

Die Arzt-Patient-Beziehung im Fokus: Was Michael Balint uns heute noch zu sagen hat

Philipp O.W. Portwich

Departement Psychiatrie, Spitalzentrum Oberwallis, Brig, Switzerland

Funding / potential competing interests: No financial support and no other potential conflict of interest relevant to this article was reported.

Summary

The doctor–patient relationship in focus: what Michael Balint has to say to us today
Although the eponymic “Balint” groups are well known, most doctors and therapists know little more about Michael Balint than his biographical data. This essay provides an introduction to his theories and scientific work, in particular the concept of primary love, basic fault, philobatism and ocnophilia. On this basis, the paper describes the main topics of Balint’s book “The doctor, his patient and the illness” (apostolic function, mutual investment company) and finally the method and benefit of Balint groups.

Key words: Balint-group; basic fault; primary love; apostolic function; mutual investment company; doctor–patient-relationship; narrative

Biografisches

Michael Balint wurde 1896 in Budapest geboren [4, 9]. Sein Vater war Allgemeinarzt, es handelte sich um eine Familie assimilierter Juden, die damals bis zum Ende des ersten Weltkrieges noch den Familiennamen Bergsmann trug und dann die ungarische Namensform annahm. Die Arztstätigkeit des Vaters hat Michael Balint bereits als Kind geprägt. Er wählte dann selbst die Medizin als Beruf: 1914 bis 1920 studierte er in Budapest und hat in dieser Zeit auch bereits eine psychoanalytische Ausbildung bei Sandor Ferenczi erhalten, dem Begründer der ungarischen Psychoanalyse. 1920 ging Balint nach Berlin, um an der Universität noch Naturwissenschaften, insbesondere Biologie zu studieren. In Berlin hatte er auch Kontakt zu den dortigen Psychoanalytikern und hat psychoanalytisch gearbeitet, bevor er 1924 in seine Heimatstadt Budapest zurückkehrte und hier als Allgemeinarzt und Psychoanalytiker tätig war.

1939 emigrierte er unter dem Druck der politischen und gesellschaftlichen Veränderungen nach Grossbritannien und liess sich in Manchester nieder. Dort waren die Lebens- und Arbeitsbedingungen erschwert, sein Arztdiplom wurde nicht anerkannt und seine erste Frau Alice starb noch 1939. 1945 suizidierten sich in Ungarn Balints dort verbliebene Eltern, bevor der Krieg endete und im gleichen Jahr Balint in eine bessere berufliche Position gelangen konnte. Von da an arbeitete er als Consultant an der renommierten Tavistock Clinic in London, unter anderem als Kollege des bekannten Gruppentheoretikers Wilfred R. Bion.

Correspondence:

Philipp O.W. Portwich, MD

Departement Psychiatrie, Spitalzentrum Oberwallis

Überlandstrasse 14

CH-3900 Brig

Switzerland

philipp.portwich[at]hospitalvs.ch

In der zweiten Hälfte der 40er Jahre begann er, sich immer mehr mit Gruppenarbeiten zu beschäftigen: Angeregt von seiner späteren zweiten Ehefrau Enid Eichholz gründete er Gruppen für Allgemeinärzte, die im Umgang und Verhalten mit ihren Patienten ausgebildet werden sollten, um zu einer besseren Arzt–Patient-Beziehung zu gelangen. Damit war der Grundstein für die Balintgruppenarbeit gelegt, die in den folgenden Jahren Balints Arbeitsschwerpunkt werden sollte und die bis heute als nach ihm benannte Gruppenform in der Medizin einen festen Platz hat. Die Erfahrungen und Beobachtungen mit diesen Gruppen, deren Verlauf und Hergang in exakten Transskripten festgehalten und untersucht worden ist, beschrieb Balint 1957 in der ersten Auflage des Buches «Der Arzt, sein Patient und die Krankheit», das 1964 ins Deutsche übersetzt wurde.

Zunehmend breitete sich die Balintgruppenarbeit über die Grenzen Grossbritanniens hinaus in Europa aus und ab 1963 kam Balint wiederholt nach Sils im Engadin, um hier in der Schweiz entsprechende Gruppen mit Ärzten zu leiten, die regen Zuspruch fanden und die Balintgruppenarbeit in der Schweiz fest verwurzelten [10]. Wegen seiner vielfältigen Aktivitäten und seines Einsatzes für die Psychoanalyse wurde Balint 1968 zum Präsidenten der englischen psychoanalytischen Vereinigung in London gewählt. Er starb am 31.12.1970.

Um Balints Ideen und Werk einordnen und zeitgemäss verstehen zu können, ist es hilfreich, sich zu vergegenwärtigen, dass sich in seiner 74-jährigen Lebensspanne Zeit, Gesellschaft und Kultur sowie politische Verhältnisse in Europa wesentlich veränderten: Geboren noch in der k.u.k-Monarchie des Fin de siècle, erlebte er nach dem 1. Weltkrieg die faschistische Diktatur in Ungarn und schliesslich die westlich-demokratische Nachkriegsgesellschaft im modernen Grossbritannien. Neben der Veränderung des Namens der Familie ging Balint auch den Schritt, vom Judentum zum Christentum zu konvertieren und sich hier der Glaubensgemeinschaft der Unitarier anzuschliessen, so dass er sicherlich als ein Migrant in mehrfacher Hinsicht bezeichnet werden darf.

