

Von der „wohlbehüteten“ Anamnesegruppe in den Klinikalltag

Tagebuch als Ergänzung zur Balint-Arbeit

M. Fehr, Rhede, Deutschland

5.8.

Seit drei Jahren arbeite ich mit bei den Anamnese-Gruppen, im ersten Jahr als Teilnehmerin einer Gruppe, danach zwei Jahre als Tutorin. Im Herbst werde ich diesen Abschnitt meiner Ausbildung als Trainerin einer neuen Tutoren-Gruppe beenden. Es stellt sich für mich nun die Frage, was ich in den Gruppen gelernt habe und wie ich es umsetzen kann im täglichen Kontakt zu Patienten.

Zu Anfang dieser Ferien stellte ich in der Famulatur mit Entsetzen fest, daß ich nicht in der Lage war, auf Patienten einzugehen; es war mir einfach zu viel, ihnen zuzuhören, von Geduld und Empathie sprühte ich wirklich nicht gerade.

Ob es daran lag, daß ich auf Chirurgie famulierte und mir andere Ziele gesetzt hatte? Ich wollte etwas Handwerkliches lernen, nähen, Wundversorgung, Braunülen legen etc. Da war für die Patienten kein Platz. Es interessierten mich nur ihre Organe, Wunden, ihre einzelnen Teile. Oder lag es daran, daß ich voll war mit eigenen Problemen, keine Energie mehr hatte, auf ihre Sorgen auch noch einzugehen, ich einfach nicht mehr aufnahmefähig war für diese mir fremden Menschen?

Oder bin ich nur auf Chirurgenmanier hereingefallen? Aber so schlimm waren die Chirurgen gar nicht. Sie kümmerten sich, soweit ihre Zeit es zuließ, doch sehr engagiert um ihre Patienten.

Wohl habe ich noch die Hinweise der Patienten verstanden, reden zu wollen. Dann bin ich geflohen vor ihnen und ihren Wünschen, habe getan, als habe ich nichts gemerkt von ihrem Bedürfnis.

Erst langsam kann ich es wieder zulassen, auf Patienten zuzugehen. Ein kleines Erlebnis auf einer inneren Station nach meiner Chirurgie-Famulatur war dabei sehr wichtig für mich.

Ich begleite eine Patientin zur Röntgenabteilung, wo bei ihr ein Kontrasteinlauf gemacht werden sollte. Ich ging wegen der Untersuchung und ihrer Ergebnisse mit, nicht weil ich daran dachte, daß es der Patientin gut tun könnte, jemanden Bekannten dabeizuhaben.

Von der Röntgenassistentin wurde ich erst wieder auf Station zurückgeschickt, um die vergessenen Unterlagen, Zellstoff und eine Bettpfanne zu holen, schließlich dann auch noch ausgemotzt, weil ich das Falsche brachte. Der Untersuchung durfte ich nur auf einem Bildschirm im Nebenraum folgen; keiner war da, der mir etwas erklärte.

Als ich dann die fertigen Bilder mit der Ärztin zusammen anschauen wollte, schickte sie mich weg mit der Bemerkung: „Gehen sie doch zu der Patientin; die liegt ganz allein

Ich war verärgert und beschämt zugleich.

Die Patientin, eine über achtzigjährige zierliche Dame, Großmutter der Stationschwester, litt an Colitis ulcerosa und wurde wegen starker Durchfälle – eventuell als Medikamentennebenwirkung – eingeliefert. Ein akuter Schub der Colitis oder ein Tumor sollten ausgeschlossen werden. Sie war sehr jammerig, beklagte ständig, daß sie nun schon im dritten Jahr im Krankenhaus läge, im letzten Jahr wurde ein Darmstück entfernt, im davorliegenden hatte sie einen Schlaganfall, von dem sie sich gut erholt hatte.

Außerdem machte sie abfällige Bemerkungen über ihre Tochter, bei der sie lebt, in der Art, daß man sie nur ihres Geldes wegen bei sich dulde.

Jeden Tag brauchte sie eine neue Braunüle, weil die alte wehtat, paragegangen war oder rausgerutscht. Sie hatte schlechte Venen; ich brauchte zwei Versuche, um ihr eine Braunüle zu legen. Sie zog dann den blonden PJ'ler vor, der es mit einem Mal schaffte. Ich muß gestehen, es war mir eine Genugtuung, als auch er am nächsten Tag zweimal stechen mußte.

Mein Verhältnis zu der Patientin war also getrübt.

Jetzt in der Röntgenabteilung war sie alleine mit mir, und ich konnte ihr helfen, obwohl ich mich auch nicht auskannte, nur durch meine Anwesenheit. Ich konnte sie nicht abweisen, abschieben an einen anderen. Es war keiner da.

Sie war fix und fertig nach der Untersuchung, vor der sie so viel Angst gehabt hatte. Ich begleitete sie nach oben zur Station. Sie war total bekleckert mit Kontrastmittel. Schon wollte ich einer Schwester Bescheid sagen, daß sie gewaschen werden müsse. Noch rechtzeitig fiel mir ein, daß ich das ja auch kann, es schon oft getan habe, und so wusch ich sie selbst.

Als ich aus dem Bad kam, weinte sie, und ich konnte sie trösten, indem ich ihre Hand hielt, ihr bestätigte, daß es eine unangenehme und für sie sehr anstrengende Untersuchung gewesen war und indem ich ihr den Dienst des Waschens erwies, ohne sie auf eine Schwester warten zu lassen.

Ihre Dankbarkeit beschämte mich. Sie sagte: „Ich war ja so froh, als ich ihr Gesicht dort unten sah.“

Ich bin froh, bei ihr geblieben zu sein, sie nicht an die Schwestern weiterdelegiert zu haben, meine negativen Gefühle für einen Moment weggeschoben zu haben. Jetzt kann ich sie wieder herholen und den Inhalt neu betrachten. Wenn sie immer gesund war und geistig noch rege, dann kann es verständlicherweise schlimm sein, zu sehen, wie der Körper und die Kräfte immer mehr verfallen.

Das Erlebnis hat mich den Patienten wieder einen Schritt näher gebracht.

Auch wenn ich mich nicht einlassen will auf Patienten, so wirke ich doch auf sie, und sie reagieren auf mich. In den Anamnesegruppen, Supervisionsgruppen vielfach besprochen, lerne ich es jetzt praktisch von Patienten. Ich hatte vergessen, wie genau sie mich wahrnehmen, wie sensibel sie sind für die Menschen, die auch nur praktische Verrichtungen an ihnen ausführen. Ein Patient meinte beim Blutabnehmen, ich wirke aber am frühen Morgen schon sehr unzufrieden mit mir. Wirklich hatte ich im Zimmer zuvor Schwierigkeiten mit dem Blut gehabt.

