

# Balint Journal



**Zeitschrift der Deutschen  
Balint-Gesellschaft,  
der Österreichischen  
Balint-Gesellschaft  
und der Schweizerischen  
Balint-Gesellschaft**

## **Ehrenbeirat**

Werner König, Berlin  
Margarethe Stubbe, Salzgitter

## **Nationale Beiräte**

Hans-Christian Deter, Berlin  
Alfred Drees, Krefeld  
Dietrich von Engelhardt, Lübeck  
Kurt Fritzsche, Freiburg  
Jörg Frommer, Magdeburg  
Uwe Gieler, Gießen  
Wolfgang Herzog, Heidelberg  
Herbert Kappauf, Nürnberg  
Rita-M. Kiehlhorn, Berlin  
Karl Köhle, Köln  
Volker Köllner, Blieskastel  
Friedebert Kröger, Schwäbisch-Hall  
Klaus Lieberz, Mannheim  
Dankwart Mattke, München  
Heinrich Rüdell, Bad Kreuznach  
Christoph Schmeling-Kludas,  
Rosengarten  
Peter Schneider, Bodolz  
Wolfram Schüffel, Marburg  
Wolfgang Wesiack, Aalen

## **Internationale Beiräte**

Michel Delbrouck, Ransart-Charleroi  
Ante Gilic, Zadar  
Anita Häggmark, Ekero Stockholm  
Alan Johnson, Charleston / South Carolina  
Michelle Lachowsky, Paris  
Benjamin Maoz, Israel  
Donald Nease, Ann Arbor  
Susan H. McDaniel, Ph.D.,  
Rochester, New York  
Marie-Anne Puel, Paris  
John Salinsky, London  
Arthur Trenkel, Massagno  
Albert Veress, Miercurea Ciuc  
Vladimir Vinokur, St. Petersburg  
Peter Stix, Graz

## **Indexiert in**

PSYINDEX

## **Herausgeber**

Günther Bergmann, Göttingen  
(Schriftleiter)  
Steffen Häfner, Tübingen  
Thomas Kanzow, Kiel  
Heide Otten, Wienhausen  
Ernst R. Petzold, Kusterdingen  
Philipp Portwich, Bern  
Sigmar Scheerer, Heinersdorf

10. Jahrgang 2009

## **Sonderdruck**

© Georg Thieme Verlag KG  
Stuttgart · New York

Nachdruck nur mit  
Genehmigung des Verlages

## **Verlag**

**Georg Thieme Verlag KG**  
Rüdigerstraße 14  
70469 Stuttgart  
www.thieme.de  
www.thieme.de/fz/balint

# Bedrohung und Reflexion ärztlichen Identitätsgefühls in einer Balintgruppe

Reflecting on the Sense of Identity in a Medical Doctor and its Threat in a Balint Group

Autor

R. Neumeier

## Schlüsselwörter

- ärztliche Identität
- Angstabwehr
- Irrationalität
- Balintgruppe

## Key words

- identity as a medical doctor
- defense of fear
- irrationality
- Balint group

## Zusammenfassung

Die Arbeit schildert den Prozess in einer Balintgruppe von der Abwehr von Angst, ausgelöst durch Themen wie Kontrollverlust, irrationale Wünsche und Hilflosigkeit, hin zu einer Reflexion über bedrohliche Aspekte des Arztseins. Dies führte zu einem authentischeren, realistischeren und flexibleren Selbstkonzept in der beruflichen Rolle, was mehr Toleranz für beunruhigende Erfahrungen erlaubt.

Neben einer seit langem kontinuierlich fortlaufenden Balintgruppe habe ich kürzlich eine 2. Gruppe geleitet, die als Angebot für Kolleginnen und Kollegen gedacht war, die für einen begrenzten formalen Zweck – ihre Akupunkturzulassung, die Zulassung zur Facharztprüfung usw. – zwischen 20 und 30 Stunden Balintgruppe benötigten. Wir vereinbarten einen Ablauf von 10 Sitzungen in der Dauer von je 3 Balintstunden etwa alle 3 Wochen. Dabei wurden jeweils ein Fall ausführlich und eine weitere Fallvignette kürzer besprochen; mein Gedanke dabei war, auf diese Weise Kollegen, die eine höhere Hemmschwelle für die Vorstellung von Fällen hätten, über einen „kleinen“ Fall den Einstieg zu erleichtern, was sich insgesamt auch bewährte. Die Gruppe hatte 9 Teilnehmer. Über den schwierigen, aber im Ganzen, wie ich meine, interessanten und fruchtbaren Gruppenprozess möchte ich im Folgenden berichten.