Situation der Psychoanalyse

Ebenfalls im Wandel stellte sich damals die Situation der Psychoanalyse dar [12]: Als in der Zeit nach dem Tod von Sigmund Freud 1939 [11] die Spaltung der psychoanalytischen Bewegung in Folge der heftigen Auseinandersetzungen zwischen Anna Freud und Melanie Klein drohte, kam der neu entstandenen Middle group grosse Bedeutung zu: Ihr gehörten der Psychoanalytiker und Theologe William

Fairbairn aus Edinburgh an, sowie insbesondere der später für die Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychotherapie wichtige Donald Winnicott und eben Michael Balint. Sie entwickelten die Ideen der Objektbeziehungstheorie, die Freuds Triebtheorie und die Theorie des primären Narzissmus dahingehend ergänzte, dass sie die frühen Objektbeziehungen des Menschen als massgeblich für dessen Entwicklung erkannten. In der Nachkriegszeit begann dann die gedankliche Verbindung der Psychoanalyse mit den Gruppenentwicklungen, die in der Gruppentherapie wiederum von der Objektbeziehungstheorie befördert wurde.

Das Konzept der primären Liebe

Der Beitrag von Balint dazu bestand in dem Konzept der primären Liebe [6]. Damit bezeichnete er die frühesten Beziehungen des Menschen, die Balints Theorie zufolge bereits vor der Geburt bedeutsam sind. Die Situation des Embryos im Fruchtwasser mit seiner unmittelbaren Verbindung zur Plazenta stellt Balint zufolge eine vollständige harmonische Verschmelzung des Kindes mit seiner Umgebung dar im Sinne eines pränatalen Idealzustandes der Beziehung: Das Kind erhält von seiner Umgebung alles, was es benötigt, und gleichzeitig finden Fruchtwasser und Plazenta ihre Bestimmung in dem Zweck der kindlichen Ernährung. Mit der Geburt des Kindes endet dieser Zustand der Verschmelzung: Kind und versorgende Umgebung werden physisch voneinander getrennt: Nun entsteht eine Beziehung zwischen zwei individuellen Personen, nämlich zwischen dem geborenen Kleinkind und seiner Mutter. Idealerweise handelt es sich auch hier um eine harmonische Beziehung, wenn das Verhältnis von einem gegenseitigen Geben und Nehmen gekennzeichnet ist: Das Kind erhält von der Mutter die notwendige Ernährung, Wärme, Liebe und Zuwendung, derer es für sein Gedeihen bedarf. Die Mutter ihrerseits erlebt den Stolz auf das eigene Kind und hat die bereichernde Erfahrung der Mutterschaft. Sie kann das freudige Lachen des Kindes als motivierende Antwort auf ihr Verhalten wahrnehmen und damit eine Bestätigung für ihr mütterliches Geben und Dasein. Mit diesem Geben und Nehmen sind Mutter und Kind gestärkt für Situationen, in denen einmal Angst oder Agression in die Beziehung kommen.

In dieser Art sind die frühen Beziehungserfahrungen des Kindes eben Erfahrungen einer primären Liebe, die für die weitere Entwicklung des Menschen, seine individuelle Konstitution und Charakterstruktur, auch seine umfassende persönliche Resilienz wesentlich bestimmend sind. Die primäre Liebe gibt dem Kind innere und persönliche Stärke und verleiht dem Menschen die Fähigkeit, sich mit den Anforderungen seines Lebensweges auseinander zu setzen und diese erfolgreich zu bestehen.

Die Grundstörung

Ein Ungleichgewicht in der Beziehung von Mutter und Kind hingegen stört und reduziert die primäre Liebe und kann eine positive gesundheitliche Ausstattung des Menschen anfechten und gefährden; es entstehen Schwachpunkte in

der Persönlichkeits- und Verhaltensentwicklung: Es kommt zu der von Balint so genannten «Grundstörung». Sie resultiert aus einer – notwendigerweise erheblichen – Diskrepanz in den Bedürfnissen und dem gegenseitigen Verhalten und Handeln zwischen Mutter und Kind, der wiederum verschiedene Ursachen zugrunde liegen können: Die kindliche Erfahrung einer versagend-fehlenden Mutter kann Folge ihrer Abwesenheit, z.B. infolge Berufstätigkeit¹ oder Krankheit, sein oder eines Fehlens wegen der persönlichen Unfähigkeit, sich dem Kind liebevoll und hingebend zuwenden zu können. Eine Störung des Beziehungsgleichgewichts resultiert aber auch aus der entgegengesetzten Plusvariante, nämlich, wenn die Mutter das Kind überfürsorglich-einengend mit Zuwendung und Versorgung überhäuft und dabei ebenfalls die Bedürfnisse des Kindes missachtet werden.

Aber auch auf kindlicher Seite können beispielsweise kongenitale Faktoren dessen Beziehungsverhalten negativ beeinflussen, wenn das Kind nicht fähig ist, die mütterliche Versorgung anzunehmen (Stillen, Trinken) oder auch der Mutter mit einem Lächeln zu antworten.

