

20 JAHRE STUDENTEN-BALINT-GRUPPEN: EINE NEUE TRAININGSMETHODE

Boris Luban-Plozza, Locarno

Zusammenfassung

"Die am häufigsten in der medizinischen Praxis verschriebene Arznei ist der Arzt selbst ... Wir verfügen über keine Literatur bezüglich ihrer Indikationen, ihrer Dosierung zwecks Heilung und Nachbehandlung, ihrer Toxizität, ihrer vermeidbaren Nebenwirkung, ihrer Kontraindikationen usw ..." Schlaglichtartig läßt sich mit diesen Worten Michael Balint's, dem Arzt und Psychoanalytiker aus der 2. Generation nach Sigmund Freud, ein Verständnis, ein Programm von Medizin umreißen, das seit den 50er Jahren in der von Michael Balint selbst geschaffenen und später nach ihm benannten Balint-Gruppe verwirklicht wird. Ausdrücklich befaßt sich die Balint-Gruppe mit der Paradoxie, daß das am häufigsten verschriebene Medikament zugleich das unbekannteste, das rätselhafteste ist: die "Droge Arzt", der Arzt selbst. Das Bild vom Rätsel und Geheimnis schließt die Tatsache ein, daß die Arzt-Patient-Beziehung stets auch eine unbewußte Beziehung ist, die es in der Balint-Gruppe zu erhellen, möglicherweise zu lösen gilt. 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 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. Neu war die Idee von Ärztegruppen zum informed consense als Grundlage der Kooperation - als didaktische Vermittlungsform. Die Gruppe berät fallbezogen, tauscht Erfahrungen aus und hilft dadurch ihren Teilnehmern, einerseits die Patienten, andererseits auch auch die Interaktion zwischen ihnen und dem Arzt mit dialogischer Kompetenz besser zu verstehen.

Als wir die Balint-Methode vor 20 Jahren erstmals mit Studenten praktizierten (Junior-Gruppe Mailand, 1969), waren die Schwierigkeiten 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 Mut zu neuen Ansätzen. Das Asconeser Modell (WHO) verwirklicht die Tendenz zur beziehungsorientierten Konfrontation zwischen Studenten, Ärzten in der Praxis und im Spital, sowie Universitätsdozenten. Es wird durch den jährlichen Balint-Preis für Medizinstudenten unterstützt.

20 YEARS OF STUDENT-BALINT-GROUPS: A NEW TRAINING METHOD

Summary

"In the medical practice it is the physician himself to be the remedy that is most frequently prescribed ... We do not dispose of any literature regarding its indication, its dosage for healing purposes and aftercare, its toxicity, its avoidable by-effect, its contraindication etc ..." These words of Michael Balint, the physician and psychoanalyst from the second generation succeeding Sigmund Freud, spotlight an understanding and a programme of medicine that has been put into effect since the fifties in the groups founded by Michael Balint himself and later called Balint-group in honor of him. The Balint-group explicitly attends to the paradox that the remedy most frequently prescribed at the same time is the most unknown and the most mysterious one: the "drug physician", the physician himself. The imagination of an enigma and a mystery includes the fact that the interrelation of doctor and patient is also and always an unconscious relation, which in the Balint-group is the essential thing to be clarified and possibly to be perceived. Michael Balint has early distinguished the problematic nature to the development of medicine. He succeeded in creating an interrelation of psychoanalysis and practical medicine. And he did it without a new doctrine, but by

integrating scientific and patient-centered doctrines. M. Balint developed what H. Strotzka called a "revolutionary idea", a historical step within the development of both, psychoanalysis and general medicine. It was a new idea to form physician groups in order to accomplish an informed consense as a basis for cooperation - as a didactic form of conveyance. The group consults in reference to clinical cases, exchanges experiences and thereby helps its members to better understand with a dialogical competence the patients on the one side and the interaction of patients and doctors on the other side. We had big difficulties when we applied the Balint-method in 1969 (junior-group, Mailand) for the first time to our student training because of the hierarchic structure of the university clinics alone. But we succeeded to sensibilize the students for working in groups and to bring the "relational perspective" into the course of medical studies - as an integrated part and not separated from the other teaching. We need to have courage for new ideas in medical education. The Ascona-model puts into effect the tendency towards a relationorientated confrontation between students, physicians in their practices and in hospitals and university teachers. This is supported by the Balint-price annually awarded to medical students.

