

Kathrin Bichsel:

„Ein neuer Blick mit eigenen Augen“

(Berichte aus der Balint-Arbeit)

(Referat an der Frühjahrstagung der VM-Aerztinnen und –Ärzte der SUVA, 19./20. April 2005, Nottwil)

Einladung zu einer Reise (Reisen bildet!)

Vorher eine Vorbemerkung zum Titel meines Beitrage (*Titelfolie*): Den Irrtum, der sich da eingeschlichen hat, habe ich selber erst vorgestern bemerkt. Im Programm steht „Ein neuer Blick mit **andern** Augen“. Ich hatte eigentlich als Titel vorgeschlagen „Ein neuer Blick mit **eigenen** Augen“. Es handelt sich dabei um ein Zitat (A. Trenkel, 2000, Zur Beziehung von Praxis und Theorie in der Balintarbeit) – Sie haben diese Arbeit in ihren Unterlagen. Herr Trenkel bezieht sich, soviel ich weiss auf eine Aussage von M. Balint selber. Dieses Bild vom „**neuen** Blick mit den **eigenen** Augen“ hat mich angesprochen: es veranschaulicht für mich sehr schön eine andere häufig zitierte Beschreibung dessen, was sich während einer Balintgruppe ereigne, nämlich die „Umstellung der Einstellung“ des fall-vorstellenden Arztes. Es geht eben gerade nicht darum, Ratschläge zu bekommen, sich sagen zu lassen, wie man mit einem bestimmten Patienten vorgehen könnte, um eher zum Ziel zu kommen, es geht nicht um Supervision (das wäre der neue Blick mit andern Augen). Es geht in der Balintarbeit ums Wahrnehmen dessen, was in einem selber eigentlich schon da ist, um eigene innere Reaktionen, Bilder, Gefühle. Ein Allgemeinpraktikerkollege hat kürzlich gesagt, für ihn sei die Balintgruppe ein „Merkfähigkeitstraining“ (er meinte damit, er schule dabei seine Aufmerksamkeit auf das Eigene, werde ermutigt, die eigenen Reaktionen ernst zu nehmen und so das besser wahrzunehmen, was sich zwischen dem Patienten und ihm abspiele).

So verstehe ich den Satz vom neuen Blick mit den eigenen Augen. Diese Aussage scheint aber so ungewohnt, dass daraus auf dem Weg zwischen mir und der Person, die das Programm getippt hat, „Ein neuer Blick mit **anderen** Augen“ geworden ist. Und das wiederum klingt offenbar so selbstverständlich, dass mir selber der Unterschied beim ersten (flüchtigen) Ansehen des Programmes gar nicht aufgefallen ist.

Ich meinte jedoch wirklich, dass das, was ich gewinne, wenn ich in einer Balintgruppe von einem Patienten oder einer Patientin berichte, ein neuer Blick mit meinen eigenen Augen ist. So wie ich eben, wenn ich von einer Reise zurückkomme, meine vertraute Umgebung mit meinen eigenen Augen neu sehe. Die Metapher von der Reise geht auf eine Bemerkung eines erfahrenen Balintgruppenleiters (A. Trenkel) zurück. Wir hatten in einem Seminar über die Rolle des Gruppenleiters diskutiert und er äusserte, für ihn begeben sich der Leitende zusammen mit der Gruppe auf eine Fahrt auf hoher See. Der Gruppenleiter müsse sich dabei, wenn die Arbeit fruchtbar werden solle, selber dem Geschehen in der Gruppe ein Stück weit übergeben (ohne die Zuversicht auf eine Ankunft zu verlieren). Diese Bemerkung fiel mir wieder ein, als ich begann, mir über meinen heutigen Beitrag Gedanken zu machen.

Ich will das Bild einer Reise als roten Faden benutzen. Einerseits sehe ich meine eigene Geschichte mit Balintarbeit als Reise, und ich werde Ihnen von Gruppensitzungen aus verschiedenen Etappen dieser meiner persönlichen Reise erzählen. Andererseits kann jede Gruppensitzung als Reise gesehen werden, und ich werde versuchen, die jeweiligen Etappen einer solchen Gruppenreise mit Fallbeispielen zu veranschaulichen. Da es zum einen schwierig ist, im Nachhinein genau zu erfassen, was sich während einer Gruppensitzung ereignet hat, und da gleichzeitig ja die Beispiele aus Diskretionsgründen verfremdet werden müssen, habe ich mich entschlossen, nicht über eine einzelne Gruppensitzung zu berichten, sondern verschiedene Aspekte des Abenteuers Balintarbeit mit jeweils mehreren Beispielen zu illustrieren.