Besteht in diesem Sinne über eine Weile und in entsprechendem Ausmass eine nicht-harmonische Beziehung zwischen Mutter und Kind mit einem Defizit an primärer Liebe, so löst dies bei dem Kind eine tieftraurige Emotionalität aus, ein Gefühl von Unverbundenheit mit der Umgebung und Einsamkeit, das das Kind veranlasst, Bemühungen zur Korrektur des Zustandes anzustellen, um das Gleichgewicht der Beziehung zur Mutter mit der Erfahrung der primären Liebe (wieder) herzustellen. Gelingt dieses nicht und fixieren sich die an der gestörten Mutter-Kind-Beziehung orientierten Verhaltensweisen, so entstehen Strukturdefekte in der Persönlichkeit mit dysfunktionaler Verhaltensentwicklung.

Oknophilie und Philobatismus

Balint hat hier zwei polare Prototypen, die aus einer Grundstörung resultieren können, definiert, nämlich die Oknophilie und den Philobatismus [1].

Das oknophile Persönlichkeits- und Beziehungsmuster ist gekennzeichnet von einer Anklammerungstendenz des Menschen, die sich richtet auf andere Personen, aber auch auf Gegenstände oder Ideale, denen die betreffende Person in einer starken Fixiertheit und Abhängigkeit anhängt und von denen sie sich nicht lösen kann. Der oknophile Typ zeichnet sich aus durch ein Sicherheitsstreben in seinem Leben, durch Verlust- und Trennungängste. Die Personen sind rückwärts orientiert, wagen keine Veränderungen und neigen zu Heimweh. Sie vermeiden selbständige Entscheidungen oder sich selbständig zu entwickeln, sie binden sich eng an andere Personen oder Instanzen und appellieren an deren Unterstützung. Muss der oknophil geprägte Mensch einmal die Erfahrung einer gewissen Distanz oder gar des Abschiedes von einem anderen Menschen oder Gegenstand machen, so erlebt er diese, wie es bei Balint heisst, als

¹ Hierzu sei angemerkt, dass Berufstätigkeit der Mutter keineswegs generell eine kindliche Grundstörung verursacht, sondern letztere stets nur als Ergebnis vielfältiger, die Beziehung berührender Faktoren verstanden werden kann.

«horrid-empty space»: Er empfindet den Abstand zu dem Anderen als eine angstausslösende, bedrohliche Entfernung. Dementsprechend verhält sich der Oknophile in seinem Leben risikoscheu und anklammernd und ist nicht bereit, ein Wagnis einzugehen oder sich in die Fremde zu bewegen.

In gewisser Hinsicht gerade spiegelbildlich skizziert Balint das Beziehungsmuster des Philobaten. Dieser empfindet sein Leben als positiv und mit einem grösseren Gefühl von innerer Sicherheit und Wohlbefinden, wenn andere Menschen, die für ihn immer etwas Unzuverlässiges, Unberechenbares und Beunruhigendes haben, darin nur eine geringe oder keine Rolle spielen und er sein Leben und Handeln allein gestalten kann. Viel Kontakt zu anderen Menschen, arbeiten oder leben in engen sozialen Gruppen oder Beziehungen sind für ihn irritierend, störend und besorgniserregend. Er hat gelernt, dass er sich im Leben am besten auf seine eigenen Fähigkeiten verlassen kann und hat sich selbst vielfältige Kompetenzen angeeignet, mit denen er alleine und für sich die wesentlichen Aufgaben bewältigt. Es ist ihm wichtig und drängt ihn, die eigenen Fähigkeiten von Autarkie und Autonomie immer wieder unter Beweis zu stellen und zu erproben. Dafür sucht er nach entsprechenden Situationen, auch nach Wagnissen, in denen er sich bewährt, mithin sich seiner selbst vergewissert und sich intensiv erlebt. Die Distanz zu anderen Menschen erlebt er als eine «freundliche Weite», er neigt dazu, sich in seinem Leben häufig geografisch und sozial zu verändern, wechselt Umfeld und Tätigkeitsfelder.

Zusammengefasst lässt sich also sagen, dass im Sinne von Balints Theorie die Grundstörung, die als eine Disharmonie in der Beziehung zwischen Mutter und Kind verstanden wird, im Erwachsenenalter zu einem Beziehungsmuster führt, das das Erleben des Betroffenen und seine Fähigkeit zur Kontaktaufnahme mit anderen Personen einschränkt, allenfalls im pathologischen Sinne mit reduzierter Lebensbewahrung bzw. Lebensqualität.