Jetzt famuliere ich in einer „Strahlenklinik“. Ich bin geschockt von den Patienten, wie sie daliegen, noch lachend, mit ihren kahlen Köpfen von der Chemotherapie, mit ihren geschundenen Körpern.

In einem Zimmer untersuchten wir zu zweit einen Patienten. Der Bettnachbar, Herr B., hielt uns hinterher einen Vortrag darüber, daß das Seelische, was seiner Meinung nach Ursache des meisten Leidens sei – zumindest bei ihm, bei seinem Bettnachbarn ja vielleicht nicht –, meist zu kurz käme. Keiner frage danach, und wir müßten noch lernen, daß ein Gespräch oft wichtiger sei als der Fortschritt in der Therapie. Ich verstand es als Wink mit dem Zaunpfahl: „Mit mir soll jemand reden.“

Wir sprachen noch über die Schrecklichkeit der Kriege und verließen das Zimmer.

Wie kann ich auf den Patienten zugehen? Er ist sicher nicht einfach. Er hat ein Bronchialkarzinom, mehr weiß ich nicht von ihm. Er ist der Redner des Zimmers, mischte sich ab und zu in die Anamnese seines Nachbarn ein, redet für seine Bettnachbarn. Dafür wird er mit Nichtbeachtung gestraft. Aber kann man es ihm wirklich verübeln, wenn er seine Nachbarn doch gut kennt, weil er sich für sie interessiert, wenn wir die Anamnese im Zimmer machen müssen und er nicht anders kann als zuhören.

Kann ich zu ihm gehen und sagen, nun erzählen sie mal, wie es Ihnen ergeht mit ihrer Erkrankung? Ich will es versuchen.

Ein schlechtes Gefühl macht mir nur, daß er so lauthals schreit nach Verständnis. Was ist mit den anderen Patienten, die ihre Wünsche nicht so deutlich artikulieren können?

6.8.

Ich bin – einfach – zu ihm gegangen und habe ihn gefragt, wie es ihm heute ginge. Er sprudelte nur so los. Erst allgemein über die mögliche psychische Verursachung der Krebserkrankung, seines Krebses. Ich fragte ihn nach seiner Familie. Er erzählte von den drei Söhnen, von seinem Bauernhof. Daß er sich jetzt keine Gedanken darüber machen wolle, erst den Verlauf der Krankheit abwarten. Der Ältere wollte den Hof nicht übernehmen, die beiden jüngeren Söhne seien erst fünfzehn und sechzehn Jahre alt, zu jung für eine Entscheidung.

Jetzt genieße er erst jeden Tag, an dem es ihm gut gehe.

Wenn er die Therapie hinter sich habe, müsse er das alles regeln. Auch die anderen Probleme. Welche? Ja, er habe Schwierigkeiten mit seiner Frau. Er habe immer ein guter Familienvater sein wollen, es aber nie geschafft, da er sich auch politisch und außer Hause sehr engagiert habe. Das habe ihm Schuldgefühle bereitet. Vielleicht seien sie ja Ursache der Erkrankung. Seine Frau sei anders, ruhiger. Er müsse da eine Lösung finden.

Ich werde von seinem neuen Bettnachbarn hinausgeschickt, weil er an die Pipiflasche muß. Das sei nun mal sein Problem, seine Frau – die ständig gegenwärtig ist – helfe ihm. Kurz zuvor hatte ich bei ihm die Anamnese erhoben und ihn untersucht, nach Meinung seiner Frau viel zu lange und ausführlich, da doch alles in den Akten stehe, erklärlich allerdings aus der Tatsache, daß ich „Praktikantin“ sei. Ich bin erstaunt und gehe raus, fühle mich nicht ernstgenommen von dem Ehepaar, behandelt wie ein kleines Kind.

Herr B. kommt kurz darauf heraus, und wir setzen uns in den Aufenthaltsraum. Er sagt, wir Studentinnen müßten uns besser vorstellen, die Patienten verstünden das sonst nicht, daß wir so lange mit ihnen reden, sie so gründlich untersuchten. Ich erkläre ihm, daß das eigentlich jeder Arzt tun solle. Bei ihm sei nichts dergleichen geschehen. Ich gebe ihm recht, es ist eben nicht selbstverständlich, und deshalb bedarf es einer Erklärung.

Er erzählt weiter von seiner Frau. Ein weiterer Patient – ich kenne ihn nicht – kommt in den Raum. Hört wohl zu, als Herr B. sagt, er wolle versuchen, die Situation mit seiner

Frau zu ändern, oder sie müßten sich trennen. Er müßte sich entscheiden zwischen der Sicherheit der Ehe, auch im Hinblick auf die Krankheit, und einem Leben, das er so führen kann, wie er es – gerade wegen der Krankheit – nun führen will.

Seine Frau habe auch schon gesagt, so könne es nicht weiter gehen, aber sie habe es getan, als es ihm nach der ersten Therapie sehr schlecht gegangen sei. Das habe er nicht gut gefunden, da man sich so lange kenne.

Der andere Patient machte eine Bemerkung, die ich nicht verstehe, und fängt an zu weinen. Herr B. wird zum Telefon gerufen. Er bedankt sich für das Gespräch. Ich weise den Dank zurück, sage, daß auch ich dabei lerne. Ich gehe auch hinaus, lasse den anderen Patienten alleine. Hätte ich bei ihm bleiben sollen? Es war mir zuviel.

Später gehe ich nochmal mit der Ärztin in das Vierbettzimmer. Ich sage Herrn B., daß ich in den nächsten Tage wieder kommen werde und wir weiter sprechen können. Doch er redet gleich weiter von seiner Frau, wie aktiv sie sei, daß sie mehr Angst als er vor der Reaktion der Leute habe. Ich hatte sie mir als Heimchen am Herd vorgestellt, und nun entsteht das Bild einer gesellschaftlich sehr aktiven Frau.

Ihr werde eine Trennung sehr schwer fallen. Ich möchte das Gespräch beenden. Ich sage ihm nochmal, daß wir in den nächsten Tagen weiterreden können, daß es mir jetzt zu viel werden, daß es ja viel sei, was er mir erzählt habe und daß es mich auch selber betreffe, weil ich ähnliche Probleme habe. Er sagt, er habe ja immer Zeit und man könne sich gegenseitig helfen. Es sei nicht jeder bereit, so viel von sich zu erzählen, es sei auch eine Sache der Sympathie.

Ich gehe noch zu dem Ehepaar und der Ärztin, habe stark das Gefühl, ihm zu abrupt den Rücken zugekehrt zu haben.

Kann ich mit ihm weiter über seine Eheprobleme reden, wo ich selber gerade ausgezogen bin aus der gemeinsamen Wohnung mit meinem Freund? Ich, dreißig Jahre jünger, unverheiratet, ohne Kinder, ohne Krebs, betroffen von der Problematik und doch in einer ganz anderen Situation?