## Grundsätzliche Ablehnung psychologischer Fragestellungen

Ich leite seit 1997 Balintgruppen und habe mit verschiedenen Formen experimentiert. Ich habe mit sehr fortgeschrittenen und hoch motivierten ebenso wie mit ganz unerfahrenen Kolleginnen und Kollegen gearbeitet. Meist habe ich dabei

## Abstract

The paper describes the process in a Balint group from defense of fear brought up by issues like loss of control, irrational wishes and helplessness to reflecting on threatening aspects of being a medical doctor. This led to a more authentic, realistic and flexible self-concept in the professional role which allows more tolerance for disturbing experiences.

auch bei Kolleginnen und Kollegen, die gar nicht oder kaum vertraut waren mit psychosomatischem Denken und mit Balintarbeit, eine zwar skeptische, aber grundsätzlich offene Haltung vorgefunden. Dies war nun anders. Außer einer oberflächlichen Freundlichkeit war affektiv von Anfang an eine negative Grundeinstellung zur Balintarbeit und zu psychologischen Fragestellungen in der Medizin überhaupt vorherrschend, sodass die sehr wenigen interessierten Kolleginnen und Kollegen das Gruppenklima nicht zu prägen vermochten. Eine Grundüberzeugung schien die Gruppe zu dominieren etwa von der Art: wir machen hier etwas, was für uns keinen Sinn ergibt. Wir machen es lediglich, weil wir dazu gezwungen sind. Auch die Teilnehmer, die eigentlich positiv eingestellt waren, gerieten schnell in den Sog dieser Gruppennorm.

Diese Einstellung äußerte sich in Tendenzen, den äußeren Rahmen zu sprengen (kurz vorher oder gar nicht anrufen, weil man zu spät kommt, mal kurz telefonieren müssen, erzählen von anderen Gruppenangeboten, bei denen man kommen und gehen könne wie es einem passt), in dem Bestreben, die von mir vorgegebene Struktur der Balintarbeit und ihres Ablaufs zu boykottieren und in dem Wunsch, über sachliche Themen zu diskutieren, statt Fälle vorzustellen. Es sollte quasi eine medizinische Sachbesprechung an die Stelle einer Balintgruppe treten.

## Bibliografie

DOI 10.1055/s-0028-1098749  
Balint 2009; 10: 19–23  
© Georg Thieme Verlag KG  
Stuttgart · New York ·  
ISSN 1439-5142

## Korrespondenzadresse

**Dr. Rainald Neumeier**  
Maximilianstr. 6  
68165 Mannheim  
Dr.R.Neumeier@t-online.de

Ich war überrascht über die Intensität, mit der meinem Bemühen, den Kolleginnen und Kollegen in der mir gewohnten Weise Balintarbeit „schmackhaft“ zu machen, entgegen getreten wurde.

### Widerstandsbearbeitung, anfängliches Scheitern

Ich versuchte, die geschilderte Haltung als Widerstand zu verstehen, der wesentlich auf dem Druck beruhte, unter dem die Kollegen standen: einige von ihnen mussten bis zu einem bestimmten Zeitpunkt die Balintgruppe absolvieren, damit sie ihre bereits erworbene Akupunkturzulassung nicht verlieren würden (eine durchaus verstehbare Kränkung); andere fanden in ihren Facharztvoraussetzungen die Balintgruppenarbeit vor, ohne bisher damit das Geringste anfangen zu können. Das alles war mir verständlich als ein Hintergrund des Empfindens, dass die Balintgruppe nicht selbst gewählt, sondern aufgezwungen war.

