

## AUSBILDUNG ZUM ARZT UND JUNIOR-BALINT-GRUPPEN

Boris Luban-Plozza, Locarno

### a) Studenten-Balint-Gruppen

Die Junior-Balint-Gruppen der Medizinstudenten stellen einen Versuch dar, das Auseinanderfallen von krankheitszentrierter und patientenzentrierter Wahrnehmung zu verhindern.

Die Junior-Balint-Gruppe (Studenten-Balint-Gruppe) kann ein Gegengewicht zur einseitigen Ausbildung sein. Das Kernstück sollte hier die Befähigung zum Arztberuf, auch im Sinne der Anforderungen im Einklang mit einer zeitgemässen Anthropologie sein.

Eine Medizinstudentin höheren Semesters sagte: "Nach dem heute üblichen naturwissenschaftlichem Studium bin ich für meinen Beruf als Arzt nicht tauglich!" Diese Feststellung enthält die Frage: "Wie soll ich mit dem Kranken sprechen?"

Der heutige Student ist einerseits bezüglich seiner naturwissenschaftlichen Fachqualifikation extrem gefordert; andererseits ist er im Bereich der Möglichkeiten zur berufsbezogenen Weiterbildung der eigenen Persönlichkeit unterfordert. "Der angehende Arzt gerät verstärkt in Loyalitätskonflikte zwischen seinen beruflichen Idealvorstellungen und den einengenden Ausbildungsstrukturen ...", sagt A. Drees.

H. H. Dickhaut fordert als Ergebnis seiner eigenen Erfahrungen, daß der Medizinstudent in seiner Weiterbildung zum Arzt ebenbürtiger Partner des Patienten wird: "In der Balint-Arbeit habe ich die elitäre Position als Facharzt verlassen können, um mich im Sinne eines neuen Selbstverständnisses in erster Linie als Arzt mit allen menschlichen Unzulänglichkeiten verstehen zu können." Dies ist eine begrenzte, aber wesentliche Wandlung der Arzt-Persönlichkeit im Sinne der Balint-Arbeit.

H. J. Strecker schreibt: "In meiner studentenärztlichen Sprechstunde stehen an der Spitze der Kranken mit psychischen Beschwerden nicht mehr Philosophie- und Psychologiestudenten, sondern junge Mediziner. Erfahrungen mit Famuli in der Praxis sowie zahlreiche Diskussionen mit Medizinstudenten zeigen, daß diese sich den Patienten gegenüber hilflos fühlen, weil deren Klagen meistens nicht in den Katalog objektiver Krankheitssymptome passen und weil sie nicht lernen, wie die Beziehung mit einem Patienten ohne klinischen Apparat im Hintergrund hergestellt werden kann."

Michael Balint hat die Problematik der Entwicklung der Medizin früh erkannt. Es gelang ihm,

den Bogen von der Psychoanalyse zur praktischen Medizin zu spannen und zwar ohne eine neue Lehre, sondern durch Integration naturwissenschaftlicher (nomothetischer) und patientenzentrierter (ideographischer) Denkansätze. M. Balint entwickelte etwas, das Hans Strotzka eine "revolutionäre Idee" nennt, einen "historischen Schritt in der Entwicklung sowohl der Psychoanalyse, als auch der Allgemeinmedizin". Die "revolutionäre Idee" entsprach der umstürzlerischen Einführung des Patienten-Ichs in die Medizin (W. Wesiack).

Neu bei Balint war die Idee von Ärztegruppen, in denen die Teilnehmer einander über ihre Problempatienten berichten können. Die Gruppe berät dann über diese Fälle, tauscht Erfahrungen aus und hilft dadurch ihren Teilnehmern, einerseits die Patienten, andererseits aber auch die Interaktion zwischen ihnen und dem Arzt besser zu verstehen.

"Es geht keineswegs darum, in der Gruppe Psychotherapie zu betreiben. Niemand muß Angst haben, sich mit überraschenden Schwächen zu blamieren. Es zeigt sich nämlich, daß die anderen Kollegen meist ganz ähnlich strukturierte Probleme haben", präzisiert H. Strotzka.

Balint-Arbeit bietet dem Arzt Gelegenheit, über die Wirkungsweise der eigenen Person auf andere Menschen Aufschluß zu erhalten. Der Praktiker lernt im dialogischen Sich-Einstimmen eine neue Haltung (Arzt als Arznei).

