

# Resümee über eine einjährige Balint-Arbeit

K. Hünersen und P. Horn, Leipzig, Deutschland

In unserer medizinischen Ausbildung wird uns der Mensch als Objekt, jedoch kaum als Subjekt dargestellt. Der praktische Aufbau einer Arzt-Patient-Beziehung, aus der beide Seiten profitieren können, ist im Lehrprogramm kaum enthalten. Unsere Ausbildung in der medizinischen Psychologie erfolgt nur im 5. und 6. Semester. So sahen wir es als Gefahr, uns zu sehr auf Symptome, auf die naturwissenschaftlichen und technologischen Aspekte der Medizin zu konzentrieren und späteren Problemen völlig unvorbereitet gegenüberzustehen. Wir meinten, es sei zu spät, den Aufbau von Beziehungen erst nach dem Studium zu erlernen. David Surgeon (1980) schrieb: „Die Diagnose und Therapie von akuten Erkrankungen scheint im Vergleich mit dem Umgang von Problemen von langfristigen Erschütterungen und Behinderungen, die Krankheiten mit sich bringen können, eine leichte Aufgabe zu sein“ (1).

So gründeten wir unter der Leitung der sich in der Facharztausbildung für Innere Medizin befindlichen Frau Dipl. med. M. Heinke, die Gruppenerfahrung besaß, eine Gesprächsgruppe. In dieser Gruppe wurde versucht, Arzt-Patient-Beziehungen in ihrer ganzen Breite zu ergründen. Jeder der 6 Medizinstudent(inn)en wollte jeweils über einen längeren Zeitraum einen sogenannten Problempatienten betreuen. Es handelte sich um hämatologische und kardiologische Patienten. Durch die Leiterin hatten wir Zugang zu Stationen der Inneren Medizin. Wir verabredeten eine verbindliche Teilnahme für ein Jahr und wollten uns regelmäßig alle 14 Tage für 2 bis 3 Stunden treffen. Diese Verbindlichkeit erwies sich angesichts der kleinen Gruppe als sehr wichtig. Das Ausscheiden nur eines Gruppenmitglieds hätte die Existenz der gesamten Gruppe in Frage gestellt. Bei den ersten Treffen, bei denen die Gruppendynamik den Mittelpunkt der Gespräche einnahm, hätte die fehlende Person künftig außerhalb des Gruppengeschehens gestanden, und kontinuierliche Lernerfahrungen wären ihm erschwert worden. Jedes Treffen wurde zunächst schriftlich protokolliert, später wurden Tonbandaufzeichnungen genutzt. Es wurde jeweils über einen Patienten gesprochen.

Beim ersten Treffen formulierten wir unsere Erwartungen: Wie sind Konflikte zwischen Arzt und Patient zu erkennen, wie zu lösen, wie kann im Gespräch mit Patienten bisher Verborgenes und Tabuisiertes zur Sprache kommen. Wir wollten versuchen, ein umfassendes Verständnis von der bewußten und unbewußten Beziehung zwischen Arzt und Patient bzw. Student(in) und Patient zu gewinnen und eventuell Vorurteile zu überwinden.

Vor allem zu Beginn gab es sowohl in der Gruppenarbeit als auch bei der Betreuung einige Schwierigkeiten. Uns war bewußt, daß zu solch einer Gruppe eigentlich mehr Teilnehmer nötig wären. Diese Gruppe entstand jedoch im Rahmen eines Seminars für medizinische Psychologie durch Initiative der oben genannten Ärztin. Ihr und uns waren keine weiteren Interessenten bekannt.

