

[Homepage](#)

[Was ist
Balintarbeit?](#)

[Balintgruppen](#)

[Ausbildung](#)

[Balinttagungen](#)

[Literatur](#)

[SBG](#)

[Links](#)

Zur Balint-Arbeit in der Schweiz - 20 Jahre danach. Ein Rückblick und Ausblick

Dr. med. Arthur Trenkel, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Via
Madonna della Salute 30, CH - 6900 Massagno

Psychosomatische Medizin, 1/19 - 1991, Schweiz

Zusammenfassung

Aus Anlass der 20. Wiederkehr unseres Abschieds von Michael Balint wird rückblickend dargestellt, wie wir seine Gruppenarbeit in Sils-Maria kennenlernten und welche Wirkungen von der dort initiierten Fortbildungsform ausgegangen sind.

Zur Entwicklung in die Breite hat speziell auch das jährliche Balint-Treffen von Ascona beigetragen, nicht zuletzt dank der wachsenden Beteiligung von Studierenden und Dozenten, wie auch durch den 1979 begründeten Balint-Preis für Medizinstudenten.

Im letzten Teil wird beschrieben, wie in Sils-Maria versucht wurde, die Gruppenarbeit dort aufzunehmen und weiterzuführen, wo Balint sie verlassen musste; diese Entwicklung ging mehr in die Tiefe als in die Breite.

Summary

On the occasion of the 20th anniversary of Michael Balint 's leave we consider in retrospect how we became acquainted with his concept of group work in Sils-Maria and what have been the effects of the form of further vocational training which was initiated there.

The annual Balint-meetings in Ascona have particularly contributed to a broadening of the project. This development has also been due in considerable part to the growing participation of students and professors, as well as to the Balint Award for Students of Medicine, instituted in 1979.

The last part describes how, in Sils-Maria, an attempt was made to resume the group work where Balint had to leave it and to take it further. This development tended more towards depth rather than breadth.

Einleitung

Im vergangenen September waren es zwei Jahrzehnte, seit Michael Balint sich von den Schweizer Ärzten verabschiedet hat. Gemeinsam mit seiner Gattin Enid hatte er während mehreren Jahren an der Silser Studienwoche der Schweizerischen Gesellschaft für psychosomatische Medizin teilgenommen, in deren Rahmen er uns in die Gruppenarbeit einführte, die er seit den fünfziger Jahren in England mit Allgemeinmedizinerinnen entwickelt hatte. 1970 hat er uns eröffnet, dass wir jetzt

versuchen müssten, das Begonnene ohne seine Beteiligung weiterzuführen, wobei er kaum an seinen baldigen Tod gedacht hat, sondern vielmehr seiner Überzeugung folgte, wonach sich ein Helfer - sofern es die Umstände erlauben - «nicht zum bleibenden Möbel in der Wohnung des andern» machen lassen dürfe. Er hat uns in Aussicht gestellt, in ein paar Jahren möglicherweise wieder dabeizusein; vorerst hielt er es für angezeigt, uns alleine schwimmen zu lassen bzw. uns zu nötigen, die Sache selber und eigenverantwortlich in die Hand zu nehmen. Drei Monate später erreichte uns die Nachricht von seinem plötzlichen Hinschied, was bedeutete, dass seine Aufforderung zur Selbstverantwortlichkeit für uns von endgültiger Konsequenz war. Wir haben damals in Form eines kleinen Leiterkollektivs die Bürde auf uns genommen; im Folgenden soll über den Fortgang und die Weiterentwicklung der Arbeit berichtet werden.