Als wir die Balint-Methode 1969 erstmals mit Studenten praktizierten (Junior-Gruppe Mailand), war dies ein neuer Impuls. Unsere Anfangsschwierigkeiten waren groß, allein schon wegen der hierarchischen Struktur der Universitätskliniken. Es gelang aber, die Studenten damals für die Gruppenarbeit zu sensibilisieren sowie die "relationelle Perspektive" nicht getrennt vom übrigen Lehr-

betrieb, sondern als integrierten Bestandteil einzuführen.

Interessant ist, daß Michael Balint am Anfang und Enid Balint bis zu ihrer aktiven Teilnahme an Junior-Gruppen am Internationalen Treffen in Ascona sehr skeptisch bezüglich unserer Bemühungen um die studentische Ausbildung waren. Ich hatte Michael und Enid Balint 1962 kennengelernt, als ich noch Familienarzt in der Südschweiz war. Ihre Offenheit gegenüber Ausbildungs- und Fortbildungsfragen hatte mich fasziniert und ich wollte mithelfen.

Die Studenten-Gruppen bestanden schon damals aus 10 bis 14 Teilnehmern. Die Studenten meldeten sich freiwillig. Sie wußten, daß ihnen durch diese Mitarbeit keine Vorteile für ihre Examina erwachsen. Protokolle wurden jeweils nach jeder Sitzung von den Studenten selbst erstellt, was keine einfache Arbeit ist. Auch Dissertationen wurden aufgrund dieser Erfahrung vorbereitet, besonders in Mailand und Heidelberg.

Wir wollten mit dieser Arbeit mit Studenten zu weiteren Gedanken anregen und eine Methode zur Erweiterung der Studentenausbildung erforschen, mehr im Sinne eines Wahrnehmungstrainings. Wie konnte diese nun wiedererlebt und für den Patienten sowie auch für den zukünftigen Arzt fruchtbar gemacht werden?

Es ist sicher nicht möglich, daß alle Studenten in solchen Gruppen mitmachen. In den verschiedenen Ländern melden sich etwa 10% der Studenten zu solchen Gruppen bei einer Bekanntgabe einer Teilnahmemöglichkeit. Ganz ähnliche Erfahrungen machen auch die Kollegen in den USA und in Japan. Wirkliches Interesse ist eine wichtige Voraussetzung. Balint-Arbeit soll überhaupt immer den Charakter der Freiwilligkeit behalten. Ein einziger gezielt interessierter Student kann mehr in Bewegung setzen als ein ganzer bürokratischer Apparat.

In Heidelberg sind positive Erfahrungen mit Fallseminaren gemacht worden, die auf einige Tage zusammengefaßt waren. Eine freiwillige Beglei-

tung des zur Pflichtausbildung gehörenden Krankenpflegepraktikums im Sinne dieser Erfahrung in Heidelberg, wäre sehr wünschenswert (Kroeger, Petzold). Dieser frühzeitige Beginn solcher Fallseminare bei der "Sozialisation" des Arztes, beim ersten Kontakt mit Patienten im vorklinischen Semester wäre erstrebenswert, unterstreicht Lang. So könnte aus dem Praktikum wieder ein echtes Pflegepraktikum anstelle eines "Putzpraktikums" (sog. "Häfelipraktikum") werden. Außerdem ist es gerade wichtig, den Studenten eine Möglichkeit zur Erarbeitung der neuen Pflegeerfahrungen anzubieten.

Diese Pflegeerfahrungen sind wesentlich patientennäher als die üblichen studentischen Erfahrungen beim Medizinstudium. Wie die Schwester und der Pfleger, so ist auch der Student auf der Station ständig anwesend. Er kann bei der Betreuung der Patienten dieselben Pflichten erfüllen wie das Pflegepersonal, er kann also körpernah in die alltäglichen Pflegearbeiten einsteigen. Der Patient wendet sich mit seinen Klagen, Nöten und Beschwerden gewöhnlich zuerst an die Pfleger bzw. Schwestern, besonders beim "Tutto fa male"-Syndrom.

Die Erfahrungen, die der Student hier machen kann, beeindrucken ihn nachhaltig. Der Student wird sich ebenso, wie später der Arzt mit den Erlebnissen des Patienten und mit den eigenen Erlebnissen und Gefühlen auseinandersetzen müssen. Diese frühzeitige Auseinandersetzung ist wichtig für die berufliche und auch für die persönliche menschliche Entwicklung.

