach einem haltgebenden Gegenüber usw. verlangten und insgesamt dem therapeutischen Verhalten mehr Aufmerksamkeit schenken, statt die psychoanalytische Standardmethode als Allzweck-Mittel zu idealisieren: die Spiegelfunktion konnte in einem angemesseneren Licht gesehen werden („Man kann nicht nicht kommunizieren“, Paul Watzlawick, 1969).

Die therapeutische Aufgabe stellte sich daher in neuer Weise dar: nicht als absolute Neutralität als ängstlich-erstarrtes Vermeiden jeglichen Mitagierens, sondern in der Identifizierung mit dem therapeutischen Auftrag als hoch kommunikatives Offensein für Patienten, um ihnen auf diese Weise ein Verständnis für sich selbst zu ermöglichen. Aus dieser Perspektive wird die Notwendigkeit von Selbsterfahrung für die TherapeutIn besonders einsichtig: Sie sollte sich ihrer mehr oder weniger unbewussten Motive durch Selbsterfahrung bewusst werden und sich auch in der unmittelbaren Berufsausbildung erproben:

„Was bewegt mich im Kontakt mit Hilfesuchenden, was macht das mit mir und wie kann ich mich darauf einstellen und damit umgehen?“ Selbsterfahrung erfordert, sich einzulassen, sich zu öffnen, um sich umfassender auch in den eigenen Stärken und Schwächen sehen zu lernen. Ein solches Lernen ist als nie abgeschlossener Prozess zu betrachten, zumal ja auch Helfende sich in ihren Möglichkeiten entwickeln. Daher braucht es einen

sicheren Raum und Menschen, die einen dabei begleiten. Wenn Martin Buber (1958) davon sprach, dass es ohne ein Du kein Ich geben könne, dann kann man heute im Lichte der neueren Entwicklungspsychologie, der Säuglingsforschung, der Bindungsforschung und der psychoanalytischen Forschung davon ausgehen, dass wir nur im ungehemmten, wenn auch nicht unreflektierten Kontakt mit anderen Menschen uns selbst kennenlernen können; das stellt allerdings in der Selbsterfahrung für TherapeutInnen gewisse Anforderungen an die Stabilität des Einzelnen und setzt weiterhin Sicherheit und Vertrauensentwicklung in der Situation der Selbsterfahrung voraus.

Die geschichtliche Entwicklung der Balintarbeit

Michael Balint (1896-1970) hatte bereits einige Werke Freuds kennengelernt, als er 1920 nach seinem Medizinstudium in Budapest nach Berlin ging und über Medikamentennebenwirkungen promovierte, mit seiner psychoanalytischen Ausbildung begann und psychosomatisch Erkrankte behandelte. 1924 ging er nach Budapest zurück, wo er schon als Kind durch seinen Vater Einblicke in die Tätigkeit als Hausarzt bekommen hatte. Die rein naturwissenschaftliche Ausrichtung, die den Menschen nach dem Maschinenmodell behandelt, lehnte er ab. Bei Sandor Ferenczi in Lehranalyse erhielt er wesentliche Anregungen, die seine Orientierung hin zur psychoanalytischen Forschung und insbesondere zur Objektbeziehungstheorie bestärkten. Schon in Budapest veranstaltete er Ärzte-Seminare, um genauer zu erfassen, was in der ärztlichen Praxis in den 5 Minuten pro Patient und daneben geschieht: Beruhten Wirkungen ärztlichen Handelns nicht nur auf medizinischen Verrichtungen sondern auch auf psychologischen Wirkungen? Was steckt hinter Ritualisierungen wie dem Wiederholungsrezept, was erklärt die unzuverlässige Mitarbeit des Patienten, die Unwirksamkeit medizinischer Behandlung bei körperlichen Beschwerden?

Leider wurde diese Arbeit durch die damaligen politischen Umstände in Budapest immer schwerer, ja unmöglich, so dass er 1939 wie Freud nach England emigrierte und nach schwierigen Jahren schließlich nach London an die Tavistock-Klinik kam, wo er seine Seminare mit Allgemeinmedizinern unter der Bezeichnung „Training cum Research“ wieder aufnahm. Er fokussierte den Beziehungsaspekt der ärztlichen Behandlung unter den Stichworten „Droge Arzt“ und forderte zwischen erwünschten Wirkungen und unerwünschten Nebenwirkungen zu unterscheiden. Er ermutigte die Teilnehmenden zu spontanen Einfällen („think fresh“) ganz im Sinne der psychoanalytischen freien Assoziation und wandte sich von der Freud'schen Triebtheorie ab, indem er frühe Beziehungserfahrungen als bedeutsam für die aktuelle Beziehungsaufnahme ansah.

Mit dem Begriff der Grundstörung bezeichnete er den Mangel des Zueinander-Passens vom Kind und seinen Bezugspersonen und versuchte damit die frühen Verunsicherungen psychophysischer Existenz zu erfassen, die sich in vielfältigen Formen menschlichen Krankseins manifestieren. Er schloss dabei ausdrücklich auch somatische und psychotische Erkrankungen neben neurotischen und psychosomatischen ein und stellte mit dem Begriff der Grundstörung einen ätiologischen Zusammenhang mit Beziehungsstörungen her, die in der Arzt – Patient – Beziehung aufzuspüren und als Gesamtdiagnose zusammenzuführen seien (Balint 2002).

Im Gegensatz zu Freud, der den Zusammenhang mit dem Leiblichen als zu komplex ausklammerte und quasi objektiv Befunde des psychischen Apparates erheben wollte, ging Balint bereits von psychosomatischen Zusammenhängen aus, wie auch davon, dass sich diese Grundstörung in der Begegnung zwischen ÄrztIn und PatientIn niederschlägt und auch dort zu Passung oder „mismatching“ Anlass gibt: Die ÄrztIn antwortet auf die PatientIn in einem dialogischen Sinne ohne sich dessen zunächst bewusst zu sein, handelt es sich doch meist um kurze Begegnungen in der Allgemeinpraxis. Die Wirkungen und Nebenwirkungen dieser Interaktion sollten untersucht werden. In sogenannten Trainingcum-Research-Groups wurden die ca. 8-10 Teilnehmenden nach der Schilderung einer solchen Begegnung aufgefordert, ihre unterschiedlichen Erlebnis- und Sichtweisen beizutragen. Die Gruppe verhielt sich dabei wie ein Resonanzkörper, in dem sich einerseits ganz unterschiedliche Perspektiven eröffneten, der andererseits aber allmählich ein Gesamtbild in einer Art Inszenierung entstehen ließ. Dem Fallvortragenden wurde so einerseits eine Distanz zu seinem Erleben ermöglicht, andererseits mehr Verständnis für seine Betroffenheit und die daraus entstandene Verwicklung. Es waren also zwei Aspekte, die sich hilfreich auswirkten: Die Anteilnahme der Gruppe und die aufgewandte Zeit, wenn in 90 Minuten die vielen und komplexen Eindrücke betrachtet und aufgeschlüsselt werden konnten, die in 5 Minuten pro PatientIn auf die Ärztin einwirkten. M. Balint wurde im Anschluss an solche Gruppensitzungen nicht selten von Phänomenen berichtet, die er später als Flash – als Blitz – beschrieb und so von den Psychoanalytikern der damaligen Zeit nicht akzeptiert wurde. Der Tübinger Analytiker Wolfgang Loch (1975, S. 9f.), ein begnadeter Balintgruppenleiter, beschrieb das Flash-Phänomen wie folgt:

Wird das im Flash erfahrende Reaktionsmuster einschließlich der ihm zugehörigen Gefühle nun in geeigneter Weise formuliert, dann konstituieren sich für Arzt und Patient neue Einstellungen und Erwartungen. Es wird so eine neue Realität des Patienten geschaffen, was bedeutet, dass er die alten Pathogenen Verhaltensmuster aufzugeben vermag [...]

