

Woher wissen wir, dass wir ‚stimmig‘ kommunizieren?

**Phänomenologische Überlegungen zum Problem
der Passung zwischen Menschen im Gespräch
unter Berücksichtigung der Arbeitsweise von
Balintgruppen**

Wolf Langewitz

Psychosomatik/Innere Medizin

Universitätsspital Basel

Eröffnungsvortrag der Silser Balintwoche 2008

Das folgende Fallbeispiel hat einen speziellen Hintergrund: es wurde in Begleitung einer serbischen Kollegin geführt, die nach dem Gespräch gerne gewusst hätte, warum ich mich so verhalten habe und ob ich das immer so machen würde.

Die Unmöglichkeit die erste Frage zu beantworten und die Gewissheit die zweite nicht einfach bejahen zu können, ergab ein Problem: aus welcher Quelle schöpft jemand, der nicht erklären kann, was er macht und sich dennoch sicher ist, es in dieser Situation richtig, im Sinne von ‚stimmig für alle Beteiligten‘ gemacht zu haben?

Fallbeispiel

50-jährige Patientin mit einem metastasierten Mamma-Carcinom, von der es auf der schriftlichen Konsil-Anforderung heisst, dass sie sich mit ihrem bevorstehenden Tod schwer tue. Sie wurde von der Inneren Medizin auf die Orthopädie verlegt, um eine Knochenmetastase im Becken zu fixieren; intraoperativ waren allerdings auch die benachbarten Knochenanteile so weit befallen, dass das Anbringen einer Platte nicht möglich war.

Beim Konsil liegt die Patientin ruhig im Bett, sie wirkt gesammelt, ist stark abgemagert. Neben ihr am Bett sitzt ein Mann, der einen sehr unruhigen und betroffenen Eindruck macht. Bei der Begrüssung wird der Mann als Ehemann vorgestellt; beide wünschen, dass er bei dem Gespräch dabei ist.

A: "Mir wurde gesagt, dass Ihre Situation sich verändert hat – jetzt kann man nichts mehr gegen den Krebs selber machen, aber wir wollen versuchen, Ihnen zu helfen, damit es Ihnen möglichst gut geht."

Pause

P: "Ja, so ist das wohl jetzt. ..."

Ehemann unterdrückt ein Schluchzen und setzt sich ein bisschen zurück, weg von der Patientin.

A: "Ich wüsste gerne, ob Sie selber eine Vorstellung haben, so eine Idee, wie das ist, wenn man stirbt. Und nachher, ob dann was bleibt von einem, oder ob alles weg ist."

Pause

P: "Wie meinen Sie 'weg'?"

A: "Na, dass es so wäre, als ob es Sie nie gegeben hätte. Sie sind mal auf die Erde gekommen, irgendwann werden Sie sterben, und dann verschwinden Sie wieder von der Erde – ohne Spuren."

P: "Aber ich habe doch meine Erinnerung!"

Pause

A: "Erinnerungen an Ihr Leben?"

Pause

Patientin schaut an mir vorbei an die Wand. Ich drehe mich um und sehe ein Foto, ca. DinA4, auf dem grüne Palmenblätter zu sehen sind, durch die Sonnenlicht scheint; sattes Grün, goldgelbe Farben und Licht bis zu weisser Helligkeit. Ich drehe mich wieder zu ihr um, sie lächelt ein bisschen.

Pause

A: "Da ist das alles drin?"

Pause

P: "Ich sehe da alles, mein Leben."

A: "Dann können Sie das Bild mit Ihren Gedanken verändern?"

P: "Ja, es ist immer anders, mal dunkler, mal heller, so strahlend."

Pause

A: "Ich finde das ganz toll, dass Sie das schaffen, das ganze Leben in so einem Foto unterzubringen. Gross ist das ja nicht, und richtig viel drauf ist auch nicht. Das kommt ja alles von innen, wie Sie sich das vorstellen!"

Patientin lächelt, der Ehemann fängt an zu weinen.

Pause

A: "Das wäre ja eigentlich eine wunderschöne Idee, Sie schaffen das, Ihr ganzes Leben auf so kleinem Raum zusammenzufassen, und dann könnten Sie das ja mit sich nehmen, über den Tod hinaus. Dann bleibt Ihnen fast doch das ganze Leben!"

Ehemann weint intensiver, die Patientin lächelt, legt ihre Hand auf seinen Arm.

A: (zum Ehemann): "Und Ihnen fällt es schwer, an diesen Abschied zu denken ..."

P: "Wir haben gerade erst geheiratet!"

A: "Da gratuliere ich aber. Wann denn?"

P und Ehemann: "Vor vier Wochen!"

P: "... damit er unser Wochenendhaus übernehmen kann! Sonst gäbe das ja Probleme mit dem Erben."

A: "Wie haben Sie das denn gemacht mit dem Heiraten? Haben Sie hier im Spital geheiratet?"