Allerdings sind andere Autoren (z.B. P.B. Schneider) der Meinung, daß der Beginn solcher Arbeit erst in den letzten Studienphasen einsetzen sollte, sicher beim Praktischen Jahr (PJ/BRD) bzw. beim Wahlstudienjahr (Schweiz). Andererseits müssen wir die unterschiedlichen Studienordnungen in den verschiedenen Ländern berücksichtigen.

Auch in den erwähnten Fallseminaren in Heidelberg wurden Fälle geschildert, die zum Teil schon Jahre zurücklagen. Die damaligen Erlebnisse waren ihnen erst unter dem Eindruck der vergangenen Sitzungen wieder bewußt geworden.

Die wieder auftauchende Erinnerung setzte die Studenten so unter Druck, daß sie den "Fall" einfach schildern mußten. Bei den Balint-Junior-Gruppen sollen die Studenten auch erfahren, daß es wesentlicher ist, ihren Patienten zuzuhören, als Fragen zu stellen.

Wir bevorzugen in den Junior-Balint-Gruppen die freie Assoziation. Einmal zitierte überraschenderweise ein Student den Schriftsteller St. Exupery:

"Die Erwachsenen lieben Zahlen. Wenn du ihnen von einem neuen Freund erzählst, so fragen sie niemals nach wesentlichen Dingen. Sie sagen nie: Welches ist der Klang seiner Stimme? Welche Spiele hat er am liebsten? Sammelt er Schmetterlinge? Sie fragen dich: Wie alt ist er? Wieviele Brüder hat er? Welches ist sein Gewicht? Wieviel verdient sein Vater? Nur so glauben sie ihn zu kennen....."

Im Seminar der Junior-Balint-Gruppe kann von jedem Kranken berichtet werden, der den Studenten besonders interessiert. In den anschließenden Gesprächen werden vor allem die Gefühle, die Einstellungen und die persönlichen Beziehungen des Patienten zunehmend zum eigentlichen Thema. Es wird sehr mühsam versucht, den Patienten zum Gesprächspartner werden zu lassen. Aber "der Arzt bewirkt die Heilung nicht am Kranken, sondern mit ihm" (Albert von Schirnding).

M. Balint, H. Ball, M.L. Hare schrieben: "Zuerst zögert der Student, ein Gespräch mit einem Patienten über Bereiche zu beginnen, die ihm als "persönlich" erscheinen mögen und ihn nichts angehen. Manche Studenten fühlen sich bei dieser Betrachtungsweise unbehaglich und sehen sie als unberechtigten Eingriff in das Privatleben des Patienten an".

Die Studenten können in den Seminaren aber auch "ihre Ängste und Unsicherheiten sowie ihre Vorurteile formulieren und im Gedankenaustausch darüber Lösungen und Überwindung selbst zu finden .... Sie gehen nicht in der Routinetätigkeit auf, sondern bewahren gerade für die Routinean-gelegenheiten einen kritischen Blick ....." (G. Eicke).

Im Verlaufe der Seminare wächst bei den Teilnehmern die Betroffenheit über vergessene und vernachlässigte mitmenschliche Gefühle dem Kranken gegenüber. Studenten werden besonders oft in ihrer Beziehung zu Schwerkranken und Sterbenden zutiefst gerührt.

Balint-Junior-Gruppen wurden an immer zahlreicheren Medizinischen Fakultäten möglich, indem sich Studenten aus Eigeninitiative auf die Suche nach geeigneten und interessierten Dozenten machten, und diese wiederum bereit waren, die studentischen Initiativen zu unterstützen. Es ist eine sehr erfreuliche Entwicklung, die darauf hinweist, daß die kritische Haltung der Studenten gegenüber dem gegenwärtigen Ausbildungssystem nicht zur Skepsis und Resignation führen muß, sondern daß die Studierenden ideenreich Alternativen entwickeln und praktizieren können, auch im Sinne der Selbsthilfe.

Ziel der Ausbildung ist nicht allein die Förderung der Beziehung zwischen Ärzten und Patienten, sondern ebenso der Zusammenarbeit mit Kollegen und nichtärztlichen Personen des Gesundheitswesens.