Übrigens gibt es ja verschiedene Arten von Reisen. Mir fallen etwa ein: Erholungsreisen; Bildungsreisen; Abenteuerreisen; Reisen in eine bessere Welt wie bei den Migrationsbewegungen früher und heute; schliesslich gibt es auch noch die unfreiwilligen Reisen, wie sie z.B. früher Sklaven machen mussten, wenn sie als Galeerenruderer endeten, oder wie sie heute Entführungsoffer oft mitmachen müssen. (Ich bin mir nicht ganz sicher ob Sie alle eigentlich freiwillig hier mitreisen, oder ob Sie als in die Balintarbeit Verschleppte gesehen werden müssen). Balintarbeit kann – je nach Beteiligten (Gruppe, Gruppenleiter, Fallvorstellender, vorgestellter Fall) – von allen Aspekten etwas enthalten. Mal bringt die Gruppenarbeit Erholung für denjenigen, der von einem Fall berichtet, mal gerät einer Gruppe unversehens in ein gefährliches Abenteuer.

Ich habe die folgenden **Reisestationen** als Programm für unsere heutige gemeinsame Reise vorgesehen:

Folie 1

Vor dem Aufbruch zu einer Reise steht immer ein **Anlass** dazu. Der **Aufbruch** selber ist ja meist ein wichtiger, aufregender Moment. **Unterwegs** passiert dann Einiges, bevor wir – je nachdem gestärkt oder müde, in jedem Fall aber ein bisschen verändert – **ankommen** bzw. **zurückkehren**.

1. Anlass zur Reise (*Folie 2*)

Die Frage nach den **Motiven**, weshalb „einer eine Reise tut“, kann gestellt werden in Zusammenhang mit dem Entscheid, in einer Balintgruppe mitzumachen. Es kann Neugier sein auf diese Methode, es kann ein Unbehagen sein in der täglichen Praxis oder vieles mehr. Jede und jeder hat so ihre bzw. seine eigenen Gründe.

Die gleiche Frage stellt sich zu Beginn jeder Gruppensitzung: warum bringt gerade dieser Kollege gerade diesen „Fall“? (*eine Gruppensitzung beginnt ja – wie bereits J.P. Bachmann und H. Egli beschrieben haben - so, dass die Gruppenleitung fragt, wer von einer Arzt-Pat.-Beziehung berichten möchte. Es gibt keine festen Abmachungen, wie manchmal in Supervisionsgruppen, wer diesmal dran ist. Manchmal hat sich jemand vielleicht schon auf dem Weg in die Gruppe vorgenommen, über einen bestimmten Patienten zu erzählen, manchmal fällt einem andern Gruppenmitglied erst in diesem Moment ein, sie/er könnte/möchte diese oder jene Patientin bringen*). Die Motivation, gerade diesen Fall vorzustellen, kann ebenfalls verschiedene Hintergründe haben. Es kann der Wunsch sein, neuen Wind in eine, festgefahrene Geschichte zu bringen. Es kann Neugier sein in dem Sinne, dass die Ärztin spürt, dass hinter den Beschwerden dieses Patienten noch eine Geschichte steckt, die verborgen bleibt. Es kann sich darum handeln, die Last, die ein bestimmter Patient für einen selber geworden ist, zu teilen. Häufig geht es sicher um eine **Not**: es ist zu einer unheilvollen Verstrickung gekommen in der Beziehung des Hausarztes mit seinem langjährigen Patienten, die Zahnärztin kann es ihrem Patienten nie recht machen, der Orthopäde ist in einer Konsultation durch einen Rückenpatienten völlig plattgeredet worden usw. usf.

In einer meiner ersten eigenen Balintgruppenerfahrungen bestand meine Not darin, dass mir eine Patientin viel zu nahe gekommen war, und ich den Weg zurück zur professionellen Distanz nicht fand. Ich war junge Assistenzärztin und fuhr zum ersten Mal an die Balinttagung in Ascona. Balintarbeit hatte ich vorher im Medizinstudium kennengelernt, wo wir während des Wahlstudienjahres die Möglichkeit hatten, in einer sogenannten Juniorbalintgruppe mitzumachen. Diese erste Balintreise hatte für mich eigentlich mit einer Enttäuschung geendet, ich hatte erwartet, dadurch viel besser mit den ganz schwierigen Patienten im Spital fertig zu werden, und hatte nicht den Eindruck, dies sei der Fall. Trotzdem blieb offenbar bei mir eine Hoffnung hängen, vielleicht auch eine Neugier auf diese Art der Auseinandersetzung mit Patientengeschichten. Ich war also in Ascona und stellte dort in der Kleingruppe jene Patientin vor, die ich als Assistenzärztin eines rheumatologischen Ambulatoriums kennengelernt hatte, eine ungefähr 30-jährige Lehrerin. Sie war – nach Poliomyelitis im Kindesalter – erheblich gehbehindert und war deshalb bei uns in physiotherapeutischer Behandlung. Meine Aufgabe bestand darin, die Physiotherapieverordnungen auszufüllen. Im Verlauf begann sie, mir von ihrer privaten Situation zu erzählen. Sie weckte dabei mein Mitgefühl und auch meine Neugier, und zunehmend brachte sie es zustande, dass wir über die Konsultationen hinaus private Kontakte hatten. Dies war mir eigentlich nicht recht, aber ich fand den Weg nicht, mich abzugrenzen. Diese **Not** brachte ich in Ascona in die Kleingruppe.

