

43. Silser Balint-Studienwoche

(12.-18.September 2004)

Einführungsvortrag von Dr. med. Samuel Wiener-Barraud

Schweigen und Reden in der Sprechstunde – Reden und Schweigen über die Sprechstunde

Das Sprechzimmer

Was macht das Sprechzimmer zum beschützenden Raum? Es gibt klare Vereinbarungen darüber, was in diesen vier Wänden stattfindet und was nicht. Es gibt das Wissen um gesetzliche Regelungen darüber, namentlich über die Geheimhaltung, die Schweigepflicht, und es gibt implizites Wissen über die Rollen, welche Therapeut¹ oder Ärztin, Patientin und Patient zu spielen haben. Das Wissen darum, dass man während der vereinbarten Zeit ungestört bleiben wird, und dass der Inhalt des Gesprächs vertraulich bleiben wird. Es schafft Vertrauen, wenn die Möglichkeit besteht, Sprechzimmer und Gesprächspartnerin in Ruhe zu erkunden, und sorgfältig über den vorgesehenen Rahmen informiert zu werden.

Aber es ist noch viel mehr, was Halt und Geborgenheit vermittelt. Alles was vertraut wird im Lauf der Zeit, die Einrichtung des Raums, die Instrumente, die Sitzordnung, die Lichtverhältnisse, die Geräuschkulisse, die haptischen Wahrnehmungen, die Gerüche, die so als Gesamteindruck, als Ambiente wahrgenommen werden; und all das, was sich in dem Raum verlässlich immer wieder abspielt: das Begrüßungsritual, die Haltung des Therapeuten, seine Art zuzuhören, sich zu räuspern, der Untersuchungsablauf usw. Das alles, das Ambiente und die sich verlässlich wiederholenden Abläufe, prägen sich ein, ohne dass sie bewusst zur Kenntnis genommen zu werden

¹ Aus Gründen der Lesbarkeit wird abwechselnd die männliche und weibliche Form verwendet.

brauchen, und all dies gehört zum verlässlichen Rahmen, der die nötige Sicherheit vermittelt, um das Gespräch wagen zu können. In seinem Schutz kann sich die Intimität einstellen, welche einen Dialog ermöglicht.

Was aber in diesem Sprechzimmer-Rahmen geschieht, ist mehr als das Gesprochene, denn der Dialog bezieht andere Dimensionen mit ein: es ist eine ganze Szene, die sich abspielt zwischen den Gesprächspartnern — wovon nur ein Bruchteil bewusst wird – selbst wenn speziell darauf geachtet wird.

Davon will ich anhand von drei Gesprächen erzählen:

In meinem Sprechzimmer stehen drei identische Sessel. Ich lasse die Patienten eintreten, schliesse die Tür, und dabei spielen sich völlig unterschiedliche Szenen ab:

Hr. G. tritt ein, geht zielstrebig auf einen Sessel zu, setzt sich hin, angelehnt und mit übergeschlagenen Beinen, schaut mir zu, wie ich meinen Block vom Schreibtisch nehme und mich in den Sessel gegenüber setze, etwas spöttisch, wie mich dünkt.

Frau B. dagegen bleibt an der Tür stehen, bis ich sie bitte einzutreten. Sie zögert, schaut sich unsicher um „ wo soll ich mich setzen?“. „wo sie möchten“ „ ist es da recht?“ wieder bleibt sie stehen. „ja bitte, nehmen Sie Platz“. Sie setzt sich auf den Sesselrand, den Blick auf ihre Hände gesenkt, die auf den Knien ruhen und wartet, bis auch ich mich gesetzt habe und sie anspreche.

Hr. E. bleibt im Türrahmen stehen, zögert. Ich frage „ wo möchten Sie sitzen?“ Er tritt ein, schaut zwischen den Sesseln hin und her, macht einen Schritt nach rechts, wendet sich dann doch nach links, setzt sich zögernd hin, wischt sich den Schweiß von der Stirn und die Hände an den Hosen ab und schaut mich unverwandt an, wie ich den Block hole und mich ihm gegenüber hinsetze.

So unterschiedlich, wie diese Abläufe sind, werden sich nachher die Gespräche entwickeln.

Die Begegnungen haben aber schon vorher ihren Anfang genommen: Im Wartezimmer nämlich, wo ich die PatientInnen abzuholen pflege:

Hr. G. sass hinter der Zeitung, wartete, bis ich ihn ansprach, faltete die Zeitung in aller Ruhe, erhob sich betont gemächlich, und trat an mir vorbei in Sprechzimmer.

Frau B. sass bereits im Wartezimmer auf dem Stuhlrand, ihre Einkaufstasche neben sich, sprang auf, als ich eintrat, um sie zu begrüßen.