Wie kann ich ein Gespräch mit Herrn B. befriedigender für uns beide beenden? Das leidige Thema der Anamnesegruppen: die größte Schwierigkeit, zu sagen, jetzt reicht's mir, morgen komme ich wieder.“

8.8.

Gestern war ich wegen eines Zahnarztbesuches nicht in der Klinik. Heute wollte ich nochmal zu Herrn B., um ihm zu zeigen, daß ich mein Wort halte. Es war schon recht spät, und ich wollte nach Hause. Er redete gleich wieder los, daß er wenig auf den Flur gehe, nicht in offenstehende Zimmer sehe, um nicht zu viel Elend sehen zu müssen, es greife ihn so an, er habe viel Mitgefühl und Mitleid; genauso wie ihn die Machtlosigkeit in seiner Ökologiebewegung mitnehme. Er meint, es müsse mehr dafür getan werden, daß die Patienten ihre Krankheit besser akzeptieren können, nicht gegen sie ankämpfen, sondern lernen, mit ihr zu leben.

Morgen fährt Herr B. übers Wochenende nach Hause. Er erzählt, worauf er sich freue; sich einen Kräuterquark zu machen, seine von einer Expedition aus Alaska heimkehrenden Freunde empfangen zu können, zu hören, wie es war – ohne ihn. Ohne die Krankheit wäre er mitgefahren, hätte die Reise geleitet.

Er sagt, für ihn sei es wichtig, genau zu überlegen, warum er lieber zu Hause sei als hier, um es dann auch richtig genießen zu können. Er erzählt, daß er von seinem Haus kilometerweit ins Land schauen kann, auf dem Klo sitzend nach draußen schauen, Vögel hören, und die Familie, die Kinder, die ihn ärgern; wo er dann merkt, wen er liebhat. Als er das sagt, entsteht für einen Moment eine seltsam rührende Stimmung.

Ich sehe auf seiner Uhr, daß es schon viertel vor sechs ist, und verabschiede mich. Ich muß noch einkaufen. Wünsche ihm ein schönes Wochenende. Er sagt, ich solle wiederkommen. Ich könne auch ruhig mehr von mir erzählen. Nicht, daß er neugierig sei, aber . . . Ich weiß nicht mehr, was er sagte. Ich verstehe seinen Wunsch nur, den Wunsch nach einem gleichgestellten Gespräch, den Wunsch, nicht nur abzuladen, sondern auch selber als jemand, dem man etwas anvertrauen kann, für voll genommen zu werden. Er hat nur so viel zu erzählen. Das sage ich auch.

Ich gehe und bin froh, noch bei ihm gewesen zu sein, trotz meiner Müdigkeit und meinem Bedürfnis, nach Hause zu fahren.

Auch wenn wir kein tiefsinniges Gespräch geführt haben, hat er wohl gemerkt, daß mein Gesprächsangebot nicht eine einmalige Sache war, sondern etwas, worauf er sich verlassen kann. Vielleicht hat er auch gemerkt, daß ich gerne zu ihm komme, weil ich nach Feierabend noch da war. Obwohl ich eigentlich mehr deshalb hingegangen bin, weil ich es zugesagt hatte.

Was habe ich in Anamnesegruppen gelernt?

Ich habe dort themenzentrierte Selbsterfahrung gemacht. Dabei war für mich – im nachhinein – die Auseinandersetzung mit den Gruppenteilnehmern wichtiger als die Arbeit mit den Patienten. Ich habe dort Ablehnung und Aufnahme erlebt, den Zwiespalt als Tutorin, dazugehören zu wollen und doch draußen zu stehen, mit Begeisterung bei der Gruppe zu sein und mich gleichzeitig von ihr abgrenzen zu müssen, lieb aufgenommen werden zu wollen und Distanz aufrechtzuerhalten.

Ich habe die Schwierigkeit erlebt, als Hilfestellerin, als Katalysator die Studenten erfahren zu lassen, was psychosomatische Medizin bedeutet, sie von dem, was mir wichtig scheint für den ärztlichen Beruf, zu überzeugen.

Ich mußte immer wieder erklären, warum ich die Beziehung zum Patienten wichtig finde, daß es eine Selbstverständlichkeit ist, seine psychosoziale Situation zu erfahren, um ein Bild des ganzen Menschen zu bekommen, um den gesamten Menschen, nicht einzelne Organe, behandeln zu können. Wie schwer ist es mir oft gefallen, die psychische Mitverursachung von Krankheiten zu vertreten, wenn ich vielleicht selbst im Zweifel war.

Dann habe ich mich zu Leuten, v. a. aus der Supervisionsgruppe, geflüchtet, von denen ich weiß, daß sie ähnlich denken, daß wir über unsere Zweifel sprechen können, ohne Angst haben zu müssen, als „Organos“ dazustehen, ohne alles verteidigen zu müssen, denn daß Psychosomatik von Grund auf gut ist, ist Voraussetzung unserer Gespräche.

Es wurde mir auch klar, wie schwer es sein kann, verständlich für die anderen, das auszudrücken, was ich meine und fühle. Ich mußte lernen, daß ich anders wahrgenommen werde, als ich glaube zu sein. In einer schlechten Supervisionsgruppe habe ich mich unverstanden gefühlt und mich wie ein ungerecht behandeltes Kind zurückgezogen. In der zweiten guten Supervision konnte soviel geredet werden, daß ich mich letztlich verstanden fühlte. Vielleicht, weil die Sensibilität füreinander und die Nähe größer waren.

Zwar hat das alles mehr mit Selbsterfahrung zu tun, trotzdem hat es für mich Konsequenzen für meine Arbeit mit Patienten in der psychosomatischen Medizin.

Ich scheue mich oft, mit Leuten, die nichts als „Psychosomatik am Hut haben“, die keine Anamnesegruppe gemacht haben, skeptisch sind, zu sprechen, weil es mir schwerfällt, etwas mir selbstverständlich Erscheinendes anderen überzeugend und geduldig zu erklären.

Und doch weiß ich, daß es wichtig ist. In den Anamnesegruppen habe ich erfahren, daß die anderen ja nicht aus bösem Willen zweifeln an Sinn und Zweck von Anamnesegruppen und Balint-Gruppen, sondern z. B. fachliches Wissen, wichtiger für die Patienten finden, daß sie oft nicht aus Interesselosigkeit nicht nach der psychosozialen Seite des Kranken forschen, sondern aus Angst vor eigenen Gefühlen und denen des Patienten.

Ich kann mich nicht einfach zurücksetzen in meinen Sessel in einer Runde Gleichgesinnter und zufrieden sein. Es bedarf der Auseinandersetzung mit Andersdenkenden, um auch von ihnen zu lernen, Kritik zu erfahren und eigenes Handeln zu ändern, ebenso wie Toleranz zu üben, um eine Zusammenarbeit über Meinungsverschiedenheiten hinweg möglich zu machen.