Ehemann: "Nein, für einen Nachmittag konnte sie nach Hause, und wir haben auch nicht so gross gefeiert. Aber schön war's trotzdem."

Patientin und Ehemann erzählen von der Hochzeitsfeier, und wie mühsam es war, die Papiere für das Grundbuchamt in Frankreich zusammenzukriegen, damit das Haus auf seinen Namen überschrieben werden konnte und sie trotzdem nicht so viel Gebühren bezahlen mussten.

Das Gespräch endet nach ca. 30 Minuten, ein Folgetermin wird angeboten, aber nicht in Anspruch genommen. Am nachfolgenden Tag wird die Patientin zurück verlegt auf die Medizin, wo sie drei Tage später verstirbt.

Wie gesagt, dieses Gespräch fand in Anwesenheit einer Gastärztin statt, die zwar irgendwie beeindruckt war, aber doch gerne gewusst hätte, ob man aus dem Gespräch irgendwelche Regeln für ähnliche Situationen ableiten könnte. Sehr schnell wurde deutlich, dass es keine Regel gibt für das WAS, worüber gesprochen wird, eher schon eine gewisse Regel für das WIE, also wie sich ein Arzt oder eine Ärztin auf ein solches Gespräch einstellen könnte, damit es seinen ganz eigenen Duktus entwickelt. Um diese Frage wird es in diesem Artikel zunächst gehen. Im zweiten Teil wird spezifisch auf die Umsetzung im Rahmen der Balintarbeit Bezug genommen.

Woher wissen wir, ob wir ‚stimmig‘ kommunizieren?

Es scheint nahe liegend anzunehmen, dass der Verlauf dieses Gespräches aus dem einmaligen Zusammentreffen aller drei Beteiligten resultiert; die gleiche Patientin und ihr Ehemann mit einem anderen Arzt, und der gleiche Arzt mit anderen Patienten und Angehörigen hätten höchstwahrscheinlich anders miteinander kommuniziert. Vordergründig wären damit konstruktivistische Positionen bedient, denen zufolge Wirklichkeit – innerhalb der Grenzen des sozial Akzeptablen – jeweils konstruiert würde. Die konstruktivistische Position innerhalb der psychosomatischen Medizin geht allerdings von der Voraussetzung aus, dass dieser ‚Erschaffungsakt der Welt‘ sich einzelner Zeichen bedient, deren Konstellation dann die jeweils gültige Umwelt kreiert (Langewitz, 2006).

In seinem Aufsatz *Die apostolische Funktion – II* (1984, S. 309-320) hat M. Balint eine andere Form der Kreativität im Auge. Er verweist nicht auf einzelne Zeichen oder Merkmale, sondern betont die Bedeutung eines Milieus, in dem sich Arzt und Patient begegnen. Er schreibt: "Jeder Arzt schafft unwillkürlich, durch seine Art zu praktizieren, eine einzigartige Atmosphäre und versucht dann, seine Patienten danach auszurichten." (S. 315). Diese einmalige Atmosphäre charakterisiere den einzelnen Arzt, "aber wir wissen noch zu wenig, als dass wir dogmatisch sein dürften (S. 320). Es ist nach dem jetzigen Stand des Wissens [das Buch erschien 1964] nicht möglich, feste Regeln zu definieren, die erklären, wann welches Vorgehen angemessen ist." Hier wird also die Bedeutung einer Realität angesprochen, die sich nicht aus einzelnen gut definierten Zeichen zusammensetzt, sondern als etwas zwar eindeutig dem individuellen Arzt Zuschreibbares, das dennoch nicht in Regeln und Vorschriften zu fassen ist. Diese Atmosphäre gibt Orientierungshilfe für Arzt und Patient; sie wissen, wie sie sich – ausgerichtet in diesem Raum – zu bewegen haben.

Auf der Suche nach Gelegenheiten, in denen wir ähnliche Erfahrungen machen – sich sicher bewegen, ohne im Einzelnen angeben zu können, auf welchen Pfaden – bietet sich die Analogie zum Gebrauch der Muttersprache an: wir nutzen die Möglichkeiten der uns vertrauten Sprache mit grosser Sicherheit, bisweilen mit für den Einzelnen typischen Redewendungen, ohne im Einzelnen

angeben zu können, welche Regeln wir gerade anwenden oder aus welchem Kontext wir bestimmte Redewendungen entlehnt haben.

Über das Leben in Situationen und den Kontakt mit Atmosphären

In den Schriften von Hermann Schmitz, dem Begründer der Neuen Phänomenologie, wird die eigene Muttersprache als ein typisches Beispiel für eine *Situation* aufgeführt, der er die *Konstellation* gegenüber stellt (Situationen. In: Schmitz, 2003, S. 89-97). Um beim Beispiel der Sprache zu bleiben: wer eine neue Sprache erlernt, muss sich aus einzelnen Wörtern und Regeln den Satz zusammen suchen, mit dem er eine bestimmte Aussage treffen kann; dies entspricht dem Leben in Konstellationen, also der beliebig komplexen, aber letztlich definierbaren Anordnung von Sachverhalten. Sprechen in der Muttersprache entspricht dagegen dem Leben in Situationen, deren Bedeutungsgehalt nie vollständig expliziert werden kann.

