

[Homepage](#)

[Was ist  
Balintarbeit?](#)

[Balintgruppen](#)

[Ausbildung](#)

[Balinttagungen](#)

[Literatur](#)

[SBG](#)

[Links](#)

# Grundlagen, Spezifität und Perspektiven der Balint-Arbeit

Dr. med. Arthur Trenkel, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Via  
Madonna della Salute 30, CH - 6900 Massagno

Vortrag am 6. Internationalen Balint-Kongress in Montreux vom 11.-13. Oktober  
1984

## Einführung

Als ich den Titel für ein einleitendes Referat unseres Kongresses wählte, folgte ich dem Wunsch meiner Freunde im Programmkomitee, die mich baten, die Grundzüge und die wesentlichen Perspektiven der Balint-Arbeit in heutiger Sicht darzustellen. Die Kollegen meinten, dass dies um so besser gelingen könnte, je mutiger ich aus meiner eigenen Erfahrung heraus, das heisst in einem sehr persönlichen Blick, Einsichten und Folgerungen vortragen würde.

Ich darf sagen, dass mich die Aufgabe sehr angesprochen hat, weil sie mir Anreiz war, die eigene Sicht und die entsprechenden Akzente in eine mitteilbare Form zu bringen oder dies wenigstens zu versuchen. Besonders verlockend schien mir das Angebot im Zusammenhang mit unserem Kongress-Thema, denn die Ausbildung durch persönliche Veränderung des Arztes ist nach meiner Überzeugung der zentrale Faden unserer Arbeit, und weil sie zweifellos auch die Gruppenleiter verändert, konnte ich mir vorstellen, mein Referat auch in dieser Hinsicht auf eigenes Erleben abzustützen.

Ich werde somit im folgenden über die Grundlagen, die Spezifität und die Perspektiven der Balint-Arbeit nicht als Experte sprechen, sondern als beteiligter Arzt, der durch diese Arbeit selbst in seinem Arztsein verändert wurde und dessen Veränderung noch immer weiterschreitet. Die «begrenzte, aber doch wesentliche» Umstellung, welche Balint anregte, hat bei mir in eine Entwicklung übergeleitet, die vorläufig kein Ende erkennen lässt.

Als ich mich mit meinem Thema gründlicher auseinanderzusetzen begann, stellte ich übrigens bald fest, dass auch bei weniger persönlicher Betrachtung alle Ansätze, sich dem Kern der Sache zu nähern, unvermeidlich bei der Veränderung des Arztes mündeten. Sowohl die *Grundlagen* wie auch die *Spezifität* und erst recht die weiterführenden *Perspektiven* der Balint-Arbeit erschienen mir letztlich als Facetten oder besser als Auswirkungen des einen zentralen Geschehens, der Veränderung des Arztes. Die drei Themen, die mein Titel nennt, kamen mir vor wie drei unterschiedliche Brunnenschächte, die alle zum gleichen Grundwasser führen, nämlich zur Bedeutung der Person des Arztes in bezug auf seine Berufstätigkeit.

Sie werden denken, es brauche nach dreissig Jahren Erfahrung mit der Balint-Methode keinen internationalen Kongress, um zu dieser Einsicht zu gelangen. Und doch bin ich nicht sicher, ob ich nur langweilig und rückständig bin, wenn ich

trotzdem den Mut habe, meine Wiederentdeckung ernst zu nehmen. Es mag sein, dass dieser Mut in den Bereich des «Mutes zur eigenen Dummheit» gehört, aber auch dies wäre kein Grund, von meinem Vorhaben abzusehen. Im Gegenteil, die zitierte Formel Balints spricht meines Erachtens den wohl direktesten Zugang zur Hauptsache an, freilich auch die entsprechende Schwierigkeit, die dabei im Wege steht. Das Wort vom «Mut zur eigenen Dummheit» ist in meinem Verständnis ein chiffrierter Schlüssel, der im Kleid eines witzigen Einfalls zu einer Umstellung auffordert, die bei näherer Betrachtung schon alles andere als belanglos und harmlos ist. Das «Bonmot» enthält nämlich die Ermutigung zum Selbstsein des Arztes als Voraussetzung zu all seinem beruflichen Tun und Lassen.

## Grundlagen

Der «*Mut zur eigenen Dummheit*» gehört somit ganz an den Anfang dessen, was wir als «Grundlagen» der Balint-Arbeit beschreiben können. Er bezeichnet auch den ersten Schritt zum «Prozess der Befreiung und allgemeinen Lockerung» des Arztes und damit seiner persönlichen Veränderung. So gewiss es Michael und Enid Balint darum ging, gemeinsam mit praktizierenden Ärzten die psychologischen Dimensionen der Allgemeinmedizin zu erforschen und gleichzeitig realistische Wege zur psychotherapeutischen Ausbildung dieser Ärzte zu erschliessen, so selbstverständlich erschien es ihnen von vornherein, dass eine solche Arbeit nur dann sinnvoll sein könnte, wenn sie den Arzt als Person, das heisst mit seinen eigenen Wahrnehmungen und Beobachtungen mit einbezog, nicht nur sein angelerntes Wissen und Können. Dieser Ansatz war bereits das Neuartige und Besondere des Experimentes; er bleibt auch heute die wesentliche Grundlage unserer Gruppenarbeit.