In der Anfangsphase mußten wir uns erst als Gruppe finden, Probleme untereinander nahmen damals viel Raum ein. Später konnten wir uns den Fällen konzentrierter widmen. Von der stark fallbezogenen Arbeit wurde immer dann abgewichen, wenn der Druck durch Konflikte innerhalb der Gruppe so stark war, daß eine Auseinandersetzung mit den zum Teil unbewußten bzw. von uns nicht sofort durchschaubaren Spannungen für die weitere Arbeitsfähigkeit erforderlich war. Z. B. führte die geringe Vertrautheit anfangs zu persönlichen Aversionen, Profilierungswünsche einzelner sowie Versuche, einander zu bevormunden, störten die Fallbesprechungen. Auch an einige Methoden der Leiterin, beispielsweise den Berichtenden an geeigneter Stelle zu stoppen, mußten wir uns erst gewöhnen. Einige Teilnehmer spürten zu Beginn der Gruppenarbeit als auch bei der Betreuung Angst, negativ bewertet zu werden und unfähig zu erscheinen. Es fiel uns schwer, uns auf die Betroffenen, von denen berichtet wurde, richtig einzulassen, persönliche Reaktionen auf den Berichtenden zu spüren und offen zu zeigen. Das unbefangene Äußern von Vorstellungen, Gedanken und Gefühlen wird von Michael Balint (1955/56) „Mut zur eigenen Dummheit“ genannt (2). Besonders gehemmt waren wir, wenn es sich dabei um verpönte, „unpassende“ Assoziationen und Gedanken handelte. Wir mußten uns mühen, nicht alles sofort verstehen zu wollen und mit Interpretationen zuzudecken.

Als störend empfanden 2 Studenten anfangs die äußeren Umstände der Besuche bei den Patientinnen. Die Patientinnen lagen entweder in einer Sterilstation und konnten uns nur völlig vermurrt im Abstand von 3 m sehen, und nonverbaler Kontakt war nicht möglich. Oder sie lagen im Mehrbettzimmern, und die anderen Patientinnen hörten den Gesprächen interessiert zu. Später sahen wir die darin liegende Chance; schließlich mußten die Patientinnen dieses Umfeld ständig ertragen, und wir konnten ihnen näher kommen, wenn wir räumlich in der gleichen Situation waren.

Ein weiteres Problem war die ungewohnte Gesprächssituation in der Gruppe, das freie Gruppengespräch unterschied sich erheblich vom konventionellen Gespräch. Es mußte geübt werden, ohne innere Wertung und Zensur auf unterschiedlichste Mitteilungen, auf Nebensächliches und Wichtiges zu achten. Der Umstand, daß schon einige wenige Mitteilungen des Berichtenden genügen sollten, um daraus das Typische über den Patienten und die Beziehung erfahren zu können, weckte Bedenken in uns. Wir mußten aufpassen, nicht völlig in Spekulationen zu verfallen.

Es überraschte uns, daß die Patienten an unserer Jugend und Unerfahrenheit keinen Anstoß zu nehmen schienen. Bei der Gründung unserer Gruppe waren wir sehr inspiriert und fasziniert von Balints Ideen, die uns auch Herr Prof. Dr. med. Luban-Plozza mit seinem Vortrag in Leipzig und sich anschließendem Demonstrations-Balint-Junior-Seminar, an welchem wir teilnehmen durften, nahebrachte. Deshalb ergriffen wir die Möglichkeit, unsere bisherige Arbeit nach etwa einem halben Jahr nun als Balint-Gruppe unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. sc. med. Geyer, Leiter der Abteilung für Psychotherapie und Neurosenforschung der Psychiatrischen Klinik, fortzusetzen bzw. zu vertiefen.

Die Arbeit der Gruppe läßt sich am besten schildern, wenn wir die Wechselwirkungen zwischen der Gruppe und der Betreuung der Patienten in folgendem näher beschreiben. Es soll der Verlauf unserer Beziehungen zu 2 Patientinnen, die von Frau cand. med. Katrin Hünersen und Frau cand. med. Petra Horn betreut wurden, gezeigt werden. (Es erscheint uns angebracht, wenn wir im folgenden jeweils in der „Ich“-Form berichten.)

Die Patientin, Frau H., wurde mir, Katrin Hünersen, als eine Patientin, die sich völlig in sich zurückgezogen habe, seit sie in der Sterileinheit liegt, durch die behandelnde Ärztin vorgestellt. Auf Grund der großen Entfernung ihres Heimatortes konnte sie nur einmal wöchentlich von ihren Verwandten besucht werden. Ich merkte, daß es für mich Bedeutung hat, ob ich als einzige Besucherin oder als eine von vielen kommen würde. Ich hoffte, eine ihr nahestehende Frau zu werden.