Ganz anders war es in einer Grossgruppe in Sils (H.Egli hat bereits beschrieben, wie diese Grossgruppen funktionieren). In dieser einen Grossgruppe entstand zunächst der Eindruck, dass der vorstellende Kollege nicht aus Not, sondern aus einer Art Profilierungssucht heraus seinen Fall darstelle: es handelt sich um einen psychiatrisch tätigen Arzt, der von seiner Therapie bei einer 40-jährigen Frau berichtete, die sich plötzlich erinnerte, dass ihr Vater sie als Kind sexuell missbraucht habe (auch diesen Fall hat H.Egli bereits erwähnt). Der Arzt berichtete der Gruppe, wie er die Patientin nach wenigen Sitzungen gedrängt hatte, in einem Familiengespräch den Vater mit ihrem Vorwurf zu konfrontieren. Nicht nur seine therapeutische Vorgehensweise, sondern vor allem die Art, wie er in der Gruppe darüber berichtete, weckte heftigste Emotionen, die Sitzung wurde sehr stürmisch (davon vielleicht später). Der Kollege wehrte sich bis zuletzt gegen alle Versuche der Gruppe, ihn „vom hohen Ross herunter zu holen“. Im Nachhinein hatte ich aber den Eindruck, dass hinter seinem Entschluss, diese Patientin vorzustellen, sehr wohl eine Not gestanden hatte: er spürte wohl,

dass er im Begriff war, sich mit dieser Patientin aufs Glatteis zu begeben, indem er sie vorschnell zu Schritten drängte, zu denen sie noch in keiner Weise bereit war. Er kam mir vor wie der Bursche im Märchen „Von einem der auszog, das fürchten zu lernen“. Dessen Problem besteht ja darin, dass er nicht weiss, was Gruseln ist. Ich glaube, der Kollege hatte gemerkt, dass ihn eigentlich ob seiner forschen Art des Therapierens das Gruseln hätte ankommen müssen. Er hatte sich also sozusagen aus Abenteuerlust auf diese Reise begeben. Mit seiner Art der Darstellung hat er dann eine Situation inszeniert, in der es den Gruppenmitgliedern stellvertretend für ihn gruselte (und ich hoffe natürlich als damals verantwortliche Gruppenleiterin immer noch, dass er dieses Gruseln als Gefühl mitgenommen hat und etwas damit anfangen konnte!).

Ebenfalls in Sils, diesmal im intimeren Rahmen der Kleingruppe, berichtete ein Allgemeinpraktiker von einem 39-jährigen Italiener, der nach einem Unfall vor 10 Jahren unter einem chronischen Schmerzsyndrom leidet, arbeitsunfähig ist, und der vor 4 Monaten den Hausarzt gewechselt hatte und so zu ihm gekommen war. Natürlich meinte die Gruppe zuerst, es handle sich da um „wieder eine dieser Geschichten“, wie jemand nach dem ersten Bericht des Kollegen meinte. Man glaubte also, es gehe um einen Migranten mit Rentenbegehren, und das sei die Not des Kollegen. Dieses klischeehafte Verständnis stellte sich im Verlauf als falsch heraus: der Kollege litt vielmehr darunter, dass er eigentlich gerne zu diesem Mann eine eigenständige Beziehung aufgenommen hätte, dass aber eben gerade die Klischees von „wieder eine dieser Geschichten“ ihm da im Wege standen.

Soviel zu den Motiven, die Reise zu unternehmen.

Nun zum

2. Aufbruch zur Reise (Folie 3)

Vor dem Aufbruch kämen ja eigentlich noch die Reisevorbereitungen. Da es sich aber bei Balintgruppen-Sitzungen um geführte Gruppenreisen handelt, und auch die Gruppenleitung sich jeweils auf eine Fahrt ins Blaue einstellt, kann auf aufwändige Vorbereitungen verzichtet werden. Sie sollten einigermaßen gesund sein, nicht gerade grossen Hunger haben, und eine gute Portion Offenheit oder Neugier mitbringen....

Zu Beginn einer Reise gilt es, sich vom Vertrauten zu verabschieden. Bezogen auf Balintarbeit sehe ich das so: zu Beginn der Gruppensitzung lautet ja die Instruktion, ohne spezielle Vorbereitung und ohne Rückgriff auf Unterlagen wie Krankengeschichte, Röntgenbilder, Laborbefunde usw. frei zu erzählen, was einem zum betreffenden Patienten, zu den Begegnungen mit ihm einfällt. Die anderen Gruppenmitglieder (Leitung inklusive!) hören sich diesen Bericht einfach mal an und sind ermutigt, sich eben gerade nicht auf das Denken in diagnostischen Kategorien zu konzentrieren, nicht zu überlegen, welche Abklärungen der Kollege noch vornehmen könnte, welche Störung gemäss F-Kategorien der ICD-10 vorliegen könnte, wie das Management dieses „Case“ gemäss Guidelines einer Evidence based Medicine gestaltet werden müsste usw. (verstehen sie mich bitte nicht falsch: ich will nicht das eine gegen das andere ausspielen – alle genannten Überlegungen sind für mich unverzichtbarer Bestandteil jeden ärztlichen Handelns, die vertraute Heimat hat durchaus ihren Wert).