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 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 war die Idee von Ärztegruppen, in denen die Teilnehmer miteinander über ihre Problempatienten diskutieren 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.

"Die am häufigsten in der medizinischen Praxis verschriebene Arznei ist der Arzt selbst.... Wir verfügen über keine Literatur bezüglich ihrer Indikationen, ihrer Dosierung zwecks Heilung und Nachbehandlung, ihrer Toxizität, ihrer vermeidbaren Nebenwirkung, ihrer Kontraindikationen usw. ..." Schlaglichtartig läßt sich mit diesen Worten Michael Balint's ein Verständnis von Medizin umreißen, das in der von ihm selbst geschaffenen und später nach ihm benannten Balint-Gruppe verwirklicht wird.

"Balint-Gruppen" sind kleine Gesprächsrunden, in denen im Kollegenkreis anhand einzelner Fälle die Wechselwirkungen zwischen dem Verhalten des Arztes und dem des Patienten besprochen werden. Diese Seminare bieten eine praxisnahe psychologische Schulung der Selbst- und Fremdwahrnehmung, wie sie durch eine reine Vermittlung theoretischen Wissens nicht erreicht werden kann.

Die Ärzte versuchen, die oft verschlüsselten Beschwerden des Kranken und ihre eigenen Reaktionen darauf besser zu verstehen. An die Stelle der krankheitszentrierten tritt eine patientenbezogene Medizin, da es darum geht, gerade die subjektiven Faktoren im Krankheitserleben transparent werden zu lassen und explizit beim weiteren Umgang mit dem Patienten zu berücksichtigen.

Michael Balint hat Fallseminare dieser Art in London nur mit praktischen Ärzten durchgeführt. Er schätzte aber auch die Arbeit mit Studenten als stimulierend, wenn auch viel ermüdender als mit den Ärzten. Berühmt ist der von ihm beschriebene, von einem Londoner Studenten "gelöste" Fall von Cheilitis exfoliativa. Seit einigen Jahren wird die von Balint beschriebene psychologische Weiterbildungsmethode zunehmend auch mit Studenten durchgeführt. Man spricht von "Junior-Balint-Gruppen" oder auch von "Studenten-Fallseminaren nach Balint".

Für die ärztliche Ausbildung brauchen wir neue Ansätze. Wir sollten aus den Studenten aktive, unabhängige und praxisorientierte Problemlöser und nicht nur passive Empfänger von Informationen machen.

Die Gruppen bestehen meist aus 10 bis 14 Teilnehmern. Die Studenten melden sich freiwillig, nachdem sie zuvor in Unterrichtsveranstaltungen der Medizinischen Psychologie oder Psychosomatik auf die Möglichkeit dieser Gruppenarbeit hingewiesen wurden. Sie wissen, daß ihnen durch diese Mitarbeit keine Vorteile für Examina erwachsen.

An der Universität Heidelberg haben wir schon 1973 kurzdauernde konzentrierte Fallseminare nach Balint durchgeführt, die aus mehreren Sitzungen zu jeweils 2 1/2 Stunden bestehen. Hierbei geht es vor allem darum, im Sinne exemplarischer Anregungen und Denkanstöße auch solche Studenten anzusprechen, die nicht an einer kontinuierlichen Gruppe teilnehmen können.

Sehr stark besucht wurden von vielen Studenten aus verschiedenen Universitätsstädten (bis 41 im Jahre 1989) die seit 1972 jährlich in Ascona stattfindenden mehrtägigen internationalen Balint-Treffen (sog. Ascona-Gespräche). Auch hier handelt es sich um Sensibilisierungsgruppen, die zwar keine formale Kontinuität haben, aber dennoch ganz offensichtlich wichtige motivierende Funktionen für viele Studenten haben. Die Erfahrung zeigt, daß selbst von solchen kurzen exemplarischen Sitzungen wichtige Impulse ausgehen können, z.B. im Sinne einer Ermutigung der Studenten, sich verstärkt für die patientenzentrierte Medizin zu interessieren. Die Fallarbeit mit Studenten ist auch für die Gruppenleiter immer wieder sehr anregend. Studenten benützen oft wesentlich spontaner und unbefangener Kraftausdrücke als die praktischen Ärzte. Sie versuchen häufiger, wie ihre Patienten zu sprechen, besonders beim Problem Angst, z.B.: "Ich habe Schiss...".