Es war für beide Balints überdies selbstverständlich, dass die konkrete Praxis immer mehr und anderes enthält, als die bereits ausgeformten Theorien in ihrem je spezifischen Verständnis zu fassen vermögen. Es gehört meines Erachtens auch zu den Grundlagen unserer Arbeit, dass dieser *offene Erfahrungsraum der Praxis* als solcher erkannt wird, was unter anderem bedeutet, dass der Arzt nicht alles selber macht, was in diesem Raum geschieht. Es ging und geht deshalb nie darum, ein psychologisches, psychiatrisches oder auch psychoanalytisches Zusatzwissen zu erlernen und dann praktisch anzuwenden, sondern vielmehr darum, den eigenen Blick des Praktikers für Vorgänge und Geschehnisse zu schärfen, die sich in der jeweiligen Tätigkeit immer schon ereignen, jedoch durch das Wahrnehmen und Ernstnehmen andere Wirkungen zeitigen.

Die Ausgangsbasis der Balint-Arbeit ist somit *die ärztliche Praxis in ihrer vollen Konkretheit*, das heisst die Praxis, wie sie ist, mit Patienten und Ärzten, wie sie sind und wie sie aufeinander wirken. Nicht Theorie und Generalisation sind das Ausgangsmaterial, nichts Abstraktes, das durch praktische Anwendung konkretisiert werden soll. Es wird von vornherein im lebendigen Element gearbeitet, das heisst, man ist schon nass, wenn man beginnt, oder zumindest steigt man dann ins Wasser.

Was ich hier sage, tönt recht banal, aber was ich verdeutlichen möchte, scheint mir ein wichtiges Charakteristikum der Balint-Arbeit. Für gewöhnlich bietet man uns doch in der beruflichen Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung alles Neue schon fixfertig zugeschnitten an, das heisst als systematisiertes Prozedere mit theoretischer Basis, praktischer Erprobung und weitgehend vorgeschriebener Indikation. Nicht nur die Gebrauchsanweisung wird stets mitgeliefert, sondern auch die richtige Sicht beziehungsweise ein allgemeinverbindliches Vorverständnis.

Anders bei der Balint-Arbeit. Hier wird keine vorgegebene Sicht vermittelt, die aufgrund von Experimenten oder durch Übereinkunft die einzig richtige wäre. Es kann deshalb auch keinen propädeutischen Lehrgang mit vorbestimmtem Weg und klar definiertem Ziel geben. Man beginnt immer am gleichen Ort, nämlich im

konkreten Berufsleben, bei einem bestimmten Patienten, von dem man nicht schon weiss, wodurch er unser Interesse finden wird beziehungsweise wofür er ein typischer Fall ist.

Im herkömmlichen Unterricht dient der Fall zur Illustration eines abstrakten Lerninhaltes, der auf diese Weise anschaulich gemacht werden soll. Die Balintgruppe indessen macht immer nur eines anschaulich, nämlich das Besondere und Einzigartige des geschichtlichen Individuums in seinem Gesund- und Kranksein, in seinen Beziehungen zu sich selbst und den andern, und sie sucht dabei speziell die Wirklichkeitsaspekte zu erfassen, die innerhalb der Beziehung zum Arzt zugänglich werden. Sie vermittelt keine allgemeinverbindliche Sicht, sondern mutet dem Arzt zu, seinen eigenen menschlichen Blick - im weitesten Sinn dieses Wortes - zu gebrauchen und durch stetige Übung zum verlässlichen Werkzeug zu entwickeln. Dies ist das Neue, das andere, das Ungewohnte, und wenn man darin sicherer werden will, braucht es Mut, nicht nur zur eigenen Wahrnehmung in sich selbst, sondern auch dazu, diese Wahrnehmungen vor andern zu exponieren.

All dies ist meines Erachtens im «Mut zur eigenen Dummheit» enthalten; es ist, wie gesagt, der erste Schritt zu unserer Veränderung, und ich möchte vermuten, dass schon dieser erste Schritt von jedem von uns auf seine Weise erlebt wird. Noch sicherer wird jeder weitere Schritt und schliesslich die ganze Veränderung des Arztes ein persönliches Gepräge aufweisen.

Meine eigene Erfahrung ist freilich nicht die anfängliche, auch nicht die übliche und schon gar nicht eine typische, denn weder war ich in einer Pioniergruppe in England dabei, noch habe ich überhaupt je als Teilnehmer in einer Balintgruppe gesessen. Mein Einstieg in diese Arbeit fand vor bald zwanzig Jahren in Sils Maria statt, wo Michael und Enid Balint wiederholt an der dortigen Studienwoche der Schweizerischen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin teilnahmen, um uns mit ihrer Gruppenmethode bekannt zu machen. Ich wurde dort wie andere Schweizer Kollegen schon das erste Mal und ohne Rücksicht auf meine praktische Unerfahrenheit als Leiter einer Kleingruppe ins kalte Wasser geworfen. Aber Michael Balint stieg damals ebenfalls in unbekanntes Wasser, nämlich als Leiter der Grossgruppe, die für ihn das neuartige Experiment war. Wir bekamen dadurch Gelegenheit, seine Arbeitsweise «in vivo» kennenzulernen, das heisst in der Grossgruppe mitzuerleben, was es bedeutet, eine bestimmte konkrete Falldarstellung durch freie assoziative Beiträge anderer lebendig werden zu lassen, und wie anregend und aufregend sich diese Lebendigkeit auf die Zuhörer übertrug. Es war ein gänzlich anderes Klima, als wir es von den Hörsälen und den Kongressen gewohnt waren, so dass uns Michael Balint zunächst wie ein Zauberer vorkam. Das Geheimnis seiner Wirkung war jedoch bei näherem Zusehen gar nicht so undurchdringlich; es bestand vor allem in *seinem* Mut, für sich selbst auf jede Fachsprache zu verzichten und auch die Teilnehmer unablässig herauszufordern, eine konkrete, möglichst authentische Sprache zu sprechen. Es wirkte auf mich oft peinlich, ja enervierend, wenn Balint eine im Fachjargon leidlich gescheite und anscheinend auch zutreffende Intervention mit der Frage zurückgab, was der Sprechende denn mit Worten wie «depressiv», «hysterisch», «schizoid», «narzisstisch» usw. wirklich meine. Durch solche Rückfragen wurde jeder auf sein eigenes Erleben zurückgeworfen und konnte so die Erfahrung machen, wie grundlegend sich eine selbstgefundene Einsicht von einer übernommenen Aussagewahrheit unterscheidet. Gleichzeitig waren aber auch die Gefühle und Empfindungen zu erfahren, vor allem die Ängste, die sich auf der Schwelle zwischen innen und aussen einstellen, das heisst zwischen einer subjektiven Wahrnehmung und dem Versuch, diese verständlich mitzuteilen. Ferner konnte erlebt werden, welche Bedeutung eine interessierte und ihrerseits offene Zuhörerschaft bei diesem Vorgang hat.