Herr E. zog gedankenverloren an seiner Zigarette, drei Kippen lagen bereits im Aschenbecher. Ich sprach ihn schon auf der Schwelle des Wartezimmers an, er schreckte auf, drückte die Zigarette mit einer nervösen Bewegung aus und kam mir entgegen.

Nicht nur die drei Menschen haben sich unterschiedlich verhalten, auch ich begegnete ihnen unterschiedlich. Jetzt, wo ich mich darauf besinne, weil ich's Ihnen erzählen will, werden mir diese Unterschiede erst so klar. Sicher hatte ich die unterschiedlichen Szenen irgendwie wahrgenommen. Ich war ja nicht nur Beobachter, sondern auch Mitspieler, Partner im Dialog, der sich da entsponnen hat; nicht nur in Worten und auf anderen Kanälen geäußert; sondern auch unausgesprochen zwischen dem, was die Begegnung jeweils in uns drin berührt und angestossen hat. Und beide Gesprächspartner haben wir jeweils auf alles reagiert, ausgesprochen und unausgesprochen, bewusst und unbewusst, indem wir zu Weiterungen angeregt werden oder zu Blockaden, indem wir verstehen oder missverstehen, indem wir uns einlassen oder abwehren.

So ergeben sich jeweils ganz eigene Gesprächs-Pfade mit diesen unterschiedlichen Menschen, entlang den Freiräumen zwischen den Begrenzungen, geformt von beiden Dialogpartnern her. Welche Rollen spielen Reden und Schweigen dabei? Stehen sie auf Seite des Freiraums oder auf Seite der Begrenzung?

Herr G. spricht von einem Problem, das er lösen möchte. Er erzählt nichts von sich, nichts, was über das hinausginge, was er zum Verständnis des Problems für relevant hält. Er besetzt den ganzen Freiraum mit seiner Darstellung des Problems und seinen Fragen nach dessen Behebung. Passende Fragen beantwortet er kurz und bündig. Unpassende Fragen blockt er ab, gibt den nächsten Schritt im Gespräch vor. Er weicht aus ins Ungefähre, wenn ich nicht locker lasse und darauf beharre, dass das Problem eine Geschichte haben müsse. Und zudem ist plötzlich ein anderes Problem

da, das momentan eigentlich dringender zu lösen wäre. Er macht im Übrigen gleich klar, dass er mal ganz unverbindlich zur Information hergekommen ist und sich noch andere Therapeuten ansehen wird. Es erscheint offensichtlich, dass er vieles verschweigt, nicht indem er schweigt, sondern indem er innerhalb ihm sicher scheinender Grenzen redet, und dadurch kein Schweigen aufkommen lässt. Er muss sich in diesem Gespräch schützen. Ich kann nicht wissen weshalb und erfahre nur sehr wenig von seiner Geschichte. Wahrscheinlich sind es auch andere Wahrnehmungen in dieser Gesprächsszene, die mir den Eindruck vermitteln, es sitze da ein verletzter Bub, der den gewieften Mann spiele, jederzeit bereit, abzuhauen, wenn man ernsthaft etwas von ihm wolle. Auch wenn er mich kaum zu Wort kommen lässt, kann ich mich nicht darauf beschränken, schweigend zuzuhören. Herr G. muss auch etwas von mir hören. Gerade weil er sich in einem ersten Gespräch so schützen muss vor Unvorhergesehenem, braucht er auch Rückmeldungen, wie ich ihn verstanden habe; und er braucht klare Informationen über den Rahmen, in dem wir zusammen arbeiten werden. Aber er wird Zeit brauchen und die Verlässlichkeit dieses Rahmens testen, bevor er sich einlassen können.

Auch Frau B. redet, erzählt von verschiedenen Leuten, die's schwer haben, aber nicht von sich. Es braucht schon die Frage „wie geht es Ihnen?“, um zu erfahren, dass sie von all den Leuten so in Anspruch genommen wird, dass sie eigentlich an den Rand ihrer Kräfte geraten ist. Die Erschöpfung ist ihr übrigens anzusehen. Es kam auch schon vor, dass Frau B in ähnlichen Erschöpfungsmomenten in Schweigen erstarrte. Erst viel später konnte Frau B. beschreiben, wie ausgeschlossen sie sich in diesem Schweigen fühlte. Es gab nichts, was zu sagen sie wert empfunden hätte. Schweigen war schlimm, denn sie sollte doch etwas zu sagen haben. Noch mehr aber fürchtete sie sich davor, angesprochen zu werden. Jedes Wort liess sie zusammenzucken, denn es verlangte nach Antwort und schien ihr Versagen vorzuwerfen. Am besten erträglich war ihr ein einvernehmliches gemeinsames Schweigen. Ein gefährliches Schweigen, denn während eines Klinikaufenthalts holte sie sich so das stillschweigende Einverständnis, sich umzubringen, weil niemand in ihrem Schweigen ihre stumme Frage erahnen konnte. Sie hat überlebt und begann zaghaft, über ihr Erleben hinter der Mauer des Schweigens zu reden.