Die von Balint erwähnte Atmosphäre ist ein Begriff, der von Hermann Schmitz nutzbar gemacht wurde für die Frage, wie sich Gefühle ausbreiten. Dies ist für das oben erwähnte Beispiel m.E. von Bedeutung, weil es im Wesentlichen das Material beschreibt, das den im Krankenzimmer anwesenden Personen zur Verfügung stand, in das eingebettet sie zu einander in Beziehung getreten sind, ohne dass sie sich im Einzelnen explizit dazu hätten äussern können.

Wir könnten vielleicht sagen: das Material, das sich in diesem Raum ausgebreitet hat, waren die Gefühle der Anwesenden. Damit hätten wir etwas Erstaunliches formuliert: Gefühle sind eben bei ausreichender Intensität nicht Privatsache, sondern nach Hermann Schmitz, randlos ergossene Atmosphären', die sich in einem Raum ausbreiten. Wer hinlänglich sensibel ist und sich der Atmosphäre nicht verschliesst, kann sich in einer Situation sicher bewegen.

In dem oben genannten Beispiel hat sich die Atmosphäre im Krankenzimmer in meiner Wahrnehmung entscheidend verändert, als das Thema der Heirat aufkam. Diese Heirat hatte – in der Darstellung des Brautpaares – einen sehr pragmatischen Kern: den möglichst kostengünstigen und sicheren Erhalt des gemeinsamen Wochenendhauses in Frankreich. Der Ehemann begann am Gespräch teilzunehmen, wurde wacher und berichtete Details der Hochzeitsfeier und der Grundbuch-Formalitäten. Man darf vielleicht sagen: wir hatten ein Thema gefunden, das für alle Beteiligten über den Tod hinauswies. Es wurde auch mir leichter ums Herz, die enorme Intensität der ersten 10 Minuten hatte sich sozusagen verdünnt.

Was bestimmt gute Kommunikation – eine sinnlose Frage?

Die typische Antwort auf die Frage, welche Regeln man als Arzt oder Ärztin tunlichst anzuwenden habe, damit ein Gespräch für beide Seiten nützlich verlaufe, geht bereits von einer Prämisse aus, die wir in den vorgehenden Abschnitten kritisch hinterfragt haben: Kommunikation in Echtzeit besteht nicht in der Anwendung vorher gelernter Regeln, sondern entspricht dem Sprechen in der eigenen Muttersprache. Zudem macht die Frage nach Regeln eigentlich nur dann Sinn, wenn sich die Bedingungen definieren liessen, unter denen eine Regel zur Anwendung kommt. Der überwiegende Teil der empirischen Forschung im Bereich der Arzt-Patient-Kommunikation versucht genau dies zu leisten: Die Voraussetzungen zu definieren, unter denen Regel A sinnvoller ist als Regel B. Um dieses Ziel zu erreichen, müssen intersubjektiv stabile, d.h. der überwiegenden Zahl potenzieller Anwenderinnen und Anwender gleichermaßen zur Verfügung stehende Zeichen verabredet werden, nach denen sich ein Gespräch formalisieren liesse (Langewitz, 2007). Deutlich wird dies in der Formulierung von Morse et al. (2003) aus dem Abstrakt ihres Artikels (Übersetzung WL):

„Die Autoren beschreiben mit mikroanalytischen Methoden die zwei wichtigsten Verhaltensweisen des Leidens (Ertragen und emotionales Leid), damit in nachfolgenden Forschungsarbeiten angemessene tröstende Antworten identifiziert werden können, mit denen sich Leiden in jedem dieser Zustände erleichtern liesse.“ Konkret wurde in dieser Arbeit versucht, durch die gleichzeitige Analyse von Inhalt des gesprochenen Wortes und mimischer Regungen den Übergang von der einen in die andere Ausdrucksform des Leidens zu identifizieren. Wenn dies gelänge, wäre es möglich die Therapeuten-Reaktionen als angemessen oder nicht passen zu qualifizieren, so die Hoffnung der Autoren.

Noch einen Schritt weiter gehen Beach WA et al. (2005): Bei ihnen wird auch die Körpersprache, z.B. das Schwingen der Beine der Patientin auf der Untersuchungsfläche in die Analyse des Gesprächsverlaufes einbezogen. Sie konstatieren, dass sich Inhalt des Besprochenen, Gesichtsausdruck und Körpersprache bisweilen widersprechen. Erstaunlich an dieser Forschung ist für einen phänomenologisch Vorgebildeten vor allem die ungebrochene Hoffnung, über die *detaillierte* Beschreibung gleichzeitig ablaufender Prozesse Erkenntnisse für die Ausbildung von Fachleuten im Gesundheits- oder Beratungswesen einsetzen zu können. Hier wird auf hohem empirischem Niveau versucht, eine Antwort auf die Frage der Kollegin aus dem Beispiel zu finden: Nach welchen Regeln sollte man vorgehen, wenn man mit einem sterbenskranken Patienten spricht?