Frau H. war mit meinen Besuchen einverstanden. Als ich ihr das 1. Mal gegenüberstand, war ich sehr aufgeregt und unsicher. Ich wußte nicht, wie ich ihr die Betreuung erklären sollte. Die Patientin half mir aus dieser Verlegenheit, indem sie gleich sagte: „Sie besuchen mit jetzt also? Da freue ich mich, gerade heute ist mein Bruder, der Knochenmark gespendet hat, entlassen worden . . .“

Mit dieser Bemerkung gab sie mir das Gefühl, gebraucht zu werden. Ich war mit der Vorstellung ins Krankenzimmer gekommen, daß ich ihr helfen müsse, nun erlebte ich, daß die erste, die Hilfe bekam, ich selber war. Nach 15 Min. Besuchsdauer fühlte ich mich sehr angestrengt und meinte, das Ziel des ersten Besuches, miteinander bekannt zu werden, sei erreicht. Ich wollte die Patientin auch nicht überfordern, denn sie hatte erzählt, daß sie am Tage häufig schlafe. Deshalb fragte ich sie, ob ich jetzt erst einmal gehen solle. Frau H. sagte daraufhin: „Schon? Ach bleiben sie doch noch ein bißchen!“ Darüber war ich einerseits erfreut, da ich mich als Person angenommen fühlte, andererseits war ich jedoch erschrocken. Ich blieb, wußte aber nicht mehr richtig weiter. Ich bereute meine Frage.

Die Gruppe empfahl mir, die für mich mögliche Dauer des Besuchs in der Regel schon am Anfang anzudeuten, um zu vermeiden, daß die Patientin meine aufkommende Unruhe, „da ich eigentlich gehen müßte“, spüre und nicht verstehen würde. Ein etwas bestimmteres Auftreten gelang mir mit der Zeit immer besser. Ich merkte, daß ich vom Patienten etwas fordern kann und muß. Das war für die Weiterentwicklung der Beziehung wichtig, da ich bei früheren Kontakten mit Schwerkranken und auch bis jetzt in dieser Beziehung immer das Gefühl des „Unterdrücktwerdens“ hatte, mich überrannt fühlte.

Es wurde mir möglich, verbindlich getroffene Absprachen einzufordern. Ich merkte, daß meine anfängliche Besorgnis, damit Empörung bei der Patientin hervorzurufen, unbegründet war – ich wurde ernst genommen und eher als Partnerin betrachtet.

Weil mich Stille bei unserer ersten Begegnung eher belastet hätte, redete ich sehr viel. Später, als mein Verhältnis zu Frau H. weniger distanziert war und sie durch einen massiven Pilzbefall große Sprechschwierigkeiten hatte, empfand ich Schweigen zwischen uns nicht mehr als peinlich. Ich konnte Frau H. anbieten, mit meinen Besuchen auszusetzen, etwas zu erzählen oder einfach nur still bei ihr zu sitzen. Normalerweise bat die Patientin mich, recht bald wiederzukommen. Ein einziges Mal lehnte sie mein Angebot, sie in derselben Woche noch einmal zu besuchen, ab. Frau H. bat mich, erst Mitte nächster Woche wiederzukommen. Nach ihrer Verlegung von der Sterileinheit erklärte mir die Patientin, daß sie froh war, mich damit nicht enttäuscht oder gekränkt zu haben. Aus diesen und anderen von ihr geäußerten Gedanken spürte ich, wie sehr die Patientin über ihre Beziehung zu allen mit ihrer Behandlung und Pflege in Verbindung stehenden Personen nachdachte. So litt sie tagelang unter einem barschen Satz einer Schwester oder ähnlichen Vorkommnissen.

In einer Gruppenstunde wurde mein Bedürfnis, sie zu drängen, ihre Gefühle gegenüber anderen Personen direkt auszusprechen, gebremst. Die Gruppe meinte, es sei schon viel erreicht, wenn sie zu mir über unsere Beziehung reden könne. Wichtig war mir, daß ich Frau H. problemlos sagen konnte, wann ein Besuch aus Zeitgründen nicht möglich sein würde. Sie fragte anfangs oft, ob sie nicht eine große zeitliche Belastung darstelle. „Sie müssen doch sicher viel lernen.“