Jetzt, nach Jahren, lässt sie's nicht mehr so weit kommen; und wohl auch ich, im Wissen um diese Geschichte, frage sie, wie es ihr gehe, bevor sie in Schweigen verfällt.

Herr E. sitzt schweigend und schwitzend in seinem Sessel. Er weiss, dass ich ihn fragen werde, welche Themen er besprechen möchte. Er überlegt, schüttelt den Kopf, schliesst die Augen, dann scheint er sich entschlossen zu haben, ja er möchte über seinen Musikunterricht reden. Er berichtet, wie schwierig es ist, ausreichend zu üben, und was es braucht, bis die Flötenstunden wirklich zustande kommen. Möchte er meine Meinung dazu hören? Nein, eigentlich nicht. Immer wieder schüttelt er den Kopf, um unpassende Gedanken und Stimmen loszuwerden. Dazwischen mustert er mich misstrauisch, entschuldigt sich, dass er mich so scharf mit einem – wie er sich ausdrückt – „Stossblick“ angeschaut habe. Er müsse sich schützen, damit ich nicht seine Zukunftsgedanken mit meinen Blicken störe.

Je länger ein Schweigen dauert, desto unruhiger wird Herr E. Manchmal muss er dann kurz unterbrechen, um im Wartezimmer eine Zigarette zu rauchen; dann kommt er ruhiger und oft mit dem Vorschlag für ein Gesprächsthema zurück. Ich darf aber nicht unbedacht das Schweigen brechen. Wenn ich von mir aus etwas ansprechen möchte, frage ich ihn um Erlaubnis. Sonst käme ich mir als Eindringling vor, der ohne anzuklopfen mit schweren Schuhen ins Haus trampelt. Wie soll ich diesmal ansprechen, dass Herr E. heute sehr verwahrlost wirkt? Seit er nicht mehr im Wartezimmer in seinem Qualm sitzt, ist nämlich eine Alkoholfahne zu riechen, und der Mief aus den verfleckten und verschwitzten Kleidern beginnt das Sprechzimmer zu erfüllen. Soll ich's verschweigen, um ihn nicht zu kränken? Ich würde ihn im Stich lassen, wäre nicht mehr verlässlich. Ich frage ihn, ob ich ihm etwas zu den Kleidern sagen darf. Ja, er weiss. Es stört ihn selbst auch. Er hat sich auch schon überlegt, ob's nicht besser wäre, für einige Wochen in die Klinik einzutreten zum Alkoholentzug, aber er fürchtet die Entmündigung. Wie das alles zur Sprache kommt, beruhigt sich Herr E., und das Gespräch über die Hemmnisse und Ängste, welche nicht nur die Flötenstunden, sondern alle sozialen Kontakte erschweren, wird möglich.

Verschwiegenheit gehört zum Fundament des Sprechzimmers. Weil ich als Psychiater auf dem Lande arbeite, erlebe ich es oft, dass Patienten sich verstohlen umblicken, ob sie gesehen werden, wenn sie die Praxis betreten. Sie sind, wenigstens bis ihr Selbstvertrauen stärker wird, unbedingt darauf angewiesen, dass selbst ihre Anwesenheit in dieser Praxis verschwiegen bleibt, und das ist ihr gutes, juristisch abgesichertes Recht. Über diese Verschwiegenheit muss aber gesprochen werden. Die Patientin muss wissen, dass sie geschützt ist, und wie der Datenschutz gehandhabt wird.

Auch der Therapeut hat das Bedürfnis, vor zudringlicher Neugier seiner Patienten geschützt zu sein. Er wird laufend entscheiden müssen, wie viel Information über sich er preisgibt, nicht nur zu seinem Schutz, sondern auch um die Grenzen nötiger Abstinenz zu wahren.

Im Verlauf jeder therapeutischen Beziehung ergibt sich diese Gratwanderung: die Therapeutin muss als Person ausreichend fassbar, vertraut und verlässlich sein, aber sie wird nicht zum Kumpel; die Beziehung behält ihre klaren Grenzen und lässt auch genügend Raum für Fantasien. Mit zunehmender Wegstrecke lernen Patient und Therapeutin sich besser kennen, aus ihrem Verhalten, aus ihren Worten und aus den Informationen, die sich ansammeln, und doch bleibt die respektvolle Distanz bestehen, welche die Arbeit erfordert.