Zur Illustration dieses „Verlassen des Vertrauten“ ein Beispiel: Diesmal handelt es sich um einen Fall, den ich selber als langjähriges Mitglied in einer Balintgruppe einbrachte:

Am Nachmittag vor der betreffenden Gruppensitzung hatte ich eine Begegnung gehabt mit einer Patientin, in der ich mich äusserst unwohl und bedrängt gefühlt hatte. Als nun der Leiter die Gruppensitzung eröffnete, und einen Kollegen, der nach längerem Unterbruch zum ersten Mal wieder kam, fragte, ob er sich noch daran erinnere, dass man in der Balintarbeit immer vom **Erleben** des berichtenden Kollegen ausgehe, fühlte ich mich unmittelbar angesprochen durch den Ausdruck „Erleben“ und meldete an, ich hätte jemanden vorzustellen.

Mein Bericht ging **nicht** von der (an sich eindrücklichen) Krankengeschichte meiner Patientin aus, sondern von meinem am Nachmittag erlebten Gefühl des Bedrängtseins.

Damit das Ganze nachvollziehbar bleibt, berichte ich Ihnen kurz, was ich der Gruppe (viel ausführlicher) nachher auch erzählte: ich war einige Monate vorher für ein psychiatrisches Konsilium zu dieser ca. 30-jährigen Frau ins benachbarte Bezirksspital gerufen worden. Die Patientin litt unter rezidivierenden Lungenembolien unbekannter Genese. Die Erkrankung hatte ein bedrohliches Ausmass angenommen mit bereits fortgeschrittenem Cor pulmonale, therapeutisch herrschte (auch bei den Spezialisten im Uni-Spital) Ratlosigkeit, man erwog eine Herz-Lungen-Transplantation. Ich vermutete bei der Anmeldung des Konsiliums, dass die Psychiaterin beigezogen wurde, weil entweder die behandelnden Ärzte oder die Patientin selber nicht in der Lage waren, die tödliche Bedrohung auszuhalten und darüber zu reden, und ich fürchtete sogar, vielleicht sei die Patientin (wie das in solchen Situationen manchmal

tatsächlich vorkommt) gar nicht angemessen auf das Gespräch mit mir vorbereitet. Entgegen dieser Annahme begrüßte die Patientin mich erleichtert und erzählte mir, sie selber habe das Gespräch gewünscht, Sie brauche dringend jemanden, mit dem sie über die schwierige Beziehung zu ihrer Mutter reden könne! Ich war überrumpelt, liess sie aber reden, und wurde mit einem pausenlosen Wasserfall von Schilderungen dieser Beziehung übergossen. Ich kam kaum zu Wort, wankte zwischen passivem Geschehenlassen und verzweifelten, jedoch untauglichen Versuchen, das Gespräch auf das vermeintlich eigentliche Thema ihrer körperlichen Erkrankung zu führen. Ich bot schliesslich der Patientin weitere ambulante Gespräche an, die sie hartnäckig dazu benutzte, über ihre Mutter zu reden. Ihre gesundheitliche Bedrohung kam nur zur Sprache, wenn ich explizit danach fragte.

Natürlich flossen die medizinischen Fakten in meine Erzählung ein, und meine Kolleginnen und Kollegen in der Gruppe mussten sich ebenfalls zuerst von den vertrauten Gestaden lösen, die sich hier anboten: wir hätten wohl gut die ganze Gruppensitzung füllen können mit Gesprächen über diese schwere Krankheit, über die Möglichkeiten und Gefahren unserer hochtechnisierten Medizin. Wir hätten bedauern können, dass der Mensch dabei manchmal auf der Strecke bleibe, hätten uns unterhalten können über die notwendige Zusammenarbeit zwischen Somatikern und Psychikern, hätten dabei vielleicht fordern können, dass die Psychosomatik im Medizinstudium einen besseren Stellenwert bekommen müsse. Wir hätten die verdrängten Ängste der Patientin analysieren können, und sicher hätte ich von meinen Kollegen (es handelt sich um eine gemischte Gruppe von somatisch und psychiatrisch tätigen Ärztinnen und Ärzten) gute Hinweise bekommen, wie ich diese Ängste der Patientin thematisieren könnte, um mit ihr dann geeignete Copingstrategien zu erarbeiten. Unser Gruppenleiter forderte uns aber geduldig auf, diese uns allen wohlbekannten Gefilde vorübergehend zu verlassen, indem er immer wieder auf das von mir Erlebte in den Begegnungen mit dieser Frau hinwies und uns aufforderte, in dieses unbekanntere Terrain vorzustossen.