Als sehr erschwerend empfand ich die Atmosphäre der Sterileinheit. Frau H. konnte von mir nur die Augen, verdeckt von Brillengläsern, sehen, da ich Kittel, Mundschutz, Haarschutz und so weiter trug. Meine Mimik war für sie nicht zu erkennen. Mich bedrückte anfangs, wie ich als verummte Unbekannte vor ihr stand. Sie lag unerreichbar fern für einen Händedruck, eine Berührung – ich mußte in der nur ein Stück geöffneten Tür sitzen bleiben. Ich hatte das Gefühl, daß uns dadurch etwas ganz Wichtiges fehle, und sprach darüber in der Gruppe. Die anderen konnten diese Sorge verstehen. Die Leiterin, die die Situation kannte, meinte aber, daß die Patientin unter keinen anderen Umständen therapiert werden könne und wir diese Tatsache unbedingt akzeptieren müßten. Ein Teilnehmer erklärte, er würde die Betreuung unter den Bedingungen der Sterilpflege ablehnen. Das konnte ich nicht verstehen.

Ein weiteres Problem stellte der Lärm des Luftsterilisators dar. Frau H. klagte selten und wenn, dann flüsterte sie dabei leise in ihr Kissen. Nur aus dem Tonfall konnte ich erkennen, wie niedergeschlagen sie gerade war. Sie wiederholte dabei das Gesagte fast nie, obwohl ich sie manchmal nahezu verzweifelt darum bat. Es fiel mir nicht leicht, zu begreifen, warum sich Frau H. nicht mutlos oder niedergeschlagen zeigen wollte.

Die Patientin interessierte sich sehr dafür, wie ich meine Wochenenden verbringe, was ich gerade lese etc., und merkte sich vieles genau. Z. T. kam sie noch nach Tagen auf Erzähltes zurück. Ich fungierte als „eine Verbindung zur Welt da draußen“, so hatte sie es einmal genannt. Ich empfand es als außergewöhnlich, daß sie solchen Anteil an den Dingen außerhalb der Sterileinheit nahm. Eine Teilnehmerin, deren Patientin fast ausschließlich auf Krankenhausprobleme fixiert war, bestätigte diese Ansicht.

Trotzdem erschienen mir unsere Gespräche anfänglich als Geplauder. Frau H. wollte auf keinen Fall über elementare Fragen wie Todesangst, eventuelles Versagen der Therapie oder Ähnliches reden. Ich war damals aber davon überzeugt, daß sie sehr viel darüber nachgrübelt und wußte nicht, ob ich die Patientin ansprechen, vielleicht sogar direkt fragen sollte. Ich vermutete, daß sie mir die „starke Patientin“ nur vorspielte. Ein Gruppenmitglied hatte seine Patientin direkt gefragt, er war dafür stark kritisiert worden. Die Gruppe war der Meinung, daß ich, wenn die Patientin nichts darüber sage, spüren müsse, ob sie über oben genannte Fragen reden möchte. Die anderen konnten nicht verstehen, weshalb ich die Zurückhaltung der Patientin in diesen Fragen so stark auf mich persönlich bezog; sie sprach ja genausowenig mit Angehörigen, Ärzten und Schwestern darüber. Es war sehr hilfreich für mich, daß ich ihre Zurückhaltung nach dem Gruppengespräch anders sehen konnte.

Nach der Verlegung von der Sterileinheit auf die Station begann die Patientin von selber zu erzählen, „daß man an seiner Gesundheit keinerlei Zweifel aufkommen lassen dürfe“. Sie war überzeugt, daß man an so etwas nicht einmal denken dürfe, nur ganz fest glauben und wollen müsse. Dieses Problem hatte die Patientin für sich gelöst, indem sie jeden Gedanken an den Tod oder ähnliches völlig verdrängte. Ich verstand meinen Irrtum,

als ich annahm, sie wolle nur mit mir nicht darüber reden, durchdenke es aber oft. Ich war froh, ihr nur einige Male sehr vorsichtig Gesprächsbereitschaft über diese Dinge signalisiert zu haben und nicht versucht zu haben, sie „wachzurütteln“. Die Erfahrung, daß Bewältigungsstrategien des Patienten akzeptiert werden müssen und nicht durch eigene Ansichten entsprechend durchbrochen werden dürfen, ist mir für meine spätere Arbeit sehr wichtig.