In vielen empirischen Arbeiten zur Arzt-Patient-Kommunikation spiegelt sich die für die Medizin so typische positivistische Weltsicht. Sie erwartet, dass wir in einer Welt leben, in der eine letztlich endliche Menge an unterscheidbaren Merkmalen in – das sei zugegeben – manchmal komplexen Konstellationen vorzufinden ist. Die Berechtigung der Frage, wann es der Forschung gelingen wird, diesen Dschungel an Wechselwirkungen zu durchdringen, wird nicht angezweifelt. Das lange Warten auf das Aufleuchten der Erkenntnis wird mehr als ein finanzielles Problem gesehen – es hängt eigentlich nur mit dem Fördervolumen der Wissenschaftsorganisationen zusammen. Das grundsätzliche Problem, dass wir häufig im Kontakt sind mit nicht zahlfähiger Mannigfaltigkeit, wird nicht wahrgenommen (für eine aktuelle Übersicht der Typen der Mannigfaltigkeit s. Identität und Einzelheit. In: Schmitz, 2003, S. 112-131). Diesem Begriff der letztlich in zählbare Einheiten unterscheidbaren Mannigfaltigkeit setzt Hermann Schmitz die Begriffe des diffusen und des konfusen Mannigfaltigen entgegen (früher nur: das chaotisch Mannigfaltige).

Der erste Eindruck von einem Anderen – eine impressive Situation

Was die Menschen im Krankenzimmer in dem o.a. Beispiel *im Einzelnen* voneinander wahrgenommen haben, ist wohl kaum das, was sie dazu veranlasst hat, diesen Dialog in dieser Weise zu führen. Sie haben sich wohl eher, wie man sagen könnte, auf einander eingelassen. Damit meine ich zunächst einmal die Bereitschaft, sich vom Anderen in seiner Eigenheit beeindrucken zu lassen. Dieses Wahrnehmen eines anderen Menschen, der erste Eindruck, den man von jemandem hat, ist ein eindrucksvolles Beispiel für die impressiven Situationen, die *vielsagenden Eindrücke*. Dies sind Situationen, die mitsamt ihrer binnendiffusen, nicht oder nur unvollkommen expliziten Bedeutsamkeit in einem Augenblick ganz zum Vorschein kommen. Bei dem, was wir wahrnehmen, handelt es sich in erster Linie um Eindrücke, die dadurch vielsagend sind, dass sie uns mehr an Bedeutsamkeit mitteilen, als wir sagend aus ihnen herausholen können. Das gilt nicht nur für die tiefen, im emphatischen Sinn bedeutsamen Eindrücke, sondern auch für die ganz banalen (Schmitz, 2003, S. 22).

Der Begriff des Flash und wie man sein Auftreten begünstigen kann

Der Begriff des ersten Eindrucks, der so viel besagt, ohne dass man es im Einzelnen aussagen kann, erinnert an das Geschehen im so genannten Flash. Enid Balint hat in ihrem entsprechenden Artikel (1975, S. 58-66) mit dem Begriff Flash ein Phänomen beschrieben, das dadurch charakterisiert ist, dass Arzt und Patient ganz eindeutig (leiblich) ergriffen werden, ohne im Einzelnen sagen zu können, was in diesem Moment geschehen ist.

In der Schmitzschen Terminologie ist klar, dass sich das Phänomen des Flash in *Konstellationen* nicht auffinden lässt. Eine ähnliche Position vertritt E. Balint, wenn sie schreibt: "In der Psychotherapie sucht man die Verursachung [von Krankheiten] gewöhnlich in der Beziehung zu Eltern und Geschwistern, d.h. in der frühen Kindheit. Bei der Flash-Technik haben diese Fragen ... keine Vorrangstellung." Flash wird charakterisiert als "fast unmittelbares Einander-Verstehen" (S. 126), ein blitzartig aufleuchtendes Verstehen, ein intensiver intimer Kontakt.

"Wir meinen, dass die Therapie in dem eigenartigen, intensiven Aufleuchten des Verständnisses zwischen Arzt und Patient liegt, und zwar speziell im Rahmen der Allgemeinpraxis, in dem ein fortlaufender Kontakt möglich ist" (E. Balint & Norell, 1975, S. 61).

Welche Voraussetzungen erleichtern das Auftreten eines solchen Flash-Erlebnisses? E. Balint betont die Bedeutung von Schweigepausen, die selbst innerhalb eines 10- bis 15-minütigen Gespräches in der Allgemeinpraxis möglich seien.