Soweit zum „Abschied von Vertrautem“. Bei diesem Loslassen können selbstverständlich auch **Unsicherheiten und Ängste** wachwerden. Wenn ich so über selber Erlebtes meinen Kollegen erzähle, beschäftigt mich vielleicht die Frage, was die Gruppe über mich denken werde. – „Was hat die bloss für unmögliche Patienten? Wie behandelt die denn ihre Patienten?“ – Ich kann befürchten, dieser Fall gebe nichts her, weil ich ja gar nicht so viele Fakten kenne. - Dass der Verzicht auf Notizen und damit auf festgehaltene Fakten nur vermeintlich ein Problem ist, habe ich selber bei der Vorbereitung auf heute erlebt. Ich fand

nämlich plötzlich ein Heft nicht mehr, in das ich gelegentlich besonders eindruckliche Balintsitzungen notiere. Schliesslich fand ich mich damit ab, nur mit dem zu arbeiten, was ich noch aus dem Gedächtnis abrufen konnte. In diesem Moment tauchte das Heft wieder auf, aber zu meiner Ernüchterung halfen mir die Notizen nicht wirklich weiter. Hingegen erlebte ich während der Arbeit, dass mir mit der Vertiefung in die einzelnen Gruppen-Fälle plötzlich wieder viel mehr Erinnerungen an diese Gruppenverläufe kamen, als ich je gedacht hätte).

Verunsichernd kann natürlich auch die Aussicht sein, in der Gruppe zu viel vom eigenen Erleben preiszugeben. Dazu fällt mir – weil ich ja vom Reisen erzähle – eine Episode aus der Odyssee ein: Odysseus gerät auf der Wegfahrt von der Nymphe Kalypso kurz bevor er am Land der Phäaken landet, in einen heftigen Sturm, den ihm der immer noch erzürnte Poseidon sendet, sein Floss wird zertrümmert. Leukothea rettet ihn, indem sie ihn auffordert

„Ziehe die Kleider aus, und lasse das Floss in dem Sturme

Treiben; spring in die Flut und schwimme mit strebenden Händen...“

Sie gibt ihm ihren Schleier, der ihn vor den tobenden Fluten schützt, aber mit der Anweisung, diesen Schleier wegzuwerfen, sobald er das Ufer mit seinen Händen berühre. Ich meine damit, dass es eine wichtige Voraussetzung für Balintarbeit ist, wenn wir es wagen, die Kleider unseres gewohnten medizinischen Instrumentariums vorübergehend abzulegen. Ich meine damit aber **nicht**, dass der oder die Fallvorstellende vor der Gruppe das eigene Innerste nach aussen kehren, sich sozusagen nackt ausziehen muss.) -

Manchmal haben die Ängste, die zu Beginn einer Sitzung auftauchen, natürlich auch schon mit dem geschilderten Fall zu tun. Eindrücklich habe ich das selber in der oben erwähnten Grossgruppensitzung mit unserem allzu kühnen Kollegen erlebt: kaum hatte er seinen Bericht begonnen, hatte ich ein heftiges, leibhaftig verspürtes Gefühl, mich an den Armlehnen meines Stuhles festhalten zu müssen. Es kam mir vor, als befände ich mich auf einer Achterbahn, einer Art Höllenfahrt, und ich wusste sofort, dass ich als Leiterin in dieser Sitzung sorgfältig darauf achten musste, mich vom Strudel nicht fortreissen zu lassen. Ich glaube, damit setzte ich ein notwendiges Gegengewicht zum Bungee Jumping unseres Kollegen.

Jede Reise beginnt natürlich auch mit Hoffnungen und Erwartungen. Die Gruppe darf zu recht erwarten, miteinander eine spannende, erlebnisreiche Reise zu erleben. Der Fallvorstellende erhofft sich natürlich Erlösung aus einer Verstrickung, Deblockierung in einer festgefahrenen Pattsituation oder neue Erkenntnisse zu seinem Patienten, seiner Patientin.

(Folie 4)

3. Unterwegs

Ich habe assoziativ Stichworte zum Unterwegssein gesammelt, so wie sie mir gerade einfielen. Im folgenden werde ich nicht systematisch der Liste nachgehen. In den verschiedenen Gruppenbeispielen, über die ich berichte, werden Sie ungeordnet den einen oder den andern dieser Aspekte wiederfinden.

Was sich unterwegs ereignen wird, ist zu Beginn einer Balintgruppensitzung immer offen. Es geht ja darum, dass im Dialog zwischen dem Fallvorstellenden und den andern Gruppenmitgliedern die gleiche Geschichte neu erzählt wird. Manchmal zieht es der Leiter allerdings auch vor, den Fallvorstellenden aus diesem Dialog auszuschliessen. Es gibt Leiter, die das sogar regelhaft so machen. Sie sind überzeugt (und ich denke, dass hat tatsächlich viel für sich), dass durch den Anfangsbericht und durch das, was die Gruppenmitglieder aufnehmen genügend Saiten angeschlagen werden. Sie lassen die Gruppe dann ohne den Vorstellenden daraus eine Symphonie komponieren, die sich der Berichtende zurückgelehnt anhören darf. Manche und mancher hat da schon Überraschendes zu hören bekommen, das ist jedenfalls das, was Fallvorstellende am Ende solcher Gruppensitzungen als ersten Eindruck meist äussern.