Stärker als bei Ärzten stellt sich bei Studenten allerdings das Problem des Rollenkonflikts: einerseits versuchen viele Studenten mehr oder weniger bewußt, sich schon mit der Arztrolle zu

identifizieren; andererseits erleben sie, daß ihnen für diese Rolle noch viele Fertigkeiten oder Vorbilder fehlen.

Ein weiterer Unterschied zwischen Balint-Gruppen für Ärzte und derjenigen für Studenten liegt darin, daß das Vorgehen bei der Gruppenarbeit mit Studenten deutlicher ein didaktisches Gepräge hat.

1. Zur Integration naturwissenschaftlicher (nomothetischer) und patientenzentrierter (idiographischer) Denkansätze in der Medizin

Die Tendenz vieler Mediziner zu einer unpersönlichen, krankheitszentrierten Berufsausübung wird durch eine Untersuchung Depllers, Giessen, nachgewiesen, bei der Studenten und Ärzte befragt wurden: "Würden Sie lieber einen Patienten mit eindeutig somatisch bedingten Beschwerden oder lieber einen Patienten mit einer eher vorwiegend emotional bedingten Krankheit behandeln?" Die Bereitschaft, Problempatienten zu behandeln, nimmt im Verlaufe des Studiums und der Assistenzjahre ständig ab!

Es ist eine schwierige Aufgabe, die Anliegen der patientenbezogenen Medizin in den herrschenden Kontext einer Ausbildung zu integrieren, welche den Studenten den Eindruck vermittelt, ärztliches Handeln bestünde nahezu ausschließlich in der Anwendung naturwissenschaftlicher Theorien. Es geht um die Integration von naturwissenschaftlicher Denkweise und speziellen psychologischen Reaktionsbereitschaften, die beispielsweise als "Sensibilität" oder "Empathie" bezeichnet werden können. Eine Integration beider Anteile kann nicht durch reine Wissensvermittlung, sondern letztlich nur über den Weg der praktischen Einübung in Gruppenarbeit verwirklicht werden.

Das Medizinstudium ist aber so gestaltet, daß die Studenten nur wenig gezielte Anleitung im Umgang mit Patienten erhalten. Viele Studenten werden so geradezu darin bestärkt, den praktischen Umgang mit echten Patienten immer wieder hinauszuschieben.

Der Unterricht sollte dazu ermutigen, sich neben der klinischen Untersuchung auch um Klärung der

Lebenslage und Lebensweise eines Patienten zu bemühen, damit ein umfassenderes Verständnis für die gegenwärtige Krankheit und ihre Begleitumstände gewonnen wird.

Im Fallseminar nach Balint werden die Studenten ermutigt, ihren Patienten vor allem zuzuhören und Fragen gezielt zu stellen. Sie können im Seminar über Patienten berichten, die sie besonders interessieren. Zum Thema des anschließenden Gesprächs werden vor allem die Gefühle, Einstellungen und persönlichen Beziehungen des Patienten, dann zunehmend die emotionalen Reaktionen des Studenten auf die Patienten. "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 unbehaglich und sehen dies als einen unberechtigten Eingriff in das Privatleben des Patienten an." (M. Balint et al. 1966).

Bei der Diagnostik eines jungen Patienten mit Cheilitis exfoliativa führte erst die Frage nach einer möglichen Allergie auf Lippenstifte auf die richtige Fährte. Diese Frage aber überhaupt zu stellen, bedeutete für den betreffenden Medizinstudenten bereits einen durchaus peinlichen "Einbruch" in die Intimsphäre des Patienten.

H.H. Dickhaut fordert als Ergebnis seiner eigenen Erfahrungen, daß der Medizinstudent in seiner Weiterbildung zum Arzt ein 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." "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.

2. Mailand: Mut zum Studenten

Im Herbst 1969 führten wir die Balint-Methode erstmals beim Arbeiten mit Studenten ein

(Junior-Gruppe Mailand). Einige enthusiastische Studenten wollten einfach "einsteigen".

Interessant ist, daß Michael Balint, den ich als damaliger Familienarzt in Grono (Südschweiz) kennengelernt hatte, 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.