Beim Nachdenken über Frau H. fiel mir auf, daß sie eine relativ ausgeglichene Patientin war. Nur zweimal erlebte ich sie ärgerlich. Bei einem Besuch hatte ich sie durch die Türscheibe gesehen. Sie schlief, und ich ging wieder. Frau H. konnte nicht verstehen, weshalb ich sie nicht geweckt hatte, der Besuch war doch fest vereinbart. Ihre Verärgerung tat mir sehr leid. Ich möchte gern zuverlässig sein, und ich sagte ihr, daß sie sehr schlafbedürftig ausgesehen habe. Sofort betonte die Patientin, wie gut sie sich gefühlt habe. Ich versprach, mich künftig nie wieder „davonzuschleichen“.

Beim 2. Mal war Frau H. wütend auf eine Schwester, die ihr Essen gebracht hatte, welches sie wegen ihrer beschädigten Mundschleimhaut nicht essen konnte. Ich erwog, mit der Schwester zu reden. Da ich befürchtete, daß die Schwester das als Einmischung in ihren Aufgabenbereich empfinden könnte und Frau H. keine Hilfe wollte, schwieg ich. Ansonsten durfte ich nach ersten Anlaufschwierigkeiten jederzeit auf die Sterileinheit kommen, die Schwestern begrüßten mich nett, sprachen darüber, ob die Patientin einen besonders anstrengenden Tag hatte, oft um schmerzlindernde Mittel gebeten hatte etc.

Mit der Verlegung aus der Sterileinheit begann für uns eine viel größere Offenheit. Wir freuten uns beide sehr über die Verlegung, und Frau H. sagte: „Jetzt sehe ich sie endlich einmal richtig nahe: Es ist viel leichter, mit jemandem zu sprechen, dessen Gesicht nicht verborgen ist.“ Die Sterilpflege war für sie die bisher schlimmste Zeit ihres bisherigen Lebens gewesen. Obwohl mir die Patientin einmal angedeutet hatte, daß sie über alles aufgeklärt worden sei, war sie jetzt erschrocken über ihre Überlebenschancen, die sie erst auf Station erfahren hatte. Sie war froh, diese nicht gekannt zu haben, deshalb habe sie mich auch nicht gefragt, obwohl sie wußte, daß ich darüber genau Auskunft hätte geben können. Das zu hören war mir wichtig, weil es mir zeigte, daß man spüren muß, wieviel ein Patient hören will, welchen Grad an Information und Aufklärung er gerade wünscht. Dies muß bei jeder Begegnung neu herausgefunden werden.

Im Laufe der Zeit habe ich gemerkt, wie wichtig das Gruppengespräch war. Auch wenn nicht über meine Patientin gesprochen wurde, brachte mich die Diskussion weiter. Nur der Halt in der Gruppe ermöglichte mir, daß ich mich so auf die Patientin einlassen konnte. Frau H.s zunehmende psychische Stabilität erlaubte ein Längerwerden der Besuche. Manchmal war ich froh, daß die Patientin ca. 20 Jahre älter war, sonst wäre eine für mich nicht mehr tragbare Nähe entstanden. Das steht im scheinbaren Gegensatz zu meinem anfänglichen Wunsch, eine ihr sehr nahestehende Person zu werden. Ich erkannte, wie sich meine Grenze, die Patientin an mich heranzulassen, im Laufe ihrer Krankheitsbesserung verändert hatte. Diese Dynamik wurde mir mit Hilfe der Gruppe bewußt, in der wir über dieses Nähe-Distanz-Problem sprachen.

Auf Vorschlag von Frau H. verabredeten wir bei ihrer Entlassung weiteren losen Briefkontakt. Bei der Verabschiedung war ich davon, daß sie diese bedrohliche, schreckliche Krankheit Leukämie vorerst überlebt hatte, innerlich und äußerlich an Stabilität gewonnen hatte und mir sehr herzlich danken konnte, sehr gerührt.

Ich, Petra Horn, betreute für ein 3/4 Jahr eine 63jährige, kardialgeschädigte Patientin, Frau W. Sie wurde mir von der Klinikfürsorgerin (Sozialarbeiterin) auf Grund ihrer Krankheit, ihrer komplizierten Familiensituation und des schon fast einjährigen Klinikaufenthalts mit nur kurzen Unterbrechungen als zeitweise depressive, sonst jedoch aufgeschlossene Patientin vorgestellt. Die Klinikfürsorgerin meinte, Gespräche mit einer außenstehenden Person würden ihr gut bekommen. Frau W. erhielt täglich Besuch von ihrem Mann und in unregelmäßigen Abständen von einem ihrer Kinder.