Vielleicht sind die persönlichen Ersterfahrungen mit der Balint-Arbeit bei allem

Respekt vor der jeweiligen Eigenfärbung doch nicht so grundverschieden, nämlich insofern, als niemandem die geschilderte Rückverweisung auf sich selbst und seine eigenen Möglichkeiten erspart bleibt, gleichgültig, ob er als Teilnehmer oder als Gruppenleiter beginnt. Ich habe bereits darauf hingewiesen, dass für mich *diese Art des Anfangens* ein wesentlicher Teil der Sache selbst ist; sie soll und darf nicht nur historisch verstanden und hingenommen werden als unvermeidliches «Faute-de-mieux», weil für alles Neue noch kein systematisierter Lehr- und Ausbildungsgang angeboten werden kann. Meines Erachtens würde man an das Lebendigste der Balint-Arbeit rühren, wenn man sie in solcher Weise verschulen möchte; sie wurzelt allein in der praktischen Erfahrung des Arztes und beginnt beim offenen Gespräch über diese Erfahrung.

Das *Gespräch*, das immer von neuem in der Gruppe stattfindet und jedesmal eine konkrete Beziehung zum Inhalt hat, ist ebenfalls eine bestimmende Grundlage der Balint-Arbeit. Im sich stets wiederholenden und immer neuen Gruppengespräch wird vieles erstmals erlebt und erfahren, was dem Gespräch im Sprechzimmer neue Aspekte abgewinnen lässt und dieses auch entsprechend zu beleben vermag. Das wichtigste ist dabei die gelöste, im besten Sinn spielerische Atmosphäre, die sich durch Offenheit und Unvoreingenommenheit auszeichnet und die auch unvorhergesehenen Einfällen und Zufällen Raum gibt. In dieser Atmosphäre wird lebendig erfahren, was Wechselwirkung und Wechselspiel zwischen unterschiedlichen Erlebenszentren ist, wie sich die Ideen folgen, wie sie aufgegriffen oder übergangen werden und wie sich schliesslich ein Faden herausentwickelt, der zu einem gewissen Konsens führt, aber doch auch vieles in offener Schwebelage lässt. Das Einander-Zuhören und Miteinander-Sprechen, das Sich-gegenseitig-Wahrnehmen und -Ernstnehmen in seinen Äusserungen, das Sich-Auseinandersetzen ohne nachhaltige Feindschaft, das Innehalten und Schweigen, dies alles und mehr wird in der Gruppe erlebt und geübt, wobei es selbstverständliche Voraussetzung bleibt, dass das Unvollkommene zu unserer Wirklichkeit gehört.

Was den berichtenden Arzt betrifft, so erscheint es mir heute nicht mehr zufällig, wenn sich durch die Gruppenbesprechung die von ihm dargestellte Arzt-Patient-Beziehung erheblich verändert. Nach meiner Überzeugung bewirkt die Gruppendiskussion zumeist eine Entkrampfung der Beziehungssituation, welche durch die assoziativen Beiträge von Seiten der Gruppenteilnehmer in Bewegung gerät und damit neue Aspekte gewinnt. Die Gruppendiskussion hilft dem Arzt oft, einen andern Zugang zu finden, und dies heisst in erster Linie eine veränderte innere Distanz. Das entscheidende scheint mir immer wieder die Atmosphäre im wörtlichsten Sinn, das heisst ein Raum, der ein eigenes Atmen zulässt, der Wählen und Verwerfen und damit auch Veränderung erlaubt. *Der nicht schon im voraus verstellte Raum*, das «terrain vague» in der Sprache von Pierre Bernachon, ist ebenso eine bedeutsame Grundlage unserer Arbeit.

Der heutige Arzt ist in Rollen- und Sachzwängen meist derart gefangen, dass er in seiner beruflichen Existenz einen solchen Spielraum kaum mehr kennt. Er sucht und findet ihn bestenfalls in einem völligen «Anderswo», beispielsweise in seinen Ferien, die dann wie ein «Jenseits» im Verhältnis zum beruflichen Alltag erlebt werden. Es spielt sich alles ausserhalb der gewohnten Berufswelt ab; diese wird davon höchstens am Rande berührt.