Es war ein gewagter Versuch. Michael schrieb mir am 18. Dezember 1969, es war einer der zahlreichen, anregenden Briefe:

"Congratulations on your success with the Milanese students. My only advice is don't be too ambitious and don't push them too hard. It is better to let them develop at their own pace..."

Unsere Anfangsschwierigkeiten waren groß, allein schon wegen der hierarchischen Struktur der Universitätskliniken. Es gelang uns aber, die Medizinstudenten für die Gruppenarbeit zu gewinnen, und diese, nicht getrennt vom übrigen Lehrbetrieb, sondern als integrierten Bestandteil desselben einzuführen. Mit dieser Gruppenarbeit mit Studenten wollten wir für Gefühle sensibilisieren und eine Methode im Sinne eines Wahrnehmungstrainings zur Erweiterung der Ausbildung erforschen.

Es ist sicher nicht möglich, alle Medizinstudenten für solche Gruppen zu gewinnen. In den verschiedenen Ländern, u.a. auch in Japan und den USA, melden sich etwa 10% der Medizinstudenten bei entsprechenden Ankündigungen. Wirkliches Interesse ist eine wesentliche Voraussetzung; Balint-Arbeit sollte immer den Charakter der Freiwilligkeit behalten.

An verschiedenen Universitäten konnten wir erleben, daß ein einziger wirklich interessierter Medizinstudent bald eine ganze Gruppe motivieren konnte. So in Graz, Szeged, Leipzig, Kalifornien, Dokkyo.

3. Arbeit am Kranken, nicht nur an der Krankheit

In Heidelberg wurden auch positive Erfahrungen mit Fallseminaren gemacht, die auf wenige Tage

zusammengefaßt waren. Ich bemühte mich jeweils darum, daß zwei bis drei Allgemeinärzte daran teilnahmen: Diese Zusammensetzung hat sich bewährt und sich zum "Asconeser Modell" (WHO) entwickelt.

Freiwillige Seminare mit Medizinstudenten neben dem - zur Pflichtausbildung gehörenden - Krankenpflegepraktikum im Sinne dieser in Heidelberg gemachten Erfahrungen wären wünschenswert. Der möglichst frühzeitige Beginn solcher Fallseminare wäre für eine beziehungsorientierte Medizin anzustreben, schon beim ersten Kontakt mit Patienten. 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 Erfahrungen 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. die Schwester, besonders beim "Tutto fa mal" oder "Mamma mia"-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.

Balint-Junior-Gruppen wurden an immer zahlreicheren Medizinischen Fakultäten möglich, indem sich Studenten aus Eigeninitiative auf die Suche nach geeigneten und interessierten Dozenten machten, die 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 im Sinne der Selbsthilfe ideenreich Alternativen entwickeln und praktizieren können.

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

In der Schweiz wurden 1985 erstmals Studenten im Fach "Psychosoziale Medizin" geprüft. Mit dem neuen Lehrangebot kommen die Schweizer Universitäten dem Bedürfnis der angehenden Ärzte nach, nicht nur eine naturwissenschaftliche, sondern auch eine umfassende Sicht von Gesundheit und Krankheit im Sinne des biopsychosozialen Modells vermittelt zu erhalten. Verbessert sich dadurch das Verhältnis zwischen Arzt und Patient? Trotz Rückschlägen ist ein Umdenken im Gange.

4. Ascona: Mut zur Fortbildung

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 "Asconeser Modell" (WHO) besteht ein Bedürfnis nach emotionaler Fortbildung: mehr hören (mit dem 3. Ohr!), mehr erfahren, mehr sehen (mit dem 3. Auge!), als das klinische Wissen ermöglicht.

Beim Preis für 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 psychohygienisch 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. Ascona soll ein Treffen mit offener "Werkstattatmosphäre" sein, das Wandlungen unterworfen ist und Wandlungen bewirkt.

5. Ausbildung in Beziehungsdiagnostik und Beziehungstherapie

In den Fallseminaren haben die Studenten die Möglichkeit, entsprechende Ängste und Unsicherheiten auszusprechen und im Gedankenaustausch Lösungen zu deren Überwindung zu finden. Das gesamte vorgestellte Material wird von der Gruppe unter der Fragestellung besprochen, wie ein erweitertes Verständnis für die Krankheit und die Persönlichkeit des Patienten gewonnen werden kann und welche Konsequenzen sich aus diesem Verständnis ergeben.