Genau das gleiche wird in einem jüngeren Artikel zur Kommunikation in der Pädiatrie empfohlen: Sayantani DasGupta (2007) schreibt über die Narrative, in denen Kinder über ihre Erkrankung sprechen. Die besondere Aufgabe der Ärztin besteht darin, die oft nicht expliziten Inhalte dieser Geschichten zu übersetzen, in ihre metaphorische Sprache einzutauchen. Im Kontakt mit Kindern heisst das, sich aus der Erwachsenenwelt lösen und in die vom Kind angedeutete Welt einzutauchen. Damit sich die Ärztin orientieren kann, muss sie auf sich selber achten, mit Schmitz würden wir sagen: auf die Atmosphäre, die das Kind, seine Eltern, und die Ärztin umfließt. Die Orientierung an Atmosphären braucht Momente der Stille. Metaphorisch beschrieben: Wir können das Muster der Wellen, das der Wind auf die Oberfläche eines Sees zaubert, dadurch zerstören dass wir einen einzelnen Stein ins Wasser werfen; genauso wird die randlos ergossene Atmosphäre in ihrer Ausbreitung gestört, wenn ständig einzelne Fakten erfragt oder benannt werden.

Balintgruppen zwischen Konstellation und Situation

In den Balintgruppensitzungen, die ich selber als Teilnehmer oder Leiter für besonders gelungen halte, entwickelt sich eine dichte Atmosphäre. Es entsteht sozusagen ein Raumklima, dem sich die Teilnehmenden nur mit Mühe entziehen können. Innerhalb der Gruppe ist etwas präsent, das sich nicht vollständig ausdrücken lässt; und dennoch hat diese Gruppe etwas zu sagen, ist die Sitzung ‚gehaltvoll‘. Damit erfüllt die Gruppensitzung wesentliche Kriterien des Schmitz'schen Situationsbegriffes:

- Eine Situation hebt sich von der Umgebung ab, sie besitzt eine distinkte Gestalt.
- Situationen besitzen Bedeutsamkeit, sie haben etwas zu sagen. Bedeutsamkeit besteht aus Sachverhalten, Programmen und Problemen.
- Bedeutsamkeit ist in Situationen binnendiffus verteilt, sie muss im Einzelnen erst aus der chaotischen Mannigfaltigkeit geschöpft werden (Schmitz, 1999, S. 21).

Nicht selten wird dann von Teilnehmern oder von Leitern und Leiterinnen versucht, dieser ‚Situation‘ Strukturen einzuschreiben, im Raum Fäden aufzuspannen, entlang derer sich bestimmte Gedankenketten zu Ursache und Wirkung formulieren lassen. Mit diesen Schritten wird der Wechsel von der Situation in die Konstellation vollzogen! [Das ist sicher sinnvoll, wenn die Kollegin, die einen Fall präsentiert, von der Gruppe hören will, ob sie jetzt ein MRI veranlassen soll oder nicht; wann immer konkrete Entscheidungen anfallen, ist es wichtig, einzelne Merkmale der Situation zu isolieren und mit bewährten Algorithmen zu verarbeiten.] Manchmal bilden diese Fäden untereinander Knoten, denen sich dann bestimmte Eigenschaften zuschreiben lassen. Zu diesen Eigenschaften gehören Probleme ("Ich glaube, der Patient kann mit der Scheidung nicht richtig umgehen") oder bestimmte Gefühle, denen primär eine Richtung zugeschrieben wird ("Ich glaube, die Ehefrau ist eifersüchtig auf dich als Ärztin!"). In den Gesprächsprotokollen der Balintgruppen an der Tavistock-Klinik zeigt sich, dass die einzelnen Knotenpunkte von den Teilnehmern oft durch Ereignisse im Leben der Patienten definiert werden, die sie in eine zeitliche und logische (post hoc propter hoc) Abfolge bringen.

Manchmal erleben wir dann, dass diese Konkretisierungen das Wellenmuster der im Raum spürbaren Atmosphäre zerstören, leiblich lässt sich spüren, dass etwas zerreisst, die Spannung fällt schlagartig ab. Ich erkenne diese Momente für mich daran, dass ich Bedauern spüre, so etwas wie: „Schade, das ging mir jetzt zu schnell!“ Und hier begegnet uns womöglich das Phänomen, dass dem nicht Konkretisierbaren, das sich im Einzelnen nicht beschreiben lässt, der Makel des Unvollständigen anhängt. Etwas nicht klar sagen zu können, wird dem angelastet, dem es misslingt, und nicht als etwas im Moment nicht Hintergebares begriffen, das eine bestimmte Situation prägt. Gleichsam in Parenthese sei angemerkt, dass Ärzte und Ärztinnen sich besonders schwer tun mit dem Entgegennehmen von momentan Unaussprechlichem, weil ihre Aus- und Weiterbildung darauf ausgerichtet ist, in den trüben Wassern des Vagen nach einzelnen Zeichen zu suchen, die kommendes Unheil im Sinne einer behandelbaren Erkrankung anzeigen. Das Vage ist primär unheimlich, die Lichtblitze bildgebender Verfahren sollen Klarheit, d.h. Eindeutigkeit herbeiführen. Es ist ausgesprochen wohltuend zu sehen, wie Balint die Versuche seiner Gruppenmitglieder kommentiert, aus dem Erlebten ‚Sinn machen‘ zu wollen: ‚Wenn der einzelne Arzt die Freiheit gewonnen hat, in den Gruppenkonferenzen zu beobachten, mitzerleben und schliesslich zuzuhören, statt sich um das Verstehen der Psychodynamik bei seinen Patienten ängstlich zu bemühen, kann er auch in seiner Praxis auf die Übertragungs- und