### **Spezifität**

Die Balint-Arbeit hat ihren Ansatz innerhalb der Berufswelt selbst; sie verändert nicht in erster Linie eine Persönlichkeit, die nebenbei noch Arzt ist, sondern den Arzt in seinem Arztsein. Dadurch unterscheidet sie sich deutlich von den meisten Modellen, die eine Therapie des Arztes anstreben, aber ebenso von jeder herkömmlichen medizinischen Fortbildung. Sie ist weder Therapie noch Fortbildung im gewohnten Verständnis, oder positiv ausgedrückt: Sie ist eine Fortbildung, die

den Arzt in seinem eigenen Arztsein tangiert, was sich natürlich auch in Richtung einer therapeutischen Veränderung bewegen kann.

Ich sehe hier eine Spezifität der Methode, die ihre eigene Originalität hat und nicht nur die Anwendung von Techniken ist, die zuvor in andern Experimentierfeldern entwickelt worden sind. Gewiss spielt der gesamte psychoanalytische Hintergrund eine wesentliche Rolle, meines Erachtens aber nur als Erfahrungshorizont des Leiters, den dieser selbstverständlich mitbringt und auch mit ins Spiel bringt. Balint selbst war in dieser Hinsicht ein eindrückliches Vorbild. Er war zweifellos ein sehr kompetenter Psychoanalytiker, was ihn aber nicht hinderte, eine neugierige Offenheit und Unvoreingenommenheit zu bewahren und sich diese nicht durch theoretische Konzepte und starre Regeln verbauen zu lassen. Wenn er selber an theoretischen Konzeptionen arbeitete, ging es ihm vor allem um die Zwei-Personen-Situation des analytischen Prozesses und hier wieder speziell um den Anteil des Therapeuten an diesem Prozess. Es war meines Erachtens derselbe Balint, der als Psychoanalytiker seine Einsichten zu formen suchte und der im Erfahrungsraum des Allgemeinpraktikers ein analoges Interesse entfaltete.

Was speziell die Zwei-Personen-Situation angeht, so hat Michael Balint hier wie dort einer menschlichen Grundwirklichkeit nachgespürt und diese in psychologischer Sprache zu fassen versucht. Die Zwei-Personen-Perspektive ist ohne Zweifel ein Erkenntnishorizont eigener Art, der nicht leicht auszuloten ist. Die Balint-Arbeit hat hier Wege eröffnet, die wir erst zögernd beschreiten; als erster Schritt gilt mir die Veränderung, die uns erlaubt, auch unser eigenes Erleben als Erkenntnisorgan zu gebrauchen.

Ich nenne diese erste Veränderung auch gerne nach einer Formel von Heidegger den «Schritt zurück», was in diesem Zusammenhang heißen soll, dass der Arzt sich primär auf seine eigene menschliche Wirklichkeit einzulassen wagt, um von daher einen andern Blick für seinen Patienten, dessen Krankheit, die Medizin als System und Institution, aber auch für sich selbst als Arzt, zu gewinnen. Dieser «Schritt zurück», der uns in der Balintgruppe zugemutet, aber auch zugetraut wird, ist in meinem Verständnis mehr als ein Umdenken. Er leitet einen Prozess ein, der uns als ganze Person betrifft, nicht nur unser Denken, Meinen und Für-wahr-Halten. Er geht in Richtung dessen, was Winnicott das «wahre Selbst» genannt hat. Ich stelle mir darunter keine Instanz vor, die voll zugänglich, beschreibbar und womöglich noch allgemeingültig definierbar wäre, sondern einen subjektiven Bereich des Selbstempfindens und Selbsterlebens, der jedem Kind auf seine Weise bekannt ist, aber nur zum Teil in die Kommunikation mit andern eingeht. Wir alle kennen diese Wirklichkeit aus selbstverständlicher Erfahrung, aber weil sie nur im Erleben zugänglich und überdies in unserer Wissenschaftssprache kaum zu fassen ist, haben wir sie weitgehend vergessen.

Wenn wir uns somit den «Schritt zurück» erlauben, nehmen wir innerlich Distanz von der angelernten Optik beziehungsweise von ihrer kurzsichtigen Verhaftung an das Gegenständliche, das Objektivierbare, das in dieser Perspektive das einzig Wirkliche ist. Wir gewinnen Eigenraum und damit Distanz und Beweglichkeit gegenüber dem codifizierten Wissen unserer Zeit, sei es naturwissenschaftlicher oder psychologischer Art. Eine solche Distanzierung und Relativierung meint nicht ein Aussteigen in irgendwelche para-medizinische Sphären, sondern eine Haltung und Einstellung, die eigentlich natürlich wäre, würden wir uns nicht voll in unserem selbstgeschaffenen Netz verfangen.

Ich neige heute dazu, der vielzitierten Formel Balints von der «begrenzten, wenn auch wesentlichen Veränderung» des Arztes durch die Gruppe einen Sinn in dieser Richtung zu unterstellen. Die Frage, die mich besonders beschäftigt hat, betrifft den Ausdruck «begrenzt» in der Balintschen Formulierung. In welchem Sinn und in welcher Richtung bleibt die Veränderung des Arztes in Grenzen? Ist die Begrenzung, von der die Rede ist, ein notwendiges Übel oder möglicherweise

gerade ein entscheidender Wesenszug der angesprochenen Veränderung? Ich vermute heute das zweite und möchte dies zu verdeutlichen suchen.