Als optimal könnte eine Verzahnung psychologischer Wissensvermittlung mit Fallbesprechungen der beschriebenen Art erscheinen. Hierbei zeigt sich erfahrungsgemäß, daß viele Studenten das Wissen um psychologische Theorien dazu benützen, um von eigenen Betroffenheitsreaktionen schnell wieder

abzulenken und das Gespräch auf die "unverfängliche" Ebene theoretisierender Grundsatzdiskussionen zu bringen. Aus diesem Grunde kann es manchmal günstiger sein, die Vermittlung psychologischer Theorien und die Fallbesprechungen der beschriebenen Art zeitlich voneinander zu trennen.

Auf Schwierigkeiten, das Balint-Prinzip auch bei Studenten anzuwenden, wurde schon von verschiedenen Autoren hingewiesen. Am schwersten fällt dabei ins Gewicht, daß Studenten keine eigene Verantwortung für die Patienten zu tragen haben. Aber sie haben Gefühle! Wir sollten eher danach trachten, die besondere Art ihrer Verantwortung (z.B. beim Krankenpflegepraktikum) zu verstehen, und nicht uns selbst als Modelle für Verantwortung zu bespiegeln.

Erfahrungsgemäß ist es in Studentengruppen nur selten schwierig, einen Referenten für einen Fall zu finden. Eher ist es häufig so, daß aus zeitlichen Gründen nicht alle Studenten, die es wünschen, einen Fall vortragen können.

In der gesamten Vorklinik wird der Mensch als ein Abstraktum, als ein Gerüst aus Grundsubstanzen, Formeln, Werten, Regelsystemen erfahren - entfremdet, losgelöst von seiner Realität. Gleichzeitig werden Ängste im Umgang mit diesem toten Menschen nicht besprochen, ausgeklammert, durch naturwissenschaftliches und medizinisches Faktenwissen verdrängt. Affektives Lernen wird damit dem Studium ferngehalten.

Die Ulmer Studentin Uta Blankenhorn hat ihre Emotionen im anatomischen Präparierkurs in einem Gespräch mit der Leiche geschildert (Sonderpreis 1988 des Asconeser Treffens).

Die erste Begegnung des Medizinstudenten mit der Leiche kann sehr negative Spuren hinterlassen, da zynische Reaktionen sehr häufig sind und auch die grundsätzliche Einstellung des Studenten zum "Objekt" seines Studiums prägen können. Als Abwehr gegen etwas als bedrohlich Empfundenes kommt es beim Studenten auch weiterhin zum zunehmenden Zynismus und zur abnehmenden Empathie. Ein "Gefühlspanzer" kann sich entwickeln, wobei

Objektivierung und "Demontage" im Vordergrund stehen.

In der Gruppenarbeit dagegen kann ein Beitrag zur Weiterentwicklung von Sensibilität und Spontaneität geleistet werden. Vor ca. 10 Jahren nahm der damalige Rektor der Universität Szeged, Professor Petri, als "einfaches" Gruppenmitglied an den Arbeiten der Asconeser Treffen teil. Er war davon so beeindruckt, daß er eine entsprechende Modifizierung des Studenten-Curriculums in Ungarn erfolgreich vorschlug.

Entsprechend der Ausbildungssituation der Studenten liegt das Schwergewicht dieser Arbeit eben auf dem Gebiet der gezielten Beziehungsdiagnostik, auch in der interfamiliären Interaktion, und weniger auf dem Gebiet der therapeutischen Anwendung der "Droge Arzt" - der "Arzt als Arznei". Der Student sollte sich darüber klar werden, was sich auf der Gefühlsebene in der betreffenden Beziehung abspielt.

Die Zweierbeziehung Arzt-Patient ist in der Interaktion und Kommunikation durch verschiedene Etappen gekennzeichnet:

1. durch das Anhören des Kranken,
2. durch das Erkennen des affektiven Grundtones, auch durch das Verhalten des Patienten (Mimik, Gestik, usw.),
3. durch die Integration beider Informationsbereiche zu einem Gesamtbild der gegenwärtigen Situation.