Entwicklung in die Breite

In den Jahren, als Michael Balint regelmässig nach Sils-Maria kam und die dortige Veranstaltung dazu gebrauchen konnte, den Teilnehmern seine Arbeit in vivo zu vermitteln, hat diese Aussicht jeweils eine grosse Zahl von Ärzten ins Engadin gelockt, darunter auch viele Kolleginnen und Kollegen aus dem Ausland. Viele hatten zuvor den Erfahrungsbericht über Balints Arbeit mit seiner Pioniergruppe in London gelesen, den er in seinem Buch «Der Arzt, sein Patient und die Krankheit» in attraktiver Form veröffentlicht hatte. Weil die Neugierigen sehr zahlreich waren, musste für die Silser Veranstaltung eine Struktur geschaffen werden, welche allen Teilnehmern erlaubte, Balints Vorgehen in persönlicher und einigermaßen kontinuierlicher Erfahrung kennenzulernen. Unter dieser Notwendigkeit kam es zur Geburt der sogenannten Grossgruppe (mit besonderen «Spielregeln»), die sich in der Folge als eigenständiges Fortbildungsmedium bewährt hat. Die Einführung dieser Grossgruppe verhalf der Balint-Arbeit zu einer Form, welche - im Unterschied zu den üblichen Kleingruppen mit 10 bis 15 Teilnehmern - auch Seminare mit 100 und mehr Beteiligten möglich machte. Wir verdanken diesem Umstand einen wesentlichen Anteil der Breitenentwicklung.

Das Silser Modell als Struktur von Veranstaltungen mit grosser Teilnehmerzahl sowie als geeignete Form zur *Einführung* in die Balint-Arbeit wurde bald auch anderswo von analogen Tochterveranstaltungen übernommen. Es begann 1972 mit den «Journées franco-suissees» im französischen Divonne, nahe der Schweizer Grenze. Diese wurden von Frau Myriam de Senarclens (Genf) und Michel Sapir (Paris) ins Leben gerufen, nachdem sie die Arbeit in Sils kennen gelernt hatten. Die Arbeitstage unter dem Patronat der französischen und schweizerischen Gesellschaften für psychosomatische Medizin werden seit 1984 in Annecy (Savoyen) durchgeführt; sie haben entscheidend zur Entwicklung in den frankophonen Ländern beigetragen, so auch in Kanada.

1973 wurde von Boris Luban-Plozza, einem «Silser» italienischer Zunge, erstmals ein internationales Balint-Treffen in Ascona durchgeführt, welche Veranstaltung ebenfalls ein grosses Interesse zu wecken vermochte und alljährlich mit wachsender Teilnehmerzahl wiederholt wurde. Auf diese Asconeser «Incontri» soll noch speziell eingegangen werden.

Zunächst sei berichtet, dass 1975 Hans-Konrad Knoepfel (Zürich) und ich der damals neugegründeten deutschen Balint-Gesellschaft helfen durften, ein erstes Fortbildungsseminar nach dem Silser Modell in Hahnenklee bei Goslar aufzuziehen, welchem in den folgenden Jahren zahlreiche weitere solcher Veranstaltungen in Deutschland nachgebildet wurden, so in Würzburg, Bonn, Lübeck, Berlin und am Chiemsee. Alle diese «Filialen» und späteren Weiterzeugungen haben bald ein spezifisches Eigenleben entwickelt, wie es für die Balint-Arbeit charakteristisch ist. Freilich bleibt die Grundidee der patienten- und beziehungsorientierten Gruppenarbeit überall bestimmend und zentral, wenn auch nicht gänzlich auszuschliessen ist, dass die Balint-Etikette gelegentlich auch für Aktivitäten

missbraucht wird, die mit dem formulierten Grundanliegen nicht viel zu tun haben. Es gibt keine «appellation contrôlée» im Blick auf diese Etiketle, was uns hier aber nicht weiter beschäftigen soll. Wir wollen in diesem Bericht nur von der Arbeit sprechen, die uns überblickbar ist.

Indessen darf nicht unerwähnt bleiben, dass von den genannten Veranstaltungen im In- und Ausland auch eine unübersehbare Kleingruppen-Aktivität ausgegangen ist, indem viele Teilnehmer mit dem Wunsch nach einer kontinuierlichen Balint-Gruppe nach Hause gingen und in ihrer Region die entsprechenden Möglichkeiten zu schaffen vermochten.