Wenn ich meinen «Schritt zurück», das heisst meine innere Abgrenzung und Distanzierung, mein natürliches Gegenübersein, nicht nur auf unser Ansammlungswissen mit seinen Institutionen und entsprechenden Zwängen beziehe, sondern auch auf die Balintsche Zwei-Personen-Grundsituation, so ist es gewiss notwendig, der Distanzierung auch Grenzen zu setzen und mich nicht zu weit zu entfernen. Meine Abgrenzung hat nicht den Sinn, mich aus der Beziehung herauszuwinden, sondern diese im Gegenüber-Sein erst möglich und wirksam zu machen. Der «Schritt zurück» in meine eigene persönliche Mitte, in mein Selbstsein, gibt den andern - im ärztlichen Sprechzimmer: den Patienten - frei in seine eigene Welt. Indem ich ihm Raum, Zwischenraum und Spielraum lasse, erhält er erst die Möglichkeit, sich selbst in seiner Beziehung zu mir wahrzunehmen. Die so entstehende Beziehungsform ist nicht vorab durch eine Subjekt-Objekt-Relation gekennzeichnet, sondern erlaubt eine echte Reziprozität in der intersubjektiven Sphäre, das heisst im Bereich der Ich- und Selbst-Erfahrung. Diese Beziehung ist eine ursprünglich-reale; was wir in der Psychoanalyse als Übertragung und Gegenübertragung kennen, kann noch dazukommen und wird es auch meist, füllt aber nicht von vornherein das ganze Spektrum der Zwei-Personen-Situation aus.

Wenn wir somit auch im Sprechzimmer die Fähigkeit gebrauchen lernen, die wir in der Gruppe üben, nämlich uns auf uns selbst einzulassen und unsere eigenen Empfindungen, Gefühle und Phantasien wahrzunehmen, während wir dem anderen zuhören, verändern wir die Beziehungsform wesentlich. Die nur sachbezogene und rollenbestimmte Kommunikation erfährt eine Öffnung in persönliche Bereiche, was beiden Beteiligten ermöglicht, sich als menschliche Gegenüber in abgegrenzter Polarisierung zu erfahren. Die Kommunikation gewinnt dadurch die Qualität eines Dialoges, das heisst einer wechselweisen Gegenseitigkeit in mehreren Dimensionen oder «Sprachen», nicht allein in der verbalen Verständigungsform. Michael Balint nannte diese erweiterte und offene Kommunikation das «Zuhören auf der anderen Ebene», und er hielt nicht mit seiner Überzeugung zurück, dass sich entscheidende therapeutische Vorgänge in diesem Zwischenbereich abspielen.

Die Wechselwirkung zwischen den Teilnehmern der Gruppe, die ich vorhin zu beschreiben suchte und die wie bewegte Luft die Gruppe leben lässt, bekommt damit eine fassbare, ernste Bedeutung: sie erschliesst diese «andere Ebene» und lässt den Arzt in sich selbst mit ihr vertraut werden. Die Gruppe als «terrain vague» oder als Übergangswelt, wo repetitiv das Loslassen und Neubeginnen im Hinblick auf Beziehungen mit Patienten geübt wird, erweist sich so gleichsam als Laboratorium dieser «anderen Ebene» beziehungsweise des offenen Dialogs. Je vertrauter der Arzt sich in ihr bewegt, je ernster er ihre Wirklichkeit und ihre Wirkungen zu werten weiss, desto sicherer lernt er sie auch im Sprechzimmer zuzulassen, sie bei seinen Patienten wahrzunehmen und anzusprechen. Er lernt so, den Dialog auf der andern Ebene diagnostisch und therapeutisch zu benützen und kann eine stetig sich vertiefende Wahrnehmung und Intuition für diesen Bereich entwickeln.

Hier sind wir meines Erachtens an der Pforte zur eigentlichen *Spezifität* der Balint-Arbeit, denn dieser offene Dialog jenseits des stereotypen Rollenverhaltens verlässt die breiten Strassen des Allgemeinen, um in Bereiche einzumünden, wo jeder seine eigenen Pfade geht und gehen muss. Der Zugang zum Besonderen, Individuellen, Subjektiven wird erschlossen, aber auch dieser Zugang selbst ist besonderer Art, nämlich individuell und subjektiv beziehungsweise intersubjektiv. Das Besondere und Persönliche wird nicht erfragt, um es möglichst in vorgegebene Kategorien einzufügen, sondern es wird antwortend auf das eingegangen, was im Sprechzimmer vernommen wird. Wesentlich ist dabei, und hier sehe ich gleichsam die spezifischste Spezifität dieser Einstellung, dass das Mitgeteilte oder sonstwie erkannte Persönlich-Subjektive des Patienten diesem nicht weggenommen,

sondern ihm als das Seine zurückgegeben wird.

Was ich hier beschreibend andeute, ist die Umkehr der Grundeinstellung, zu der uns die Balint-Arbeit schliesslich geführt hat. Das Paradigma dieser Umkehr ist der «Flash», jenes blitzartige Beziehungsphänomen, das man nicht aktiv planen und bewerkstelligen kann, sondern lediglich beachten und nutzen, wenn es sich einstellt. Es handelt sich um ein Ereignis, das sich dem bewussten Machen entzieht, weshalb ich mich nie mit der Vorstellung einer «Flash»- *Technik* befreunden konnte. Der «Flash» kommt, wann er will, und was er bewirkt und verändert, ist ebenfalls unvorhersehbar und zunächst nur im Erleben zu fassen. Aber gerade durch diese Merkmale kann er als Paradigma für das Entscheidende der Umstellung unserer Einstellung gelten.