Versucht man das, was im Flash geschieht, psychoanalytisch auszudrücken, dann kann man vielleicht sagen, im Flash begreife der Arzt im Rahmen einer Interaktionsepisode zwischen dem Patienten und ihm selbst die Übertragung des Patienten als die Reaktion auf die Übertragung seiner wichtigen Bezugspersonen [...] und verstehe auf dieser Basis, um welches Ziel willen der Patient sich in seiner spezifischen Weise verhält.

Selbst körperliche Beschwerden, Somatisierungen unterschiedlicher Art, konnten so plötzlich verschwinden oder sich in eine andere Symptomatik verwandeln, der Körper war also auch Ausdruck von Grundstörung im Sinne Balints. Sein Beitrag kann auch heute noch als ein sehr moderner, noch immer hochaktueller Brückenschlag zwischen der Somatischen und der Psychologischen Medizin gelten, zumal inzwischen das Intersubjektivitäts-Paradigma und das Embodiment-Konzept als Einverleibung von Beziehungserfahrungen zum Mainstream der psychoanalytischen Theorie gehören.

Ab den 80er Jahren fand die Balintarbeit besonders im deutschsprachigen Bereich mit der Entwicklung der Psychosomatik weite Verbreitung und war mit der deutschen Balintgesellschaft (besonders mit Prof. Stucke, 1982, 1991) verbunden. Voreingenommenheiten der traditionellen Psychoanalyse waren zu dieser Zeit noch groß: einerseits wollte man

nur AnalytikerInnen die Kompetenz für Balintarbeit zugestehen, wie es ursprünglich auch Balint selbst erklärte, andererseits hatten viele AnalytikerInnen selbst kaum Balint-Gruppenerfahrung, so dass sie sich im Laufe der Zeit in den Tagungen der Deutschen Balintgesellschaft einfanden und am gemeinsamen Lernen teilnahmen. In den vielen Regionaltagungen fanden neben theoretischen Referaten nicht nur Balintgruppen statt, sondern zunächst aus didaktischen Gründen auch Großgruppen mit Innen- und Außenkreis, deren Dynamik zu einem tieferen Verständnis von gruppendynamischen Prozessen aufforderte und die Balintarbeit als Selbsterfahrung besonders bereicherte: nicht nur als Vergrößerungsglas der Falldynamik in der Kleingruppe, sondern auch in der Projektion von Innen-Außenphänomenen, in der Darstellung von Familiendynamiken, Spaltungen usw. Aus diesen Erfahrungen wurden die lehrreichen Leiterseminare entwickelt, zumal sich zeigte, in welchem hohem Maße die Qualität der Fallarbeit von der Kompetenz der Balintleitenden abhängt, gerade wenn die Teilnehmenden zunächst keinerlei psychotherapeutische Qualifikation mitbringen. Thema dieser Fallarbeit ist dabei der Ansatz Balints: „Was geschieht in der Arzt-Patient-Beziehung“ und nicht eine abundante Falldarstellung wie sie nicht selten in kasuistisch-technischen Seminaren üblich ist.

Die Verbreitung der Balintarbeit

Während M. Balint ursprünglich nur mit AllgemeinmedizinerInnen arbeitete, fand seine Arbeit bald auch unter Einbeziehung heterogener Fachgebiete Anwendung, auch mit PsychotherapeutInnen und multiprofessionellen Teams. Die Bedeutung der Beziehungsqualität wurde auch im Bereich anderer sozialer Berufe erkannt und führte zur Verbreitung in verschiedenen psychosozialen Feldern wie zum Beispiel bei LehrerInnen, Pflegeberufen, SeelsorgerInnen, ja sogar JuristInnen. Wie unter Aufgaben der Gruppenleitung dargelegt, sind nur Gruppen aus ähnlichen Erfahrungsbereichen sinnvoll. Die Darstellung der beruflichen Aufgabenstellung und die praktischen Beispiele sind in diesem Artikel entsprechend der Leserschaft ausschließlich aus dem Bereich Psychotherapie und Medizin gewählt.

Am meisten fand die Balintarbeit in Deutschland Verbreitung, sicher auch im Zusammenhang mit der Entwicklung und Institutionalisierung der ursprünglich nur ärztlichen Psychotherapie. Balintarbeit gibt es aber auch im vorwiegend westlichen Ausland und ist in der Internationalen Balint-Gesellschaft organisiert. In der Balintgesellschaft der DDR waren auch PsychologInnen wie in der psychotherapeutischen Versorgung der DDR durchaus integriert. Der Zusammenschluss mit der Westdeutschen Balintgesellschaft führte leider dennoch nicht zur Annäherung der PsychologInnen – vermutlich wegen der bedauerlichen Rivalität mit den ÄrztInnen, die ja auf die Domäne der Körpermedizin und der Psychosomatik verwiesen, die sie als terra incognita der Psychologen wähten. Ehrig (2017) fragt mit Bedauern unter dem Gesichtspunkt der Qualitätssicherung, warum IFA- oder Balintarbeit immer noch keinen Eingang in die psychotherapeutische Weiterbildung von psychologischen PsychotherapeutInnen gefunden hat? Im Würzburger Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie (WIPP) wird die Verantwortung für die Auszubildenden ernst genommen, wenn diese ihre Praktika als PIAs ableisten, in dem eine Praktikumsbegleitung nach dem Balint-Modell angeboten wird. Dort werden nicht nur die therapeutischen Beziehungen betrachtet, sondern auch die Kontakte im gesamten

beruflichen Umfeld – so mit anderen Berufsgruppen im Zusammenhang mit Therapiekonzepten, unterschiedlichen Verantwortungsbereichen und daraus sich ergebenden Arbeitsstrukturen.