2 andere Teilnehmer der Gruppe hatten den ersten Besuch schon absolviert; durch ihre positiven Erfahrungen und unsere Gespräche darüber in der Gruppe wurde mir ein Teil meiner Ängste genommen. Ich war gespannt auf unsere erste Begegnung, hatte jedoch Befürchtungen, wegen meines jugendlichen Alters nicht akzeptiert zu werden. Ich wußte auch nicht, wie ich ihr die Betreuung erklären sollte und ob ich von der Existenz der Gruppe berichten sollte. Als ich Frau W. besuchte, fand ich sie völlig niedergeschlagen nach einer tags zuvor durchgestandenen Hirnembolie in ihrem Bett im 4-Bett-Zimmer. Auch ich befürchtete, ebenso wie auch andere Teilnehmer unserer Gruppe durch die Mitpatientinnen im Zimmer beobachtet zu werden und dadurch nicht frei reden zu können.

Frau W. nahm an, ich käme zur Abklärung sozialer Probleme ihrer jüngeren Tochter von der Jugendhilfe. Offensichtlich war ich nicht durch die Klinikfürsorgerin angekündigt, obwohl es so abgesprochen war. So war ich bei meiner Vorstellung und dem Bericht meines Vorhabens ziemlich verunsichert, hatte Frau W. doch jemand anderen erwartet. Ihr ging es schlecht, und sie war nicht gerade begeistert über mein Kommen. Ich war im Zweifel: Gehe ich sofort wieder, bleibe ich noch, komme ich überhaupt wieder? Ich blieb noch! Frau W. erzählte mir über sich, daß es ihr momentan sehr schlecht ginge, und daß sie auf Grund der Hirnembolie alles nur verschwommen sehe.

Dieser kurze Bericht der Patientin über sich selbst ermunterte mich. Ich fühlte, daß sie mir näher kam und fragte sie, ob es ihr recht wäre, wenn ich wiederkäme. Ich verabschiedete mich mit gemischten Gefühlen, konnte mir jedoch durchaus vorstellen, daß wir miteinander auskommen könnten. Der „Sprung ins Wasser“ war geschafft, das „Schwimmen“ würde schon klappen. Insgesamt schien es mir doch leichter, als ich anfangs dachte.

Zwischen Frau W. und mir entstand allmählich Vertrauen. Ich besuchte sie 2 bis 3 Mal in der Woche, je nachdem, wie sie es wünschte bzw. mir durch das Studium möglich war. Meine Ängste, dieser mir doch fremden Frau mit meinen Besuchen mehr zur Last zu fallen als zu helfen, wichen. Ich bemerkte, daß sie mich annahm durch solche Sätze wie: „Sie kommen aber spät!“ und gegenüber anderen Personen sprach sie von mir als „ihrer Medizinstudentin“. Nach den anfänglichen Zweifeln erfreute mich das sehr. In einem Gespräch erzählte sie mir erbost von „den Studenten“, die im Rahmen des Seminars für Innere Medizin zu ihr gekommen waren, um die Anamnese zu erheben. „Was die alles wissen wollten!“ Mir erzählte sie von sich aus viel über ihre Gedanken, über ihre Familie und ihre Vergangenheit. Ich spürte einen deutlichen Unterschied, wie sie „die Studenten“ annahm, zu denen ich im Prinzip genauso gehöre, und wie sie mich annahm, die ich aus einer Balint-Gruppe kam.

Ich strebte es nicht an, bei meinen Besuchen nur nett zu plaudern. Mein Hauptanliegen sollte es sein, über die Probleme der Patientin zu sprechen. Das zu lernen, war schließlich

ein Beweggrund, für mich, in dieser Gruppe mitzuarbeiten. Die Relationen zwischen Alltagsgesprächen und „Problembesprechungen“ entsprachen anfangs nicht meinen Vorstellungen. In einer Gruppenstunde, die diesen Problemen gewidmet war, wurde mir klar, woraus diese Diskrepanz zwischen Erwartung und Realität erwuchs. In der Literatur werden Momente der Problembesprechung herausgestellt, die in Wirklichkeit in Alltagsgesprächen eingebettet sind, wobei letztere einen viel größeren Zeitraum einnehmen. Die Bedeutung des „Geplauders“ für den Aufbau einer Beziehung konnte ich durch diese Betreuung der Patientin erleben.