Bedeutung der Gegenübertragung

Es ergibt sich logisch, dass der Patient auch die Beziehung zu seinem Arzt bzw. Therapeuten in der ihm eigenen Art und Weise gestalten wird, bezüglich Nähe und Distanz, Anhänglichkeit oder Fluchttendenz. Der psychoanalytische Begriff der Übertragung des Patienten beschreibt, dass dieser seine frühen Beziehungserfahrungen auf den Therapeuten überträgt und sich diesem gegenüber entsprechend verhält. So kann der Therapeut das Vorliegen einer Grundstörung in der Begegnung mit dem Patienten feststellen: Der einfühlsame Therapeut spürt in der Beziehung zum Patienten dessen emotionale Not, wenn beispielsweise der mit oknophilen Anteilen ausgestattete Patient Abstand im Verhältnis zum Therapeuten erleben muss oder der zum Philobatismus neigende Patient mit zwischenmenschlicher Nähe und Verbindlichkeit in der therapeutischen Beziehung konfrontiert ist. In seiner von der Psychoanalyse so genannten Gegenübertragung der aversiven Emotionen des Patienten verspürt der Therapeut empathisch auch den Drang des Patienten, sich von dieser emotional belastenden Situation zu befreien, und er wird bei sich selbst den Impuls spüren,

als Therapeut mit einer Intervention Erleichterung zu verschaffen.

Damit kommt der Gegenübertragung des Therapeuten als Diagnostikum für die Feststellung der Grundstörung in der Lehre von Michael Balint grosse Bedeutung zu, und sie ist wichtig und wertvoll, während sie in der klassischen Psychoanalyse von Sigmund Freud als ein möglichst weitgehend zu eliminierender Störfaktor betrachtet wurde.

Maligne Regression des Patienten

Balint hat auch festgestellt, dass grosse Schwierigkeiten in der Therapie entstehen können, wenn die Grundstörung eben nicht erkannt wird und der Therapeut dem erwähnten Drang nachkommt, dem Patienten eine emotionale Erleichterung zu verschaffen, indem er dessen oknophile (klammernde) oder philobate (distanzierende) Beziehungswünsche erfüllt und damit das pathologische Beziehungsmuster ein weiteres Mal positiv verstärkt, statt die Beziehungswünsche therapeutisch zu bearbeiten [2]. Zwar wird sich zunächst eine vorübergehende subjektive Verbesserung bei dem Patienten einstellen, der für den Moment wieder ein Gefühl von Sicherheit hat und weniger beunruhigt ist, wenn er sich in der ihm behaglichen Konstellation befindet. Als Therapeut merkte Balint aber bald, dass er nun erst recht «aus dem Regen in die Traufe» gekommen war: Im Verlauf verstärkte sich die Störung des Patienten, einer Chronifizierung wurde Vorschub geleistet und die therapeutische Beziehung entwickelte sich im Sinne der Beziehungsstörung des Patienten in eine unzutragliche Richtung, entweder in Richtung eines kaum auflösbaren Abhängigkeitsverhältnisses zum Therapeuten oder eines jähen Therapieabbruchs.

Balint hat diese Sackgasse in der Therapie, die sich aus der Verstrickung des Therapeuten in die gestörte Beziehungsdynamik des Patienten ergibt, als maligne Regression des Patienten bezeichnet [13]. In dem Kanon der modernen Diagnosen psychischer Störungen ist es insbesondere die emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Typ Borderline, die wegen des extremen Beziehungsverhaltens und Gefühlserlebens der Patienten für Therapeuten immer die Gefahr in sich trägt, dass eine therapeutische Konstellation entsteht, die als maligne Regression anzusprechen ist und aus der nicht selten un gute Behandlungsverläufe mit zum Teil erheblicher Frustration auf Therapeutenseite entstehen.

«Der Arzt, sein Patient und die Krankheit»

Michael Balint hat mit seinen hier skizzierten theoretischen Konzepten zur primären Liebe, zur Grundstörung und zur malignen Regression wichtige Beiträge zum Diskurs in der Psychoanalyse und deren Entwicklung in der Mitte des 20. Jahrhunderts geleistet.

Seine anhaltende Bedeutung für die ganze Medizin und Psychotherapie erlangte er aber sicherlich mehr mit dem Buch, mit dem er sich weniger an eine kleine Fachwelt richtet, sondern an ein breites ärztliches Publikum: In «Der Arzt, sein Patient und die Krankheit» [3] macht Balint die Objektbeziehungstheorie und die in der Gruppenarbeit mit Ärzten

gemachten Erfahrungen für die ärztliche Praxis fruchtbar und anwendbar. Es handelt sich um ein lebendig geschriebenes, mit vielen Fallgeschichten angereichertes Buch, mit dessen Niederschrift Balint zugleich seine eigene pragmatische Forschungsmethode für die Balintgruppenarbeit einführte: «training cum research»: Die der Ausbildung von Ärzten in psychosomatischen und psychotherapeutischen Kenntnissen dienenden Gruppen wurden vollständig dokumentiert, ihr Verlauf und Inhalt transskribiert und anschließend analysiert bzw. wissenschaftlich untersucht und ausgewertet. Es war Balints vorrangiges Ziel, dass die Ärzte zu einer veränderten Selbst- und Fremdwahrnehmung gelangen und dass sie mit einer «Umstellung ihrer Einstellung» neue Möglichkeiten patientenorientierten Handelns erkennen und diese nutzen.

So entstand das, was Balint ein besonderes Anliegen war, nämlich eine «Pharmakologie des Heilmittels Arzt». Balint stellt in seinem Buch einleitend fest, dass der Arzt in der Medizin seit altersher das am häufigsten verwendete Medikament ist, dass er aber auch das am wenigsten erforschte Medikament ist.