Auch mit Patienten zu reden, ist notwendig. Ihnen muß ich erst erklären, warum ich ein Gespräch mit ihnen suche. Zwar sind sie oft froh darüber, aber viele wissen gar nicht, daß es möglich ist, und reagieren befremdet; das wiederum frustriert mich, wenn ich mir viel Mühe gebe mit Anamnese, Untersuchung und Gespräch. Ein Mißverständnis, das durch Aufklärung der Patienten vielleicht aus dem Wege zu räumen ist.

Meine Rolle als Tutorin sehe ich analog zu meiner Beziehung zu Patienten. Ich will ihnen eine Einstellung vermitteln zu ihrer Krankheit, will ihnen zu Selbständigkeit und Selbstverantwortlichkeit in ihrer Krankheit verhelfen. Was nützt es, wenn ich ihnen Maßnahmen vorschlage, die sie ausführen, solange ich danebenstehe, und es seinlassen, sobald ich weg bin. Es ist wie bei den Anamnesegrüplern. Auch hier stehe ich vor dem Konflikt zwischen totalem Engagement und Distanz, zwischen Freundsein und Therapeutsein.

Oft gibt es sicher Gründe; z. B. der Patient, der mich als FamulantIn ablehnte, weil er eine Ärztin oder einen Arzt wünschte, weil er sich durch mich schlechter behandelt fühlte. Wenn ich mir die Gründe überlege, wird mir sein Verhalten verständlich, ich fühle mich nicht mehr persönlich gekränkt; aber ich will dann keine Energie mehr für ihn aufwenden, wenn ich keine Chance sehe, daß es etwas bringt.

Ich merke auch, daß ich mit manchen Menschen – von mir aus – nicht gut zurechtkomme.

Sicher gibt es auch etwas, das ich durch die Patientenarbeit in den Anamnesegruppen gelernt habe. Ich bin sensibler geworden für ihre Hinweise, ihre Bedürfnisse, die sie zwischen den Zeilen vermitteln. Ich habe dort Anamnese gelernt, habe meine Unsicherheit ein Stück weit verloren, mehr Mut, offene Fragen zu stellen, auf Patienten zuzugehen. Durch die Gespräche mit den anderen bin ich sicherer geworden in dem, was ich will; ich habe dort für mich mein Konzept für meine Rolle als Ärztin bekommen, dort hat ein Großteil meiner „Sozialisation“ zum Arzt stattgefunden. Nachdem ich an vielen Beispielen von Ärzten gesehen habe, wie ich es nicht machen will, habe ich in den Anamnesegruppen diskutieren, sehen und ausprobieren können, wie ich mich verhalten könnte.

Ich habe meine Grenzen kennengelernt, erfahren, daß jeder anders umgeht mit Patienten aufgrund seiner Persönlichkeit. Ich lerne, meine Fähigkeiten und Unfähigkeiten zu erkennen, zu akzeptieren und befriedigend einzusetzen. Ich lerne, meine Gefühle wahrzunehmen und zu artikulieren und, v. a., mit negativen Gefühlen umzugehen, statt sie zu negieren.

9.8.

Ich gehe in ein Zimmer, um nachzusehen, ob Frau Z. von der Bestrahlung zurück ist, um ihr ihre Infusion anlegen zu können. Sie ist nicht da. Ich wende mich an Frau K., eine alte Frau mit Mammakarzinom, die klein und abgemagert in ihrem Bett liegt. Ich frage, wie es ihr geht. Sie beklagt, daß sie diesen Pilz im Mund habe, und eine Schwester habe ihr gesagt, wenn der weiter nach unten wachse, könne sie nicht mehr schlucken. Ich beruhige sie, sage, daß er ja behandelt werde, erkläre ihr, wie er entstehen konnte in ihrem geschwächten Körper.

Sie bittet darum, heute die Infusion wieder von mir zu bekommen; gestern habe es gar nicht weh getan. Ich beschwichtige sie erst einmal, erzähle ihr von den Schmerzpunkten, die man manchmal trifft oder eben nicht, weshalb es dann nicht wehtut. Sie hat schlechte Venen. Gestern war das eher ein Glückstreffer, und ich fürchte, sie zu enttäuschen, wenn es heute nicht gut klappt. Trotzdem verspreche ich, es zu versuchen, falls mir kein anderer zuvorkomme. Den schicke sie weg, sagt sie.

Außerdem wolle sie die Infusion erst am Nachmittag, wenn ihre Tochter dagewesen sei. Ich sage später den Schwestern Bescheid. Nun erzählt sie von der Tochter, die aus Köln komme und sie nur während der Mittagspause besuchen könne. Die Tochter habe nur sie und ihren Mann. Sie wolle noch nicht sterben. Sie dürfe noch nicht sterben, sie müsse noch da sein für das Kind.

Sie erinnert mich an meine Oma. Als sie im Sterben lag, schon nicht mehr bei Bewußtsein, konnte ich nicht ihre Hand nehmen. Es waren zu viele Leute im Raum. Ich wollte sie nehmen, war wie gelähmt, konnte es nicht, konnte nicht zu ihr sprechen.

Jetzt setze ich mich auf Frau K.s Bett, nehme ihre Hand, streichle sie, sage, daß wir alle einmal sterben müssen, irgendwann, daß keiner sterben will. Sie spricht von ihrem Mann, mit dem sie seit achtundfünfzig Jahre zusammen lebe, dem es auch nicht so gut gehe, der nervlich sehr belastet sei. Daß sie sich wünsche, diesen letzten Weg auch mit ihm gemeinsam gehen zu können. Es müsse so eingerichtet sein, daß man nach so langer Zeit zusammen sterben dürfe. Ich sage, es sei ja oft auch so, erzähle von meiner Oma, die am Tag der Beerdigung meines Opas gestorben sei, so als habe sie ihre Lebensaufgabe verloren durch seinen Tod.

Sie sagt noch einmal, daß sie jetzt nicht sterben will. Was soll ich antworten? Ich halte nur ihre Hand, und sie streichelt mit ihrer anderen darüber.

Als ich am Nachmittag komme, um die Infusion anzulegen, war es schon gemacht. Die Stationsärztin ist dagewesen. Ganz glücklich scheint Frau K. darüber nicht. Aber die Ärztin konnte sie nicht wegschicken.

Ihre Tochter ist nicht dagewesen. Sie konnte nicht kommen. Ich sage, daß ich erst am Montag wiederkomme, und sie wünscht mir viel Sonne am Wochenende.

Ich habe den persönlichen Zugang zur Patientin durch ihre Venen gefunden.