Zunächst meinte ich daher, diesen Widerstand mit einer verständnisvollen Haltung bezüglich des insofern ja durchaus realen Zwangscharakters der Gruppe ausreichend beantworten zu können. Ich merkte jedoch, dass dies in der Gruppe nicht ausreichte und nicht den Kern des Widerstands traf. Vielmehr entwickelte sich rasch eine aggressive und abwertende Haltung, explizit vertreten durch einige Protagonisten, die mich die Gruppe bald als außerordentlich anstrengend empfinden ließ und bei mir eine erstaunlich intensive Gefühlsmischung aus Wut und Frustration auslöste. Hatte ich doch für diese Kollegen ein so passendes Angebot gemacht, die Termine mit ihnen abgestimmt, mich als so verständnisvollen Leiter gezeigt, und nun wurden meine Balintarbeit und ich dennoch so angegriffen! Es bildete sich eine Gefühlsqualität heraus, als werde die Balintarbeit als etwas mir ganz Wichtiges angegriffen und sei in Gefahr, zerstört zu werden.

Ich nahm eine Tendenz wahr, dass zwar, wenn es so weiterging, äußerlich eine weitgehend „normale“ Balintarbeit dem Anschein nach stattfinden würde (als Zugeständnis der Kollegen an die Abhängigkeit von meinen Bescheinigungen), die inhaltliche Arbeit aber in individuell vertretenen Stimmungen des offenen Selbstlustigmachens, des subtilen Ironisierens, des schon immer Bescheid-Wissens, des scheinbar konstruktiven Mitmachens, ohne aber irgendetwas davon zu brauchen usw. quasi versandete und zunichte gemacht wurde.

### Deutung illusionärer Sicherheit

Diese Dynamik veränderte sich spürbar bei einer Fallbesprechung, in der die einzige Kollegin, die der Balintarbeit von Anfang an wirkliches Interesse entgegenbrachte, von einer Patientin erzählte, für die sie sich gerne und viel einsetzte, mit der sie aber immer mehr in eine Verwischung zwischen ärztlichem Engagement und persönlicher Freundschaft hineingezogen wurde, ohne dies selbst zu wollen, und die in immer irritierenderer Weise die Ärztin zu Vereinnahmungen begann – bis hin zu konkreten Übergriffen auf Dinge im Besitz der Ärztin, die z. B. auf ihrem Schreibtisch standen und die sie einfach an sich nahm. Die Kollegin sah sich nicht imstande, der von ihr empathisch gespürten Bedürftigkeit der sehr kranken Patientin zumindest da eine Grenze zu ziehen, wo es zu solchen Übergriffen kam. Die dominierende Fraktion der „Rationalen“ in der Gruppe vertrat vehement die Ansicht, dass so etwas nie passieren dürfe und ihnen