Das internationale Balint-Treffen in Ascona

Ein besonderes Augenmerk verdient die Entwicklung der Balint-Treffen von Ascona, die ab 1973 bis 1989 alljährlich auf dem Monte Verità zur Durchführung gelangten. Diese «Incontri Balint» verdanken ihre Entstehung ganz der Initiative von Boris Luban-Plozza, der sie mit Hilfe seiner Familie - d.h. mit viel Schwung und sympathischem Südgefühl - so zu gestalten wusste, dass die Teilnehmerschar aus allen Ländern von Jahr zu Jahr zahlreicher wurde, bis kürzlich der Umbau und die neue funktionelle Ausrichtung des Monte Verità die Veranstalter zwang, auf eine Fortsetzung der Treffen im bisherigen Rahmen zu verzichten. Als diese Notwendigkeit im Frühjahr 1989 verkündet wurde, gab sie sogleich Anlass zu einer Einladung von seiten des anwesenden Rektors der Universität Szeged, Herrn Szilard, worauf das «Asconeser Balint-Treffen 1990» in Ungarn stattfand. Wie man weiter vernommen hat, soll es 1991 in Freiburg im Breisgau und 1992 in Graz zur Durchführung kommen. Die Kontinuität in der Sache scheint somit gesichert, auch wenn der örtliche Rahmen wechselt.

Was ist an dieser Sache so speziell, dass sie auch nach örtlicher Verpflanzung dieselbe bleibt und wir berechtigt sind, vom «Ascona-Modell» zu sprechen, auch wenn das Treffen anderswo stattfindet? Das Besondere ist wiederum ein persönliches Verdienst von Boris Luban, der es vor gut 15 Jahren gewagt hat, die Balint-Arbeit auch für Medizinstudenten zugänglich zu machen und diese in grosszügiger Weise zur Teilnahme in Ascona einzuladen. Der Schritt war mit einigen Risiken verbunden, weil damals eine grosse Unruhe von den Studenten ausging, vor allem in der Bundesrepublik Deutschland. Gerade diese deutschen Studenten pilgerten in Scharen nach Ascona. Sie brachten aber nicht nur Unruhe auf den Monte Verità, sondern auch viel unverstellte Sensibilität und ernsthafte Bereitschaft, sich für den wirklich patientenzentrierten und beziehungs-orientierten Zugang zu interessieren. Weil sie überdies ein grosses Bedürfnis hatten, nicht nur mit den Kommilitonen aus andern Ländern, sondern auch mit den teilnehmenden Praktikern in einen lebendigen Austausch zu treten, brauchte es viel organisatorisches Geschick, den vielfältigen Erwartungen gerecht zu werden, beziehungsweise für die Veranstaltung immer wieder eine befriedigende Form zu schaffen.

Die Aufgabe wurde kaum leichter, als sich nach und nach auch zahlreiche Dozenten für die Tagung interessierten. Die Sorge um ein lebendiges Gleichgewicht und den bestmöglichen Erfahrungsaustausch zwischen den verschiedenen Teilnehmergruppen erforderte manches Kunststück, aber was schliesslich daraus geworden ist, kann heute mit Fug und Recht das «Ascona-Modell» heissen. Es ist gerade dadurch charakterisiert, dass Dozenten, Studenten und Praktiker der Heilkunde gemeinsam und gleichberechtigt die Erfahrungsperspektive ernst nehmen, welche in allen Fachdisziplinen die verbindende ist und es besteht kein Zweifel, dass die bewegten und bewegenden Treffen in Ascona in besonderem Mass dazu beigetragen haben, den Blick und das Interesse für diese meist unbeachtete und doch grundlegende Dimension der Medizin zu wecken und so der Entwicklung dessen, was Balint initiiert hat, zu einer weiten Öffnung zu verhelfen.

Balint-Preis für Medizinstudenten (Ascona)

Im Blick auf Ascona verdient heute auch der seit 1979 regelmässig ausgeschriebene «Balint-Preis» für Medizinstudenten seine Beachtung. Gestiftet von der Firma Pharmaton in Lugano, soll der Preis alljährlich die besten studentischen Arbeiten über Erfahrungen im Bereich der Student-Patient-Beziehung auszeichnen. Ich habe persönlich das ehrenvolle Vergnügen, seit dem Bestehen dieses Preises die entsprechende Jury zu präsidieren, welche aus Vertretern von Fachgesellschaften aus Deutschland, Frankreich, Italien und der Schweiz sowie aus studentischen Vertretern und meiner Frau (als «Generalsekretärin») zusammengesetzt ist.