Schweigen und Reden formen diesen Pfad, beides kann in die Irre führen und die Therapie abstürzen lassen, beides hat seine Zeit und beides führt voran:

Wenn ich an Herrn G. denke, so wird sich der Raum für ein Gespräch erst öffnen können, wenn auch Schweigen möglich wird. Damit er es aber aufgeben kann, mich mit Reden in Schach zu halten, muss er mich als aktiven Gesprächspartner kennen lernen und sich der Regeln des Gesprächs versichern können. Ich muss mich zu Wort melden, damit er es wagen kann, ein Schweigen auszuhalten.

Frau B. hingegen hat die Hölle hinter der Gefängnismauer des Schweigens erlebt. Erst durch unermüdliches Anklopfen, respektvolle Nachfrage und behutsame Formulierung des eigenen Erlebens, der eigenen Gedanken zum Erleben der Patientin, konnte sie es wagen, ihr Erleben, das sie vorher für

inakzeptabel hielt, zur Sprache zu bringen, und so, mit viel bestätigender Unterstützung, dieses Gefängnis Schritt um Schritt zu verlassen. Ihre Geschichte zeigt auch, wie Mit-Schweigen zu einer tödlichen Unterlassung werden kann.

Auch mit Herrn E. hätte ich es leicht unterlassen können, die Verwahrlosung, die mir als seinem Arzt auffiel, zu verschweigen. Verschiedene Motive hätten mich dazu verführen können: Zeitnot, Konflikt-Scheu, Resignation und auch falsch verstandene Schonung. Denn es stimmt: Der psychotische Herr E. ist sehr verletzlich und braucht viel Sorgfalt in der Respektierung seiner Grenzen. Aber Respektierung der Grenzen ist hier nicht gleichzusetzen mit Verschweigen. Vielmehr entspannt sich das Gespräch, sobald zur Sprache kommt, was vorher unangesprochen in der Luft lag – buchstäblich, als irritierender Geruch, und im übertragenen Sinn als potentiell Konfliktthema.

Schweigen kann Akzeptanz, Interesse, Geborgenheit bedeuten, aber auch Missbilligung, Desinteresse, Abweisung. Schweigen kann anregend sein und lähmend. Es kann zur wärmenden Decke werden oder zur kalten Waffe. Auch Reden kann Zuwendung bedeuten oder Abwehr oder Angriff. Es kann Türen aufstossen und Türen zuschlagen. Es ist müssig, solche möglichen Bedeutungen losgelöst vom Gesprächskontext zu betrachten. Denn sie entstehen in hochspezifischen Konstellationen zwischen den Gesprächspartnern. Was sich hier in der Begegnung ereignet, ist ein einzigartiger Augenblick, der sich in dieser Situation, zwischen diesen Menschen in dieser Stimmung ergibt. In diesem Augenblick berühren sich ihre zwei Geschichten in einer Szene, die erkennbar wird im Licht der je persönlichen Geschichte. Es ist dieses in diesem neuen Licht aufscheinende gemeinsam Erkennbare, welches das Aha-Erlebnis, das überraschende Verstehen ermöglicht, den „Flash“, wie die Londoner Gruppe im Gefolge von BALINT dieses Phänomen nannte. Dieser Vorgang ist primär ein nur zum Teil bewusster, szenisch-dialogischer. Erst wenn er zur Sprache kommt, kann er eingeschrieben werden in die neue Geschichte, die hier in dieser Begegnung entsteht. So wird Veränderung möglich.

Das gilt nicht nur für die psychiatrisch-psychotherapeutische Sprechstunde, aus der ich hier erzählt habe, sondern auch für alle anderen ärztlichen und in weiterem Sinn therapeutischen Begegnungen. Noch deutlicher geht es ja beim Hausarzt in der Sprechstunde nicht nur ums Sprechen, sondern um einen Handlungs-, einen Behandlungs-Dialog.

Eine Patientin fühlt sich nicht nur durch die Worte des Hausarztes verstanden, sondern auch durch sein Verhalten, durch sein Handeln, auch ganz wörtlich durch seine Hand, die sie berührt. Von diesem vielfältigen Dialog kommt ein Teil zur Sprache, in einer guten Beziehung zur richtigen Zeit das Richtige, hier und da in der erhellenden Weise eines „Flash“.

Über die Sprechstunde reden

Wir alle sind voll von Geschichten, von Patienten-Geschichten, von Sprechstunden-Geschichten. Ein verschwindend kleiner Teil davon wird festgehalten in der Krankengeschichte, nämlich das, was belegt werden muss, damit nachvollzogen werden kann, wie sich hier eine diagnostische Beurteilung und angepasste Behandlung lege artis und nach WZW (Wissenschaftlichkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit)-Kriterien abgespielt hat. Die Geschichten zu dieser Krankengeschichte stehen zwar nicht auf dem Papier, schreiben sich aber in unser Gedächtnis und verknüpfen sich da mit den anderen Geschichten, Geschichten anderer Patienten, anderer Leute, mit unseren eigenen Geschichten.