Aber wie gehe ich um mit ihrer Angst vor dem Sterben? Es geht ihr nicht gut. Soll ich ihr Hoffnung machen? Oder ihr nur einfach ihre Hoffnung lassen? Reicht es aus, nur da

zu sein, mich zu ihr zu setzen, ihre Hand zu halten? Was braucht sie mehr? Was kann ich noch tun?

Ich fühle mich sehr hilflos. Vielleicht habe ich weniger Hoffnung als die Patientin selbst. Ich denke, ich kann ihr nicht mehr geben als meine streichelnde Hand.

12.8.

Heute bei der Visite habe ich Herrn B. gefragt, wie das Wochenende war. Anstrengend, aber schön. Und ich solle wieder zu ihm kommen. Ich konnte es ihm für heute nicht versprechen, aber dann habe ich doch eine gute Stunde Zeit für ihn gehabt. Wir redeten über dies und jenes, unterbrochen von einem Telefonanruf. Ich spürte, daß ihn etwas belastete, aber er sprach zunächst nicht darüber, und ich fragte nicht.

Er zeigte mir ein Fotoalbum mit Bildern einer seiner Reisen nach Alaska. Auf einigen Aufnahmen war eine junge Frau zu sehen, auf einem nackt beim Baden. Ich tat so, als sei das nichts Besonderes, aber peinlich berührt hat es mich doch. Ihn hätte ich auf den Bildern kaum erkannt, mit Bart und dichten, langen, dunklen Haaren, wie ein Abenteurer aus einem Buch von Karl May.

Auf einmal sprach er von seinen Schwierigkeiten, nicht mehr alles zu können. Während der ersten Therapie z. B. sei er noch rumspaziert, sei auf der Allee mit einer jungen Frau, einer Studentin, ins Gespräch gekommen, so wie wir jetzt. Da sei ihm plötzlich klar geworden, daß nicht mehr alles so gehe wegen seinem fortgeschrittenen Alter und der Krankheit. Er könne eben keine junge Frau mehr verführen und auf hohe Berge steigen, wobei er weiteres mehr vermisse.

Ich bin auch eine junge Frau. Eine gewisse erotische Spannung ist jetzt nicht mehr zu verleugnen. Immerhin ist er zwar ein kranker, aber interessanter und charmanter Mann. Er fragt, ob ich irgendwie gebunden sei. Als ich sagte, daß das sehr schwierig zu beantworten ist, meint er sofort, ich müsse nicht darüber reden. Er hat mir so viel von sich preisgegeben, so daß ich ihm kurz berichte von meinem Auszug aus unserer gemeinsamen Wohnung vor ein paar Wochen; die Probleme, die für mich dabei im Vordergrund standen, deute ich allerdings nur an. Er fragt, ob das nicht sehr beeinflusse. Natürlich hat es mich beeinflußt; ich erwähnte schon, daß ich eine Zeit lang Schwierigkeiten mit dem Eingehen auf Patienten hatte, weil ich mit mir selber nicht zurechtkam; nur langsam finde ich den Zugang wieder.

Er erzählt von seiner Frau, die sehr angepaßt sei, nicht anecken wolle, der wegen der gesellschaftlichen Normen eine Scheidung schwer fallen werde. Erst müßten die Kinder groß sein, dann die Mutter tot. Heute müsse er der Schwiegermutter zum Geburtstag gratulieren, obwohl ihm gar nichts an ihr liege. Ein Stück weit kann ich seine Frau verstehen; sie erhält Zuwendung und Anerkennung dadurch, daß sie sich an die gesellschaftlichen Spielregeln hält. Das fürchtet sie zu verlieren. Aber vielleicht sind die Reaktionen gar nicht so schlimm, wie sie glaubt, vielleicht gibt es andere Gründe für ihre Angst vor einer Scheidung. Ich habe selbst Verständnis oder zumindest Akzeptanz erfahren, als ich Angst hatte vor Unverständnis und Mißbilligung durch mein „soziales Umfeld“. Die Angst kam zum Teil aus mir; ich habe sie nur nach außen projiziert.

Wir sprechen darüber, daß man durch eine so bedrohende Krankheit bewußter leben lernt, offener seine Gefühle ausdrückt. Er sagt, daß er jetzt auch mal seine Freunde in den Arm nehmen könne, was er früher als unter Männern unüblich nicht getan habe. Ich

bedauere, daß wir nicht ungezwungener mit unseren Mitmenschen umgehen können. Immerhin sind auch die Gesunden ständig bedroht durch den Straßenverkehr, auch durch Krankheiten; das Leben würde leichter durch mehr Offenheit.

Mir fällt auf, daß Pausen in unseren Gesprächen schwer zu ertragen sind. Ich kann nicht einfach seine Hand nehmen. Unser Verhältnis ist nicht einfach eine Arzt-Student-Patient-Beziehung, sie wird mehr und mehr zu einer Frau-Mann-Beziehung. Das verwirrt mich, macht es mir schwer, unbefangen zu ihm zu gehen.

Kurz vor drei Uhr verabschiedete ich mich, weil ich noch in den Strahlenkeller will. Ich sage, daß ich wiederkomme. Er drückt mir die Hand. Es ist mir, als laufe ich weg.

Ich muß mir unbedingt seine Unterlagen ansehen; ich weiß wenig über seinen gesundheitlichen Zustand. Am Wochenende hatte er Angst vor einer Verschlechterung, weil er etwas spürte wie eine Grippe, wie zu Beginn seiner Erkrankung. Er werde auch ein Jahr in der Klinik bleiben, wenn es helfen würde, sagt er, als ich – traurig – feststellte, daß er Ende der Woche entlassen wird. Die Krankheit ist das Zentrale. Er bedauerte, sich am Wochenende zu Hause nicht genug im Griff gehabt und sich vollgegessen zu haben. Es scheint ihm besonders wichtig, sich bestimmen zu können – wohl gerade, weil er sich sehr von der Krankheit bestimmt fühlt.

Wie ist es für die anderen Patienten, wenn ich Herrn B. besuche? Ich kann mich nicht mit allen so intensiv beschäftigen. Mit ihnen komme ich schlecht in ein Gespräch. Sie sind verschlossener; oder wollen sie nicht nur das Bißchen, was ihnen neben Herrn B. übrigbleibt?

13.8.

Ich ging zu Herrn B. Ein wenig Überwindung kostete es mich. Aber bald wird er entlassen.

Zunächst unterhielt ich mich noch mit Herrn K. und Herrn W. Inzwischen hatte Herr B. Besuch bekommen, jemand, der ihn so kahl kaum erkannte. Als ich wieder ging, fragte er, ob ich ihn besuchen wollte. Ich bejahte, meinte, nun habe er ja Besuch, ich werde morgen wiederkommen. Der Besucher glaubte zu stören. Aber nach anfänglich etwas enttäuschem Gesicht tröstete sich Herr B. damit, daß ich immer in der Klinik sei, und wendet sich seinem Besucher zu. Ein bißchen stolz scheint er vor dem Mann, daß ich – als junge „Ärztin“ – zu ihm wollte. Ich sage Tschüß, gehe und bin gar nicht soo traurig, daß es nicht geklappt hat. Ein Tag mehr zum Nachdenken und Verdauen dessen, was gestern geschah.