Die Notwendigkeit der berufsbezogenen Selbsterfahrung

Bereits vor der Einführung der Teilnahmepflicht zur Balintarbeit wurde die Frage diskutiert, ob es allen ÄrztInnen zumutbar sei, sich für Selbsterfahrung im Kreis von KollegInnen zu öffnen und sich mit Beziehungsproblemen zu zeigen, wie sie unvermeidlich in der Ausübung des Heilberufes auftreten. Michael Balint selbst hatte vermutet, dass von dieser Gruppenarbeit nur ca. ein Drittel profitierten, während die übrigen aufgrund ihrer Persönlichkeit dazu weniger geeignet seien; er ging dabei von der Erfahrung aus, dass nach dem Siegeszug der naturwissenschaftlich geprägten Medizin die meisten ÄrztInnen eine positivistische Auffassung wissenschaftlicher Heilmethoden vertreten. Dennoch setzte sich bei uns im Zuge ihrer Verbreitung die Balintarbeit als verpflichtender Weiterbildungsbaustein in einer ganzen Reihe von Spezialdisziplinen durch, angefangen von den 30 Stunden für die Psychosomatische Grundversorgung als Minimalanforderung für den psychosomatisch interessierten Allgemeinarzt und den Fachärzten für Frauenheilkunde bis zu den psychotherapeutisch-psychiatrischen Fachgebieten und Zusatztiteln mit 70 Stunden. Im psychotherapeutischen Bereich sind immer wieder Entscheidungen von erheblicher Tragweite zu treffen. Gerade im Bereich der Beziehungstherapien sind Entwicklungen oft nicht vorherzusehen und teilweise schwer abschätzbar. Beneke (2017) spricht davon, dass „wir unsere Patienten in die Hölle führen“, wenn wir sie an ihre ungelösten inneren Konflikte und Defizite heranführen. Das ist nur zu verantworten, wenn wir vorher die Risiken und Chancen abwägen, Ressourcen und Gesamtlebenssituation betrachten. Dennoch bleiben Unwägbarkeiten, die lebensgefährlich werden können und uns mit der Schuldfrage, mit unserer Verantwortung konfrontieren. Dabei ist ja nicht nur für unsere PatientInnen die therapeutische Arbeit belastend, auch wir können „in die Hölle geraten“, wenn wir sie therapeutisch begleiten: Auch wir haben unsere Lebensprobleme, unsere Grundkonflikte, die wir in unseren PatientInnen miterleben oder die sich unerkannt auswirken und unsere therapeutische Sicht und Haltung verzerren können. Insofern können wir in dieser Verwicklung Fluch und Segen finden, wenn wir uns einerseits in lebenslanger Psychotherapie finden, die in der beständigen Selbstreflexion ein Wachstum unserer therapeutischen Identität ermöglicht, wenn wir zum Nutzen unserer PatientInnen die Grenzen unserer therapeutischen Möglichkeiten realistisch einschätzen lernen und unser Selbst immer besser kennenlernen und weiterentwickeln. Die Fähigkeit der Begrenzung, der Abgrenzung vom Ich zum Du, psychoanalytisch die Selbst-Objekt-Differenzierung, ist ebenso wichtig wie die Fähigkeit der Empathie, der Einfühlung, der partiellen Identifizierung, um auf dem manchmal schmalen Grad therapeutischer Wirksamkeit nicht abzustürzen.

In den Weiterbildungsordnungen Psychologischer TherapeutInnen fehlt diese Verpflichtung vermutlich aufgrund geschichtlicher Entwicklung. Die dort üblichen Fallbesprechungen – kasuistisch-technische Seminare usw. gleichen aus meiner Sicht den Mangel nicht vollständig aus wie der Vergleich weiter unten verdeutlicht.

Die Notwendigkeit der berufsbezogenen Selbsterfahrung ergibt sich aus der strukturellen Problematik der therapeutischen Beziehung, kommen sich doch TherapeutIn und PatientIn einerseits mit der Bearbeitung intimster bis existenzieller Lebensfragen sehr nahe, während sie andererseits die Grenzen helfender Institution beibehalten, deren Überschreitung schlechterdings einen Missbrauch für beide Seiten bedeuten würde.

Warum Balintarbeit als Selbsterfahrung

Balint- und studentische Anamnese-Gruppen helfen,

- unbewusste Aspekte der eigenen beruflichen Motivation zu entdecken und so eine berufliche Identität zu entwickeln
- eigene Stärken und Schwächen / „die persönliche Gleichung“ erfahrbar zu machen und sich mit den eigenen Möglichkeiten und Grenzen in diesem Feld auseinanderzusetzen.
- das Rollenverhältnis zwischen ÄrztIn/TherapeutIn und PatientIn erlebbar zu machen
- Die Bedeutung unbewusster familiendynamischer Zusammenhänge erfassen zu lernen und Erfahrungen mit dem Umgang mit Angehörigen zu reflektieren
- Das Verhältnis zu anderen Berufsgruppen in den medizinisch-therapeutischen Arbeitsfeldern und Verständnis für die daraus entstehenden Spannungsfelder zu erwerben
- kritische Distanz zu behalten – keine fragwürdigen Bräuche/Comments teilen.
- sich mit ethischen Haltungen anhand konkreter Entscheidungssituationen auseinandersetzen und Orientierung in den Fragen ärztlicher Haltung erwerben
- sich der Belastungen und Gefahren der therapeutischen Arbeit bewusst zu werden und für die eigene Entlastung und Gesundheit sorgen zu lernen.

Wirksamkeitsnachweise der Balintarbeit

U. Rosin unternahm eine erste quantitative Forschung bereits 1989 mit der Auswertung von Fragebögen zur Selbsteinschätzung für GruppenleiterInnen und -teilnehmende und bestätigte eine Zunahme an empathischer Kompetenz. 2003 veröffentlichte Vinokur eine qualitative Studie (siehe auch Otten, 2012).

Eine aufwändige Studie mit 1400 Teilnehmenden aus 352 unterschiedlichen Gruppen, die von 107 zertifizierten BalintgruppenleiterInnen geleitet wurden, verglich 486 AllgemeinärztInnen und 462 FachärztInnen aus 17 Fachdisziplinen mit 452 psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen FachärztInnen. Alle Teilnehmenden füllten einen mehrstufig validierten Fragebogen (BG-F) aus. Mit den 3 Skalen „Emotionales und kognitives Lernen“, „Reflexion der Übertragungsdynamiken der Arzt-Patient-Beziehung“ und „Fallspiegelung in der Gruppendynamik“ konnte eine differenzierte Wirksamkeit der Balintgruppenarbeit auf unterschiedliche Teilnehmergruppen abgebildet werden. Besondere Effekte konnten für ÄrztInnen nachgewiesen werden, die bisher kein psychodynamisches Fachwissen erworben hatten sowie bei ÄrztInnen, die länger teilgenommen und selbst Fälle vorgestellt hatten (Flatten, Möller & Tschuschke, 2019).