Gegenübertragungsphänomene zwischen seinen Patienten und sich selbst zu horchen beginnen (M. Balint, 1984, S. 416).

Balint benutzt hier eindeutig Termini der analytischen Krankheitslehre (für eine kurze Übersicht s.: Hekele, 2004), mit denen versucht wird, die spürbaren Regungen den Protagonisten zuzuordnen, also zu definieren, was vom Patienten und was vom Arzt kommt. Abgesehen davon, dass das ein womöglich prinzipiell schwieriges Unterfangen ist (s.u.), ist der Anwendungsbereich dieser Phänomene eingeschränkt: er bezieht sich auf *zwischenmenschliches Geschehen*. Wenn wir aber akzeptieren, dass ein wesentlicher Teil dessen, was in einer Gruppe spürbar wird, von dem, was ‚in der Luft liegt‘, mit dem Begriff der Atmosphäre gut beschrieben ist, dann wird deutlich, dass diese Einschränkung nicht notwendig ist: eine Landschaft oder ein Raum besitzen Ausstrahlung, auch ohne die Präsenz anderer Menschen. Sie verbreiten eine bestimmte Atmosphäre, die z.B. darüber gebietet, ob wir unwillkürlich die Stimme senken oder jauchzen wollen.

Die Neue Phänomenologie von Hermann Schmitz bringt dem Vagen mehr Respekt entgegen und unterscheidet es eindeutig vom Unsicheren. Ein gutes Beispiel für diese Unterscheidung sind ganzleibliche Regungen wie Mattigkeit oder Frische. Ich bin mir ganz sicher, dass ich mich heute beim Aufwachen frisch und munter gefühlt habe, könnte aber nicht oder nur vage (z.B. eher im Kopf als im Bauch?) angeben, wo genau sich diese eindeutige Regung befindet. Ein weiteres Beispiel für diese Kombination aus Sicherheit des Eindrucks und Mühe ihn zu beschreiben wurde oben angeführt: die erste Begegnung mit einem Fremden.

Ungerichtete Gefühle – wenn ich verzweifelt bin und nicht weiss, worüber

Wir haben in dem Eingangsbeispiel als Basis der Sicherheit, mit der Menschen in schwierigen Situationen miteinander umgehen, Gefühle identifiziert, die sich als räumlich ergossene Atmosphäre im Raum ausbreiteten. Der zweite Teil des dritten Bandes: Der Raum im System der Philosophie, ist dem Gefühlsraum gewidmet (Schmitz, 2005). In diesem Band untersucht Hermann Schmitz auf über 500 Seiten die unterschiedlichen Dimensionen des Gefühls, indem er den Leser und die Leserin mit einer Fülle literarischer Zitate vom 7. vorchristlichen bis zum 20. Jahrhundert in Kontakt bringt, in denen vorzugsweise das eigene Erleben subtil beschrieben wird. Gerade für die Balint-Arbeit könnte es sich als fruchtbar erweisen, Gefühle zu beschreiben, die sich einer intentionalen Richtung („Die Eifersucht richtet sich gegen Dich als Ärztin“) entziehen. Dazu gehören Zufriedenheit und Verzweiflung (S. 256ff) als Gefühle, die zum einen der Fülle und zum anderen der Leere zuzuordnen sind. Leere wird manchmal erlebt als ein endloser, an seinen Rändern nicht bestimmbarer Raum (S. 222), in dem es nichts gibt, an dem sich Gedanken festhaken könnten; es entsteht ein Gefühl von Sinnlosigkeit und Gleichgültigkeit. "Amiel bringt dieses Zumutesein auf die kurze Formel: 'Il ne vaut pas la peine de se donner de la peine' (Es lohnt nicht die Mühe, sich Mühe zu geben)" (S. 220).