Erst diese Umkehr macht meines Erachtens das Spezifische der Balint-Arbeit richtig sichtbar. Sie beginnt freilich schon vor der Beschäftigung mit dem «Flash», nämlich in dem Moment, wo einsichtig wird, dass das Zuhören mehr und anderes bewirkt als das Ausfragen. Das Spezifische der veränderten Haltung ist die Einstellung und Umstimmung auf das, was sich zeigt und was geschieht. Es geht nicht mehr darum, etwas in die allgemeine ärztliche Praxis einzuführen, das einem guten psychiatrischen Interview ähnelt, wie Balint ursprünglich glaubte, es geht auch nicht mehr um «lange Aussprachen», nicht um Fokaltherapie oder irgendeine andere psychotherapeutische Technik. Mit der Umkehr der Einstellung als solcher wurde eine neue Perspektive bedeutsam, die sich nur in der Praxis erschliesst und die uns heute als die adäquateste «Psychotherapie» des Praktikers erscheint.

Es handelt sich um weniger und um mehr, verglichen mit einer psychotherapeutischen «Technik». Es geht um etwas qualitativ anderes, nämlich um die Fähigkeit, dem Patienten ein antwortendes Gegenüber zu sein. Ein solches Gegenüber darf nicht zu nah und nicht zu fern sein; es muss erreichbar, aber abgegrenzt bleiben, ermutigend und stärkend, aber nicht verschmelzend und nicht eindringend. Ein solches Gegenüber entreisst keine Geheimnisse, sondern kann warten und dem andern die Wahl lassen. Es kann sich auch vom andern überraschen lassen und kann seine Überraschung sogar zeigen.

### **Perspektiven**

Ich komme damit auf die Perspektiven der Balint-Arbeit zu sprechen. Ich hoffe bereits deutlich gemacht zu haben, dass es in meinem Verständnis nicht *die* Balint-Perspektive im Sinne einer «Unité de doctrine» geben kann, sondern dass es letztlich darauf hinausläuft, dass jeder Arzt seinen eigenen Blick entwickelt und gebrauchen lernt und dass diese je besondere Perspektive das ist, was die Balint-Arbeit insgesamt vermittelt. Und doch müssen wir versuchen, dieses je Besondere zu beschreiben, um es als andersartige Erkenntnismöglichkeit, die jedem Arzt zugänglich ist, ernst zu nehmen.

Wir haben uns in den letzten Jahren angewöhnt, diesen besonderen, individuellen Zugang zum Patienten die *relationelle Perspektive* zu nennen und sie als Erkenntnishorizont der Praxis deutlich abzuheben von unserer gewohnten objektivistisch-naturwissenschaftlichen Sicht. Als Studierende der Medizin wurden wir so sehr in dieser Betrachtungsweise geschult, dass wir uns kaum mehr innwerden konnten, wie kümmerlich-einseitig das Menschenbild ist, das sich im Labyrinth dieser totalen Verobjektivierung herausgebildet hat, und welche Zumutung es bedeutet, unser Selbstverständnis als Arzt diesem Bild anzugleichen.

In unserem Jahrhundert waren es die Psychoanalyse und die von ihr inspirierten therapeutischen Verfahren, welche neuen Wind und neue Komplexität in unser Arztbild brachten, und im Hinblick auf die praktische Medizin war es meines Erachtens die Balint-Arbeit, welche den Horizont öffnete. Ihre Optik erlaubt es, auch Krankheit und Gesundheit des einzelnen nicht nur im unpersönlichen Querschnitt in

den Blick zu bekommen, sondern «gesund» und «krank» wieder als Adjektive zu gebrauchen, die zu einem Subjekt gehören, das heisst Eigenschaften eines geschichtlichen Menschen bezeichnen. Der «homo sapiens» ist in diesem Blick mehr als ein zoologisches Wesen mit einer zur Gattung gehörigen Psychologie und Soziologie, mehr als eine «res extensa», und dies auch im Hinblick auf seine Krankheiten.

Freilich wussten die Ärzte schon immer, dass die wissenschaftliche Verobjektivierung dem wirklichen Patienten gegenüber ein ungenügender Zugang ist, und sie haben die Wahrnehmung von Mensch zu Mensch selbstverständlich zu Hilfe genommen. Die Balint-Arbeit versucht eigentlich nur, mehr Licht in diese Selbstverständlichkeit zu bringen, wobei sie dem einzelnen Arzt gleichzeitig Wege eröffnet, diese Fähigkeit zu üben und in eigener Weise zu entwickeln. Die relationelle Erkenntnisperspektive wird so ein sehr spezifisches Werkzeug im ärztlichen Arbeitsraum; sie ist nicht Psychiatrie, Psychologie, Psychotherapie für den Nicht-Spezialisten. Sie ist auch ganz praxiszentriert und eignet sich kaum zur Forschung im herkömmlichen Sinn. Schon die geläufige Sprache der Forscher kommt den relationellen Befunden nicht entgegen, weshalb wir für ungewohnte Einsichten zunächst mit der gewohnten Sprache unsere Mühe haben.