Voraussetzungen für eine gelingende Selbsterfahrung in der Balintgruppe

Grundlage jeder Selbsterfahrung ist der sichere, in möglichst jeder Hinsicht unbeeinflusste Raum, der nur für die Selbsterfahrungsteilnehmenden und ausschließlich zur unvoreingenommenen Wahrnehmung des Soseins im sozialen Feld zur Verfügung steht. Eine solche Anforderung mutet gegenüber der täglichen sozialen Realität gewissermaßen utopisch an, gibt aber eine Richtung vor, wie Selbsterfahrung organisiert werden sollte, nämlich hinsichtlich der zu schaffenden Bedingungen; es sollten:

- keine dienstlichen oder persönlichen Abhängigkeiten in der Gruppe bestehen
- Balint-Gruppen-LeiterInnen in keinem Abhängigkeitsverhältnis gegenüber dem Arbeitsplatz der Teilnehmenden stehen – sie sollten weiterhin auch nicht kritisch voreingenommen sein oder sich gar in bestehende Voreingenommenheiten in einer Institution verwickeln lassen
- die Teilnehmenden die Verschwiegenheit nach außen gewährleisten können (zumindest hinsichtlich der persönlichen Betroffenheit der Teilnehmenden)

Idealerweise sollten die Teilnehmenden nicht aus derselben Institution kommen, klinikinterne Gruppen sollten natürlich nicht von Vorgesetzten geleitet werden; die von Drees (2002) als Klinikchef geleiteten „prismatischen Gruppen“ beschränken sich auf die imaginative Arbeit am Fall, können aber daher auf das institutionelle Umfeld nicht eingehen.

Grenzen der Balintarbeit

In jedem Fall ist eine Trennung von institutioneller/beruflicher und persönlichen Belangen einzuhalten, um Verwicklungen zu vermeiden und so therapeutisch wirksam bleiben zu können.

Dabei kommt es in der Balintarbeit immer wieder zur Darstellung von teilweise unvermeidlichen Verwicklungen, wenn zum Beispiel ein Landarzt mit seiner Familie natürlich auch persönliche Beziehungen zu seiner Umgebung unterhält. Folgende Beispiele zeigen hier die Grenzen der Arbeit auf:

Ein Klinikarzt berichtet von seiner Kollegin, als ihm bewusst wird, dass es gar nicht um den konkreten Fall geht: Die Kollegin sei vom Chef der Klinik sehr gefördert worden und unterhalte mit dem Oberarzt eine intime Beziehung; seither ziehe sie sich von ihren Spezialaufgaben zurück und behandle den Referenten besonders schlecht, wohl weil der die Aufgaben zugewiesen bekommen habe, die sie sich nicht mehr zutraue.

In der Gruppe wurde Anerkennung für seine souveräne Haltung geäußert, bis deutlich wurde, dass er darunter leide, weil er eine harmonische Beziehung mit ihr aufrechterhalten wolle. Kann er sich nicht abgrenzen? Nimmt er das schlechte Gewissen an, das sie ihm zuschiebt? Das Mitgefühl aus der Gruppe kann er nicht annehmen. Ob das ein allgemeines persönliches Problem von ihm ist, wird nicht thematisiert – es würde zu weit in seine persönliche Selbsterfahrung reichen und sollte anderswo bearbeitet werden.

Eine Gynäkologin berichtete von einem familiären Problem: Ihre Schwester sei bei ihr in Behandlung, das heiße zur regelmäßigen Vorsorge und da sei alles o. B. gewesen.

In letzter Zeit wandten sich die Eltern an sie, weil ihre Schwester wegen körperlicher Beschwerden und Krankheitsängsten anrufe. Sie sei vegan, unterkalorisch ernährt und untergewichtig – essgestört und spreche bei ihr nicht darüber.

In der Gruppe machte sich Ratlosigkeit breit, aber auch Ärger und Wut über die Eltern, die Schwester, über die Zumutungen, die Überforderung der Referentin. Eine Diskussion kam auf, ob das ein Balint-Fall sei, ob man Familienangehörige behandeln solle, wo doch die professionelle Distanz gar nicht gelingen könne, wenn man familiär verwickelt sei. Auch in diesem Fall wurde über die Art der Verwicklung nicht gesprochen, um die Grenze der persönlichen Selbsterfahrung nicht zu überschreiten.

Grenzen der Balintarbeit liegen auch in den angewandten Mitteln, dazu ein Beispiel für die Grenzen des freien Fantasierens:

In einer psychiatrischen Einrichtung wurde ein junger Patient eingeliefert, der schon einige Tage als vermisst gegolten hatte und dann während einer aufwändigen Suchaktion im Wald aufgefunden worden war. Er wirkte auf die Referentin verstört, vereinsamt und ohne Bezug zur Umgebung; entsprechend breitete sich in der Balintgruppe ein Dynamik aus, die als Einsamkeit, Kontaktlosigkeit und Befremdung spürbar wurde und zu Fantasien dieser Art in der Vorgeschichte führte.

Der Nachbericht zu dem Fall löste große Verwunderung aus, als seine Herkunft aus einer kinderreichen Familie angesprochen wurde, während die Fantasien in der Gruppe ganz gegensätzlich dazu erschienen. Es hatte sich hier eine Art Dynamik entwickelt, mit der niemand gerechnet hatte: Eine traumhaft versponnene psychotische Innenwelt des Patienten hatte zur Vermischung von Fantasie und Wirklichkeit in der Gruppe geführt.

Die Praxis der Balint-Gruppenarbeit

Zu Beginn geht es zunächst darum, die Arbeitsfähigkeit der Gruppe herzustellen; das heißt, vorab sollten alle Teilnehmenden die Bedingungen der Verschwiegenheit nach außen, der terminlichen Vereinbarung, der regelmäßigen Teilnahme, der Kosten usw. kennen und dann auch die Möglichkeit haben, sich vorzustellen, so dass alle wissen, wer mit welcher Erfahrung in welcher Aufgabe und in welchem beruflichen Feld tätig ist.

Erst dann wird die Gruppenleitung nach einem Fall, einem therapeutischen Kontakt oder einem Erlebnis fragen, das zu denken gab, ungewöhnlich verlief oder aus unklaren Gründen haften blieb. Falls sich mehrere aus der Gruppe melden, muss zunächst geklärt werden, wer einen Fall anspricht.