Die eingereichten Arbeiten werden nach Kriterien bewertet, die mit jeder Ausschreibung neu bekanntgegeben werden, und die vor allem verlangen, dass die Autoren von *persönlich erlebten* Beziehungserfahrungen mit Patienten ausgehen. Diese Erfahrungen sollen dargestellt, nach ihrem Sinn befragt und im Hinblick auf ihre Bedeutung für das weitere Studium oder gar den späteren Beruf reflektierend und tätig verarbeitet werden. Die persönlichen Beziehungserfahrungen mit Patienten müssen die entscheidende Basis aller Überlegungen sein, und weil es sich um einen «Balint-Preis» handelt, wird freilich besonders darauf geachtet, inwiefern diese Erfahrungen ein differenzierteres Verständnis der betreffenden Patienten und ihres Leidens erlauben. Es geht auch hier stets um die Frage: Was erlebe ich mit dem Patienten? Was löst er in mir aus? (nicht nur im Bereich des sachlichen Wissens, sondern ebenso in der Dimension der Empfindungen, Stimmungen, Gefühle und Einfälle): und als nächste Frage: Kann ich mein Erleben, bzw. das, was im «Zwischen» eines beruflichen Umgangs geschieht, auch für ein tieferes Verständnis des Patienten und seiner Klage verwenden?

Es versteht sich von selbst, dass die studentischen Arbeiten in solcher Wertung von recht unterschiedlicher Qualität sind, aber es darf auch festgehalten werden dass uns sehr häufig erfrischend lebendige und auch authentische Darstellungen erreichen. Sie zeigen unter anderem treffend, dass die Studenten oft über eine Empfindsamkeit und entsprechende Wahrnehmung verfügen, die man gerne für den weiteren Fortgang des Studiums und des Berufslebens erhalten sehen würde, und der man gern die Möglichkeit einer Ausbildung zum zuverlässigen beruflichen Werkzeug verschaffen möchte. Ein entsprechender Appell findet sich beinahe regelmässig in den eingereichten Arbeiten, speziell in den letztjährigen, über welche noch in anderer Hinsicht zu berichten ist.

Der «Balint-Preis» 1990 (in studentischen Kreisen auch «Grosser Preis von Ascona» genannt) stand insofern unter einem besonderen Stern, als diesmal etwa viermal mehr Arbeiten als gewöhnlich eingereicht wurden, und die zusätzliche Anzahl zu 80 % aus osteuropäischen Ländern stammte (51 aus der Sowjetunion, 8 aus Polen, 6 aus Bulgarien, 5 aus Jugoslawien und je 1 aus Ungarn und der DDR). Ist es verwunderlich, wenn gerade in diesen Arbeiten am meisten der Hilferuf junger Mediziner nach mehr «patientenzentrierter» Optik, das heisst nach mehr Personifizierung und weniger Verallgemeinerung vernehmbar wird? Die Spaltung zwischen der ausschliesslich technisch-objektivistisch orientierten («krankheitszentrierten») Ausrichtung und der von Balint neu aufgewerteten «patientenzentrierten» Perspektive erscheint in den Arbeiten aus dem (ehemaligen) Ostblock besonders klaffend. Die Studenten artikulieren sich auch entsprechend kritischer, vehementener und extremer, als wir es in den vergangenen Jahren im mitteleuropäischen Raum gewohnt waren.

Der appellative Ernst, der in diesen Texten zu spüren war, hat die Jury sehr berührt, und wir fühlten uns verpflichtet, unsere Eindrücke anlässlich der Preisverleihung vom 28. April in Ascona auch dem anwesenden Publikum zu vermitteln. Es befanden sich in diesem Publikum zahlreiche Hochschullehrer, Politiker und andere Magistraten, und wir hatten den Eindruck, dass die entsprechende Herausforderung

da und dort wahrgenommen und auch ernstgenommen wurde. Ich zitiere in diesem Zusammenhang die Aussage des Präsidenten des internationalen Balint-Verbandes, Dr. Jack Norell aus London, welcher die Meinung äusserte, dass der Studentenpreis von Ascona zurzeit wohl eine der bedeutsamsten Aktivitäten im Sinne der Balint-Arbeit und im Blick auf die Zukunft sei. Wenn Herr Norell recht hätte, was freilich auch unser Wunsch wäre, so fände sich einmal mehr bestätigt, dass die Asconeser Treffen insgesamt von erheblicher Wirkung und Bedeutung im Dienste der genannten Sache waren und noch immer sind.