Dieses Geflecht von Geschichten bleibt im Praxisalltag als reicher Wissensschatz im Hintergrund verborgen. Es gibt viele gute Gründe, weshalb wir nur sehr punktuell darauf zugreifen. Wir haben gelernt, auf das zu fokussieren, was uns wesentlich scheint, wir können emotional Beladenes, was uns anscheinend stören würde, ausblenden. Und doch bleiben diese Geschichten in unseren Reaktionen wirksam, oft unbemerkt, und gestalten so das Sprechstunden-Geschehen mit, indem sie im Dialog anklingen und mitschwingen.

Die Krankengeschichten-gängigen Befunde, ihre Beurteilung und das daraus gefolgerte Procedere sind relativ leicht zu protokollieren. Wie aber können die

szenischen Befunde und die mitschwingenden Geschichten erkannt werden, welche das Geschehen mitbestimmt haben?

Ja klar, könnte man meinen: Mit Video-Aufnahmen! Tatsächlich erlauben solche, den szenischen Ablauf der Sprechstunde Revue passieren zu lassen, sich selbst in Interaktion mit der Patientin zu beobachten, als quasi Aussenstehender, und sie erlauben auch, sich Zeit zu nehmen, das Band anzuhalten, die Szene beliebig oft zu wiederholen, auf jedes Detail zu achten und es wissenschaftlich korrekt kodiert einzuordnen. Dadurch werden Interaktionen in der Sprechstunde ethologisch erforschbar, aber die spezifischen Bedeutungen, welche diese Begegnungs-Szene für diese beiden beteiligten Menschen erhält, die Geschichten, die darin für sie angeklungen sind, bleiben bei dieser Methode verborgen.

Anders, wenn Sie, in einer Super- oder Intervision, in einer BALINT-Gruppe, über die Sprechstunde erzählen. Da kommen sicher nicht so viele Details vor, aber Sie versetzen sich in allem Erzählen in die referierte Situation zurück, Zugehöriges fällt Ihnen ein, nicht Beliebigen, sondern was für Ihr Erleben bedeutsam ist, Schnittstellen zu Ihren Hintergrunds-Geschichten. Ihre Zuhörer fragen nach, Erinnerungen klären sich. Sie hören, was denen einfällt, Sie erleben, wie sie auf Ihre Geschichte reagieren. Neue bedeutsame Einzelheiten fallen Ihnen ein, Ergänzungen aus der Geschichte, die Sie mit dem Patienten haben, Erinnerungen an seine Geschichten, die er Ihnen erzählt hatte.

Wie sich auf diese Weise eine Sprechstundengeschichte erweitern und Bedeutungen sich klären können, versuche ich aufzuzeigen, indem ich eine Geschichte aus der BALINTgruppe erzähle. Wie sollte ich das auch anders tun?!

Eine Kollegin berichtet vom Kleinfinger eines 52-jährigen Patienten: In den Akten Ihres Praxisvorgängers hatte sie erfahren, dass er vor ca. 2 Jahren diesen Kleinfinger der linken Hand verletzt hatte, offenbar durch einen Händedruck seiner Frau. Erst als die Beschwerden zunahmen und sich ein Sudeck entwickelte, wurde die intraartikuläre Fraktur erkannt. Inzwischen hat der Patient nach vielen Behandlungen erreicht, dass er vom erstbehandelnden Spital entschädigt wird, und dass er demnächst im Unispital vorgestellt wird mit der Frage, ob die Implantation einer

Gelenkprothese indiziert sei. Das alles hatte er zum Befremden der Kollegin ohne ihren Beizug selbst organisiert. Zur Kollegin kam er selten, immer dann, wenn er von ihr eine bestimmte Behandlung verordnet haben wollte. Die Kollegin wollte mehr über die Lebensumstände des Mannes wissen, traute sich aber nicht recht zu fragen. Zu ihrer Verwunderung gab der Mann gerne Auskunft und zeigte sich danach erleichtert. Er berichtete von seiner Arbeit als Broker, die er zuhause am PC abwickelt, und von seiner vierjährigen Tochter, welche die Kollegin auch selbst als lebhaftes, fröhliches Mädchen kennen lernte: Die Tochter werde hauptsächlich vom Patienten betreut, während seine Frau als voll engagierte Managerin oft auf Reisen sei. Jetzt wolle er das Mädchen in eine als streng bekannte Vorschule geben, damit sie sich besser organisieren lerne. Der Kollegin sei etwas mulmig, sagte sie; sie befürchte, dass aus dem Finger noch eine lange Geschichte werde. Die Gruppe stellt fest, dass man nicht erfahren habe, welcher Mensch zu diesem Finger gehöre. Ärger kommt auf; warum dieser Kleinfinger, obschon sich die Beschwerden inzwischen weitgehend gebessert hätten, eine so eminente Rolle spiele, bis hin zur Vorstellung „wenn ein linker Kleinfinger stört, so kann man ihn doch amputieren, statt so ein Theater zu machen“.