Die Situation am Anfang einer Sitzung stellt bereits eine Verdichtung der Erlebnissituation in der Gruppe dar. Wenn sich therapeutisch Tätige zusammenfinden, um sich einem Fall zuzuwenden, entsteht eine gewisse Spannung und Konzentration, in der die berufliche Grundmotivation der Einzelnen, ihre Befindlichkeit, aktuelle Anliegen, die Wahrnehmung der Anderen und die Verbindung zu ihnen eingeht. All diese Erlebnisqualitäten tragen zu einer Situation bei, die zur Wahl eines bestimmten Falles führen kann und nun zur Bearbeitung gelangt. Oft sind bereits die ersten Worte oder sogar der erste nichtsprachliche Ausdruck von besonderer Bedeutung, weisen sie doch auf einen emotionalen Bezug hin, der als impliziter Kommentar zum Anliegen des Vortragenden

gelten kann. Werden Darstellungen sehr detailreich und lang, verändert sich auch die Aufmerksamkeit in der Gruppe; dann ist es oft sinnvoll, den Vortrag abzukürzen oder vorläufig zu beenden, auch wenn die Fragestellung, die mit dem Fall verbunden ist, noch nicht ausgesprochen wurde, manchmal auch gar nicht klar ist oder nur in einer diffusen Gefühlsäußerung zum Ausdruck kommt. Nicht selten löst eine solche Unklarheit dann in der Gruppe das Bedürfnis aus, Nachfragen zu stellen, die über reine Konkretisierungen oder Klärungen von sprachlichem Verständnis hinausgehen. Dennoch sollte auf dieses Bedürfnis nicht eingegangen werden, weil darin bereits eine Identifizierung mit der Unklarheit des Falles entstehen würde. Vielmehr fordert die Leitung nun die ReferentIn auf, sich ein wenig zurückzusetzen und „zu genießen“, wie die Gruppe sich mit dem Fall beschäftigt. Die Gruppe wird zu Einfällen, Assoziationen und frechem Denken aufgefordert, während der LeiteterIn die Aufgabe zufällt, immer wieder auf den Fall zu fokussieren, ohne allerdings das Anliegen der Vortragenden aus dem Auge zu verlieren. Je erfahrener eine Gruppenleitung ist, umso mehr wird es ihr gelingen, die vielen Aspekte der sich entwickelnden Gruppenarbeit bewusst zu beachten, aber auch intuitiv zu erfassen, wo es um Unausgesprochenes und evtl. auch um nicht Bewusstes geht.

Ein wesentliches Prinzip der Balint-Arbeit besteht in der Möglichkeit zum Perspektivwechsel, d.h. hier, dass es der ReferentIn ermöglicht wird, die Reaktionen und Einfälle der Gruppe zu erleben, ohne in den Gruppenprozess unmittelbar verwickelt zu sein, und quasi von außen mitzuerleben, wie es den anderen mit ihrem Fall ergeht und welche Dynamik daraus entsteht. Mit der Fokussierung des Gruppenprozesses auf die Fallschilderung werden die Teilidentifikationen der Gruppenteilnehmenden mit den verschiedenen Aspekten des Falles und den dort auftretenden Akteuren deutlich. So können Prozesse entstehen, die man in der dynamischen Psychotherapie als therapeutische Spaltung beschreibt und die nicht nur kognitive sondern auch tiefere emotionale Einsichten und Erfahrungen ermöglichen.

Referierende können dann erleichtert ihre emotionale Betroffenheit in der Spiegelung der Gruppenarbeit wiedererkennen und die Fantasien der Gruppe mit der Realität oder Scheinrealität ihres Falles in Beziehung setzen, ihre Fragestellung konkretisieren oder manchmal am Ende Ergänzungen zur Abrundung einbringen. Nicht selten bleiben auch Aspekte ungeklärt, so dass im weiteren Verlauf einer Therapie auch weitere Fallbesprechungen sinnvoll werden, soweit das im Rahmen kontinuierlicher Teilnahme möglich ist. Über längere Zeit hinweg und mit der vielfachen Erfahrung unterschiedlicher Fälle kann es so gelingen, eigene Voreingenommenheiten, Reaktionsweisen und Sichtweisen zu überprüfen, um so zu realistischeren Einschätzungen eigener Möglichkeiten und Grenzen im therapeutischen Feld im Sinne berufsbezogene Selbsterfahrung zu gelangen. Ein Beispiel mag den Beginn einer Balint-Gruppe veranschaulichen: Nach einer kurzen Einführung des Leiters und der auffordernden Frage, wer nun einen Fall ansprechen wolle, trat ein längeres Schweigen ein, bis schließlich ein junger Praxisassistent von einem Patienten sprach, der wegen einer banalen Erkältung 2 Tage bis zum Wochenende krankgeschrieben wurde, aber damit unzufrieden noch am darauf folgenden Montag krankgeschrieben werden wollte, weil er da einen Zahnarzt-Termin habe. Nach der Ablehnung seiner Bitte sei er tags darauf zum Praxisinhaber gegangen, der ihm seinen Wunsch erfüllt habe. Auf die Frage des Leiters, welche Frage er damit verbinde, meinte er, er wolle von der Gruppe hören, was die dazu sagten, es gäbe so viele Patienten, die sich des Arztes bedienen, um ihre Wünsche erfüllt zu bekommen – da könne er weitere

Beispiele nennen, das ärgere ihn so sehr. Andere Teilnehmende nahmen diesen Affekt verständnisvoll auf, erzählten eigene, ähnliche Erlebnisse, so dass die Frage des Leiters unbeantwortet verhalte, ob man sich einem konkreten Fall zu wenden wolle. Vielmehr entwickelte sich aus der Gruppe eine sehr emotionale Diskussion über den Sinn der ambulanten Versorgung, der Frage, wie weit sich in der Bitte um Krankschreibung ganz andere Probleme zeigten, die in der Praxis weder überblickbar noch lösbar seien (in der Klinik seien die Probleme übersichtlicher). Sei es nicht zu einfach, den Patienten nur Versorgungsmentalität zu unterstellen, statt auch die Möglichkeit erforderlicher Selbstfürsorge einzubeziehen. Ein Plädoyer für die Untersuchung eigener Gefühlsreaktionen stellte die Frage: „Was bedeutet es, wenn wir uns über Patienten ärgern? Was hat das mit uns zu tun?“

Nun ging es um Vorstellung vom Drückeberger, der es sich leicht macht und um den Arzt, der hilflos zuschauen muss, wie sich der aus dem System bedient. Und der Ärger – erklärte der sich daraus, dass der Helfer tüchtig und zuverlässig seine Sprechstunde hält, sich nach allen Regeln der Kunst bemüht, während er zuschauen muss, dass es sich andere leicht machen? - Oder haben die es gar nicht so leicht? Die Diskussion wogte ergebnislos hin und her, während die Notwendigkeit deutlich wurde, sich auf die konkreten Möglichkeiten und Grenzen in einer Arzt-Patient-Begegnung zu beschränken.

Dieser Beginn zeigt Schwierigkeiten, wie sie besonders am Anfang deutlich werden, wenn noch keine klare Vorstellung von den Möglichkeiten der Balintarbeit bestehen. Die Komplexität ärztlicher Praxis mit der beruflichen Situation der ÄrztIn, ihren Abhängigkeiten im System und den Begrenzungen ihrer medizinischen Behandlungsmöglichkeiten ist ja nur ein Teilaspekt, wenn es um die konkrete Frage geht, was zwischen ÄrztIn und PatientIn entsteht, welche Bedeutung diese Begegnung für beide erlangt und welche therapeutischen Möglichkeiten sich daraus entwickeln können.