In Basel, Bern und Zürich werden im Juli 1985 erstmal Studenten im Fach "Psychosoziale Medizin" geprüft. Mit dem neuen Lehrangebot kommen die Schweizer Universitäten dem Bedürfnis der angehenden Ärzte entgegen, nicht nur eine naturwissenschaftliche, sondern eine umfassende Sicht von Gesundheit und Krankheit im Sinn des biopsychosozialen Modells vermittelt zu erhalten. Verbessert sich dadurch das Verhältnis zwischen Arzt und Patient? "Trotz Rückschlägen ist ein Umdenken im Gang", stellt Jürg Willi, Professor für psychosoziale Medizin in Zürich, fest.

Dem praxisbezogenen Unterricht entsprechend, findet in Psychosozialer Medizin eine praktische Prüfung statt. Das Wahlantwortverfahren, bei dem auf eine Frage aus den drei oder vier vorgegebenen Antworten die richtige anzukreuzen ist, lehnt Jürg Willi ab. "Wir halten es grundsätzlich für falsch, scharf zwischen einer richtigen und einer falschen Gesprächsführung zu unterscheiden". Die Beantwortung theoretischer Fragen gebe keinen Aufschluß darüber, ob ein Mensch im Umgang mit anderen Menschen gewisse Fertigkeiten erworben habe.

Zuerst wird die Videoaufnahme eines Gesprächs

zwischen einem Hausarzt und einem Patienten gezeigt. Danach nehmen die Kandidaten in einem Aufsatz schriftlich Stellung zu Fragen über das Gespräch, bevor sie über psychosoziale Hintergründe von Krankheiten Auskunft geben müssen (N.Broccard).

#### b) Ausbildung in Beziehungsdiagnostik

Der Student sollte sich bei der Arbeit in den Balint-Junior-Gruppen darüber klar werden, was sich auf der Gefühlsebene in der betreffenden Beziehung abspielt. Immer bleibt er Subjekt und wird nicht Objekt eines unpersönlichen Lehrprogrammes. Es geht um Selbstentdeckung, auch mit persönlichem Opfer.

Anregend sind die Voraussetzungen für eine sprachwissenschaftliche Analyse, weil die semantische Haltung der Studenten trotz der unterschiedlichen Sprachen in den verschiedenen Ländern ähnlich erscheint. Sie gebrauchen oft deftigere und frechere Redewendungen und Ausdrücke als die praktizierenden Ärzte; Studenten versuchen häufiger in der Art und Weise ihrer Patienten zu sprechen.

Auf Schwierigkeiten bei der Anwendung des Balint-Prinzips bei Studenten wurde schon oft hingewiesen; am schwersten fällt dabei ins Gewicht, daß Studenten keine eigene Verantwortung für die Patienten tragen.

Aber Studenten haben Gefühle und sie können Betroffenheit lernen. Wir sollten eher danach trachten, die besondere Art ihrer nicht institutionalisierten Verantwortung zu verstehen und nicht unsere de facto und de jure Verantwortung als alleingültiges Modell ansehen. Dazu kommt, daß oftmals Studenten schon ihre Freunde und Bekannten behandeln. Bastiaans spricht sogar von der "illegalen Praxis" des Medizinstudenten.

Wir empfinden nicht jedem Patienten gegenüber gleich: "Spürt man überschießende Sympatie oder deren Gegenteil, wenn der Patient Soundso im Wartezimmer auftaucht oder verspürt man die Lust, zu moralisieren, mit erhobenem Zeigefinger

Empörung zu signalisieren - dann ist Vorsicht geboten. Emotionen haben Signalcharakter. In Ruhe darüber nachdenken, mit Kollegen sprechen oder in einer Balint-Gruppe Rat suchen ...., sind deren adäquate Lösungsversuche" (Anneliese Heigl-Evers).

Die innere Abwehr der meisten Ärzte gegen das Aufdecken der Kontaktprobleme in der Arzt-Patient-Beziehung ist so groß, weil uns Ärzte die berufsbezogene Angst ein Leben lang begleitet. Die offene Beziehung zum Patienten setzt voraus, daß der Arzt in der Arzt-Patient-Beziehung eine aktive Rolle spielt, nicht aber eine aktivistische - und dazu muß er seine eigenen Ängste erkennen.

Der Begriff der Alexithymie etwa (von griechisch 'lexis'= Wort u. 'thymos'= Gefühl), der das Unvermögen besonders von psychosomatischen Patienten kennzeichnen sollte, ihre Gefühle hinreichend wahrzunehmen und zu beschreiben, fällt auf manche Ärzte zurück. Denn oft sind gerade sie es, merkte der Nestor der deutschen Psychosomatik, Thure von Uexküll an, die nicht in der Lage seien, zur rechten Zeit das richtige Wort im Gespräch mit den Patienten zu finden.