Ich könnte mir vorstellen, dass der Wunsch, in einer Balint-Sitzung etwas Konkretes beitragen zu wollen, auch aus der Scheu vor dieser Leere resultiert. Sie wird – ähnlich wie das Vage – nicht für wertvoll gehalten, sondern vor allem über das Fehlen benennbarer Inhalte definiert. Es lohnt sich aber – in Anlehnung an Schmitz – sich mit diesem Leeregefühl in seiner reinen Form, also nicht bereits als "Verzweiflung über" zuzuwenden, da es bereits ohne dieses Gerichtetsein an unterschiedliche Erlebensweisen und Bilder geknüpft ist. Manche Teilnehmer berichten spontan von Landschaften, die als Wüste, als Einöde beschrieben werden, in der die grauen, fahlen Farbtöne vorherrschen. Manchmal bekommt diese Leere eine bedrohliche Note, Teilnehmer berichten vom Eindruck eines irgendwo drohenden Abgrundes, vor dem man sich nicht in Sicherheit bringen kann, weil man nicht weiss, wo er sich auftun wird. In dieser bedrohlichen Leere entwickelt sich manchmal im leiblichen Spüren eine gewisse Richtung: die Leere bekommt etwas Drückendes, eine Richtung von oben nach unten.

Die Rede von der Richtung, in der Leere den gespürten Leib erfasst, wird vielleicht besser verständlich, wenn man sich das Gegenteil der abwärts gerichteten Depression vorstellt, die aufwärts zeigende Freude.

In der Depression gibt es ganz ähnlich wie in der Verzweiflung Unlust, eine gewisse Trägheit. Im Hineinspüren in das eigenleibliche Wahrnehmen lässt sich aber zeigen, dass das Bewegungsmuster des depressiven Menschen geprägt ist von verzögerten, gleichsam klebrigen

Bewegungen, während die Bewegungen des Verzweifelten ungerichtet und fahrig, ziellos umherirrend wahrgenommen werden. Um sich deutlicher über Richtung von Atmosphären oder die ihnen innewohnenden Bewegungssuggestionen klar zu werden, könnte man versuchen, Regie-Anweisungen für einen Schauspieler zu entwickeln. „Stellen Sie sich vor, Sie müssten einem Schauspieler Anweisungen geben, wie er sich bewegen soll, damit er den Patienten oder eine bestimmte Atmosphäre so verdeutlicht, dass die Zuschauer spüren, worum es hier geht. Was würden Sie sagen?“

Ich hoffe, ich habe zeigen können, dass es sich manchmal lohnen würde, in einer Balintgruppe darüber zu sprechen, welche Landschaft zu einem Fall assoziiert wird, in welche Farben, in wie viel Licht oder Dunkel sie getaucht ist und wie es sich anfühlen würde, sich in dieser Landschaft zu bewegen. Selbstverständlich ist das Erleben von Gefühlen nicht immer frei von einer Ausrichtung auf ein Objekt, das bisher Gesagte soll aber dazu ermutigen, Gefühle auch ohne ein Objekt, auf das sie sich beziehen, zur Kenntnis zu nehmen. Denkbar ist eben auch, dass die Referentin eines Falles Zeugin wird eines zielgerichteten (intentionalen) Gefühls, das zwischen ihrem Patienten und einem anderen Menschen besteht. Als Zeugin dieses zielgerichteten Gefühls (z.B. Enttäuschung oder Kränkung durch einen Arbeitskollegen) teilt sich der Ärztin aber primär ein Hof von Stimmungen mit, die von dieser mit Atmosphäre aufgeladenen Beziehung abstrahlen in die Situation im Sprechzimmer. In der Balintgruppe würde dann sozusagen ein nicht zielgerichtetes Gefühl zweiter Ordnung wahrnehmbar werden, das noch einen Schritt weiter vom ursprünglichen Quell des zielgerichteten Gefühls entfernt ist. Wie die zahlreichen von Schmitz zitierten Beispiele belegen, lassen sich Gefühle, deren Ziel nicht eindeutig identifizierbar ist, häufig nur metaphorisch beschreiben. Eine besonders häufig gewählte Metapher scheint "die Windnatur der Erregungen" zu sein (Schmitz, 2005, S. 268 ff.). Mit dem Wind teilen nicht zielgerichtete Gefühle die Unmöglichkeit, eine eindeutige Antwort auf die Frage des Woher und auf die Frage des Wohin zu geben. "Der Kummer liegt wie eine düstere Wolke oder dumpfe Last um den Betroffenen oder auf ihm, aber diese Masse hat weder lokalisierbare Ränder, noch strahlt sie von einer umschriebenen Quelle phänomenal so aus, wie das Licht von einer Lichtquelle, der Schall von einer Schallquelle. Diesen Mangel einer umschriebenen phänomenalen Richtungsquelle der Erregungen bezeichnet H. Schmitz als deren *Abgründigkeit*" (S. 273 f.). Genauso wie man plötzlich von einem böigen Wind gepackt wird, kann man auch ... "auf ein ergreifendes Gefühl ... nicht in dieser Weise gefasst sein, weil es phänomenal keinen umschriebenen Ursprungsort hat, sondern aus dem Ungewissen und Unbestimmbaren hervor plötzlich da ist."

An wen richtet sich die Liebe?