Die Aufgaben der Balint-Gruppenleitung

Die Teilnahme an einer Balint-Gruppe ist ohne spezifische Kenntnisse möglich; von umso größerer Bedeutung ist die Qualität der Leitung; auf den Tagungen der Deutschen Balintgesellschaft finden daher spezielle Leiterseminare und -supervisionen statt.

Die Balintleitung achtet darauf, dass die Gruppe arbeitsfähig ist, dass der Bezug zur Arzt-Patient-Beziehung nicht verloren geht, sie sollte Übertragung und Gegenübertragung erkennen und damit umgehen können und über Erfahrungen in psychodynamischer Psychotherapie nicht nur im Einzelsetting sondern auch in der Gruppe verfügen. Im Gruppenprozess sollte sie in der Lage sein, eine offene Arbeitsatmosphäre herzustellen, und sie sollte ihre eigene Betroffenheit in den Übertragungsprozessen reflektieren und damit umgehen können. Die freien Einfälle der Teilnehmenden sollten ohne einengende Deutungen zusammengefasst werden, die entstehende Dynamik in der Gruppe muss in geeigneter Weise angesprochen und gegebenenfalls auf den Fall bezogen werden; auch und gerade unter psychotherapeutisch Tätigen sollte sie darauf achten, dass emotionsvermeidender „Therapeutensprech“ oder Fachdiskurs hinterfragt wird und kein kasuistisch-technisches Seminar entsteht; die ReferentIn muss geschützt werden, wenn sie in die Dynamik der Gruppe hineingezogen wird oder wenn die persönliche Selbsterfahrung so sehr in den Vordergrund gerät, dass der Fokus der Arzt-Patient-Beziehung verloren geht;

in solchen Fällen hilft der Verweis auf die individuelle persönliche Selbsterfahrung. Diese technischen Gesichtspunkte der Balintgruppen-Leitung haben sich bewährt. Dennoch sollte man nicht von der Balint-Methode sprechen, als gäbe es nur eine richtige Methode, um der Arzt-Patient-Beziehung nahe zu kommen.

Otten (2007, 2012) beschreibt Balintgruppen mit zusätzlichen kreativen Elementen, nämlich mit der Skulptur, die aus der systemischen Familientherapie bekannt ist, das Rollenspiel, das Psychodrama und die Imagination, die Drees (2002) Prismatische Balintarbeit nannte. Auf ihren Tagungen arbeitet die Deutsche Balintgesellschaft mit Verhaltensmedizinern seit vielen Jahren zusammen, die in der Interaktionellen Fallarbeit ebenfalls auf die Qualität der Arzt- Patient- Beziehung fokussieren – hoffentlich mit der erforderlichen Ausbildung (siehe Sulz, 2002).

Auch die Fähigkeit, in Gruppen zusammenzuarbeiten, sollte eingeschätzt werden, Miss-matching mit der SelbsterfahrungsleiterIn oder mit der Gruppe sollte erkannt werden. Gruppenleitende sollten erfahren genug in der Arbeit mit Gruppe sein, um keine Angst vor Gruppen zu haben und sich zum Beispiel in Lehrer-Rollen zu flüchten; sie sollten sich gegenüber dominierenden Teilnehmenden behaupten können und Entartungen der Gruppe steuern können (siehe obiges Beispiel).

Eine weitere wichtige Aufgabe der Balint-Gruppenleitung besteht in der **Zusammensetzung der Gruppe**, die so gestaltet werden sollte, dass ein gewisses Verständnis in der Art der Arbeit und den Feldbedingungen besteht; sind die Arbeitsfelder oder die Erfahrungsbereiche zu weit voneinander entfernt, wirkt sich das ungünstig aus. So ist zum Beispiel die Zusammensetzung aus dem Psychiatrischen Feld sehr sinnvoll, wenig sinnvoll ist es dagegen, in einer Gruppe von niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen und FachärztInnen mehr als ein bis zwei klinisch tätige Psychiater mit meist recht speziellen Krankheitsfällen zusammenzubringen. Gemeinsame Erfahrungsbereiche im beruflichen Feld sind eine gute Voraussetzung, um auf die Beziehung zwischen Helfer und Hilfesuchenden zu fokussieren, also auf das nicht Sichtbare, nicht sogleich bewusst Erfassbare; insofern stellt die Balintarbeit immer wieder ihre psychoanalytische Herkunft unter Beweis, als sie mit ihrer negativen Fähigkeit, nicht zu wissen, zu Ergebnissen kommt, die über jede positivistische Methodik hinausgehen und eine Beziehungsdiagnose ermöglichen, die TherapeutIn und PatientIn zu verstehen sucht (Angehrn & Küchenhoff, 2014). Diese negative Fähigkeit, offen zu sein und auch in Situationen offen zu bleiben, in denen zum Beispiel alles klar erscheint oder eine Emotion alles überdeckt, sollte insbesondere die Gruppenleitung vertreten.

Einige Beispiele aus der Balintarbeit als berufsbezogener Selbsterfahrung

Entsprechend des Themas dieser Zeitschrift wurden die Darstellungen der beruflichen Problembereiche und die praktischen Beispiele ausschließlich aus Bereich Psychotherapie und Medizin gewählt. In der Allgemeinmedizinischen Praxis finden sich nicht selten Menschen in Lebenskrisen, die für eine fachpsychotherapeutische Behandlung noch gar nicht aufgeschlossen sind. Sie stellen mitunter hohe Anforderungen an eine adäquate Versorgung dar.

Eine Kollegin, erfahren in der Entwicklungs- und Flüchtlingshilfe, und schon länger in der Balintgruppe mitarbeitend, beginnt ihren Fallbericht mit der Bemerkung, sie habe zur Zeit vier in gewisser Weise ähnliche Fälle, die sie an Grenzen brächten. Von einem