auch nicht passieren könne; man müsse sich selbstverständlich von „solchen“ Patienten scharf abgrenzen usw.; man dürfe sich gar nicht erst in emotionale Verwicklungen begeben, man verstehe auch nicht, wieso die Kollegin das mache. Diese Einfälle waren verbunden mit einer die Kollegin und auch mich als Leiter spürbar abwertenden Affektivität. Ich deutete daraufhin die Einfälle dieser Kollegen als Ausdruck einer Fantasie der Gruppe mit dem Inhalt, dass ich als Leiter eine Position vertreten würde, die die mangelnde Abgrenzung der Kollegin kritiklos befürwortete und unbedingt starke Nähe und emotionale Bindung an den Patienten fordere, während sie, die „richtigen“ Ärzte, über Distanz und Sachlichkeit verfügten und damit sicher vor Problemen mit Patienten sein könnten. Als ich dies konsequent als Fantasie deutete, die Sicherheit herstelle, aber unrealistisch sei, da solche Verwicklungen nicht nur der Kollegin aufgrund der ihr unterstellten Naivität und Ungeschicklichkeit geschehen könnten, sondern jedem Arzt, und auf der Durchführung der Balintarbeit beharrte, fiel einem der Protagonisten der negativen Haltung in der nächsten Sitzung der Fall einer süchtigen Patientin ein. Dieser Fall lag schon viele Jahre zurück. Aber noch immer war spürbar, dass der Kollege eine enorme Wut auf diese ihrer Sucht ausgelieferte Patientin empfunden hatte und jetzt noch empfand, die die Ärzte mit ihren Forderungen nach Medikamenten überhäufte und aussaugte. Er verurteilte diese Suchtproblematik wie ein schweres moralisches Defizit, das ihn geradezu anwidere. Im Verlauf der Besprechung ergab es sich jedoch, dass diese Patientin ihre Sucht offensichtlich iatrogen als Schmerzpatientin erworben hatte. Die enge Verwobenheit zwischen der unerträglichen oralen Begierde der Patientin (der in der Sitzung zuvor die Kollegin ausgeliefert schien und von der sich die anderen Kollegen überlegen abgegrenzt fühlten) und dem unkontrollierten, aus dem Ruder laufenden Versorgen der Ärzte wurde erstmals deutlich. Die Ärzte waren in diesem Fall Akteure, die mit der Gier nicht umgehen konnten. Die Wut des Arztes auf die gierige Patientin wurde als Abwehr einer Grenzerfahrung deutlich, nämlich dass hier Ärzte in ein hilfloses und letztlich destruktives Versorgen einer Patientin geraten waren, die ihrerseits ihre Bedürftigkeit nicht steuern konnte. Damit war nun die Hilflosigkeit als mögliche Position des Arztes auch bei der „rationalen“ Fraktion als Thema angekommen.

### Öffnung für basale Themen der Beziehungsregulation

Im weiteren Verlauf der Gruppe zeigte sich, dass die Grundthemen der Nähe und Distanz, der Kontrolle und des Kontrollverlusts in der Arzt-Patient-Beziehung, der Verführbarkeit durch persönliche Sympathie, der Angst vor überwältigenden Ansprüchen, der Kontrolle durch Aktivität statt hilfloser Passivität („mir fällt immer noch was ein, was ich für den Patienten tun kann“ formulierte ein Kollege) die Gruppe bestimmten.

Während die Erzählung über eine Suchtpatientin in einer der ersten Sitzungen stattfand, so stand ein Bericht über einen süchtigen Kollegen am Ende. Diesen Fall hatte ein Gruppenmitglied geschildert, das bis dahin in ironischer Weise verstanden hatte, sich aus dem Geschehen weitgehend herauszuhalten. Es ging um einen Kollegen, der sich als extrem einsatzbereit und tüchtig gezeigt hatte, selbst Sohn eines sehr erfolgreichen Vaters, und der sich mit einem Mal als drogenabhängig herausstellte. Die unbewältigte narzisstische Bedürftigkeit dieses Kollegen wurde als wahrscheinlicher Hintergrund der Sucht in der Gruppe erarbei-

tet. Die Problematik von Bedürfnis und Kontrollverlust war damit bei den Ärzten selbst angekommen.

So schilderte z.B. der Kollege, der als Ältester in der Gruppe mittels starker Aktivität eine dominierende Rolle spielte, dies aber auf eine Weise tat, die dazu diente, ihm die Probleme der Arzt-Patienten-Beziehungen und der irrationalen Aspekte der Arztrolle vom Leibe zu halten, gegen Ende einen eindrucksvollen Fall. Darin ging es um einen langjährigen Patienten, der allmählich zum Freund geworden war. Dieser Patient hatte den Arzt einmal wegen einer Erkrankung, die eine geplante Unternehmung zu gefährden drohte, so sehr unter Handlungsdruck gesetzt, dass der Arzt eine Behandlung vornahm, die ihm rational bereits in der damaligen Situation als kontraindiziert erschien. Tatsächlich kam es zu einer schweren körperlichen Schädigung des Patienten mit nachfolgender (erfolgreicher) gerichtlicher Klage und schwersten persönlichen Schuldvorwürfen. So zeigte gerade der Kollege, der sich von Anfang an als erfahren, allem gewachsen präsentierte, als Gruppensenioren, der es nicht nötig hatte, die Balintarbeit offen zu entwerten, der sie aber in seiner Haltung als für ihn irrelevant nur milde belächelte, genau die zentrale Problematik der irrationalen Verwicklung in der Arzt-Patient-Beziehung, die schließlich zur Destruktion der im eigenen Rollenverständnis entscheidenden ärztlichen Objektivität und Rationalität führte (ärztlicher Eingriff wider besseren Wissens mit schrecklichen Folgen).