Um der Psychosomatik zum Durchbruch zu verhelfen, muß erst die Alexithymie der Ärzte überwunden werden. Gerade Studenten reden mit gestandenen Ärzten herzerfrischend und sehr offen.

Als Experimentier- und Übungsfeld der Beziehungen zum Patienten, bieten Junior-Balint-Gruppen (nach Wildbolz) Vorteile und Nachteile gegenüber den üblichen (Senior-)Balint-Gruppen.

Vorteile: Größere Unbefangenheit, Unvoreingenommenheit, Formierbarkeit und Flexibilität der psychischen Strukturen sowie fehlender Heil- bzw. Erfolgswang.

Nachteile: Geringere Lebens-, Krankheits- und Beziehungserfahrung, fehlende Beständigkeit in der Beziehung zum Patienten.

Bei den Sitzungen der Junior-Balint-Gruppen hatten wir keine besonderen Schwierigkeiten, freiwillige Referenten zur Vorstellung eines Patienten zu finden.

Es zeigte sich auch, daß die gleichzeitige Mitarbeit von Studenten und Ärzten in einer der üblichen Balint-Gruppen sehr bereichernd wirkte. Wir haben versucht, diese Zusammenarbeit immer intensiver zu fördern.

Die Studenten haben oft ein ausgeprägtes Bedürfnis nach theoretischen und abstrakten Auseinandersetzungen, wie wir mittels Erhebungen mit dem sog. Mailänder-Fragebogen bei den Studenten-Balint-Gruppen erfahren konnten.

Hierbei zeigte sich erfahrungsgemäß, daß viele Studenten das Wissen um psychologische Theorien dazu benutzen, von eigenen Betroffenheitsreaktionen schnell wieder abzulenken und das Gespräch auf die unverfänglichere Ebene theoretisierender Grundsatzdiskussionen zu bringen. Aus diesem Grund kann es erforderlich sein, die Vermittlung psychologischer Theorien und die eben geschilderten Fallbesprechungen streng voneinander zu trennen.

Es ist für Studenten leichter als für ausgebildete Ärzte, die Scheu zu verlieren, die Beziehungen zwischen Arzt und Patient zum Gegenstand einer sorgfältigen, aus unreflektierter Erfahrung entstandenen Untersuchung zu machen.

Innerhalb der patientenbezogenen Arbeit mit Studenten gibt es inzwischen zwar eine Vielzahl unterschiedlicher Strömungen, aber die Patientenbezogenheit hat sich vertieft. Von ihr als Basis gingen wichtige Anregungen für das Verständnis der fertigen Ärzte aus, auch für das Verständnis des Unbehagens derselben.

Dem künftigen Arzt sollte für sein späteres Wirken auch eine praktische, psychologische Grundlage gegeben werden, die sogar "eigene Gegenübertragungsphänomene im praktischen Umgang mit den Patienten" (zitiert aus dem Lernzielkatalog der BRD) thematisiert .... Es sind Ansatzpunkte da, Studenten auch zur psychotherapeutischen Begleitung von Patienten einzusetzen (Freyberger u.a.). Bei den Studenten-Balint-Gruppen wird ein Verständnis für den jeweils gegenwärtigen Zu-

stand des Patienten und ganz besonders für die psychosozialen Begleitumstände gefördert.

Entsprechend der Ausbildungssituation der Studenten liegt das Schwergewicht dieser Arbeit eben auf dem Gebiet der gezielten Beziehungsdiagnostik, auch in der Interaktion innerhalb der Familie und weniger auf dem Gebiet des eigentlichen therapeutischen Einsatzes. Das gesamte Material aus der Vorstellung eines Patienten, wird von der Gruppe unter der Fragestellung besprochen, wie ein erweitertes Verständnis für die Krankheit und für die Persönlichkeit des Patienten gewonnen werden kann und welche Konsequenzen sich aus diesem Verständnis ergeben.

Durch Denk-, Gefühls- und Gesprächstraining wird hier ein emotionaler und "attitudionaler" Lernprozeß gefördert, der aber auch das Handwerkliche, die körperliche Dimension bei der Untersuchung des Kranken berücksichtigt.

Einerseits zeigt es sich, wie schwierig es am Anfang sein kann, sich wie ein Arzt zu verhalten und wie ein Arzt zu sprechen. Andererseits fühlen sich die Studenten schon als Ärzte, ohne sich vielleicht darüber Rechenschaft zu geben. Jedenfalls steht der Patient ständig im Mittelpunkt und man lernt sogar, ihn zu fragen, worin seine Eindrücke bestehen.