Die Wirkung der Droge Arzt

Die Hauptwirkung der «Droge Arzt» bestehe in dessen Antwort auf eben das Angebot, mit dem der Patient zu ihm komme: Jeder Patient wird den Gepflogenheiten des Gesundheitssystems entsprechend mit bestimmten Beschwerden seinen Arzt aufsuchen, die in dessen Fachgebiet gehören. Es sei die Aufgabe des Arztes, sehr genau hinzuhören und diese Beschwerden in Verbindung mit dem ganzen Erscheinungsbild des Patienten, der präsentierten Emotionalität und der Art der Schilderung zu bewerten und daraus den Schluss zu ziehen, in welcher Art und Weise er reagieren solle: Es kann ungünstige Wirkung zeitigen, wenn der Arzt nur auf die von dem Patienten konkret angesprochenen Beschwerden reagiert, z.B. körperliche Schmerzen, und sich ausschliesslich auf entsprechende somatische Diagnostik beschränkt, sich aber hinter den primär geklagten Beschwerden ein ganz anderes Anliegen verbirgt, beispielsweise ein Beziehungswunsch oder der Hinweis auf eine schwere psychosoziale Notlage. Um Derartiges festzustellen, wird der Arzt seine Beobachtungsgabe, menschliches Gespür und reflektierte Intuition einzusetzen vermögen.

Dieses ist um so wichtiger bei Patienten mit relevanten Schwierigkeiten in der Beziehungsgestaltung und Lebensführung, wie sie dem Therapeuten freilich besonders auch in der Psychotherapie begegnen, da das in der Tendenz oknophil oder philobat akzentuierte Beziehungsmuster eines Patienten selbstverständlich auch sein individuelles Hilfesuchverhalten mit dem an den Therapeuten gerichteten verbalen bzw. nonverbalen Appell gestaltet, also das «Angebot» an den Arzt.

Der Patient mit einem oknophilen Beziehungsmuster wird mit seinem anklammernden und bindenden Verhalten deutlich zeigen, dass er den Therapeuten «braucht». Damit sendet er ein Signal, auf das Therapeuten, die ihrer Tätigkeit gerne nachgehen und für Patienten da sein möchten, positiv reagieren: Sie fühlen sich in der Therapeutenrolle bestätigt

und angespornt in ihrer Bereitschaft zu helfen. Der Patient wird dankbar sein für die therapeutische Zuwendung, für regelmässige Besprechungstermine. Er wird die therapeutischen Interventionen inhaltlich aufgreifen, Interesse zeigen, von seinen Beschwerden sprechen. Das motiviert den Therapeuten und er kann versucht sein, sich dem Patienten in eben besonders intensivem Masse zu widmen. Möglicherweise wird der Patient sich bemühen, Therapiezeiten zu überziehen, zusätzliche Termine zu erhalten oder auch andere Formen besonderer Nähe zum Therapeuten herzustellen, z.B. körperliche oder zwischenmenschliche Nähe in Form eines Geschenkes an den Therapeuten. Der Therapeut ist versucht, diesen Anklammerungstendenzen nachzukommen, Nähewünsche zu erfüllen, vielleicht auch konkret dem Patienten z.B. eine private Telefonnummer zu geben.

Im Gegensatz dazu wird ganz anders das Hilfesuchverhalten des philobaten Patienten sein: Von diesem fühlen sich Therapeuten nicht selten entwertet, er geht möglicherweise eher aus dem Kontakt oder versetzt den Therapeuten. Hier wird der Therapeut frustriert, möglicherweise wird er sich für die gefühlte Entwertung durch den Patienten aggressiv revanchieren und diesen als «narzisstisch gestört» abtun und versucht sein, sich von ihm abzuwenden.

In der Bilanz ist festzustellen, dass es für alle Patienten wichtig ist, in der Therapie neben den expliziten therapeutischen Inhalten zusätzlich auch implizit Beziehung zu lernen: Der Oknophile wird lernen können, Distanz, Grenzen und auch einen Abschied zu ertragen, der Philobate wird sich auf eine fürsorgliche Nähe in der Beziehung einstellen können, diese auszuhalten und schliesslich als Gewinn zu erleben.

Die mutual investment company² nach Balint

Als geeigneten Rahmen für eine derartige Behandlung gilt das von Michael Balint entworfene Modell der Arzt-Patient-Beziehung als einer «gegenseitigen Investierungsgemeinschaft». Balint stellt fest, dass grundsätzlich stets ein Ungleichgewicht zwischen Arzt und Patient besteht: Der Patient leidet an seiner Erkrankung und erhofft sich Behandlung und Besserung vom Arzt, dem er Vertrauen entgegenbringt. Der Arzt hingegen wird seine berufliche Kompetenz für den Patienten einsetzen können und sich engagieren, zugleich muss er sich vielerlei ungunstigen Emotionen von Seiten des Patienten aussetzen und sich mit dessen Klagen und Leid befassen. Eine zuträgliche Arzt-Patient-Beziehung ist in dieser Konstellation möglich, wenn ein Gleichgewicht zwischen Geben und Nehmen von beiden Seiten hergestellt wird, im Sinne einer auf Gegenseitigkeit beruhenden Beziehung: Um diese herzustellen, bedarf es insbesondere für den äusseren Rahmen der Behandlung klarer Absprachen und Strukturen. Diese sind dann sowohl für Arzt wie auch für Patient verbindlich und sollten nicht ohne Grund, insbesondere nicht stillschweigend von einer Seite verändert werden. Konkret warnt Balint beispielsweise vor überlangen Behandlungsgesprächen: Möglicherweise gebunden durch die

2 Da die deutschsprachige Übersetzung dieses Begriffes sprachlich ungenau erscheint, hat sich in der Rezeption von Balints Idee der mutual investment company der Anglizismus erhalten.