Die Balint-Gruppen möchten Neugierde auf der gemeinsamen Entdeckungsfahrt von Arzt und Patienten erwecken. Zur Klärung der Beziehungsverwirklichung mobilisieren sie gruppenspezifische Kräfte.

Studenten-Balint-Gruppen sind keine Patentlösung. Eine fundierte Unterrichtung der Medizinstudenten über medizinisch-psychologische und psychosomatische Forschungsergebnisse (z.B. zur Eindrucksbildung, Übertragung und Gegenübertragung) ist unerlässlich und inzwischen auch Teil des offiziellen Lehrplans. Gruppensitzungen nach der Methode der

themenzentrierten Interaktion (Ruth Cohn) können solche Balint-Gruppen-Arbeit ergänzen. Studenten-Gruppen kann der Zugang zur eigenen Empfindungsfähigkeit durch die Einübung des autogenen Trainings (Schultz) näher gebracht werden. Die Wahrnehmungsfähigkeit für affektive Signale kann durch Einsatz von Videofilmen (z.B. ohne Ton) gezielt trainiert werden. Durch Rollenspiele wird emotionales Lernen vermittelt, vor allem im Hinblick auf die praktische Umsetzung von Vorschlägen für das weitere Vorgehen. Bei der Integrierung von Rollenspielansätzen gilt es, "schwierige" Situationen nachzuspielen oder alternative Verhalten einzuüben.

6. Spur halten - Akzente setzen

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

Vorteile (nach A. Wildbolz, Bern):

Größere Unbefangenheit, Unvoreingenommenheit, Formbarkeit und Flexibilität der psychischen Strukturen sowie fehlender Heilungs- bzw. Erfolgswang.

Nachteile:

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

Durch Denk-, Gefühls- und Gesprächstraining wird hier ein emotionaler 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.

Manche Teilnehmer der Junior-Balint-Gruppen schließen sich später einer der üblichen (Senior)-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 daß dies sogar bei den "langweiligen" Problempatienten mit "funktionellen Störungen" gelten kann.

Fast parallel zu den Junior-Balint-Gruppen haben die außerordentlich interessanten Anamnesegruppen mit Tutoren - im Sinne von Selbsthilfegruppen - in Ulm, Marburg, Berlin und Basel begonnen.

In diesen Gruppen, ebenfalls 1969 eingeführt, erhebt ein Student nach dem Prinzip der assoziativen Gesprächsführung bei einem Patienten die biographische Anamnese. Dann werden die Interaktionen von Patient und Interviewer analysiert und man versucht, das Problem des Patienten zu diskutieren. Auch spätere Gespräche mit dem Patienten werden in der Gruppe besprochen. Dieser praktischen Arbeit geht eine Theoriephase voran, die der Gruppenbildung und (durch Video und Rollenspiele) der Vorbereitung auf die Patientengespräche dient.

7. Beginn der Studenten-Balint-Gruppen im Verlauf des Medizinstudiums: wann?

Die Heidelberger Erfahrungen mit auf einige Tage "konzentrierten" Fallseminaren machen deutlich, daß eine freiwillige Begleitung des (obligatorischen) Krankenpflegepraktikums durch Studenten-Balint-Gruppen optimal wäre. Der Beginn wäre frühzeitig, bei der "Sozialisation" des Arztes, bei seinem ersten Kontakt mit Patienten, möglichst schon in vorklinischen Semestern anzustreben, wie auch H. Lang (1980) in Heidelberg unterstreicht.

Allerdings sind andere Autoren 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 auch die unterschiedlichen Studienordnungen in den verschiedenen Ländern berücksichtigen.

8. 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 die Übertragung und Gegenübertragung. Über die Bedeutung des Symptoms und über seine Stellung in der Entwicklung der Beziehung zwischen Patienten und Therapeuten wird in der Gruppe gezielt gesprochen. Es geht darum - frech zu denken und behutsam zu handeln.

Die Studenten möchten, daß wir zuhören und fühlen was sie meinen, aber ohne ihre Schwächen allzusehr aufzudecken, und dies trotz einer manchmal bestehenden ausgeprägten Hilfsbedürftigkeit. Dafür sollte der Gruppenleiter (nach der Erwartung der meisten 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 und der Wirklichkeit des jeweils vorgestellten Patienten, als um eine Vermittlung von Wissensmaterial. Im Vergleich zwischen bloßem Wissen und der Wissensanleitung hinsichtlich der Lebensgestaltung wird das bloße Wissen am wenigsten angestrebt; eigentlich geht es hauptsächlich um die Persönlichkeitsentwicklung des angehenden Arztes.