Von Erfahrung ist noch keine Rede. Wir meinen aber, daß Erfahrung allein relativ wenig nützt, wichtiger ist das Dazulernen. Sonst dient Erfahrung eher als Alibi und zur Selbstsicherung. Wir Ärzte machen wahrscheinlich immer wieder und sehr häufig die gleichen Fehler, fühlen uns dabei dann nur weniger unsicher.

Die Teilnehmer der Junior-Balint-Gruppen schließen sich später gewöhnlich einer der üblichen (Senioren)-Balint-Gruppen an. Außerdem sehen sie schon in den Junior-Balint-Gruppen, daß die Allgemeinpraxis nicht nur bzw. nicht überwiegend Nachteile hat, sondern daß sie viel interessanter und lebendiger werden kann und dies sogar bei den "langweiligen" Patienten mit "funktionellen

Störungen".

Einer anderen Richtung der Studentenausbildung entsprechen die sogenannten Anamnesegruppen, die sich fast parallel zu den Junior-Balint-Gruppen mehr im Sinne der Selbsthilfe entwickelt haben: Federführend waren Th. v. Uexkuell und W. Schüffel.

Der Zugang zur eigenen Empfindungsfähigkeit wird durch die Einübung des Autogenen Trainings (I.H. Schultz) näher gebracht.

Die Wahrnehmungsfähigkeit für affektive Signale kann durch Einsatz von Videofilmen (z.B. auch ohne Ton) gezielt trainiert werden.

Durch Rollenspiele wird emotionales Lernen vermittelt, vor allem im Hinblick auf die praktische Umsetzung von Vorschlägen zum weiteren Vorgehen. Beim Einbringen des Rollenspiels gilt es, schwierige Situationen nachzuspielen oder alternatives Verhalten einzuüben.

### c) Aufgaben des Gruppenleiters

Der vom Referenten vorgestellte Kranke (der "Fall") dient in erster Linie als "von außen kommendes Material" für die wechselseitigen Projektionen der Gruppenteilnehmer, auch für Übertragung und Gegenübertragung. Über die Bedeutung des Symptoms und über seine Stellung in der Entwicklung der Beziehung zwischen Patienten und Therapeuten, wird gezielt gesprochen.

Die Studenten denken lieber und möchten, daß wir hören und spüren, was sie meinen, dies aber ohne ihre Schwächen allzusehr aufzudecken und trotz einer ausgeprägten Hilfsbedürftigkeit. Dafür sollte der Gruppenleiter nach der Erwartung des Studenten weniger Geschicklichkeit lehren, als vielmehr Wege aufzeigen und auch neue Einfälle und Ideen wagen. Es handelt sich mehr um eine Einübung in das Erfahren und Erleben der eigenen Wirklichkeit, als um eine Vermittlung von Wissensmaterial. Zwischen bloßem Wissen und der Wissensanleitung hinsichtlich der Lebensgestal-

tung wird das bloße Wissen am wenigsten angestrebt. Schon am Anfang kann der Blick für feine Beobachtungen, für kleine aufschlußreiche Zeichen beim Patienten geübt werden und zwar im Sinne einer neuen Semiotik.

Den Gruppenleitern gegenüber sind bei den Gruppenmitgliedern fast immer sowohl eine gewisse Aggressivität (Gruppenleiter als "Dompteur"), zumindest eine wetteifernde Haltung, als auch Anhänglichkeitsreaktionen zu beobachten; letztere durch den Wunsch nach positiver Anerkennung. Besonders am Anfang scheint die Figur des Gruppenleiters häufig idealisiert zu werden.

Bei nichtdirektivem Vorgehen des Gruppenleiters kann nach den ersten Zusammenkünften bei einigen Teilnehmern ein Gefühl der Frustration aufkommen. Von den Gruppenteilnehmern wird dann die Figur des Gruppenleiters als geiziger Vater erlebt, der sich weigert, Nahrung (Information) zu gewähren, eines Vaters, der sein eigenes Können für sich behält und damit in undurchschaubarer Weise Macht in der Gruppe ausübt.