Auch wenn man fast nichts von der Geschichte erfahre, so gebe der Patient doch lauter „Fingerzeige“ darauf, was die tüchtige Ehefrau aus ihm gemacht habe; und es wurde vermutet, dass der Ärger in der Gruppe derjenigen des Patienten gegenüber seiner Situation, seiner Frau, seiner Tochter widerspiegeln könnte. Ob der Mann wohl Rat bei der Kollegin holen wolle, die selbst eine junge Mutter ist und deshalb in Teilzeit arbeitet? Er sei ja wohl als Hausmann recht einsam mit seinen Aufgaben und Problemen. Ja, fällt der Kollegin zur Einsamkeit des Patienten ein, sein Vater sei früh an Knochenkrebs verstorben und darauf habe sich seine Mutter suizidiert. Ob er wohl darum die Tochter in die strenge Schule schicke, weil er sich für sie dort den Halt erhoffe, den er selbst seit dieser Katastrophe vermisste? Man stellt fest, dass die Kollegin, die vorher den Finger des Patienten behandelt hatte, jetzt erst ins Gespräch kam mit ihm, und dass es durchaus seine Vorteile habe, dass dieser die technischen Belange den Spezialisten im Uni-Spital übergeben habe, so dass sich das Gespräch mit der Hausärztin nun davon entlastet entwickeln könne. Ein Kollege stellt fest, es komme ihm vor, als sei

im Lauf der Gruppenarbeit aus dieser Finger-Krankengeschichte heraus eine plastische Figur hervorgetreten, eine Doppelfigur von Ärztin und Patient. Ja, das stimmt: erst in dieser Doppelfigur können die „Fingerzeige“ „zur Sprache kommen“ und es kann tatsächlich eine Geschichte daraus werden. Das wiederum ist eine Voraussetzung dafür, dass nicht „aus dem Finger eine lange Geschichte wird“, wie die Kollegin befürchtete.

In der BALINTgruppe ist der Raum geöffnet, in aller Freiheit aus dem Sprechzimmer zu erzählen, was einem zu einer bestimmten Patientin einfällt. So kann sich das ganze Muster des Sprechstundengeschehens darstellen: Das Erzählte, was im Focus der Aufmerksamkeit liegt (im Beispiel der gebrochene Kleinfinger), und das Verschwiegene, was im Dunkeln bleibt (im Beispiel der Grossteil der Patienten-Geschichte); die Gefühle, die genannt werden (im Beispiel Ratlosigkeit und Besorgtheit) und diejenigen, welche indirekt Ausdruck finden (im Beispiel Ärger).

Bei den Zuhörern in der Gruppe weckt das Miterleben dieser Geschichte, die sich in ihrer Mitte entfaltet, eine Fülle von Reaktionen. Darin äussert sich jeweils das persönliche Erleben der Zuhörer, das sich zwischen der gehörten und den anklingenden eigenen Geschichten abspielt.

Es entspinnt sich so ein vielschichtiger Dialog, der das Geschehen der Sprechstunde reinszeniert. Bei jeder ZuhörerIn spiegeln sich in den Reaktionen jene Aspekte besonders deutlich, welche in den eigenen Geschichten besondere Resonanz finden. Diese verdeutlichte Reinszenierung, in der sich jeder Zuhörer eine besondere Rolle zuteilt, kann in der Gruppenarbeit klarer, quasi unter der Lupe, wahrgenommen und auch reflektiert werden.