Schon am Anfang kann der Blick für feine Beobachtungen, für kleine aufschlußreiche Zeichen beim Patienten - im Sinne einer neuen Semiotik - geübt werden.

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 werden u.a. durch den Wunsch nach positiver Anerkennung gespeist. 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 zur Umfunktionierung in eine Selbsterfahrungsgruppe oder zur theoretischen Spekulation. Eng in Verbindung mit diesem Entscheidungsproblem für den Gruppenleiter steht die Gefahr des übermäßigen Psychologisierens durch den Gruppenleiter.

Balint-Arbeit kann sehr wohl Selbsterfahrung anregen, eine Brücke zu ihr sein sowie ein Werkzeug der praktischen Information für diejenigen

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, also Mut dazu, auch etwas Unreflektiertes zu sagen. *Semper reformari debet.*

Es bestätigt sich, daß die Fachkompetenz in der Balint-Gruppen-Arbeit 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. Die Vielfalt des Geschehens und der Fragestellungen ist kein Störfaktor, sondern eine anregende Wirklichkeit.

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 Urteile 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 psico-
logica dello studente della Facoltà di Medicina.
Rivista di Psicoterapia. (Atti del Simposio di
Psicoterapia di Pavia, 1971)
- Cazzullo C.L., Comazzi A.: Esperienza di leaders di un gruppo Balint "junior".
Luban-Plozza B. Ed. Min. Med. Vol. 64 - N. 15, 729-731, 1973
- Deppler H. pers. Mitteilungen.
- 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

- Lang H.: Zur Frage der Anwendung der Balint-Methodik im vorklinischen Unterricht. Vortrag beim 5. Internationalen Balint-Kongress in Köln, November 1980.
- Luban-Plozza B.: Studenten-Balint-Gruppen (Junior-Gruppen) im Rahmen der ärztlichen Ausbildung. In: Luban-Plozza B., Egle E. & Schüffel W.: Balint-Methoden 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.: Nécessité de la formation médicale continue dans le domaine affectif Medicus Europaeus 11, 48-53, 1981
- Luban-Plozza B., Dickhaut H.-H. (Hrsg.): Praxis der Balint-Gruppen. Beziehungsdiagnostik und Therapie - 2. Auflage, Springer-Verlag Heidelberg, Berlin, New York, London, Paris, Tokyo, 1984
- Luban-Plozza B., Knaak L., Dickhaut H.-H.: Der Arzt als Arznei. Das therapeutische Bündnis mit dem Patienten -. 4. Auflage. Deutscher Aertzeverlag, Köln, 1987
- Luban-Plozza B., Pöldinger W., Kröger F.: Der psychosomatisch Kranke in der Praxis. Erkenntnisse und Erfahrungen -. 5. Auflage. Springer-Verlag Heidelberg, Berlin, New York, London, Paris, Tokyo, Hongkong, 1989
- Rickenbacher J.: Was sollen die Naturwissenschaften in der Aertzeverbildung, Schw. Aertzetz. 7, 201-204, 1980
- Sapir M., Brisset Ch.: Pathologie psychosomatique et formation psychologique du médecin. Enc. Med. Chir. Psych. 37400-G-10, 1967
- Schüffel W. (Hrsg.): Sprechen mit Kranken - Die Anamnese-gruppe 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.Aerzteblatt 40, 109-114, 1981

- Wacker P.A.: Ausbildungs- und Berufserwartungen des ärztlichen
Nachwuchses - eine empirische Analyse der Vorstel-
lungen des ärztlichen Nachwuchses. Durchgeführt
1972, veröffentlicht 1975 vom Verein für moderne
und rationelle Gestaltung von Arztpraxene.V.,
Stuttgart.
- Wiener P.: Laconstitution de la personnalité professionnelle
des stagiaires en médecin: l'identification au
malade et au médecin.
Méd. et Hygiene, 42, 199-204, 1967
- Wildbolz A: pers. Mitteilungen

Prof. Dr. med. Boris Luban-Plozza
Piazza Pedrazzini
CH 6600 Locarno