Ungewohnte Einsichtsmöglichkeiten erschliessen sich zum Beispiel im Hinblick auf die traditionelle und entsprechend institutionalisierte Unterscheidung zwischen psychischen und organischen Gesundheitsstörungen beziehungsweise zwischen psychogener und somatogener Ursache einer Erkrankung. In herkömmlicher Fragestellung steht der Arzt hier immer vor einem Entweder-Oder, das heisst, er denkt nur dann an psychische Aspekte und Dimensionen, wenn kein objektivierbarer organischer Befund vorliegt. Lässt sich in der physischen Körperlichkeit eine pathologische Abweichung feststellen, so gilt ihm nur diese als die Krankheit. Andere Hintergründe oder Begleitumstände sind kaum von Relevanz.

Anders in der relationellen Perspektive. Hier hat es der Arzt immer mit derselben Persönlichkeit zu tun, ob ihm diese nun ein Symptom in der Körpersphäre, einen Erregungszustand, eine Atemnot oder eine depressive Verstimmung anbietet. In relationeller Sicht kann der Arzt zunächst ganz auf das eingehen, was der Patient in seiner Klage vorbringt, und er kann dabei gleichzeitig an Leibliches und an Psychisches denken. Er kann dem Patienten dort antworten, wo dieser den Dialog aufnimmt, und er kann je nach dem die Kommunikationsebene wechseln. Er wird auch auf persönliche Mitteilungen hören, wenn er ein Abdomen untersucht, und wenn es dem Patienten im Gespräch die Stimme verschlägt, wird er die spezifischen Zusammenhänge beachten und nicht zuerst den Kehlkopf und dann die Psyche fachmännisch «abklären» lassen. Noch mehr: In relationeller Perspektive kann auch ein zweifellos objektiver Befund, sei er körperlicher oder psychischer Natur, einen kommunikativen Aussagewert erhalten, zum Beispiel kann eine vaginale Blutung auf mehr und anderes hinweisen als auf eine veränderte Beschaffenheit des Endometriums, oder - im andern Bereich - kann ein plötzlicher Stupor oder eine Dämmerattacke auch anderes sein als ein Zeichen eines dazugehörigen Morbus. All dies ist uns durch die Balint-Arbeit vertraut geworden, und mir scheint, dass wir dabei vor allem zwei Sachverhalte mit zunehmender Evidenz in den Blick bekommen, welche die Medizin als Ganzes interessieren müsste:

Erstens äussert sich in unserem Kulturraum weitaus der grösste Anteil psychischen Leidens nicht in entsprechender Sprache, sondern in sogenannt somatisierter Form.

Zweitens ist uns deutlich geworden, dass unser wissenschaftliches Psyche-Soma-Modell als Ganzes revisionsbedürftig ist, soll es der heutigen praktischen Wirklichkeit gerecht werden.

Die Einsicht in diese beiden Sachverhalte ist nur in der Praxis zu gewinnen,



weshalb es meines Erachtens notwendig ist, dass sich Praktiker, die in der relationellen Perspektive zu arbeiten gelernt haben, auch über ihre Einblicke äussern und eine entsprechende *Praxisforschung* in Gang bringen.

## **Ausblick**

Zum Schluss möchte ich nochmals auf die Veränderung des Arztes eingehen und eine kühne Zukunftsperspektive entwerfen. Ich habe darzustellen versucht, dass in meinem Verständnis vor allem die offene Beziehung, der nicht schon vorverstellte Raum, die entscheidende Grundlage der Balint-Arbeit ist, welche eine Veränderung des Arztes erlaubt, indem dieser seinerseits beweglicher und offener wird. Die gewonnene Flexibilität in der Beziehung zu sich selbst und seinen Patienten ermöglicht die individuell-spezifische Arbeit auf der «anderen Ebene», und deren Integration in die tägliche Praxis erschliesst die relationelle Perspektive. Diese öffnet nicht nur erweiterte Einsichten in der psychischen Sphäre, sondern auch im Hinblick auf den Körper und seine Beziehungsdimensionen.

Michel Sapir hat in seinen Ideen zum «corps-à-corps» diese besonderen Aspekte der relationellen Perspektive angesprochen. Seine Überlegungen haben mich erstmals darauf aufmerksam gemacht, dass «Beziehung» nicht notwendig mit «psychisch» zusammenfällt und dass andererseits ein somatischer Befund den relationellen Zugang nicht ausschliesst. Es wurde mir einsichtig, dass die Beziehungsperspektive in beiden Erfahrungsbereichen dieselbe Bedeutung hat beziehungsweise erlangen könnte, sofern die Veränderung des Arztes diesem auch gestattet, die Leib-Seele-Problematik mit verändertem Blick zu sehen.

Die traditionelle Vorstellung von einer unverkörpernten Psyche und einem seelenlosen Leib, die sich zwar gegenseitig stören können, aber im Grunde sehr inkommensurable Gebilde sind, wäre durch ein Menschenbild zu ersetzen, das die Existenz mehrerer Wirklichkeitsdimensionen sowohl im Leiblichen wie im Psychischen für möglich hält, wobei auch ein therapeutischer Zugang auf verschiedenen Ebenen denkbar wäre. Der Arzt könnte seine relationelle Sensibilität beziehungsweise sein Verständnis für Beziehungsvorgänge auch dann gebrauchen, wenn er in der Körpersphäre des Patienten arbeitet, ohne deshalb seine Aufmerksamkeit im Hinblick auf das Objektivierbare zu verlieren.