Intentionale Gefühle, von denen vorgängig mehrfach die Rede war, weisen "den Betroffenen, den sie ergreifen, auf einen Gegenstand oder ein Thema hin", woran sie sich heften (S. 306). Auch wenn es zunächst nahe liegend erscheint, z.B. das Gefühl der Liebe so zu beschreiben, als ob es vom Liebenden auf das geliebte Objekt gerichtete Gefühle seien, lassen sich Beispiele dafür finden, dass die Liebe ein allumfassendes Erleben des Liebenden ist, das sich auf alle möglichen Gegenstände in seiner Umgebung bezieht, so dass er womöglich glaubt, "die ganze Welt" träte ihm mit liebevollem, freundlichem Gestus entgegen. Das so genannte Objekt seiner Liebe ist in diesem Zusammenhang ein Brennpunkt, in den sich das Gefühl der Liebe atmosphärisch verdichtet und in diesem Sinne Zielort seiner Aufmerksamkeit, aber nicht das Ziel eines von ihm ausgesandten und auf dieses Objekt gerichteten Liebes-Strahles (S. 312 f.).

Ich möchte mit diesen Ausführungen uns ermutigen, Gefühle auch ohne Richtung zur Kenntnis zu nehmen; es könnte in ihrer Natur liegen, dass sie uns auch ohne eindeutige Quelle leiblich betroffen machen, uns ergreifen.

Spätestens dann, wenn die Referentin eines Falles die Frage aufbringt, wie sie denn jetzt mit diesem Patienten weiter umgehen soll, werden sich in einer Balint-Gruppe Richtungen ausbilden, die den Intentionen von Gefühlen entsprechen; es werden Antworten gesucht z.B. auf die Frage: an wen richtet sich diese Sehnsucht? Ich wäre aber sehr froh, wenn wir in einer Gruppe zunächst den Reichtum des chaotisch Mannigfaltigen und die vielfältigen Möglichkeiten des affektiven Betroffenseins zur Entfaltung bringen könnten; dies schliesst die Leere ein! Dann wird jeder Teilnehmer, jede Leiterin gemäss den eigenen Voraussetzungen (vorbestehende zuständige Situationen, die unsere Persönlichkeit ausmachen und unsere leibliche Disposition), aus der vielsagenden impressiven Situation einzelne Bedeutungen schöpfen, die wir einander zur

Verfügung stellen, um einen neuen ‚Blick‘, ein neues Gespür für unsere Patienten und Patientinnen zu entwickeln.

Wenn wir in der Balintarbeit Gruppenteilnehmer dabei helfen wollen, sich dem Flash-Erleben zu öffnen, dann sollten wir, wie Enid Balint schreibt, eine Atmosphäre von Freiheit und Disziplin schaffen. In Bezug auf den Seminarleiter und die Seminarleiterin hiesse dies, dass er oder sie "nicht alle Antworten im voraus weiss, sondern seine Beobachtung so frei und seine Aufmerksamkeit so wach ... [ist], wie das von den Ärzten in den Interviews mit ihren Patienten verlangt wird. Auch das ist natürlich eine sehr schwere Aufgabe." (E. Balint & Norell, 1975, S. 66).

Literatur

- Balint, E., Norell, J.S. (1975). *Fünf Minuten pro Patient*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Taschenbuch
- Balint, M. (1984). *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit* (6. Auflage). Auflage). Stuttgart: Klett.
- Beach, W.A., Easter, D.W., Good, J.S., Pigeron, E. (2005). Disclosing and responding to cancer "fears" during oncology interviews. *Soc Sci Med*, 60(4), 893-910.
- DasGupta, S. (2007). Between stillness and story: lessons of children's illness narratives. *Pediatrics*, 119(6), e1384-1391.
- Hekele, W. (2004). Dialog zwischen Fantasie und Realität. Therapeutische Beziehung aus psychoanalytischer Sicht. *Psychotherapie im Dialog*, 4, 348-355.
- Langewitz, W. (2006). Theorie der Psychosomatischen Medizin. In P. Janssen, P. Joraschky & W. Tress (Hrsg.), *Leitfaden Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* (S. 12-23.). Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Langewitz, W. (2007). Beyond content analysis and non-verbal behaviour - What about atmosphere? A phenomenological approach. *Patient Educ Couns*, 67(3), 319-323.
- Morse, J.M., Beres, M.A., Spiers, J.A., Mayan, M., Olson, K. (2003). Identifying signals of suffering by linking verbal and facial cues. *Qual Health Res*, 13(8), 1063-1077.
- Schmitz, H. (1999). *Adolf Hitler in der Geschichte*. Bonn: Bouvier Verlag.
- Schmitz, H. (2003). *Was ist Neue Phänomenologie?* Rostock: Ingo Koch Verlag.
- Schmitz, H. (2005). *System der Philosophie. Studienausgabe* (2. Auflage, Band III, 2). Bonn: Bouvier Verlag.