Oft besteht die Neigung zum Abgleiten in Richtung einer meist sehr erwünschten Selbsterfahrungsgruppe oder zur theoretischen Spekulation. Eng in Verbindung mit diesem Problem steht die Gefahr des übermäßigen Psychologisierens durch den Gruppenleiter, der besonders bei Studenten-Gruppen analytisch ausgebildet sein sollte.

Balint-Arbeit kann sehr wohl Selbsterfahrung anregen, eine Brücke zu ihr sein sowie ein Werkzeug der praktischen Information für die Medizinstudenten darstellen, die den hier behandelten Problemen gegenüber besonders aufgeschlossen sind.

Der Gruppenleiter hat die schwierige Aufgabe eine Atmosphäre in der Gruppe zuzulassen, die den Teilnehmern "Mut zur eigenen Dummheit" macht, Mut also dazu, auch etwas Unreflektiertes zu sagen. Semper reformari debet.

Es bestätigt sich der Hinweis von Furrer, daß

"die Fachkompetenz in der Balint-Gruppenarbeit nicht einseitig beim Leiter liegt, sondern bei allen Teilnehmern ...." Der Beitrag des Studenten kann in mancher Hinsicht ebenso wesentlich und gehaltvoll sein, wie der Beitrag des Gruppenleiters.

In unseren "Sensibilisierungsgruppen" - entsprechend dem "Asconeser-Modell", finden sich Teilnehmer aus den verschiedenen Entwicklungsstufen, d.h. Studenten, Assistenzärzte, erfahrene Praktiker und Universitätsdozenten. Es geht um die Förderung beziehungsorientierter Ausbildungsansätze; alle Teilnehmer sind wechselseitig Lernende und Lehrende, bis hin zur Konfrontation. Hier fehlt die in der naturwissenschaftlichen Medizin sonst übliche und auch notwendige Polarisierung fachkompetenter Lehrer einerseits und Lernender andererseits.

Beim Preis der Medizinstudenten der Internationalen Balint-Treffen in Ascona werden Jahr für Jahr die Arbeiten nach folgenden Gesichtspunkten beurteilt:

1. Die vorgelegte Arbeit ist wesentlich zentriert auf eine persönliche Erfahrung innerhalb der Student-Patient-Beziehung (Exposition).
2. Diese wird allein oder in der Gruppe im Rahmen des Beziehungsnetzes zwischen den Studenten, dem Pflegepersonal, der Hierarchie und den verschiedenen Institutionen erlebt und erarbeitet (Reflexion).
3. Sie zeigt die Reflexion des Studenten über solche Erfahrungen und ihren Einfluß auf sein berufliches Erleben und Handeln auf (Aktion).
4. Sie öffnet Wege, die hierfür notwendigen Freiräume in seiner Ausbildung zu schaffen. Der häufig unterdrückte Zugang zu den eigenen Gefühlen und Phantasien, wird oft in die Auseinandersetzung mit der ärztlichen Verantwortung einbezogen (Progression).

Beim einzigartigen Medium des Gruppenlernens in der Balint-Arbeit kann daher jede Gruppensitzung eine reizvolle Entdeckungsfahrt sein, die wir psy-

chohygienisch als erfrischend erleben; so vermehren sich Kompetenz und Freude.

Es gilt, weitere Möglichkeiten und Grenzen in der Balint-Arbeit auf Grund von Erfahrungen und Widerständen zu suchen. Weiterführende Ziele können aber nur in Zusammenarbeit mit den Studenten erreicht werden.

### Zusammenfassung

Michael Balint hat die Problematik der Entwicklung der Medizin früh erkannt. Es gelang ihm, den Bogen von der Psychoanalyse zur praktischen Medizin zu spannen und zwar ohne neue Lehre, sondern durch

Integration naturwissenschaftlicher und patientenzentrierter Denksätze. M. Balint entwickelte etwas, das H. Strotzka eine "revolutionäre Idee" nennt, einen "historischen Schritt in der Entwicklung sowohl der Psychoanalyse, als auch der Allgemeinmedizin". Die "revolutionäre Idee" entsprach der umstürzlerischen Einführung des Patienten-Ichs in die Medizin (W. Wesiack).

Neu bei M. Balint war die Idee von Ärztegruppen, in denen die Teilnehmer miteinander über ihre Problempatienten berichten können. Die Gruppe berät dann über diese Fälle, tauscht Erfahrungen aus und hilft dadurch ihren Teilnehmern einerseits die Patienten, andererseits aber auch die Interaktion zwischen ihnen und dem Arzt besser zu verstehen.