Wie sich der Sprechstundendialog in der BALINTgruppe reinszeniert, will ich Ihnen an einem weiteren Beispiel erzählen, in welchem die Bedeutung des Schweigens und des Redens eine zentrale Rolle spielen:

Der Kollege berichtet von einem 57-jährigen Mann, der ihn beschäftigt. Dieser Mann war ihm vor einem Jahr von seiner Hausärztin überwiesen worden, und er hatte ihn wegen einer Depression behandelt. Obschon der Patient voller Skepsis war, ob die Medikamente ihn nicht vergiften würden, und obschon er

nur sehr selten zu Gesprächen kommen wollte, die sich nur um das Nötigste drehen sollten, war er bald „zu 60% wieder hergestellt“, und im Herbst, als der Patient die Behandlung vorläufig abschloss, zu 90%. Von der Geschichte wird wenig bekannt: Der Mann, der sich als Elektriker in analoge Steuerungssysteme eingearbeitet hatte, war vor Jahren, als die Umstellung auf neue digitale Systeme bevorstand, an einen neuen Arbeitsplatz geflüchtet. Als nun auch dort die Umstellung kam, hatte er den Eindruck, er werde als einziger nicht richtig instruiert, finde in seinen Schwierigkeiten keine Unterstützung, er werde gemobbt. Die Arbeit fiel ihm zunehmend schwerer, er hatte keine Energie mehr und zog sich auch privat aus sozialen Bezügen zurück, die ihm vorher wichtig gewesen waren. Das alles war nach der Behandlung wieder weitgehend in Ordnung gekommen. Nach wenigen Monaten wird der Mann dem Kollegen erneut angemeldet. Diesmal aber will es nicht mehr besser werden, obschon die bewährten Medikamente, die der Patient entgegen dem Rat des Kollegen hatte auslaufen lassen, wieder eingesetzt wurden.

Der Patient beklagt sich über die Arbeitsverhältnisse, welche ihm so zusetzen. Der Kollege erhält die Erlaubnis, mit dem Arbeitgeber zu reden, der sich als überraschend verständnisvoll erweist, optimal kooperativ, würde man meinen. Aber der Patient beklagt sich, verbietet jeden weiteren Kontakt mit dem Arbeitgeber. Beim Kollegen und bei der Hausärztin kommt Unsicherheit und Ratlosigkeit auf: ist ihre Therapie richtig? sollten sie weiter abklären? Uni-Spezialisten zuziehen? Während dieser Erzählung ist in der Gruppe aufgefallen, wie sehr der Strassenlärm stört, der durchs halboffene Fenster dringt. So sehr, dass sich jemand fragt, ob es überhaupt möglich sei so zu arbeiten, oder ob's am Gehör liege, und beim Folgegedanken erschrickt, ob man noch arbeiten könne, wenn man schwerhörig werde. Das Fenster wird geschlossen, man hört besser, aber das ändert wenig, man kommt nicht richtig an die Geschichte heran, so wie der Kollege nicht richtig an den Patienten herankommt. Man stellt befremdet fest, dass der Kollege, entgegen seiner Art, in diesem Fall davon spricht, zu wie viel Prozent der Patient wiederhergestellt sei, und dass sich die Geschichte so sehr auf Behandlungserfolg und Arbeitsfähigkeit fokussiert. Aber es fällt auch auf, dass

offenbar eine wohlwollende Atmosphäre herrscht, obwohl der Patient einiges tut, was ärgern könnte. Es folgen einfühlsame und gescheite Beiträge zum Verständnis des Patienten, der am Arbeitsplatz unter Druck steht und sich nicht eingestehen kann, dass es vielleicht auch an ihm liegen könnte, weil ein solches Eingeständnis so kränkend wäre. Hat ihn eingeholt, was er am früheren Arbeitsplatz fliehen wollte, Zweifel an seiner Kompetenz nämlich? Während in der Gruppe so viel geredet wird, verstummt der vorstellende Kollege; er scheint auszusteigen, bis er sich unvermittelt gegen einen Beitrag wehrt „nein, so ist es nicht...“ Er kann nicht richtig formulieren, was in ihm vorgegangen ist. Schweigen kommt auf.

Braucht der Kollege diese Stille, um fassen zu können, was in ihm vorging? Oder setzt ihn das Schweigen unter Druck? Das Schweigen wird gebrochen, neue gescheite Einfälle werden geäußert. Ist das nun hilfreich und erlöst von wachsendem Druck, oder stört es in der Wahrnehmung der eigenen Gefühle und Fantasien?

Der vorstellende Kollege kann dazu nichts sagen; wie sich aber herausstellt, fühlten sich die KollegInnen während des Schweigens nicht unwohl, sondern spürten dem Geschehen nach. Jetzt wird zum ersten Mal auch Trauer wahrgenommen. Wir erfahren, dass der Kollege von der Hausärztin weiss, dass es dem Patienten jeweils besser gehe, wenn seine Tochter, die am Ausziehen ist, für einige Tage zuhause sei. Der Kollege habe auch schon die Ehefrau mit dem Patienten zusammen angetroffen und den Eindruck gewonnen, die beiden hätten es gut zusammen, und „die Frau mache es gut mit ihm“. Der Altersunterschied des Patienten zum deutlich jüngeren Kollegen kommt zur Sprache. Eine Kollegin im Alter des Patienten, die vor kurzem einen Unfall durchgemacht hatte, der sie vorübergehend erheblich behindert und hilfsbedürftig gemacht hatte, spricht das an und ermöglicht so der Gruppe Empathie für den alternden Patienten, der bei der Arbeit nicht mehr richtig mitkommt, und für den aktiven Berufsmann, der plötzlich in eine hilfsbedürftige Patientenrolle gerät. Hat sich die Partnerschaft des Mannes geändert, seit er Patient ist? Früher „hatten sie's gut zusammen“; jetzt „macht es die Frau gut mit ihm“. Es gibt weitere sehr persönliche Äusserungen einiger Gruppenmitglieder zu ihrem Erleben, wobei es auch um Trauer über Grenzen emotionaler Verständigung geht, gerade auch zwischen Jung und