Ausführungen des Patienten, vielleicht auch mit einem nichtreflektierten Interesse, fragt der Therapeut immer mehr und länger. Der Patient ist vielleicht gehemmt, von sich aus die fortgeschrittene Zeit des Therapiegesprächs anzusprechen, vielleicht aber auch dankbar für die gezollte Aufmerksamkeit des Therapeuten, so dass das Gespräch über die reguläre Zeit andauert und eben ein Ungleichgewicht von Geben und Nehmen zwischen Arzt und Patient entsteht: Der Patient berichtet immer mehr, die Distanz vermindert sich und im Anschluss wird er sich vielleicht schämen, dass er sich im Gespräch so sehr hingeeben hat und für manches Gesagte. Der Therapeut seinerseits wird wohl Mühe haben, das umfangreiche Material angemessen auszuwerten.

Deshalb empfiehlt sich, die therapeutischen Kontakte stets in angemessener Dosis zu verabreichen, eine regelhafte Frequenz für die Behandlungssitzungen festzulegen und zudem auch eine perspektivische Zielsetzung für die Behandlungsgesamtdauer gemeinsam zu formulieren. Der Patient kann sich auf ein Ebenmass der Beziehung einstellen und lernt eine zuverlässige, stabile, nicht willkürliche Beziehungssituation. Wenn für Balint klar ist, dass die Absprachen auf der Grundlage gegenseitiger Vereinbarung und Klärungen mit dem Patienten stattfinden, so entspricht dies auch aktuellen ethischen Anforderungen an Psychotherapie im Sinne einer geteilten Entscheidungsfindung.

Die Apostolische Funktion des Arztes

Dass vielen Ärzten dennoch diese Klarheit in der Beziehungsgestaltung, verbunden mit Ausgewogenheit und Grenzsetzung, schwerfällt, begründet Balint mit seiner in den Gruppenarbeiten gemachten Feststellung, dass viele Ärzte bei ihrer Berufsausübung von dem Bewusstsein einer von ihm so genannten Apostolischen Funktion geleitet werden. Balint schreibt, dass die Ärzte eine «vage, aber fast unerschütterliche Vorstellung davon [haben], wie ein Mensch sich verhalten soll, wenn er krank ist» und insbesondere genau zu wissen meinen, «was das Richtige für den Patienten ist». Hieraus resultiert, dass die Ärzte sich zwischenmenschlich mehr intuitiv-unreflektiert ihren Patienten zuwenden und ihnen pädagogische Ratschläge, z.T. auch moralisierende Mahnungen geben. Balint erkennt dahinter ein ärztliches Omnipotenzgefühl, mit dem der Arzt das, was er möglicherweise selbst im Leben und für sich für richtig hält, auch von den Patienten erwartet, in der Hoffnung, dadurch dessen Problem besonders schnell lösen zu können. Dieser Weg enthebt ihn zudem der Notwendigkeit, sich mit den persönlichen Werten und der Erfahrungswelt des Patienten intensiv auseinander zu setzen, auch ein Bewusstsein für die eigene ärztliche Begrenztheit zu gewinnen, und es entfällt auch die Notwendigkeit der Selbstprüfung. Und im Falle des Nichterfolgs der ärztlichen Massnahmen muss sich der apostolische Arzt auch nicht aufgefordert fühlen, seine Ratschläge und Massnahmen kritisch zu hinterfragen, da diese doch den Wahrheitsgehalt einer Offenbarung haben. So ziehen viele Ärzte aus ihrem apostolischen Selbstbild ein Gefühl von Sicherheit im Alltag, und es ist für Ärzte und Therapeuten zudem eine motivierende Quelle ihres Engagements, das jedoch auch wiederum zum Problem für

den Therapeuten selbst werden kann, wenn er sich mit einem gefühlten apostolischen Auftrag allzusehr, persönlich und umfassend für die Nöte seines Patienten verantwortlich fühlt, ihn «retten» zu müssen meint. Er wird dann rasch die eigenen Bedürfnisse missachten mit der Gefahr, sich zu überfordern und gar in eine Burn-out-Situation zu geraten.

Insofern ist es sicherlich auch ein Schutz für jeden Therapeuten³ und seine berufliche Motivation und Ausgeglichenheit, wenn er sich selbst nicht mit einer Apostolischen Funktion überhöht, sondern realisiert, wie Balint weiss, dass wir «manchen Patienten beim besten Willen nicht helfen können».