Als Voraussetzung müsste er freilich selbst in einer Weise «inkorporiert» sein, dass er entsprechende Empfindungen und Leibgefühle wie auch körperbezogene Phantasien und Einfälle bei sich selbst wahrnehmen und gebrauchen könnte. Das Gegenüber-Sein in der Zwei-Personen-Situation, von dem ich sprach, wäre so auch eine körperliche Realität, das heisst, alles, was bereits darüber gesagt werden konnte, bekäme auch eine leibliche Dimension. Auf der Körperebene wäre dann ebenfalls so etwas wie eine Wechselbeziehung denkbar, die sich von der gewohnten Subjekt-Objekt-Relation unterscheidet und diese auch da ergänzen müsste.

Ich glaube, dass dies alles bereits in Sapirs Vorstellung des «corps-à-corps» und seiner spezifischen Erfahrungsmöglichkeit anklingt; die notwendige «Inkorporation» des Arztes selbst versucht Sapir bekanntlich mit seiner Relaxationsmethode zu erreichen oder doch wenigstens vorzubereiten. Sicher wäre in dieser Sphäre, der leiblichen, die eigene Abgrenzung des Arztes noch bedeutsamer als sonst. Es ist jedoch nicht einzusehen, warum der somatisch tätige Arzt, der täglich in körperlichem Kontakt mit seinen Patienten steht, diesen Beziehungsmodus nicht auch in einer relationellen Perspektive nutzen lernen könnte. Anstatt den Leib seines Patienten nur nach dem Muster der Subjekt-Objekt-Beziehung zu behandeln, wie wir es im Umgang mit unbelebten Gegenständen gewohnt sind, könnte der Arzt auch hier eine «Intersubjektivität» entdecken und den entsprechenden Dialog ernst nehmen. Dialog kann es aber nur zwischen deutlich unterschiedenen und voneinander abgegrenzten Subjekiven geben, nicht zwischen

fusionierten oder sonstwie verklammerten Erlebniswelten, so dass die Voraussetzung einmal mehr die bewusste Zentrierung auf sich selbst wäre, jetzt auch im Blick auf das eigene Körpererleben.

Keine hypnotische Verschmelzung wäre gefragt, auch keine andern suggestiven Zaubereien, sondern ein möglichst klares Gegenüber-Sein als Voraussetzung einer bipolaren Beziehungsform. Michel Sapir spricht in diesem Zusammenhang von Heterogenität, womit er eine innere Distanz meint, die nahe genug ist, einen Austausch zu ermöglichen, aber auch wieder entfernt genug, um die Eigenbeweglichkeit und Selbstbestimmung nicht einzuschränken. Meines Erachtens hat diese abgegrenzte und doch dynamische, diese «heterogene» Beziehungsform in sich selbst eine hohe therapeutische Potenz, insofern sie dem Patienten ein menschliches Gegenüber anbietet, das ihm bestätigende Resonanz gibt, ohne sogleich und zugleich nach ihm zu greifen. Wir sind dann zu solcher Distanzierung und Einstimmung fähig, wenn wir in uns selbst zentriert sind, uns eine eigene Selbst-Identität zu schaffen verstehen und diese auch im beruflichen Alltag zu erhalten wissen. Wenn wir nicht bei uns selbst sind, laufen wir Gefahr, die Patienten zu unserer eigenen Selbst-Bestätigung zu missbrauchen oder uns in ein Vakuum einsaugen zu lassen, das sich vom andern her auftut. In beiden Fällen stellt sich das ein, was ich unter Verschmelzung oder Verclinchung verstehe und was eine Beziehung sterilisiert.

Die technische Einstellung und entsprechendes Handeln schützen nach meiner Erfahrung nur bedingt gegen solche gegenseitige Verstrickung. Auch das psychoanalytische Übertragungs- und Gegenübertragungs-Konzept ist nur dann hilfreich, wenn wir nicht allein im Denken und Reden damit umgehen, sondern innerhalb einer realen, «geerdeten» Zwei-Personen-Situation. Wenn wir dies im Auge behalten und uns nicht blenden lassen von der stets wachsenden Vielfalt der Theorien, Konzepte, Methoden, Schulen und was immer an Verführung von diesen ausgeht, so bekommt die «*begrenzte*, aber wesentliche Veränderung» Balints eine qualitativ spezifische Bedeutung. «Begrenzt» heisst dann, dass die Veränderung zwar eine andere Beziehungsmöglichkeit in der Zwei-Personen-Situation meint, nicht aber eine von dieser Grundsituation abstrahierte und entfernte Veränderung. Eine «begrenzte» Änderung, die befreit, sollten wir nicht eintauschen gegen weiterführende Veränderungen, die uns letztlich wieder binden.

Die Balint-Arbeit ist als Ganzes zu bewahren vor irgendwelchen Versuchen, dieses «terrain vague» zu annektieren und ein Schulzimmer daraus zu machen. Glücklicherweise gibt es in ihr eine Vielfalt von Schwerpunkten. Auch die Veränderung des Arztes, die sie bewirkt, kann aus unterschiedlichen Sichtwinkeln gesehen werden. Ein jeder hat letztlich seinen eigenen Fokus, und dass dies gerade das Wesentliche ist und bleibt, ist mein persönlicher Fokus geworden.

Aber wo man fokussiert, wählt man notwendigerweise aus, und die Folge davon ist auch eine je eigene Blindheit. Ich habe meinen Fokus dargestellt; wenn andere aus ihrer Sicht sprechen, helfen sie mir, meine Blindheit zu entdecken.

Psychosomatische Medizin, 5/12- 1984, Schweiz

[Nach oben](#)