Entwicklung der Balint-Arbeit in sich selbst

Im Folgenden möchte ich mich etwas eingehender der Sache als solcher zuwenden, bzw. die Entwicklung der Balint-Arbeit in sich selbst zum Thema machen, wobei ich speziell wieder von der traditionellen Silser Woche (in 20jährigem Rückblick) zu berichten habe. Es soll nun auch vom Weg die Rede sein, den wir dort gegangen sind, wie auch von den Konsequenzen und Aussichten, welche dieser Weg eröffnet.

Wie bereits aus meiner Einleitung hervorgeht, haben wir seinerzeit von Michael Balint ein Gefährt übernommen, das schon mehrere Jahre unterwegs war, so dass wir zunächst einen erheblichen Entwicklungsrückstand aufholen mussten. Mit fortgesetzter Hilfe von Balint selbst hätten wir dies vermutlich bald einmal zu leisten vermocht, aber nach seinem Tod hatten wir vorerst Mühe genug, das Boot überhaupt zu steuern und mit Konsequenz auf Kurs zu halten, ohne der Versuchung zu erliegen, irgendeinen bereitstehenden Hafen anzulaufen. Erst als wir uns etwas sicherer fühlten, wagten wir die Arbeit wirklich dort wieder aufzunehmen und fortzusetzen, wo Balint sie bei seinem Ableben verlassen hatte. Es war dabei unvermeidlich, dass jeder von unserem Leiterteam seine persönlichen Akzente und Färbungen setzte, freilich ohne das Grundthema, das offene Interesse für die konkrete und je besondere Beziehung zwischen Arzt und Patient, zu verraten und durch theoretische Konstrukte allgemeiner Art zu ersetzen.

Die Arbeit dort weiterzuführen, wo Balint sie verlassen hatte, bedeutete in unserer Sicht, speziell den Versuch fortzusetzen, den er mit seiner letzten Forschungsgruppe unternommen hatte, nämlich darauf zu verzichten, den Praktikern eine psychotherapeutische Methode (gleichsam vorgekocht in der Küche des Psychiaters oder Psychoanalytikers) in adaptierter Form zugänglich zu machen. Alle früheren Versuche Balints, schon vorhandene Techniken so anzupassen, dass sie sich störungsfrei in den Sprechstundenbetrieb des Nichtpsychiaters hätten einfügen lassen, blieben bekanntlich unbefriedigend, weshalb man sich entschlossen hatte, die Beziehungsphänomene in der Arzt-Patienten-Beziehung als solche zum alleinigen Arbeitsmedium zu machen. Praktisch heisst dies, dass man sich sowohl in der Gruppe wie im Sprechzimmer um eine freie, offene Einstellung bemühte, die sich auf *alle* Mitteilungen des Patienten «einstimmen» sollte, und die gleichzeitig auch ernst zu nehmen suchte, was im behandelnden Arzt selber an gedanklichen Einfällen, Gefühlen, Empfindungen, Bildern und Phantasien ausgelöst wird. Man versuchte, das gewohnte Frage- und Antwortspiel möglichst zu begrenzen und stattdessen die jeweilige Wechselwirkung im Ganzen zu beachten, nicht allein im sprachlichen Bereich, sondern auch in andern zwischenmenschlichen Dimensionen, welche Balint die «andere Ebene» nannte.

Es ist für mich eine Selbstverständlichkeit, dass diese «andere Ebene» des Beziehungsgeschehens immer da ist, wo Menschen miteinander umgehen, und dass sie auch immer wirksam ist, ob wir darum wissen oder nicht, ob wir sie beachten oder nicht. Speziell im ärztlichen Sprechzimmer befinden wir uns unvermeidlich und von vornherein in diesem Wirkungsfeld, weshalb man die «andere Ebene» der Arzt-Patient-Beziehung nicht nach Belieben einführen oder ausklammern kann. Wir haben nur die Wahl, sie mehr oder weniger wahrzunehmen und mehr oder weniger geschickt mit ihr umzugehen, und dies ist meines Erachtens

für alle Fachgebiete der Fall.