Letztlich ist es eine Frage der persönlichen Vorliebe eines Leiters und der Gruppensituation, ob der eine oder der andere Weg – Dialog zwischen Gruppe und Vorstellendem oder Gruppenarbeit mit schweigendem Vorstellendem - gewählt wird. Wesentlich ist eigentlich nur, dass überhaupt neue Landschaften betreten werden können. Wenn z.B. ein Fallvorstellender seinen Kollegen dauernd vorschreiben will, welchen Weg sie einschlagen sollen, und sich hartnäckig weigert, neues Terrain zu betreten, kann es nötig sein, dass die Leitung ihm mal ein Schweigegebot auferlegt. Denn natürlich ahnt der Vorstellende ja etwas von den Anstrengungen und den Gefahren, die in Zusammenhang mit diesem Fall lauern, und er wird vielleicht versuchen, die Gruppe in seichtere Gewässer zu leiten. Dann wird es manchmal auch ein bisschen langweilig in der Gruppe.

Ich erinnere mich da an eine Situation, wieder in Sils. Ich sass als Teilnehmerin in der Grossgruppe.

Ein Hausarzt stellte einen Bauern vor, dessen Tochter sich mit einem Kosovo-Albaner verheiratet hatte. Die Geschichte ist mir nicht mehr in Details erinnerlich. Ich glaube noch zu wissen, dass sich der Arzt um den Patienten Sorgen machte. Einerseits wegen dessen medizinischem Problem (vielleicht war es eine Hypertonie), andererseits wegen der heftigen

Konflikte zwischen dem Bauern und seinem Schwiegersohn. Soweit ich noch weiss, hatte der Bauer anlässlich einer Begegnung der beiden im Stall plötzlich eine Art Kollaps erlitten. In der Gruppe weckte diese Szene im Stall Neugier, man begann zu phantasieren, was sich da wohl zwischen den beiden ereignet haben könnte. Es wurde darüber diskutiert, wer von den beiden ev. welchen wirklich bedroht habe. Phantasien über „Mord und Totschlag“ standen im Raum. Der vorstellende Kollege wehrte dies aber alles ab, verharmloste immer wieder. Allenfalls liess er gelten, dass der Schwiegersohn gefährlich sein könnte, der sei aber inzwischen nicht mehr im Land. Dass eine gute Portion Aggressivität auch beim Vater angesiedelt sein könnte, bestritt der Kollege heftig. Er kenne diesen als äusserst friedfertigen Mann. Zwischen der Gruppe und dem vorstellenden Kollegen entstand ein mühsames Hin und Her. Je mehr einzelne Gruppenmitglieder darauf beharrten, auch beim rechtschaffenen Bauern könnte es ja aggressive Impulse geben, desto mehr verschloss sich der Kollege, sodass man immer wieder auf andere Themen auswich. Ich spürte sehr leibhaftig den Druck, der durch dieses ständige Unterdrücken und Verleugnen eigener Aggressivität entstand. Und plötzlich fiel mir die Tochter wieder ein, die den Kosovaren geheiratet hatte. Ich sah sie plötzlich in der Familie mit diesem redlichen, biedern Vater, in dieser heilen Bauernidylle. Irgendwann explodierte ich: ich würde dieses Gesäusel nicht mehr aushalten, es sei erlangweilig, wie das hier laufe – wenn das so weiter gehe, würde ich in den Balkan gehen und dort einen heissblütigen Kosovaren heiraten! – Mir tat der Ausbruch gut. Allerdings musste ich dann erleben, dass die Gruppe nicht auf meine Abenteuerlust einstieg und gesittet blieb.

Ein anderes Beispiel des Erkundens einer neuen Landschaft erlebten wir im oben vorgestellten Inzestfall. Wir hatten alle den Eindruck, der Kollege zwingt uns, in **seinem** Theaterstück mitzuspielen. Dank einer Teilnehmerin, die sich von der Geschichte der Patientin sehr berühren liess und sich der Gefahr aussetzte, dieses Berührtsein in der Gruppe zu zeigen, indem sie die bei ihr geweckten äusserst heftigen und unangenehmen Gefühle nicht unterdrückte, gelang uns schliesslich quasi der Blick hinter die Kulissen dieses Theaters. Dass diese Sitzung für alle Beteiligten äusserst anstrengend war, können Sie sich ja denken...