Balintgruppenarbeit

Was kann der Arzt also tun, um seine eigene Heilwirkung zu verbessern? Wie lässt sich die Wirksamkeit der Droge Arzt verbessern und wie lassen sich die Nebenwirkungen senken, also quasi die eigene Pharmakodynamik erforschen? Nach Balint ist es essentiell, die Beziehung mit der ganzen Interaktion zwischen Arzt und Patient zu reflektieren, kritisch zu analysieren und systematisch auszuwerten. Neben der genauen Beobachtung und Einordnung der verbalen und nonverbalen Äusserungen des Patienten spielt hier die Selbstreflexion des Arztes in seiner Begegnung mit dem Patienten, das persönliche Erleben, die Emotionen und Bewertungen die zentrale Rolle. Um sich in dem Sinne die eigene Gegenübertragung zu vergegenwärtigen, bedarf es auf Seiten des Arztes selbstverständlich auch einer hinlänglichen persönlichen Selbsterfahrung, die es ihm möglich macht, eigene Anteile von denen zu unterscheiden, die durch den Patienten induziert sind. Beziehungsreflexion, Selbstreflexion im therapeutischen Kontakt und persönliche Selbsterfahrung können in der Balintgruppenarbeit erschlossen und erarbeitet werden, die Balint zu diesem Zweck für die Praxis entwickelt hat [7, 8]. Dass sich dieses Gruppenverfahren, für dessen Verbreitung sich Balint in seinen letzten Lebensjahren im Wesentlichen eingesetzt hat, im Laufe der Jahre bewährt hat und auch heute noch im Wesentlichen in dem Setting und mit dem Ablauf durchgeführt wird, wie Balint es konzipiert hatte, weist es als robust gegenüber den schnellen Trends und Veränderungen in Medizin und Psychotherapie aus.

Als geeignete Teilnehmerzahl für eine Balintgruppe hat sich eine Grösse von 6–12 Personen erwiesen. In Balintgruppen arbeiten Ärzte und Therapeuten, es gibt interdisziplinäre Balintgruppen mit Teilnehmern aus unterschiedlichen Berufsgruppen sowie daneben auch Balintgruppen für Seelsorger, Lehrer oder Richter. Grundsätzlich eignet sich das Verfahren für alle professionell Tätigen, die intensive Kunden-, Klienten- oder eben Patientenkontakte haben. Der Leiter der Balintgruppe sollte qualifiziert sein im Bereich der ärztlichen oder psychologischen Psychotherapie mit Erfahrung in einem entsprechenden Therapieverfahren und zudem eine strukturierte Ausbildung als Balintgruppenleiter.

³ An dieser Stelle sei ergänzt, dass ein Aspekt des in der Psychoanalyse relevanten Gebots der Abstinenz darin besteht, dass sich der Therapeut Zurückhaltung gegenüber dem Patienten auferlegt.

ter abgeschlossen haben, wie sie beispielsweise von der schweizerischen Balintgesellschaft oder auch der deutschen Balintgesellschaft organisiert wird. Möglicherweise wird der Balintgruppenleiter mit einem Co-Leiter zusammenarbeiten, der ihn bei den Aufgaben der Gruppenleitung unterstützt und eine Gruppenleiterqualifikation hat oder anstrebt.

Bei der Arbeit der Gruppe an dem zentralen Gegenstand der Beziehung zwischen Arzt und Patient wird folgendermassen vorgegangen: Einer der Teilnehmer möchte von seinen Erfahrungen und Begegnungen mit einem Patienten berichten. Er tut dies in freier Art, eben nicht in Form eines strukturierter Rapports mit Fokus auf medizinischen Angaben, sondern durch eine Geschichte, die von der Begegnung mit dem Patienten als einem anderen Menschen erzählt (Narrativ)⁴. Die anderen Gruppenteilnehmer hören den nicht unterbrochenen Ausführungen des Referenten zu und lassen diese auf sich wirken. Sie steigen danach in die Gruppenarbeit ein und tragen zusammen bzw. tauschen sich aus über die bei jedem einzelnen von dem Bericht des Referenten und seiner Patientengeschichte ausgelösten Gefühle, Assoziationen und Phantasien. Balint selbst hat für diese Gruppenarbeit das Motto ausgegeben: «Frech denken». Es geht darum, all die subjektiven, spontanen Gedanken zuzulassen und zu realisieren, die wir ansonsten in dem kognitiv dominierten, professionellen Denken mit einem Anspruch auf Rationalität und Objektivität zensieren, wie Ängste, aggressive oder erotische Fantasien, Ablehnung oder Ressentiments, auch körperliche Wahrnehmungen. Das in der Gruppe gewonnene Material hat keineswegs den Anspruch, nun eine reale, konkrete oder gar «richtigere» Einschätzung des Patienten zu gewinnen, sondern ist ein momentanes Bild der Dynamik der Beziehung des Arztes zu seinem Patienten im Spiegel der Gruppe: Es ist das, was die Erzählung des Referenten von sich und seinem Patienten in der Gruppe auslöst.

In einem dritten Teil der Balintgruppe kommt es zu einem gemeinsamen Abschluss, an dem sich der Referent auch wieder beteiligen kann, wobei gerne festgestellt wird, dass eine abschliessende Fallbeurteilung mit einer Balintgruppe nicht erreicht werden kann, sondern lediglich eine querschnittliche Erfassung mit Gültigkeit für den Moment. Das letzte Wort zu dem Fall hat der Referent, das letzte Wort zu der Dynamik der Gruppenarbeit der Balintgruppenleiter.