Als wir die Balint-Methode vor 16 Jahren erstmals mit Studenten praktizierten (Junior-Gruppe Mailand, 1969), war dies ein neuer Impuls. Unsere Anfangsschwierigkeiten waren groß, allein schon wegen der hierarchischen Struktur der Universitätskliniken. Es gelang aber, die Studenten für die Gruppenarbeit zu sensibilisieren sowie die "relationelle Perspektive" nicht getrennt vom übrigen Lehrbetrieb, sondern als integrierten Bestandteil einzuführen.

Für die ärztliche Ausbildung brauchen wir neue

Ansätze. Die Fakultäten sollten aus den Studenten aktive, unabhängige Problemlöser und nicht nur passive Empfänger von Informationen machen.

Es gilt, weitere Möglichkeiten und Grenzen in der Balint-Arbeit aufgrund von Erfahrungen und Widerständen zu suchen. Weiterführende Ziele können aber nur in Zusammenarbeit mit den Studenten erreicht werden. Die Internationalen Balint-Treffen in Ascona wollen dazu verhelfen.

#### Literaturhinweise

Balint M., Balint E., Gosling R. & Hildebrand P.: A Study on Doctors. Tavistock Publications, London, 1966

Beckmann D., Moeller M.L., Richter H.E., Scheer J.W.: Studenten urteilen über sich selbst, über ihre Arbeit und über die Universität, Aspekte, Frankfurt a. M., 1972

Brigida M.: Gli aspetti psicologici ed emotivi del rapporto medico-paziente Premio S.I.M.P. 1973, Ed. SEU, Roma

Canestrari R.: Osservazioni sul gruppo come formazione psicologica dello studente della Facoltà di Medicina. Rivista di Psicoterapia. (Atti del Simposio di Psicoterapia di Pavia, 1971)

Cazzullo C.L., Comazzi A., Luban-Plozza B.: Esperienza di leaders di un gruppo Balint "junior". Ed. Min. Med. Vol. 64 N. 15, 729-731, 1973

Eron L.D.C.: The effect of medical education on attitudes, J. Medical Education on attitudes: a follow up study 33, 25-33, 1958

Hartmann F.: Erziehung zum Arzt in Krankheit, Heilkunst, Heilung - Karl Albert Freiburg, München, 1978

Kröger F., Luban-Plozza B.: Studenten-Balint-Gruppen. Eine Erweiterung der Medizinischen Ausbildung Gustav Fischer New York - Stuttgart, 1982.

Luban-Plozza B.: Studenten-Balint-Gruppen (Junior-Gruppen) im Rahmen der ärztlichen Ausbildung. In: Luban-Plozza B., Egle E., Schüffel W.: Balint- Methode in der medizinischen Ausbildung Gustav Fischer Stuttgart - New York 1978

Luban-Plozza B., Glenn T. Koppel: Studenten Balint Groups World Journal of Psychosynthesis, 4, 24 - 27, 1980

Luban-Plozza B.: Necessite de la formation medicale continue dans le domaine affectif Medicus Europaeus II, 48 -53, 1981

Rickenbacher J.: Was sollen die Naturwissenschaften in der Ärzteausbildung, Schw. Ärztez. 7, 201 - 204, 1980

Sapir M., Brisset Ch.: Patologie psychosomatique et formation psychologique du medecin. Enc. Med. Chir. Psych. 37400-G-10, 1967

Schüffel W. (Hrsg.): Sprechen mit Kranken - Die Anamnesegruppe als Mittel patientenzentrierter Ausbildung zum Arzt. Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore, 1983

Simona G.: Allgemeinmedizin in der Ausbildung der Medizinstudenten-Kolloquium der Schweiz. Medizinischen Interfakultätskommission, 28.1.1982

Tellenbach H.: Bildung und Zeitgeist, D. Ärzteblatt 40, 109 - 114, 1981

Wacker P.A.: Ausbildungs- und Berufserwartungen des ärztlichen Nachwuchses; eine empirische Analyse der Vorstellungen des ärztlichen Nachwuchses. Durchgeführt 1972, veröffentlicht 1975 vom Verein für moderne und rationelle Gestaltung von Arztpraxen e.V., Stuttgart

Wiener P.: La constitution de la personnalite professionnelle des stagiaires en medecin: l'identification au malade et au medecin. Med. et Hygiene, 42, 199 -204, 1967

Prof. Dr. B. Luban - Plozza  
Piazza Fontana Pedrazzini  
CH 6600 Locarno