Alt. Schliesslich wird man darauf aufmerksam, dass der Befund, „nicht an den Patienten heranzukommen“ trotz wohlwollender Atmosphäre darauf hinweist, dass der Mann wohl nicht gewohnt ist, seine Gefühle zur Sprache zu bringen, und dass er dafür Zeit braucht.

Wie in der Sprechstunde, hat sich hier in der BALINTgruppe auch das Schweigen, die Sprachlosigkeit des Patienten im referierenden Kollegen und das Reden des Therapeuten in der Gruppe inszeniert.

Es wurde deutlich, zu welchen Themen geschwiegen wird: zu Ängsten und Trauer in Zusammenhang mit den Veränderungen des Alterns und zu Trauer über die Grenzen emotionaler Verständigung; und schliesslich wurde der Wert der Therapie als Möglichkeit, Gefühle zur Sprache zu bringen, neu erkennbar.

In dieser Gruppe ermöglichte das über lange Zeit gewachsene gegenseitige Vertrauen, dass in diesem Fall auch Einfälle aus sehr persönlichen Geschichten eingebracht wurden. Das ist natürlich nicht die Regel. Vielmehr wird darauf geachtet, dass nicht unversehens die vorstellende Kollegin mit ihrer Geschichte oder die Geschichten der übrigen Teilnehmer in den Focus des Diskurses geraten. Diese anklingenden persönlichen Geschichten können auch dann Entscheidendes zur Klärung des Falles beitragen, wenn nur die fallbezogenen Aspekte geäussert werden und die persönlichen Bezüge verschwiegen bleiben. So bleiben die Teilnehmerinnen geschützt und machen doch die wiederholte Erfahrung, dass die eigenen Reaktionen, die eigenen Geschichten das wichtigste Arbeitsinstrument darstellen.

In diesem unausgesprochenen, impliziten Selbsterfahrungsprozess wächst der Mut, diese Dimension in der Sprechstunde wirksam werden zu lassen, der Mut zur „Umstellung der Einstellung zum Patienten“, wie TRENKEL das genannt hat, und das Vertrauen in eine ganz persönliche berufliche und menschliche Kompetenz.

In der Silser BALINT-Woche wird in der Grossgruppe mit Innen- und Aussenkreis gearbeitet. Dieses Setting, das sich hier in Sils entwickelt hat, eröffnet die zusätzliche Möglichkeit, das Sprechstundengeschehen aus dem referierten Fall in doppelter Resonanz wahrzunehmen: der Referent erzählt seine Geschichte mit der Patientin, der Innenkreis arbeitet mit den Reaktionen

und implizit mit den Geschichten seiner Teilnehmer. Der Aussenkreis hört schweigend zu, bis ihm die Leitung das Wort erteilt. In diesem erzwungenen Schweigen bleibt kaum jemand in kühler Distanz. Es beginnt zu brodeln von Reaktionen und Einfällen, genährt aus eigenen Geschichten, die lebendig werden.

Und doch ist das Erleben der Leute aussen ein anderes als das der Kolleginnen im Innenkreis: es kommen oft gerade die Aspekte zur Sprache, die innen verschwiegen bleiben. In diesem weiteren Dialog zwischen Innen und Aussen spiegelt sich die Sprechstundengeschichte nochmals in neuem Licht und wird klarer erkennbar.

Zudem wirken die Geschichten weiter, die in der doppelten Runde angeregt wurden; das Gespräch darüber wird auf den Wanderungen am Nachmittag weitergeführt; die Fälle der Kleingruppen werden hinein verwoben; die Abenddiskussion bietet wieder Gelegenheit zu weiterer Klärung. So entwickeln sich während der ganzen Woche die Themen in einem lebendigen Prozess weiter, ausgesprochen in den Gesprächen und für jede und jeden einzelnen auch unausgesprochen in dem, was sie oder er über sich selbst erfährt.

Wir alle kehren um diese eigenen Silser-Geschichten bereichert in unsere Sprechzimmer zurück.