Therapiewoche 32, 2749–2752 (1982) © Verlag G. Braun, 7500 Karlsruhe 1

Zur Bedeutung der Rahmenbedingungen in der Balint-Gruppenarbeit

H. Kächele

Abteilung Psychotherapie der Universität Ulm (Leiter: Prof. Dr. H. Thomä)

Balint-Gruppenarbeit stellt ein Beispiel für die erfolgreiche und praktikable Anwendung psychoanalytischen Wissens in der klinischen Medizin dar. Ihre Wirksamkeit ist jedoch an bestimmte Bedingungen gebunden, von denen in dieser Studie einige näher betrachtet werden. Das Konzept der „Rahmenbedingungen" wird in Anlehnung an die psychoanalytische Situation entwickelt und illustriert. Hieraus lassen sich auch Abgrenzungs- und Definitionsansätze für die Beziehungen von Balint-Gruppen zu Selbsterfahrungs- und Supervisionsgruppen gewinnen.

Balint-group work represents a good model for the successful application of psychoanalytic knowledge in clinical medicine. The efficacy is bound to definite conditions of the setting, some of which in this study are discussed more thoroughly. The concept of "frame-conditions" is developed parallel to the concept of the psychoanalytic situation and is illustrated by a few examples. From here the relationship between self-experience group and supervision work to the Balint-group work can be more clearly described.

Es besteht wenig Zweifel daran, daß durch die Balint-Gruppenarbeit psychoanalytisches Denken erfolgreich Eingang und Verwendung in der Medizin gefunden hat. Dies ist das Verdienst eines Mannes, dessen Vater selber praktischer Arzt war und der sich schon im Elternhaus ein tiefes Verständnis für die speziellen Arbeitsanforderungen, die an den praktischen Arzt gestellt werden, erwerben konnte. Zu diesem *ersten* historischen Gesichtspunkt kommen weitere für die Entwicklung des Konzeptes der Balint-Arbeit wichtige Randbedingungen. Auch der Lehrer Balints, Sandor Ferenczi, war praktischer Arzt gewesen, bevor er zur Psychoanalyse stieß, und brachte, wie Max Clyne berichtet, typische Gegenübertragungseinstellungen für die analytische Arbeit mit (1977, S. 1332). S. Freuds Einstellung zur praktischen, helfenden Medizin war davon grundverschieden, und es dürfte nicht müßig sein, über diese wie auch andere Vorbedingungen der Entwicklung der psychoanalytischen Behandlungssituation zu reflektieren. Ferenczis technische Experimente lassen noch heute beim Lesen einen engagierten Eifer verspüren, der sich für bestimmte Patienten als günstig erwiesen hat. Möglicherweise hat Ferenczi schon in den dreißiger Jahren Michael Balint ermutigt, mit Seminaren für Allgemeinpraktiker in Budapest zu beginnen.

Balints Analyse der klassischen psychoanalytischen Behandlungssituation führte über ein funktionales Verständnis, d.h. ihr Verständnis als Rahmenbedingung für die analytische Arbeit, hinaus zu einem Verständnis ihrer psychologischen Bedeutung für den Patienten. Damit wurde ein Weg eröffnet, auch andere ärztliche oder auch nichtärztliche Behandlungs*situationen* analytisch verstehbar und technisch nutzbar zu machen.

Es ist allerdings nicht unwichtig, daran zu erinnern, daß die klinischen Beobachtungen Balints aus sehr langen Analysen stammten, in denen die ödipalen Schichten durchgearbeitet worden waren und erst dann der präverbale Umgang des Patienten mit dem Setting selbst analysiert werden konnte. Dieser Hinweis führt nämlich zu dem Umstand, daß Balints Gruppenmethode sich zunächst in der Zusammenarbeit mit solchen Ärzten bewährte, die ihrerseits ebenfalls langfristige Beziehungen zu ihren Patienten aufrechterhalten konnten bzw. mußten. Die Organisation des englischen Gesundheitswesens mit der festen Zuordnung von Patienten zu ihren „general practitioners" (GP) und der daran geknüpften Unabhängigkeit der Entlohnung des Arztes von Umfang und Dauer der erbrachten ärztlichen Leistungen bot für die Experimentierphase zwischen 1950 und 1955 einen wichtigen Rahmen, der nach Meinung des Verfassers bisher zu wenig reflektiert wurde. Das Arbeitsbündnis zwischen dem Patienten und seinem Doktor war vorgegeben; ob es gut oder schlecht funktionierte, war etwas, was den Doktor selbst vital betraf.

Da der Patient nach Überweisungen zum Facharzt oder in die Klinik in jedem Fall zur Weiterbehandlung an den GP zurückkehrt — der Facharzt oder die Klinik haben kein Recht zur ambulanten therapeutischen Versorgung, außer in Notfällen — sind beide, der Patient und der GP, beinahe auf Gedeih und Verderb miteinander verbunden. Denn sich in die Liste eines anderen Allgemeinarztes einschreiben zu lassen und damit den GP zu wechseln ist zwar theoretisch möglich, aber praktisch mit zahlreichen Schwierigkeiten verbunden, weshalb ein solcher Wechsel, der, wie gesagt, offiziell beantragt werden muß, nur selten vorkommt.