wolle sie nun berichten. Es handele sich um einen 20-jährigen jungen Mann, der seine Ausbildung abgebrochen habe und bei seiner Mutter lebe. Beide seien geschmackvoll und gediegen gekleidet und von ansprechendem Äußeren. Er leide seit mehr als 2 Jahren unter Sauberkeitszwängen, die nach einer Klassenfahrt mit der Schulklasse begonnen hätten; er habe im Bus erbrochen und sich und andere beschmutzt. Seither sei er mit seinen Sauberkeitsritualen beschäftigt und habe sich weitgehend von Kontakten zurückgezogen, gehe kaum aus dem Haus und lasse sich von der Mutter versorgen, schlafe, wenn überhaupt, nur im Bett der Mutter, könne nicht einmal den Knopf der Toilettenspülung berühren. Die Kollegin berichtete über ihre Bemühungen um Krankheitseinsicht und Behandlungsmotivation, weil der Patient zunächst nicht bereit gewesen war, sich behandeln zu lassen – weder wollte er sich an einen Facharzt überweisen lassen noch Medikamente einnehmen, noch in eine Klinik gehen. Die Mutter geriet angesichts dieser Lage selbst soweit unter Druck, dass sie in eine Klinikbehandlung für sich selbst einwilligte, während der Sohn in der Wohnung verwehrte, so dass die Notwendigkeit einer Klinikbehandlung für ihn zwar offensichtlich war, aber erst nach mehreren Anläufen angetreten wurde. Den Einzug in eine therapeutische Wohngemeinschaft verweigerte er, so dass er erneut in der Wohnung der Mutter landete. Nun seien Mutter und Sohn in der Praxis aneinander geraten und hätten sich übel beschimpft, als die Mutter ihre Absicht erklärte, nun eine andere Wohnung ohne ihn zu beziehen. Die Kollegin hatte ihm nun in aller Deutlichkeit die Notwendigkeit erklärt, endlich selbständig wohnen zu lernen, wo er auch alleine seine Toilettenspülung betätigen müsse: Mit einem empörten Aufschrei gegen den Geheimnisverrat seiner Mutter hatte der Patient die Praxis verlassen.

Nach diesem Bericht wurde die Gruppe aufgefordert, ihre Eindrücke zu äußern; es kam sofort zu fast feindseligen Spannungen, obwohl die inhaltlichen Unterschiede der Voten gar nicht so gegensätzlich waren. Die Frage, ob der Patient wieder komme, was zu tun sei, spiegelte den Druck der Referentin wider, als Helferin richtig zu handeln und damit die Überforderung der Mutter wie auch des Patienten. Die Schuldfrage kam aus dem Vorwurf der Mutter an den Vater, der an allem schuld sei und an den Sohn („Du bist wie Dein Vater“) und schließlich aus der Empörung des Patienten, der die Verantwortung für seine Zukunft nicht übernehmen wollte und das der Mutter auf drastische Weise demonstrierte, wenn er ihr die Beseitigung seiner Exkremate überließ. Die Referentin fühlte sich entlastet und bestärkt, mit ihrer Intervention den Patienten nicht beschämt (Irreale Größenvorstellung), sondern den nötigen Realismus eingeführt zu haben und berichtete dann nachdenklich, bei sich eine Trauer zu spüren; es wurde ihr deutlich, wie sehr sie sich in diesem Fall engagiert hatte, die Not des Patienten und seiner Mutter gespürt hatte, um nun vielleicht als die Überbringerin der schlechten Nachricht den schwarzen Peter gezogen zu haben? Nichts mehr tun zu können, den Trennungsschmerz zu spüren und auszuhalten, um loslassen zu können, war das Gebot der Stunde und für unsere Referentin eine Selbsterfahrung in einem sehr tiefen Sinne, ging es doch um die Bewältigung von Überforderungsgefühlen einer Mutter, die zu Trennungen nicht in der Lage war und um irrealer Größenvorstellungen eines tief verunsicherten jungen Mannes, der sich gegen die unausweichliche Trennung von seiner Mutter wehrte, also um die Unfähigkeit loszulassen und zu trauern.

Auch in der täglichen Praxis ist eine Unterstützung der Selbstwahrnehmung sinnvoll, geht es in der ärztlichen und psychologischen Therapie doch immer wieder um Grenzsituationen, die über die Alltäglichkeit menschlichen Lebens und Erlebens hinausgehen und in die wir als Gesundheitsagenten täglich verwickelt werden.

In diesem Zusammenhang fällt mir eine erfahrene Frauenärztin ein, die sich zur Teilnahme an der Balintgruppe anmeldete; nach einigen Stunden kam sie auf ihr sehr belastendes Problem zu sprechen, als sie den Fall einer jungen Patientin schilderte, von der sie schon oft wegen Unpässlichkeiten aufgesucht wurde. Insbesondere hatte sie über schmerzhafte Regelblutungen geklagt und die gynäkologische Diagnostik hatte keinerlei Befund ergeben, so dass sie jeweils beruhigend mit der Patientin umgegangen war. Nach geraumer Zeit war sie aber mit dem Befund eines fortgeschrittenen metastasierenden Gebärmutterkrebses aus einer Klinikbehandlung zu ihr gekommen, um von ihr palliativ weiter versorgt zu werden und die Kollegin fragte sich, ob sie einer Voreingenommenheit aufgesessen war und nicht sofort die volle Diagnostik eingesetzt hatte. Hatte sie aus Ärger und Ungeduld nicht die nötige Sorgfalt aufgebracht? Oder ging von dieser Frau etwas aus, was sie zutiefst abwehrte, was die Aufmerksamkeit der Kollegin ablenkte? Die Auseinandersetzung mit diesem Fall war noch nicht abgeschlossen.

Die Begegnung mit menschlichen Schicksalen lässt auch die Betroffenheit in der Bewältigung eigener Lebensthemen anklingen. Dazu noch zwei Beispiele:

Eine Kollegin hatte „krampfhaft“ nach einem Fall gesucht, als ihr ein 50-jähriger Patient einfiel, den sie schon 1 ½ Jahre wegen eines inoperablen Magen-Ca behandle; seine Frau sei frühberentet und seine Schwester sehr ängstlich. Trotzdem sei er noch sehr vital gewesen, lebensstüchtig und wollte seinem Sohn beim Hausbau helfen; nun plötzlich sei er ganz schwach – nichts helfe mehr, was früher doch geholfen habe! Wie könne die weitere Unterstützung aussehen, wenn der Halt Gebende in der Familie ausfällt?

Die Gruppe wirkte schon zu Beginn der Stunde müde und lustlos; rasch nahm sie aber die Verkrampfung der Referentin auf, mit der sie einen Fall gesucht hatte: Sie hatte die Ruhe der Gruppe nicht entspannt aufnehmen können, sondern im Sinne der gemeinsamen Arbeit Verantwortung übernommen und nicht loslassen können wie der Patient. Es tauchten Gedanken auf, wie wohl sein Sterben aussehen könnte? Da fiel der Referentin ein, dass der Patient exakt so alt wie sie selbst sei. Auf die Fragen nach ihrer Lebenssituation konnte nicht näher eingegangen werden – sie ging still und nachdenklich nach Hause.

Eine junge Kollegin berichtet von einer Begegnung mit einem jungen Mann, der sie nach einem Krampfanfall zur Beurteilung eines Computer-Tomogrammes aufsucht, auf dem eine große Raumforderung zu erkennen ist. Sie hat sich bedeckt gehalten und ihm gesagt, es seien weitere Untersuchungen nötig. Er habe eine junge Frau und ein 5 Jahre altes Kind. Viel Mitgefühl und Halt bekommt die Referentin in der Konfrontation mit einem schweren Schicksalsschlag. Sie empfindet Schuldgefühle: soll sie den jungen Mann, der sich abgesehen von dieser kurzen Bewusstlosigkeit völlig gesund wähnt, zu einem schwer kranken Menschen machen und seine Familie ins Unglück bringen? Die Gruppe trauert mit der Referentin, die es so schwer hat in der unabweisbaren Betroffenheit als Überbringerin der schlechten Nachricht.