Etwas vom Bedeutungsvollsten während einer Gruppensitzung sind für mich die **Begegnungen**, die sich zwischen den Reiseteilnehmern ergeben können. (Zur Erinnerung: Reiseteilnehmer sind der Fallvorstellende, die Gruppenmitglieder **und** die Leitung). Es kann zu Scharmützeln zwischen zwei Gruppenmitgliedern kommen, zur Verbündung einzelner Gruppenmitglieder untereinander, die Gruppe kann sich in zwei Lager spalten, die Leitung

kann attackiert werden usw. Solche Begegnungen können meistens so verstanden werden, dass sie etwas vom vorgestellten Patienten oder von der vorgestellten Arzt-Patient-Beziehung widerspiegeln.

Manchmal wirken die Begegnungen als direkter Spiegel, wenn zum Beispiel (wie ich es real einmal erlebt habe) ein Gruppenmitglied mit der Leitung in Konflikt gerät ums Einhalten oder nicht Einhalten von Regeln, und durch diese Episode plötzlich wieder „Leben in die Gruppe kommt“. Der ganzen Gruppe ist dank diesem Intermezzo nämlich schlagartig klar geworden, dass die vorgestellte Patientin mit ihrem Ehemann nicht recht in Kontakt kommt, weil beide sich ängstlich darum Bemühen, die Regeln ihrer Religionsgemeinschaft einzuhalten, weil die Frau es nicht wagt, diese Regeln infrage zu stellen und sich damit „mit der Regierung“ (der Gemeinschaft, aber offenbar auch ihrem Ehemann) anzulegen.

Begegnungen können auch indirekt neue Entwicklungen ermöglichen:

Ich komme noch einmal auf den Italiener mit der somatoformen Schmerzstörung zurück:

Die Gruppe quälte sich, wie bereits berichtet, nach dem ersten Bericht des Kollegen über längere Zeit mühsam mit dem Klischeehaften dieser Geschichte herum. Es wurde darüber gesprochen, wie ungern man sich eigentlich auf diesen Patienten überhaupt einliess, wie gering die Lust war, sich mit ihm zu beschäftigen, einzelne Gruppenmitglieder begannen, von eigenen ähnlichen Patienten zu erzählen, schliesslich stolperten wir in eine Diskussion darüber, ob solchen Patienten eine Rente zugesprochen werden solle oder nicht, und drohten, in diesem Gestrüpp hängenzubleiben. Plötzlich fiel jemandem auf, dass der vorstellende Hausarzt dabei immer stiller und in sich gekehrter geworden war, und sprach ihn ganz direkt darauf an. Der Kollege schrak zuerst etwas zusammen, konnte dann aber sagen, dass er sich zunehmend alleingelassen und unverstanden fühle. Jetzt begann sich die Gruppe um ihn selber zu interessieren, es entstand wieder ein echtes Gespräch, und plötzlich fiel dem Kollegen eine Episode aus einer Konsultation mit dem Patienten ein, die er zwar registriert hatte, der er aber bisher nicht näher Beachtung geschenkt hatte. Er erzählte uns, wie es ihm ergangen war, als er kürzlich den Rücken des Patienten palpiert hatte: er stand hinter dem Patienten, stellte fest, wie enorm hart und verspannt dieser Rücken war, und in dem Moment habe er das Gefühl gehabt, dem Patienten ein bisschen näher zu sein, er könne aber nicht näher in Worte fassen, was es eigentlich gewesen sei. – Für den Rest der Sitzung beschäftigte sich die Gruppe, jetzt wieder im Austausch mit dem Fallvorstellenden, intensiv damit, wie einsam sich offenbar dieser Patient fühlen müsse. Es wurden Mutmassungen darüber geäussert, weswegen er sich wohl hinter seinen Muskelpanzer zurückziehen müsse. Wir

waren plötzlich - weg von den Klischees - zu einem lebendigen Interesse an diesem Menschen gelangt. Der Arzt aber hatte am Schluss der Sitzung vor allem **be-griffen**, dass er die Abwehr seines Patienten als für diesen offenbar lebenswichtigen Schutz zunächst einmal respektieren musste, dass er ihn nicht frontal angehen konnte, indem er ihn zum Beispiel nach äusseren oder inneren Konflikten fragte. Er fühlte sich entlastet beim Gedanken, dem Patienten vorerst einmal den Rückhalt einer zuverlässigen Begleitung zu geben und abzuwarten, was ihm dieser selber mitteilen werde. Es stellte sich nämlich auch noch heraus, dass der Patient längst eine Rente bezog, es also nicht, wie befürchtet, um ein Rentenbegehren ging.

4. Rückkehr/Ankunft (Folie 5)

Dieser Kollege also nahm als Souvenir an diese Balintgruppe sein Erlebnis des Be-Greifens im Moment der Rückenuntersuchung mit.

Mein Mitbringsel aus der Gruppe in Ascona (die Geschichte mit der ungewollt grossen Nähe) bestand in der Erkenntnis eigener Anteile. Solche Selbsterkenntnis kann übrigens in einer Balintgruppe gewonnen werden, ohne dass alles direkt ausgesprochen werden muss. Niemand muss sich schutzlos ausziehen (deshalb erzähle ich ja hier auch nicht mehr über diese Geschichte).