Und ein anderer Kollege, der, wie oben schon erwähnt, die Rolle eines Ironikers eingenommen hatte und dem bis dahin nie ein eigener Fall einfiel, schilderte gegen Ende dann doch als ersten eigenen Beitrag eine kleine Episode: er hatte im Auftrag eines Vorgesetzten eine einmalige Schmerzbehandlung an einer Patientin vorgenommen. Dies geschah ohne die sonst von ihm vorgenommene gründliche Untersuchung und ohne dass es überhaupt zu Blickkontakt gekommen war – er trat nur ins Zimmer, die Patientin lag auf dem Bauch, und er behandelte sie. Er schilderte sich als sehr erfahren in der Methode und als eigentlich sorgfältigen Arzt. Nach der Behandlung traten bei der Patientin massive Schmerzen auf und sie beschwerte sich beim höheren Orts über den Kollegen, der mit seiner Behandlung die Schmerzen verursacht habe, und drohte mit Klage. In diesem Fall kam es nicht zu weiteren juristischen Folgen (auch nicht zu nachweisbaren körperlichen Schäden). Was war aber geschehen? Es stellte sich in der Fallbesprechung heraus, dass er ganz gegen seine Überzeugung auf wesentliche Teile seines sonstigen ärztlichen Vorgehens (Untersuchung, Kontakt) verzichtet hatte, weil der Vorgesetzte „so schwierig“ sei, er habe sich in dem Moment nicht mit ihm auseinandersetzen wollen. Ich deutete ihm das Geschehen so, dass er, um es sich mit dem Vorgesetzten nicht zu verderben, seinen eigenen Überzeugungen und dann auch der Patientin im wahrsten Sinne des Wortes in den Rücken gefallen sei und diese vielleicht auf diese Szene mit ihrer enormen Wut auf ihn reagiert hatte. Das Entscheidende war freilich, dass er hier aufgrund einer emotionalen Hemmung ggü. dem Vorgesetzten sein „objektives“, rationales“ ärztliches Tun außer Kraft gesetzt hatte.

### Veränderung des Sicherheitsgefühls

▼ Während die Gruppe zu Beginn von der Fantasie geprägt war, in ihrer ärztlich-professionellen, „antipsychologischen“ Haltung sei sie sicher vor den emotionalen Problemen mit Patienten und damit bestehe ja auch gar kein Bedarf an Balintarbeit – das sei nur

etwas für die psychosomatischen Ärzte, also die, die gar keine „richtigen“ Ärzte seien – entwickelte sich die Wahrnehmung sehr klar zu einer größeren Toleranz für die Ambivalenz von Arzt-Patient-Beziehungen – zwischen Sachlichkeit und Emotion, Distanz und persönlicher Nähe, Kompetenz und Hilflosigkeit usw. Damit konnte auch mehr Interesse am persönlichen Erzählen von Patienten zugelassen werden, ohne dies wie zu Beginn als „Müll abladen“ oder Gequatsche abwerten zu müssen. Es entstand eine größere Wahrnehmungsfähigkeit für die Schwierigkeiten von Ärzten, die Nähe und die Distanz zu regulieren, während zu Beginn die Fantasie des sachlichen, jede Situation beherrschenden Arztes in unrealistischer Weise die Basis des Sicherheitsgefühls in der ärztlichen Rolle war. Gerade das Bewusstsein für die eigene Irrationalität (Verführbarkeit usw.) wurde als förderlich für das überlegte und rationale ärztliche Handeln wahrnehmbar, statt wie zu Beginn als unvereinbarer – und gefährlicher – Gegenpol erlebt zu werden; die Emotionalität zu tolerieren und zu reflektieren, stellte sich als eine konstruktive und hilfreiche Auseinandersetzung mit Angst heraus, die an die Stelle der anfänglichen Verleugnung (ich bin ein völlig rationaler Arzt) trat.