In unseren Gesprächen gab immer Frau W. die Themen vor: Klagen über ihr schlechtes Befinden, „obwohl ich mir Mühe gebe“, Probleme in der Familie, Klagen über den zu langen Krankenhausaufenthalt. Ich wagte nicht, die dominierende Rolle im Gespräch zu übernehmen. So hörte ich ihr zu, zu Beginn sehr aufmerksam, später aber auch mit weniger guten Gefühlen. Die Themen wiederholten sich ständig, ich versuchte Lösungen für ihre genannten Probleme zu finden, schlug diese vor und merkte, daß ihr gar nicht an der Problemlösung lag. In der Gruppe wurde mir geraten, nicht ständig zu positivieren, ich würde sonst nur immer den Gegenpol bilden, jedoch nicht mit Frau W. in Kontakt treten können. Dankbar für diesen Rat – ich langweilte mich schon, hatte keine neuen Lösungsideen für Frau W.s Probleme, änderte ich mein Verhalten. Mein Selbstbewußtsein wuchs, ich stellte selber Fragen, berichtete von mir, brachte neue Themen ins Gespräch, um sie aus ihren kreisenden Gedanken herauszuholen.

So fühlte ich mich wohler. Trotz alledem, meine Ohnmacht gegenüber der Krankheit trat mir immer wieder vor Augen. An eine Besserung des Zustandes war nicht zu denken. Frau W. war darüber aufgeklärt worden, nahm dieses Wissen an, verwarf es jedoch immer wieder, und stellte die gleichen Fragen: „Weshalb ich, ich bin doch erst 63 Jahre alt? Was soll ich denn nur tun, ich kann mich doch nicht nur schonen.“ Die Erfahrung, die Probleme der Patientin nicht lösen zu können und keine Ratschläge vorzugeben, war für mich neu, wird aber wichtig sein für meine spätere Praxis. In diesem Fall habe ich gelernt, mich damit zu begnügen, die Probleme zu erkennen und zu benennen, nicht mehr und nicht weniger.

Oft äußerte Frau W. den Wunsch, lieber tot zu sein, da sie sich in ihrem Leben zu sehr eingeschränkt fühlte. Ich verstand sie in ihrer Ohnmacht und versuchte sie, das spüren zu lassen. Ich wagte nicht, ihr zu sagen, daß eine Änderung der Lebenseinstellung in ihrem Fall das beste wäre, obwohl es meiner Auffassung entsprach. Ich kam mir in diesen Situationen unglaublich vor und nahm an, sie hätte diesen Vorschlag nicht einmal gehört. Ich meinte, den Anstoß dazu müsse die Patientin selbst geben, hatte sie doch meine anderen Lösungsvorschläge ebenfalls verworfen. So hörte ich ihr in diesen Situationen nur still zu und glaubte, ihr so am besten geholfen zu haben.

Meine Ängste, nicht abfangen zu können, was mir die Patientin entgegenbringt, baute ich schnell ab.

Das Verhältnis zu den Schwestern, zu den Ärzten hatte ich keinen Kontakt, war die gesamte Zeit gut. Es wurde akzeptiert, was durchaus nicht selbstverständlich war, daß ich kam, wenn es die Freiräume zwischen den Lehrveranstaltungen zuließen. Eine Schwester äußerte mir gegenüber einmal, daß sie sich mehr Studenten wünsche, die Patienten betreuen. Der Einsatz wäre lobenswert und trage Früchte im Verhalten dieser Patientin. Diese Worte ermutigten mich, nicht aufzuhören mit der Arbeit . . .