Was der Kollege, der auszog, das Gruseln zu lernen, genau mitgenommen hat, weiss ich nicht. Ich habe aber guten Grund zu hoffen, dass er die Mahnung zu etwas mehr Vorsicht durchaus gehört hat.

Bei meiner Patientin mit den rezidivierenden Lungenembolien erzähle ich nun zuerst noch vom weiteren Gruppenverlauf: Ich selber spürte im Austausch mit der Gruppe immer deutlicher das Bedürfnis, bei dem zu bleiben, was ich mit der Patientin wirklich erlebte, mich nicht durch Vermutungen darüber ablenken zu lassen, was die Patientin wohl verdränge. Indem ich hartnäckig (von der Leitung darin unterstützt) immer wieder darüber reden wollte, wie die Patientin mich in den Sitzungen bedrängte, wurde zunehmend das Beziehungsverhalten der Patientin zum Thema. Es spielte sich zwischen der Gruppe und mir das gleiche ab, wie zwischen der Patientin und mir. Dadurch konnte ich immer deutlicher in Worte fassen, wie es mir in diesen Sitzungen erging, und es wurde für uns alle erlebbar, wie es offenbar dieser jungen Frau im Kontakt mit ihrer Mutter erging. Etwas, was die Patientin

selber so nicht benennen konnte, wurde dank dem Resonanzkörper, den mir die Gruppe bot, immer plastischer: ihre Sehnsucht nach einer ganz nahen Beziehung und gleichzeitig ihre ebensogrosse Angst vor Nähe.

Die Zeit ist hier zu knapp, den weiteren Verlauf dieser Gruppensitzung detailliert zu schildern. Wesentlich ist mir das, was ich in dieser Gruppensitzung erfuhr: je besser es mir gelang, mein eigenes Erleben wahrzunehmen und zur Sprache zu bringen, desto entlasteter fühlte ich mich. Oder mit andern Worten, je mehr ich mich selber sein durfte, desto freier fühlte ich mich. Und nachdem ich das verstanden hatte, war es mir auch nicht mehr so unangenehm, mich von der Patientin steuern zu lassen, weil ich nicht mehr fürchten musste, den eigenen Boden zu verlieren. Ich gewann einen **neuen Blick** auf das Geschehen zwischen uns, durfte dabei aber **die eigenen Augen** behalten.

Nach dieser Gruppensitzung liess ich die Patientin ungehindert über ihre Nöte mit ihrer Mutter reden. Und irgendwann begann sie von selber über ihre Krankheit zu reden, über ihre damit verbundenen Ängste und - über ihre Begegnungen mit den übermächtigen Spezialisten im Unispital, wo sie schwankte zwischen hoffnungsvollem kindlichem Vertrauen und hilflosen Gefühlen des Ausgeliefertseins.

Ein besonders kostbares Mitbringsel nahm ich übrigens damals auch aus der Sitzung mit dem Kosovaren mit: Ich war zunächst nach meinem Ausbruch zwar befreit, aber auch ein wenig enttäuscht, weil mein Ausbruch zwar für einen Moment eine gewisse Verblüffung hervorrief – die Gruppe dann aber scheinbar unbeirrt weiterarbeitete und ich den Eindruck hatte, meine Energie verpuffe ins Leere. Nach der Gruppensitzung kam ein damals schon hochbetagter Balintgruppenleiter zu mir und fragte mich, ob ich wisse, warum niemand näher auf meine Drohung eingegangen sei: ich habe eben genau ins Schwarze getroffen.

Ich verstand das als sehr schöne Ermutigung, meinen eigenen Wahrnehmungen zu trauen, den Blick mit meinen eigenen Augen zu trauen.

Und nun wünsche ich Ihnen gute Reiseerlebnisse!

Frau Dr. med.
Kathrin Bichsel
Psychiatrie und Psychotherapie FMH
Oberburgstrasse 54
3400 Burgdorf

(Titelfolie)

„Ein neuer Blick mit anderen Augen“

?

„Ein neuer Blick mit eigenen Augen“

(Folie 1)

Balint - Arbeit

als

REISE

1. Anlass zur Reise

2. Aufbruch zur Reise

3. Unterwegs

4. Rückkehr/Ankunft

1. Anlass zur Reise

Neugier

Wunsch nach neuen Erfahrungen

Erholungsbedürfnis

Not

Zwang

(Folie 3)

2. Aufbruch zur Reise

Abschied von Vertrautem

Ängste, Unsicherheit

Hoffnungen und Erwartungen

3. Unterwegs

neue Landschaften

Überraschungen

Wetterlaunen

Gefahren

Anstrengungen

Entbehrungen

Langeweile

Begegnungen

(Folie 5)

4. Rückkehr/Ankunft

Souvenirs

neuer Blick