### Bedrohung der ärztlichen Identität

▼ Aufschlussreich fand ich eine Passage in der Gruppe etwa in der zeitlichen Mitte des Verlaufs, als sich die Aggression, die in der Beziehung zu mir nach der oben beschriebenen Deutungsarbeit abgeklingen war, nun auf ein anderes Gruppenmitglied verlagerte, und zwar in Gestalt einer inadäquat heftigen Bemerkung, dass eine Bemerkung ihrerseits, die auf Affekte in der Gruppe bezogen war, so völlig unmöglich gewesen sei, dass sie das ganze, gerade laufende Gespräch, das gerade so interessant gewesen sei, völlig zerstört habe. Als ich später darüber nachdachte, wurde mir klar, dass diese Bemerkung von der Zerstörung und die heftige Wut keineswegs übertrieben waren, sondern tatsächlich dem Gefühl der Bedrohung entsprachen, das die Abwehr in der Gruppe nötig machte. Die Aufforderung zur Balintarbeit war unbewusst in dieser Gruppe eine Bedrohung der ärztlichen Identität, da sie die Sicherheit des Bildes vom sachlich-kompetenten, abgegrenzten, die Situation kontrollierenden Arztes auszuhöhlen drohte [1]. Die Gruppe hatte die Fantasie entwickelt, sich über meine Balintarbeit hinwegzusetzen und ihren eigenen Weg zu finden, ein „interessantes“ Gespräch zu führen, nicht bedroht von den Forderungen der Balintreflexion, nur kompromisshaft bereit, dem äußeren Rahmen eines Gesprächs zu genügen.

Erst mit der sehr anstrengenden Bearbeitung dieser Themen gelang es, dieses Bild von der ärztlichen Identität dahin gehend zu erweitern, dass zum Rollenbild des Arztes [2] und auch zu seiner Sicherheit vielmehr gerade auch die Ebene der Reflexion der irrationalen Aspekte des Berufs und der emotionalen Dynamik gehört. Dies äußerte sich für mich eindrucksvoll darin, dass gerade der Protagonist der offen-feindseligen Abwehrhaltung zu Beginn nun immer aktiver eigene Fälle einbrachte und in einer geradezu anrührenden Weise seine persönliche Schwierigkeit darstellte, als Arzt Hilflosigkeitsgefühle kaum ertragen zu können und deshalb mit immer neuen Versuchen von Aktivität und rationaler Kontrolle zu reagieren. In einer dieser Fallbesprechungen, in denen es um einen schwer kranken Menschen ging, wurde ihm dann auch gespiegelt, dass nicht das immer neue kompetente Tun („mir fällt immer noch was ein“), sondern das Einlassen auf die Beziehung zum Gegenüber der eigentliche Gewinn für

den Patienten sein könne. Seine Offenheit in dieser Schilderung und sein Zuhören stellten eine erhebliche Veränderung seiner Position dar und berührten mich.

### Rollenentwicklung des Leiters als Spiegel des Gruppenprozesses

Indem ich als Leiter zunächst quasi in der Fantasie agierte, es der Gruppe leicht zu machen – ihnen gute Termine zu geben, ihre Zwangslage zu verstehen usw. –, war ich unbewusst als Leiter der Gruppe mit dem Arztbild, das im ersten oben beschriebenen Fall der übergreifigen Patientin präsentiert wurde, identifiziert: ein freundlicher Arzt, der gerne gibt, sehr bezogen auf Andere und empathisch ist, aber vor lauter Geben sich am Ende ausgesaugt und ausgenutzt fühlt und nur die Wahl hat zwischen Beziehungsabbruch und hilflosem Erfüllen von Bedürfnissen, die er eigentlich als falsch empfindet. Die (zahlenmäßige kleine) „freundliche, empathische“ Fraktion in der Gruppe repräsentierte diesen gebenden, teilnehmenden Arzt, der aber dann in Situationen gerät, in denen er dringend Grenzen braucht, aber nicht mehr weiß, wie er sie ziehen soll und ob er das noch darf. Die „unfreundliche“ Fraktion repräsentierte den Arzt, der sich von vorne herein überhaupt nicht auf den Andern als Person einlässt und damit scheinbar sicher vor der Falle begehrlicher Beziehungen, vor Schuldkonflikten und Grenzbeziehungsproblemen ist.