Wenn wir diese Einsicht ernst nehmen, läuft heute das Training in der Balint-Arbeit vorwiegend darauf hinaus, das eigene Erleben mit dem Patienten bewusster zu gebrauchen, um diesen besser zu verstehen und ihm angemessener zu antworten. Die von Balint gesuchte «psychotherapeutische Technik» des Praktikers wird damit etwas sehr Individuelles; sie wird nur von diesem Training und nicht von einer allgemeinen Methode erwartet. Was dieser Unterschied - individuelles Training oder berufliche Methode - im Grunde und in seinen Konsequenzen letztlich beinhaltet, geht uns erst allmählich auf. Es handelt sich - so glaube ich mehr und mehr - um nichts Geringeres als um eine Abgrenzung der Wahrnehmung vom sakrosankten Methodenideal des modernen Wissenschaftsdenkens oder vielmehr um das «In-Schranken-Weisen» seines universalen Anspruchs auf das, was uns als Wirklichkeit zu gelten hat.

Schon Balints Unterscheidung zwischen einer auf den Einzelnen gerichteten «patientenzentrierten» Optik und der üblichen «krankheitszentrierten» Einstellung ist letztlich viel bedeutsamer, als es zunächst den Anschein macht: Die Neuorientierung besteht nicht in einer blossen Verschiebung des Interesses auf andere Gegenstände, sondern bringt vor allem eine Veränderung im wahrnehmenden Arzt selbst. Mit anderen Worten: Sobald wir uns nicht mehr ausschliesslich auf die «Objekte» einstellen, die uns als Krankheiten bekannt sind, sondern auch auf die persönlichen Erfahrungs- und Erlebenswelten der Patienten, gelangen im selben Moment auch bei uns noch andere Erkenntnismöglichkeiten ins Spiel als die eines unbeteiligten Beobachters. Wenn der Patient nicht mehr ausschliesslich als Krankheitsträger gesehen wird, kann der Arzt nicht lediglich Wissensträger sein. Er muss seine eigene Person zum professionellen Wahrnehmungsorgan machen und mit diesem entsprechend umgehen lernen.

Dies ist die wesentliche *Umstellung der Einstellung*, die dem Therapeuten in der Balint-Arbeit zugemutet wird. Es geht nicht um das Erlernen eines zusätzlichen Wissens oder einer vorgegebenen Gesprächstechnik, nicht um fertige Krankheitslehren mit ihren Entwürfen und Konzepten und auch nicht um allgemeine Regeln des Umgangs mit Patienten. Die angestrebte Umstellung will die Möglichkeiten des Arztes erweitern und schärfen, sich selber mit seinen eigenen Beziehungsantennen zuverlässiger zu gebrauchen, um sich dadurch auch vom Patienten im Beziehungsgeschehen besser gebrauchen zu *lassen*. Je mehr dies gelingt, desto sicherer erschliesst sich dadurch ein spezifischer Wahrnehmungsraum, der ungewohnte Horizonte öffnet und bedeutsame Einsichten erlaubt.

Wir nennen diesen Erkenntnisraum heute die Beziehungsperspektive und meinen damit das interpersonale und intersubjektive «Zwischen», das in Form von multiplen Wechselwirkungen zu erleben ist, jedoch immer nur in Teilaspekten rational und sprachlich erfasst werden kann. Es wäre meines Erachtens ziemlich kurzschlüssig, wenn wir das gesamte Wechselgeschehen in diesem «Zwischen» einfach als «psychisch» verstehen, bzw. die patientenzentrierte Einstellung unbesehen einem psychologischen Fachinteresse gleichsetzen würden. Auch im Bereich des Psychischen lässt sich durchaus eine patientenzentrierte Betrachtungsweise von einer krankheitszentrierten (z.B. psychiatrische Nosologie, psychoanalytische Neurosenlehre usw.) unterscheiden, und wer möchte bezweifeln, dass es auch im Leiblichen eindrückliche Beziehungserfahrungen zu machen gibt.