Ein letztes Problem im Zusammenhang mit Frau W. war, daß mir nicht klar war, wie ich diese Beziehung, die ich als partnerschaftlich bezeichnen würde, beenden sollte. Nachdem Frau W. aus der stationären Behandlung entlassen worden war, hatte ich sie auf ihren Wunsch weiterhin alle 14 Tage einmal besucht. Doch es sollte keine Sache von Dauer sein, die Betreuung war als zeitlich begrenzt von vornherein geplant worden. Bei den Betreuenden der hämatologischen Patienten wurde das Problem durch die Entfernung der Heimatorte der Patientinnen gelöst, bei mir nicht. In der Gruppe wurde mir geraten, das Problem zu thematisieren, Frau W. meine Bedeutung als außerhalb der Familie stehende Gesprächspartnerin zu erklären, ihr bewußt zu machen, daß sie eine solche Person benötigt, ich diese Rolle jedoch nicht auf Dauer übernehmen kann. Frau W. akzeptierte diese Erklärung, und wir vereinbarten für die Zukunft eine lose Verbindung. Mir waren die Zeit mit der Patientin und die Gespräche darüber in der Gruppe sehr wichtig. Ich wurde zur Reflexion über diese Beziehung zwischen der Patientin und mir angeregt und fühlte mich durch die Gespräche in der Gruppe nie alleine. Im Laufe der Zeit wurde ich selbstsicherer und bekam ein Gespür für den Umgang mit meinen eigenen Gefühlen, die in der Beziehung zur Patientin eine Rolle spielten. Ich bin sehr dankbar für dieses Jahr in der Gruppe.

Diese Art von Gruppe beanspruchte viel Zeit; angesichts des anstehenden Staatsexamens lassen wir sie deshalb momentan ruhen. Wir konnten üben, mit einer bestimmten Aufmerksamkeit zuzuhören. Es ging uns darum, zu erfahren und zu spüren, daß es neben dem inhaltlich konkreten Geschehen in einer Beziehung noch etwas ganz anderes gibt: einen verdeckten, indirekten Austausch von Botschaften und Gefühlen, der unausgesprochen bleibt. Besser gelingt es uns jetzt auch, uns bei der Beurteilung von Patienten von ihnen abzugrenzen, uns nicht völlig unseren Gefühlen hinzugeben. Mit eigener Abwehr können wir jetzt besser umgehen.

Anhand konkret entstandener Situationen sprach wir z. B. darüber, wieviel man den Patienten von sich selbst erzählen sollte und erkannten für uns, daß diese Frage nicht einmal grundsätzlich, sondern von Patient zu Patient neu entschieden werden muß. Wir denken, daß unsere Fähigkeit zur möglichst genauen Darstellung und unser Einfühlungsvermögen gestiegen sind und sehen diese Dinge als untrennbar vom Arztsein an. Nicht zuletzt machte diese Form des Lernens oft Freude. Betreuung und Besprechung in der Gruppe hatten für uns gleichen Stellenwert und sind nicht voneinander zu lösen.

Wir wollen versuchen, während der Facharztausbildung ähnliche Gruppen durchzuführen.

Immer wieder wurden wir uns eigener Grenzen und der der Gruppenarbeit bewußt. Es ging uns nicht darum, aus Einzelerfahrungen allgemeingültige für jeden Patienten gleichermaßen geltende Regeln aufzustellen. Wir sind uns auch bewußt, daß eine solche intensive Betreuung später nur in Einzelfällen möglich sein wird. Jörg Kaspar Roth sagt: „Die Balint-Gruppe bildet lediglich das aus, was jeder, der in einem helfenden Beruf tätig ist, zur Verfügung hat und wirkungsvoll einsetzen kann: sich selbst, die eigene Person“ (2).

Wir sind froh, unsere anfangs gehegten Erwartungen ein Stück verwirklicht zu sehen, und sind dankbar, daß uns Patienten Gelegenheit gaben, diese Erfahrungen zu machen. Sehr herzlich danken möchten wir auch Herrn Prof. Dr. sc. med. Geyer für seine

Unterstützung und Förderung sowie Frau Dipl. med. Heinke, mit der uns ein Jahr der Gruppenarbeit sehr verbindet.

Literatur

- (1) Roth, J. K.: Hilfe für Helfer: Balintgruppen; Bd. 389 München, Zürich 1984, S. 150.
- (2) Balint, M.: Psychotherapeutische Ausbildung des praktischen Arztes, *Psyche* 6, 1955/56, S. 371-89.