Meine eigene, nach einer Phase fast resignativer Enttäuschung, in der ich mich zeitweise ggb. der Abwehr der Gruppe ohnmächtig fühlte und deren affektive Intensität dem Gewicht der Abwehr in der Gruppe und der dahinterstehenden Angst entsprach, eingetretene Entwicklung in der Gruppe sehe ich so: Vom „freundlichen, gebenden“ Leiter/Arzt, der aus einer scheinbar Sinn gebenden empathischen Zugewandtheit bald in unlösbare Probleme mit dem Agieren, den Ängsten und der Abwehr der Mitglieder/Patienten gerät, wurde ich zu einem Leiter, der dem angstbedingten Widerstand unbeirrt die Struktur und den Anspruch der Balintarbeit entgegenhielt, also quasi zu einem Arzt, der sich nicht im Geben erschöpft, sondern Grenzen und Rahmen bestimmen kann, der sich aber auch nicht der Tendenz zum beziehungsvermeidenden Rationalisieren (sachliche Gespräche statt Balintarbeit; pseudomedizinische Fragen statt Arzt-Patient-Beziehung) ergibt, sondern auf der Wichtigkeit der Beziehung und der Emotionalität in Gestalt der Balintarbeit beharrt. Dieser Wandel in meiner eigenen Leiterrolle scheint mir einen Prozess in der Gruppe gespiegelt und gefördert zu haben, in dem die „Freundlichen“ ihr Bedürfnis, Grenzen zu ziehen, mehr annehmen konnten, die „Rationalisierer und Zyniker“ aber auch mehr Toleranz für ihre Emotionen und für die Möglichkeit des Hineingezogen Werdens in die Gefahren, aber auch Chancen der zwischenmenschlichen Beziehung und des persönlichen Fühlens entfalten konnten.

Insofern erlebte ich die Gruppe in einem interessanten Prozess, in dem die Abwehr gegen das bedrohlich Irrationale teilweise aufgeben werden konnte zugunsten einer größeren Toleranz für den emotionalen, irrationalen und unbewussten Aspekt des eigenen Tuns. Damit wurde aus meiner Sicht das Arztbild erweitert und die Vorstellung vom eigenen Tun, aber auch die Grundlage des eigenen Sicherheitsgefühls realistischer. Dennoch blieb bis zum Schluss das abwertende, sich abgrenzende Element ebenfalls repräsentiert: Der oben erwähnte Senior der Gruppe verließ die Gruppe in einer Pause eine einzige Stunde vor dem eigentlichen Ende, da er seine Stunden nun formal erfüllt hatte.