Er dachte wohl erst, ich könne später wiederkommen, hatte sich schon auf ein Gespräch eingerichtet, sein Buch beiseite gelegt, gewartet, bis ich mit den anderen fertig bin, als sein Besuch kam. Aber so verfügbar bin ich nicht für ihn. (Der Satz macht mich nachdenklich. Fühle ich mich nicht als Frau zurückgesetzt hinter den Freund und will ihm nun zeigen, daß er so nicht mit mir umspringen kann? Müßte ich als „Arzt“ so reagieren?) Sicher, ich hätte noch für eine Stunde zum CT gehen können und danach wieder zu ihm. Ich wollte aber nicht, bin nach Hause gegangen. Vielleicht war ich froh, daß es nicht ging.

Die Spannung wird größer. Ich wollte zu ihm, er ist gefragt, mit ihm kann ich reden, mit den anderen nicht. Er lag im Bett wie ein Pascha, der seiner ihm gebührenden Huldigung wartet, und genoß es offensichtlich, so begehrt zu sein.

Wie kommen wir wieder auf die Ebene einer Arzt-(Student-)Patient-Beziehung zurück? Will ich das überhaupt? Oder gefällt mir das Spiel etwa, das Gefühl, eine für ihn begehrens-werte Frau zu sein?

Ich habe seine Akte gelesen. Vielleicht fiel es mir auch deshalb schwer, zu ihm zu gehen. Es wurde bei ihm eine Pneumonektomie geplant, die aber als Probethorakotomie beendet wurde, weil sich der Tumor ($T_3N_2M_0$) intraoperativ als inoperabel herausstellte. Seine Prognose ist schlechter, als ich dachte.

Es ist für mich schwer zu glauben, daß dieser kräftige Mann todkrank ist. Verdränge ich es, weil ich ihn gerne mag? Will ich es nicht wahrhaben? Habe ich Angst, ihn zu verlieren, bevor unsere Beziehung intensiver und offener ist?

Ich kann mir vorstellen, daß er – vielleicht sogar bald – stirbt, nur wünsche ich mir, ihn bis dahin zu begleiten. Es klingt widersprüchlich, daß ich mir einerseits seinen Tod vorstellen kann, andererseits seine Krankheit nicht wahrhaben will. Vielleicht, weil ich ihm wünsche, noch genug Kraft zu haben, seine Konflikte mit seiner Frau lösen zu können, eine junge Frau verführen zu können und einen Berg zu besteigen, um in dem Bewußtsein eines Lebens zu sterben, in dem er das tat, was er wollte. Es muß nicht einmal die reale Durchführung sein, es kann reichen, Früheres aus seiner jetzigen Sicht wiederzuerleben oder das Leben mit seiner Frau, auch wenn es nicht das war, was er sich erträumt hat, so zu akzeptieren, wie es war, ohne noch etwas Neues ausprobieren zu müssen.

Dann wird es immer noch hart sein für ihn, vom Leben Abschied zu nehmen, aber, ich glaube, er könnte es akzeptieren – zähneknirschend – und ruhig sterben, sogar noch das Sterben als letztes großes Abenteuer erleben.

Er lebt. Sind nicht die junge Frau und der Berg einfach Zeichen für ihn, daß er lebt? Er will es spüren, hautnah, im Schweiß seines Angesichts. Bedeutet die Krankheit nicht ein heimliches, schleichendes Sterben?

Fordert er deshalb heraus, mich als Frau zu betrachten, weniger als „Ärztin“, braucht er es? Dann hat es nichts mit mir persönlich zu tun. Dann erfülle ich ihm nur ein Bedürfnis. Dann kann ich unbefangen zu ihm gehen. Oder kränkt es mich, so „unpersönlich“ behandelt zu werden?

Ich schreibe diesen Bericht wie ein Tagebuch. Mit all den Fragen, die ich mir stelle, all den Gefühlen, die es in mir auslöste. Daß ich die Gefühle wahrnehmen kann, danach frage, woher sie kommen, wie sie entstehen, wessen Anteile darin sind, meine und die des Patienten, daß ich versuche, zu verstehen, bevor ich urteile, versuche, damit umzugehen ohne wegzulaufen (was ich oft gerne täte und tue), und daß ich in der Sicherheit handle, daß ich an etwas arbeiten kann und nicht sofort verzweifeln muß; all das habe ich in den Anamnesegruppen erfahren.

Den ersten Schritt auf Herrn B. zu nach seinem so deutlichen Appell hätte ich vermutlich nicht gemacht aus Angst vor Ablehnung. In den Anamnesegruppen aber habe ich gelernt, daß solche Appelle ehrlich sind und daß die Gefahr, abgelehnt zu werden mit einem Gesprächsangebot, gering und unwichtig ist gegenüber der, wirkliche Bedürfnisse eines Patienten zu übersehen.

Wäre ich so bald wieder zu ihm gegangen, wenn ich nicht in den Anamnesegruppen erfahren hätte, wie wichtig und nachhaltig für das gesamte Vertrauen zu Ärzten es für den Patienten ist, Zuverlässigkeit und Ehrlichkeit zu spüren? Nach einer Woche, einer ewig langen Krankenhauswoche wäre seine Enttäuschung vielleicht schon zu groß gewesen, oder unser Gespräch wäre oberflächlich abgeglitten.

Auch daß ich ihm von mir erzählt habe. Früher habe ich gedacht, meine Probleme seien einfach zu wenig, um sie einem todkranken Patienten mitzuteilen. Aber auch wenn sie

kleiner sind, es macht unsere Beziehung gleichrangig. Dadurch wird sie nicht einfacher, aber offener. Vielleicht ist mein Angebot leichter anzunehmen, weil er nicht das Gefühl haben muß, nur zu bekommen. Eigentlich gebe ich damit ehrlich zu, daß mir die Beziehung auch etwas bedeutet und ich auch davon profitiere.

Und jetzt, da es mir schwierig erscheint, in meinem Konflikt zwischen „Ärztin (Studentin)“ und Frau, will ich nicht weglaufen, sondern versuchen, ihn zu bearbeiten, unsere Beziehung nicht zu beenden, sondern damit weiterzukommen.

Vielleicht sollte ich mit Herrn B. darüber sprechen, was es für mich bedeutet, daß ich mich betroffen fühle, wenn er von jungen Frauen spricht, die er nicht mehr verführen zu können glaubt.

Jetzt wünsche ich mir dringst eine Balint-Gruppe. Leider habe ich keine, und meine Supervisionsgruppe ist in Ferien.