Mit dieser Arbeitsweise und Methodik bringt die Balintgruppenarbeit unterschiedlichen Gewinn: Der Referent kann in der Balintgruppe den Patienten mit der ganzen therapeutischen Verantwortung an die Gruppe abgeben. Er ist dadurch erstmal entlastet und wird weitere Entlastung erfahren durch all das, was er von den anderen Gruppenmitgliedern hört, wenn diese die vielen Aspekte der Beziehung ausleuchten. So gelingt es ihm oft, nicht nur versöhnlich zu akzeptieren, dass er selbst möglicherweise Probleme oder Nöte in der Behandlung und Beziehung zu dem Patienten hat, sondern darüber hinaus vermag er auch ein neues, erweitertes Verständnis für den Patienten zu entwickeln. Er kann das eigene therapeutische Handeln für sich reflek-

4 Da das Narrativ das zentrale Material für das Verstehen jeder Arzt-Patient-Beziehung liefert, ergibt sich die gewinnbringende Nutzenwendung der Balintgruppenarbeit für Ärzte aller Fachrichtungen auch durch das Einüben des Narrativs.

tieren, vielleicht in Frage stellen, möglicherweise auch seine eigene therapeutische Motivation und Intention kritisch betrachten, wie auch natürlich die eigenen, in die Beziehung einflussenden Anteile. Dieser stille Selbsterfahrungsanteil des Referenten macht einen nicht unerheblichen Wert der Balintgruppenarbeit aus und kann um so besser genutzt werden, je mehr Erfahrung die Teilnehmer mit der Methode der Balintgruppenarbeit haben und sich selbst die Erkenntnis in eigene Schwächen einzugestehen vermögen.

Gleichzeitig muss vielleicht enttäuscht werden, wer sich von einer Balintgruppe unmittelbare und konkrete diagnostische Erkenntnisse oder konkrete Anleitung für den Therapeuten erwartet. Stattdessen erhält er aber ein in der assoziativen Arbeit der Gruppe entstandenes lebendiges Bild der vielfältigen Aspekte der Arzt-Patient Beziehung, die freilich nicht minder dicht und intensiv ist wie jede zwischenmenschliche Beziehung.

Schluss

So wichtig der theoretische Hintergrund für die Entwicklung des Konzepts der Balintgruppen ist, so notwendig ist für deren praktische Durchführung eine Erkenntnis, die Balint von seinem Lehrer Sandor Ferenczi gelernt hat: Dieser hatte den letzten Band seiner umfassenden Veröffentlichungen mit dem Titel versehen: «Ohne Sympathie keine Heilung» [5]. Michael Balint wusste, dass die Offenheit für den Patienten, der Blick für sein Leiden und seine subjektive Wahrheit nur gelingt, wenn der Arzt – neben der professionellen Empathie für einen Patienten – dem Menschen mit Sympathie zu begegnen vermag.

Es bleibt Ziel und Aufgabe, in der Tradition von Michael Balint diese grundsätzliche Haltung in Balintgruppen, wohl auch in Psychiatrie und Psychotherapie wie der ganzen Medizin, mit einem expliziten positiven Menschenbild zu unterstützen.

Für wertvolle Hinweise bei der Vorbereitung des Manuskripts danke ich den Herren Gustav Dietrich Seiler (Solothurn) und Dr. Heinrich Egli (St. Gallen) sowie den beiden anonymen Reviewern, die mir mit sorgfältigen Korrekturen und hilfreichen Ergänzungen weitere Anregungen gegeben haben.

Literatur

- 1 Balint M. Philobatismus und Oknophilie. In: Angstlust und Regression. Stuttgart: Klett; 1960. S. 23–7.
- 2 Balint M. Therapeutische Aspekte der Regression. Die Theorie der Grundstörung. Reinbek, Hamburg: Rowohlt; 1973.
- 3 Balint M. Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Frankfurt, Hamburg: Fischer; 1970.
- 4 Michael Balint, 1896–1970. www.balintgesellschaft.de/michael_balint/
- 5 Ferenczi S. Ohne Sympathie keine Heilung. Das klinische Tagebuch von 1932. Frankfurt am Main: Fischer; 1999.
- 6 Falzeder E. Primäre Liebe und die Grundstörung. Zeitschrift für Psychoanalyse und Gesellschaftskritik. 1985;51–65.
- 7 Häfner S. Die Balintgruppe. Köln: Deutscher Ärzteverlag; 2007.
- 8 König W. Die Leitung von Balintgruppen. Köln: Deutscher Ärzteverlag; 2004.
- 9 Luban-Plozza B. Michael Balint. www.balintgesellschaft.de/michael_balint/leben-und-werk.php
- 10 Rohr K. Balint-Gruppen in der Schweiz. In: Die Balint-Gruppe in Klinik und Praxis; Bd. 4. Berlin, Heidelberg: Springer; 1989.
- 11 Schöpf A. Sigmund Freud. München: Beck; 1982.
- 12 Seiler GD. Katastrophe und Neubeginn. Balint Journal. 2010(11):53–5.
- 13 Seiler GD. Balints Thema: Beziehung. Balint Journal. 2011(12):85–9