Verunsicherungen können sich auch ergeben, wenn Abhängigkeiten im beruflichen Kontext mit der Arzt-Patient-Beziehung interferieren:

Eine junge Kollegin wird vom Stationsarzt beauftragt, von einer Patientin die Einwilligung zur Herzkatheter-Untersuchung einzuholen. Das Herzkatheter-Labor wurde gerade

eingrichtet und die Mannschaft will Erfahrungen damit sammeln – die Patientin hat ein chronisches Herzleiden und eine Herzkatheter-Untersuchung wird keinerlei therapeutische Konsequenz hervorbringen, ist aber mit einem Risiko verbunden.

Die Gruppe ist verunsichert, fragt nach medizinischen Details, nach dem Verhältnis zu den Vorgesetzten. Findet die Kollegin mit ihren Einwänden Gehör? Wie ist die Beziehung zur Patientin? Sie hat die Kollegin vertrauensvoll gefragt, ob diese Untersuchung erforderlich sei. Eine erfahrene Hausärztin wirft ein, ob der Hausarzt der Patientin davon weiß: der würde doch sicher der Patientin den richtigen Rat geben können, ohne dass die Kollegin sich exponieren muss?

In diesem Fall sind eine ganze Reihe von Fragen zu klären: neben den medizinischen geht es um die strukturelle Frage, wer in diesem Fall die ärztliche Verantwortung trägt; handelt es sich um einen Loyalitätskonflikt? Um ein ethisches Dilemma? In dem die Kollegin der Patientin die Empfehlung geben kann, sich an ihren Hausarzt zu wenden, ist sie entlastet und sehr erleichtert.

Sinnvolle Teilnahmedauer und Ertrag

Eine allgemein verbindliche Empfehlung für die Dauer einer Teilnahme an einer Balint-Gruppe ist wegen der individuellen Bedingungen wie bei jeder Art von Selbsterfahrung nicht sinnvoll. Dennoch empfehlen viele KollegInnen aus eigener Erfahrung mindestens 1-2 Jahre, um sich einen gewissen Hintergrund zu erarbeiten. Erfreulicherweise nehmen immer wieder Kolleginnen und Kollegen trotz hoher Arbeitsbelastung weit über die geforderten 30 Stunden der Psychosomatischen Grundversorgung hinaus den Aufwand für eine Teilnahme auf sich.

Sie verabschieden sich nach mehrjähriger Teilnahme so wie dieser Kollege:

„Schweren Herzens möchte ich mich von der Balintgruppe abmelden. Mir fällt es derzeit schwer, die verschiedenen Aktivitäten unter einen Hut zu bekommen und ich musste mir eingestehen, dass die Termine der Balintgruppe nicht mehr oberste Priorität haben. Ich vermute und hoffe, dass die Ursache hierfür darin liegt, dass ich inzwischen gut „balintgeschult“ bin und die Gruppe „im Kopf“ habe. Zumindest in dramatischen Auseinandersetzungen mit Patienten stelle ich mir vor, das Problem vorzutragen und schon kommen mir gute Ideen und mögliche Erklärungen in den Sinn und ich kann die Sache gelassener betrachten. Dies schont meine Nerven, erhöht meine Lebensqualität und trägt zum Erhalt meiner Arbeitsfreude erheblich bei. Für dies alles bedanke ich mich herzlich“.

Literatur

- Angehrn, E. & Küchenhoff, J. (2014). Die Arbeit des Negativen. Ansätze negativistischen Denkens in Philosophie und Psychoanalyse. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft.
- Balint, M. (2002). Therapeutische Aspekte der Regression. Die Theorie der Grundstörung. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Buber, M. (2008). Ich und Du. Stuttgart: Reclam.

- Benecke, C. (2017). Warum wirkt tiefenpsychologisch fundierte Therapie eigentlich? Vortrag im Würzburger Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie (WIPP) am 12.10.2017.
- Benecke, C. (2014). Klinische Psychologie und Psychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Drees, A. (2002). Prismatische Balintgruppen: Für Ärzte, Psychologen, Seelsorger und Lehrer, für Berater, Pflegende, Helfende und Kreativtherapeuten. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Ehrig, C. (2017). Interaktionelle Fallarbeit zwischen verhaltenstherapeutischer Supervision und Selbsterfahrung. *Balint-Journal*, 18, 110-117.
- Flatten, G., Möller, H. & Tschuschke, V. (2019) Wie wirksam sind Balintgruppen-Leiter? *Z. Psychosom Med Psychother.*, 65. Jg S. 4-13.
- Herrmann A (2014), Lehranalyse und Institution – eine Paradoxie. *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse*, 68, 1057-1084.
- Loch, W. (1975). Anmerkungen zur Einführung und Begründung der Flash-Technik als Sprechstundenpsychotherapie. In E. Balint & J. S. Norell (Hrsg.) S. 9 - 10, Fünf Minuten pro Patient (S. 123-456). Frankfurt: Suhrkamp.
- Otten, H. (2007). Balintarbeit mit Skulptur. In S. Häfner (Hrsg.), *Die Balintgruppe*. (S. 89-92). Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Otten, H. (2012). *Professionelle Beziehungen: Theorie und Praxis der Balintgruppenarbeit*. Berlin: Springer.
- Rosin, U. (1989). *Die Balintgruppe in Klinik und Praxis: Balint-Gruppen – Konzeption, Forschung, Ergebnisse – Band 3*, Berlin: Springer.
- Schmidbauer, W. (1983). *Helfen als Beruf. Die Ware Nächstenliebe*. Reinbek: Rowohlt.
- Straus, E. (1978). *Geschehnis und Erlebnis*. Berlin: Springer.
- Sulz, S. K. D. (2002). *IFA: Von der Balintgruppe zur Interaktionellen Fallarbeit*. München: CIP-Medien.
- Stucke, W. (1982). *Die Balint-Gruppe*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Stucke, W. (1991). *Die Leitung von Balint-Gruppen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Vinokur V (2003) Evaluation of the effectiveness of Balint groups in different social Profession. *Proceedings*, Berlin, S 147-151.
- Watzlawick, P, Beavin J. H. & Jackson, D. D. (1974) *Menschliche Kommunikation*. Bern: Huber.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Johann Eichfelder – Einzel- und Gruppen-Psychoanalyse
Nervenarzt – Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Schiestlstraße 8 | 97080 Würzburg
Tel. 0931-284608 | Fax 0931-23103 | www.dr-eichfelder.de
www.balintgesellschaft.de (Ehrenmitgliedschaft)