14.8.

Heute, als ich zu Herrn B. kam, war er gerade im Begriff, mit einer jungen, sehr attraktiven Frau hinauszugehen. Er fragte – geradezu triumphierend –, ob ich zu ihm wolle. (Am Morgen hatte ich im Zimmer eine Anamnese gemacht und ihn kaum beachtet.) Ich antwortete, er habe ja schon Besuch. Ja, er müsse jetzt Kaffee trinken gehen. Die Frau sagte, ich könne mich ja derweil in seinem Bett ausruhen. Es sollte wohl ein netter Scherz sein, aber es klang wie eine Gemeinheit. Herr B. stellte auch so etwas fest wie, daß Frauen immer gehässig oder so (wörtlich weiß ich es nicht mehr) zueinander seien. Die Frau meinte, es sei doch nett gemeint gewesen.

Ich fühle mich total überfahren, habe nur noch sprachlos dagestanden.

Ich war verärgert, fühlte mich benutzt, zu einer Rivalin gemacht, die ich weder war noch sein will.

Ein bißchen enttäuscht war ich auch, nicht mit ihm reden zu können, weil ich ohne ein Gespräch keine Chance sehe, unsere Beziehung zu klären. Warum macht er mich einfach so zu einer Frau, dann auch noch zu einer eifersüchtigen. Dadurch gewinnt er die Oberhand. Vielleicht hat er mir zu viel erzählt und will es wieder „wettmachen“. Ich bin eben keine Ärztin, nur Praktikantin, damit auch nur Frau? Ich will zurück zu meiner Rolle als Famulantin. Er ist mein Patient. Die Spannung will ich einfach mal beiseite schieben und sehen, was dann geschieht.

Ich will nicht mit dem Casanova Herrn B. sprechen, den will ich vergessen, sondern mit dem Patienten Herrn B. Wenn er das zuläßt. Er spürt, glaube ich, etwas davon. Und ich halte es für möglich, daß er sich entzieht.

16.8.

Gestern war ich wieder im Männerzimmer. Zuerst unterhielt ich mich mit Herrn B. Ich fragte ihn, was er zu Hause machen werde. Er sagte, zwar wolle er sich lieber ausruhen, aber die Sache mit dem Hof müsse geregelt werden. Er und seine Frau müßten nochmal mit dem ältesten Sohn reden, ob er nicht doch übernehmen wolle. Nach der Schule schon habe er ihm angeboten, sich selbständig zu machen, mit einem Rechtsanwalt und einem Chemiker zusammen eine Beratungsstelle für Umweltschutzfragen aufzumachen. Doch der Sohn habe studieren wollen. Jetzt sei er gerade in Portugal gewesen, haben den Duft der großen weiten Welt gerochen. Daß er nun „in den Hafen einlaufen“ wolle, sei eher

unwahrscheinlich. Und dann müsse der Hof auch irgendwann zwei Familien ernähren; das sei problematisch. Er sprach auch noch einmal von seinem Konflikt zwischen Freiheitsdrang und Sicherheit in der Familie.

Ich habe das Gefühl, daß die Notwendigkeit, bestimmte Angelegenheiten zu regeln, wie z. B. die Hoffolge, und auch das momentane Unvermögen, seinem Freiheitsdrang zu fröhnen, Herrn B. seiner Familie, insbesondere seiner Frau, näherbringen könnten.

Vielleicht kann er doch etwas zur Ruhe kommen, ohne seine „Abenteuerreisen“ zu sehr zu vermissen, ohne sie ganz aufgeben zu müssen.

Herr B. wird jetzt übers Wochenende nach Hause gehen und – abhängig von seinem Blutbild – am Montag entlassen. In zwei Wochen wird er zum dritten Therapiestoß wiederkommen. Vielleicht sehe ich ihn dann nochmal.

28.8.

Ich fürchte, meine Beziehung zu Herrn B. war sehr von dem Bestreben geprägt, eine gute Beziehung aufzubauen. Ich habe mich blind darein verrannt und statt einer gleichgestellten Beziehung war er mir überlegen. Ich bin von der angehenden Ärztin über die Praktikantin zum kleinen Mädchen geworden; er vom todkranken Patienten über den problembeladenen Menschen zum potenten älteren (erfahrenen) Mann.

Wahrscheinlich habe ich zu wenig Distanz zu ihm gewahrt, und die angstmachende Nähe machte es notwendig, daß unser Verhältnis oberflächlicher, unsere Gespräche allgemeiner wurden, weniger auf seine Probleme zentriert – vielleicht, weil ich als Frau und junger gesunder Mensch Verkörperung seines Problems war: Meine Neutralität ging verloren.

Ich hoffe, daß ich Herrn B. wiedersehe und bin gespannt, wie unsere Beziehung dann sein wird.

Es wird mir in dieser Famulatur besonders deutlich, wie schwer es ist, psycho-somatische Medizin zu verwirklichen. Neben den eigenen Schwierigkeiten stehen auch noch die Ablehnung durch Ärzte und Patienten.

Zum ersten Mal habe ich mich dazu durchgerungen, Patienten auch rektal zu untersuchen. Ich erklärte ihnen jedesmal, daß es zwar eine unangenehme, aber sehr aussagekräftige Untersuchung sei, die zu einer Ganzkörperuntersuchung genauso dazugehöre wie das Abhören von Lunge und Herz. Die Patienten, alle männlich, tolerierten meine Erklärung, erst eine Frau lehnte die Untersuchung ab.

Dann sagte mir meine Famulaturärztin, das sei hier nicht üblich, ich „brauche“ das nicht zu machen.

Ich lasse es nun, werde also später als Ärztin meine Autorität einsetzen, um auch eine solche Untersuchung durchführen zu „dürfen“, oder ich werde resignierend aufgeben und es nicht tun, weil es nicht „üblich“ ist.

Ich kam mir unanständig und ertappt dabei vor, als man mir zu verstehen gab, ich solle nicht rektal untersuchen. Meine Hemmung und mein Schamgefühl hatten mich hinterrücks wieder eingeholt. Ich hatte das Gefühl, als unterstelle man mir heimlich einen Lustgewinn bei der Untersuchung, eine Befriedigung perverser Gelüste. Also habe ich beschämt aufgehört damit, statt meine Handlungsweise zu verteidigen, und mir vorgenommen, es später nicht zu vergessen.

Was ist an dem dran, was in den Büchern steht, was theoretisch immer gelehrt wird? Eine gründliche Untersuchung, den Patienten ganz ausziehen lassen, ganz betrachten, alles untersuchen, selbst die äußeren Geschlechtsteile. In praxi ist bei der Unterhose Schluß. Selbst wenn nicht nur das sogenannte Kassendreieck untersucht wird, ein anderes Dreieck bleibt peinlichst verdeckt. Warum untersuche ich Herz, Lunge, Leber? Mit welcher Begründung mache ich das, wenn die gleiche Begründung nicht für den restlichen Körper gelten soll?