Es mag befremdlich klingen, dass die Arbeit in der Beziehungsperspektive auch im Blick auf den Leib spezifische Erfahrungsmöglichkeiten öffnet. Michel Sapir hat seinerzeit ein Buch mit dem Titel «Soignant - Soigné: le corps à corps» veröffentlicht, in welchem er den Möglichkeiten eines relationellen Verstehens im Bereich des Körperlichen nachspürte, speziell im Blick auf die Allgemeinmedizin. Sein Interesse hat uns sehr geholfen, die Beziehung als ein originelles

Erkenntnisinstrument der Praxis wahrzunehmen und auch deutlicher zu erfassen, dass dieses Instrument nicht als Anwendung eines theoretischen Vorwissens zu verstehen ist. Diese Einsicht erlaubt uns auch, allgemeine theoretische Vorstellungen im Einzelfall kritischer zu sichten und nötigenfalls in Frage zu stellen. Es wird zum Beispiel in der relationellen Perspektive zunehmend evident, dass die pauschalen, institutionalisierten Ideen in bezug auf die Leib-Seele-Spaltung sehr relativiert und differenziert werden müssen, wenn sie der Praxiswirklichkeit im Blick auf den Einzelnen entsprechen sollen. Es handelt sich hier um Erfahrungen, die jedem Praktiker schon immer zugänglich waren, die man aber offiziell kaum zu beachten und ernst zu nehmen wagt.

Die Beziehungsperspektive hilft somit auch, die starren Fesseln angelernter Vorstellungen etwas zu lockern und beim einzelnen Patienten den eigenen Blick freier zu gebrauchen. Wir gelangen so zu einer Art von «Ganzheitlichkeit», die nicht durch Sammlung und Addition aller nur erdenklichen Wissensgüter zustande kommt, sondern durch Beachtung dessen, was Balint «die andere Ebene» nannte und ich heute als die relationelle Erfahrungsdimension darzustellen suche. Durch Einbezug der entsprechenden Befunde können alle Ärzte (auch die Spezialisten) innerhalb ihrer eigenen Fachtätigkeit «ganzheitlich» arbeiten, ohne die bisherige professionelle Identität in Frage zu stellen oder gar zu verlieren.

Wenn wir in solcher Einstellung arbeiten, wird auch deutlich, dass viel mehr Not und Leid des Einzelnen im körperlichen Austrag zur Darstellung kommt als in unverhüllt psychischer Ausdrucksweise. Ein naturwissenschaftlich reduziertes Menschenbild und ein entsprechendes Leibverständnis behindern diesen Blick erheblich, aber glücklicherweise braucht der Praktiker nicht zu warten, bis das beglaubigte Wissen vom Menschen nach den neuesten Paradigmen allgemeinverbindlich reformiert ist. Er kann jederzeit im eigenen Sprechzimmer damit beginnen, gewisse Vorstellungen zu relativieren und vielleicht auch zu merken, dass praktisches Wissen in wichtigen Belangen dem theoretischen noch immer vorgeordnet ist. Die Balint-Arbeit setzt so auch gewisse «Retouchen» am Berufs- und Selbstverständnis des Praktikers: sie hilft u.a., das weitverbreitete Bild des ewigen und immer hoffnungslos ungenügenden Schülers als einzig massgebendes zu relativieren. Wenn der Kranke vermehrt in seiner faktisch-individuellen Besonderheit wahrgenommen wird, wandelt sich unser Arztbild, und wenn wir uns nicht ausschliesslich mit der Rolle eines systemkonformen Gesundheitsbeamten zufriedengeben, kann dies der Heilkunde in unserer gesellschaftlichen Wirklichkeit nur förderlich sein. Wir wissen, dass die Balint-Arbeit, wie wir sie im Engadin kennengelernt und seither während zwei Jahrzehnten zu verbreiten und zu entwickeln suchten, schon mancherorts die ärztliche Praxis zu bereichern vermochte; wir meinen, dass diese Wirkung noch keineswegs die Grenzen ihrer Möglichkeiten erreicht hat.

[Nach oben](#)