### Ist das überhaupt ein Fall? Bin ich damit überhaupt noch Arzt?

Eine Reminiszenz an die Dynamik dieser Gruppe hat mich inzwischen in meiner seit einer Reihe von Jahren fortlaufenden kontinuierlichen Gruppe beschäftigt. Eine neu hinzugekommene Kollegin entsprach in ihrem anfänglichen Verhalten sehr genau der Fraktion der „Rationalen“ in der oben geschilderten Gruppe. Sie konnte nichts damit anfangen, was wir da machten, sei selbst die Kollegin in ihrer Klinik, die mit den „Schwierigen“ immer gut zurechtkomme, sie könne sich gut abgrenzen usw. Da diese Gruppe insgesamt sehr identifiziert mit der Balintarbeit ist, war ihr der Ausweg in eine Gruppenüberzeugung von der Sinnlosigkeit der Balintarbeit hier nicht möglich. Ich machte sie nach einiger Zeit darauf aufmerksam, dass sie wenigstens einen eigenen Fall präsentieren müsse. Dies setzte sie sichtlich unter Druck. Sie nutzte die Gelegenheit, als einmal viele Mitglieder fehlten, um in einem weniger ängstigenden, quasi intimeren Rahmen einen Fall vorzustellen. Sie sei sich ganz unsicher, ob es überhaupt ein Fall sei. Es entwickelte sich eine intensive Besprechung. Die Kollegin hatte einer hochschwangeren Frau mit einer Notoperation das Leben gerettet, auch das Kind überlebte. In der Folge entstand eine eigenartige Situation. Die Patientin blieb ihr ggb. kühl und inadäquat unverbindlich, während in der Ärztin selbst eine immer stärkere Sehnsucht entstand, eine wirkliche Dankbarkeit zu spüren, bis hin zu der Fantasie, sie möchte ein Bild des Babys zu Hause haben. Es war sehr entlastend für die Kollegin, dass ihr, obwohl eine so eindrucksvoll rational und mit „kühlem Kopf“ handelnde Ärztin, gleichwohl die irrationale Sehnsucht als Gefühl zugestanden und quasi erlaubt wurde, während zugleich Fantasien darüber entstanden, warum es wohl der Patientin nicht möglich war, sich der Ärztin dankbar und emotional verbunden zu zeigen. Die Kollegin war damit in der Gruppe wie aufgewacht, sie schilderte bald darauf einen weiteren Fall, der ebenso eindrucksvoll war, auch hier ging es um eine bewegende Grenzerfahrung. Für ein längeres Bleiben in der Gruppe konnte ich sie leider dennoch nicht gewinnen. Aber ich bin sicher, dass die in den Besprechungen explizit und von der Gruppe positiv beantworteten Fragen der Kollegin – ist das überhaupt ein Fall – darf mich als Ärztin so etwas überhaupt beschäftigen – ähnlich wie in der oben geschilderten Gruppe zu einer bedeutsamen Erweiterung des ärztlichen Identitätsgefühls beitrugen.

### Anerkennung und Differenz

Während in meiner kontinuierlichen Balintgruppe spezifische Konflikte im Arztbild und in Arzt-Patient-Interaktionen auf dem Hintergrund persönlicher Erfahrungen die Fallbesprechungen prägen, wobei in das ärztliche Rollenverständnis bereits wie selbstverständlich der irrationale und affektive Anteil des Erlebens und Handelns integriert ist, ging es in der oben geschilderten Gruppe um eine Annäherung an ein basales Bedrohungsgefühl in der ärztlichen Identität [3], dessen Abwehr und Bearbeitung mit für mich beeindruckend intensiven Affekten verbunden war. Die Bereitschaft zur Überschreitung von Sicherheit gebenden Grenzen (Bewusstwerdung der Bedeutung und des Werts irrationaler Handlungsmotive) und zugleich die Wahrnehmung der Notwendigkeit von immer neu auszubalancierenden Grenzbeziehungen im Angesicht mächtiger Bedürftigkeit näherte die Fraktionen in der Gruppe einander an, da die beiden Fraktionen zugrunde liegenden gleichen Grundfragen verdeutlicht werden

konnten. Dies ging einher mit einer Restitution meines eigenen Gefühls des Werts und der Anerkennung meiner Arbeit, wenngleich in einer realistischen – nun nicht mehr destruktiven – Weise die deutliche Differenz zwischen den Einstellungen und Prioritäten der meisten Gruppenteilnehmer und meiner eigenen Position als „Psychosomatiker“ erhalten blieb.

Ihre Meinung zu diesem Artikel können Sie gerne der Redaktion mitteilen ([geschaeftsstelle@balintgesellschaft.de](mailto:geschaeftsstelle@balintgesellschaft.de)).

#### Literatur

- 1 Kohnt H. Formen und Umformungen des Narzissmus. In: Kutter P, Roskamp H (Hrsg). Psychologie des Ich. Darmstadt 1974
- 2 Abend SM. Problems of identity: Theoretical and clinical applications. Psychoanal Q 1974; 43: 606 – 637
- 3 Erikson EH. Kindheit und Gesellschaft. Stuttgart 1995

#### Vita

##### Rainald Neumeier

Facharzt für Psychosomatische Medizin, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychoanalytiker (DGPT) in freier Praxis, Lehrtherapeut am Heidelberger Institut für Tiefenpsychologie e.V. (HIT).