Nun können einige sagen, eine solch heikle Untersuchung solle dem Arzt vorbehalten bleiben und nicht vom Famulanten durchgeführt werden. Richtig, aber erstens tut es der Arzt auch nicht, und zweitens ist mir die Aufgabe von Untersuchung und Anamnese übertragen, und warum soll ich sie nicht vollständig ausführen? Später wird immerhin von mir erwartet, daß ich es kann und Pathologisches von Gesundem zu unterscheiden weiß.

Ich glaube nicht, daß sich das Problem auf ein famulantenspezifisches reduzieren läßt. Bestimmte Körperteile werden nur untersucht, wenn etwas vorliegt. In einer Spezialklinik wie dieser verläßt man sich darauf, daß zuvor schon jemand anders, z. B. der Hausarzt, gründlich untersucht hat. Der wiederum glaubt daran, sein Patient werde in der Klinik richtig durchgecheckt. Letztlich wird es erst getan, wenn der Patient bereits Beschwerden hat oder an eine(n) Arzt(in) gerät, die (der) von ihren (seinen) Kollegen wegen ihrer (seiner) Gründlichkeit belächelt wird.

8.9.

Als ich am Montag in die Klinik kam, war Herr B. wieder da. Ich ging zum Blutabnehmen zu ihm. Es war die erste „ärztliche“ Tätigkeit, die ich an ihm durchführte. Er stank wahnsinnig nach Bauernhof, hatte Stoppeln auf dem Kopf und im Gesicht. Er sah unzufrieden, finster und unheimlich aus. Es gehe ihm nicht so gut, von zu Hause sprach er nicht.

Ich wollte Herrn B. aufnehmen. Als ich ihn kennenlernte, war er Patient meiner Ärztin; jetzt „gehörte“ er dem aus dem Urlaub zurückgekehrten Stationsarzt. Und der wollte, daß „sein“ Famulant ihn aufnehme, weil er Herrn B. kenne und so des anderen Famulanten Anamnese besser beurteilen könne. Erst nach mehrmaligem Nachhaken konnte ich ihm verständlich machen, daß ich mich für Herrn B. interessiere, gerade, weil ich ihn schon von seinem letzten Aufenthalt her kenne.

Mir fehlte jeglicher Austausch über Herrn B., weil meine Famulaturärztin nicht für ihn zuständig war und mich überhaupt sehr selbständig und mir überlassen arbeiten ließ. Meine Auseinandersetzungen mit „seinem“ Arzt gingen meist nur über die Länge meiner Anamnesen. Ich hatte niemanden, mit dem ich über Herrn B. sprechen konnte.

Am Mittwoch ging ich wieder zu Herrn B. An der Tür wollte ich umkehren, dann trat ich doch ein. Es ergab sich ein kurzes Gespräch; zum Schluß erzählte er, daß er abends abgeholt werde, um den Film von der Alaskareise zu sehen. Als ich schon im Hinausgehen war, meinte er, ich könne ja mitkommen; aber eine Frau Doktor dürfe man nicht einladen. Ich sagte, fast draußen, „warum eigentlich nicht?“ und verließ das Zimmer. Die Frage bleibt für mich bis heute stehen. Danach habe ich Herrn B. nicht mehr gesehen.

Unsere Beziehung ist unklar geblieben.

Der Versuch, eine gute Beziehung aufzubauen, ist gescheitert. Ich habe mich total verannt. Ich zögere noch, diesen „Fall“ als Arbeit einzureichen, und überlege, die Begegnung mit einem anderen Patienten, z. B. Frau K., einfacher, klarer, vorzustellen.

Sozusagen öffentlich zuzugeben, daß ich gescheitert bin in bezug auf meine Beziehung zu Herrn B., daß ich weder meinen Ärger noch meine Unsicherheit ihm gegenüber überwinden konnte, davor schrecke ich zurück. Aber es ist wie in den Anamnese- und Balint-Gruppen der erste Schritt zum Erkennen meines Unvermögens, zu seiner Bearbeitung und letztlich seiner Überwindung.

Meine Grenze, wie weit ich selbst in eine Beziehung zu einem Patienten gehen kann, habe ich überschritten. Meine Erwartungen in meine Beziehung zu Herrn B. waren zu groß, zu intensiv. Das konnte ich selber nicht leisten, deshalb habe ich mich vor dem Viehgestank zurückgezogen, hinter einer Spritze versteckt. Das hat ihn überfordert, er konnte mich nur als kleines Mädchen ertragen, als Frau Doktor glaubte er, mich nicht einladen zu können zu dem, was ihm wichtig war. Wollte er mich provozieren und verunsichern, das Mädchen wiedergewinnen?

Ich hoffe, aus dieser Begebenheit gelernt zu haben. Daß ich nicht mehr versprechen darf, als ich geben kann. Was ich geben kann, lerne ich erst langsam. Oft ist es weniger, oft mehr, als ich mir zutraue. Und die Patienten geben viel; auch annehmen ist nicht leicht, für sie wie für mich.

Hiermit möchte ich meinen Bericht schließen. Für mich hat er nicht nur Bedeutung als Preisarbeit, sondern auch als Resümee dessen, was ich in Anamnese- und Supervisions-Gruppen gelernt habe. Gleichzeitig ist er Bestandaufnahme, Bewußtmachen und Herstellen eines Realitätsbezuges geworden.

Ich brauche sicher andere, die mich bestärken, mir Rückendeckung geben, mit denen zusammen ich an mir arbeiten kann. Ich wünsche mir und ich brauche eine Balint-Gruppe. Vielleicht werde ich schon im PJ Gelegenheit haben, an einer teilzunehmen.

Außerdem nehme ich jetzt an einer Selbsterfahrungs- und Gestalttherapiegruppe teil. Die und die Anamnesegruppen haben mich langsam und sanft dahin geführt, mehr über mich erfahren zu wollen, und mir über die themenzentrierte Selbsterfahrung den Zugang zu mir eröffnet. Sie hat mir nahegebracht, daß vieles in meiner Beziehung zu Patienten und anderen Menschen nur aus mir kommt und die Beziehungen bereichern, stören oder unmöglich machen kann. Das möchte ich kennenlernen, um meine Anteile klarer sehen und bewußter einbringen zu können.

All das erleichtert mir, offen und ehrlich mit mir in die Selbsterfahrung zu gehen, auch um das aufzuarbeiten, was in den themenzentrierten Anamnese- und Balint-Gruppen angeschnitten wird. Balint-Gruppen bedeuten also für mich auch – neben der thematischen Arbeit –, konkrete Anstöße zu erhalten, an mir zu arbeiten.