Eine weitere Parallele zur psychoanalytischen Situation sieht der Ver-

Überarbeitete Fassung eines Vortrages am Zentrum für Psychologische Medizin, Medizinische Hochschule Hannover, November 1980

fasser in dem Umstand, daß der niedergelassene Arzt über einen festen Rahmen verfügt, innerhalb dessen die Behandlung stattfindet. Innerhalb dieses Rahmens verfügt der Arzt über ein weites Spektrum von Interventionen, die sich keinesfalls auf das ärztliche Gespräch beschränken lassen. Dieser Aspekt der nonverbalen Handlungsmöglichkeiten des Arztes in der Allgemeinpraxis ist zwar in den Forschungsberichten der Balintschen Training-cum-Research-Gruppen eindrucksvoll belegt, wurde aber speziell in der deutschen Balint-Rezeption doch etwas stiefmütterlich behandelt. Dabei liegen in diesen Möglichkeiten des Allgemeinarztes nicht zuletzt die großen Vorteile der durch die Balint-Arbeit vermittelten Psychotherapie in der Allgemeinpraxis. Hierzu Balint:

„Wenn der direkte Zugang zum Patienten blockiert ist, kann der praktische Arzt zunächst einmal etwas Vernünftiges verschreiben: ein Schlafmittel, Vitamine, eine Hustenmedizin, etwas gegen Kopfschmerzen, etwas Appetitanregendes oder die Verdauung Regulierendes. Wenn das nichts nützt, kann er den Patienten zu einer vernünftigen Untersuchung schicken, zum Röntgen, zum EGK usw. Wenn auch das hoffnungslos erscheint, kann er umschalten und ein anderes Familienmitglied behandeln, die Ehefrau, ein Kind, die Schwiegermutter, oder er kann einmal bei dem Patienten hineinschauen, weil er gerade in der Nachbarschaft einen Krankenbesuch macht" (Balint, dt. 1965, S. 368).

Auf den Begriff gebracht, erlaubt die Situation des praktischen Arztes eine Vielzahl von konkreten therapeutischen Operationen, um eine stabile Beziehung zum Patienten herzustellen und um psychologische Kraftakte zu vermeiden (ebd. S. 367).

Diese Perspektive hebt zunächst hervor, daß der Arzt für seine Aufgabe, den Patienten in seiner Hilflosigkeit nicht im Stich zu lassen, sich flexibel und engagiert, entsprechend den Bedürfnissen des Patienten, einsetzen muß.

Hatte Ferenczi vom Analytiker gefordert, sich seinem Patienten als Objekt anzubieten, um diesem eine Chance zu einem Übertragungsprozeß zu geben, so fordert Balint auf, sich seinem Patienten in der Form anzubieten, daß dieser das Angebot annehmen kann. Entsprechendes galt für Balints Umgang mit den Ärzten seiner Arbeitsgruppen. Verstehendes Zuhören und handelndes Vormachen prägten den Stil Balints, wie sich aus den persönlichen Mitteilungen derer ergibt, die diese Arbeit direkt kennengelernt haben, den Stil Balints, „daß er durch ein Beispiel mehr lehren kann als durch alles andere zusammen genommen" (1965, S. 409).

Balints Methode der Gruppenarbeit, zunächst im Rahmen eines Ausbildungsprogramms für Eheberater in England entwickelt, stellt eine risikofreudige und kühne Lösung dar, bei der Selbsterfahrung (= Lehranalyse) und praktische Arbeit unter Kontrolle (= Supervision) zusammengefaßt wurden; Theorievermittlung wurde absichtlich zurückgestellt. Psychoanalytisches Arbeiten in einem nichtpsychoanalytischen Feld wird dadurch ermöglicht, daß ein Kreisprozeß von „trial and error" eingeleitet wird. Erst der nächste Fallbericht im Seminar bringt die Bestätigung der Brauchbarkeit einer bestimmten Diagnose und Intervention. Die Leistung des Arztes besteht zunächst darin, daß er den Fall identifiziert und in der Balint-Gruppe zur Sprache bringt, nicht mehr und nicht weniger. Es entsteht ein Kreisprozeß zwischen Praxis und Balint-Gruppe, der sich über längere Zeit entwickelt. Der Verfasser hält diese Rahmenbedingung für konstitutiv, um eine bestimmte Gruppenarbeit als Balint-Gruppe anzusprechen. Das Verfahren einer mehr oder minder phantasievollen Gruppendiskussion ist allein nicht ausreichend, sondern es sind die Einbettung dieses Verfahrens in eine sequentielle Abfolge von bewußter oder unbewußter Fallidentifikation durch einen Arzt bzw. eine andere Heilperson (Krankenschwester, Student etc.), die Präsentation dieses Falles in einer Gruppe, die Erarbeitung der unbewußten Beziehungsstrukturen via Gruppenassoziation und -überlegungen zu möglichen Interventionen und Deutungsarbeit, die Festlegung einer Strategie, d.h. die Erarbeitung einer Beziehungstherapie, ihr Einsatz in der nächsten Arzt-Patient-Situation und die Wiedervorstellung im Seminar, womit ein neuer Aktionszirkel eingeleitet ist. Was in der psychoanalytischen Arbeit in der Sitzung von Analytiker und Analysant geleistet werden muß, wird in der Balint-Gruppenarbeit als Kreisprozeß zwischen Seminar und Praxis organisiert. Die Wiedervorstellung hat auch technische Folgen für den Umfang einer Seminardiskussion. Beachtet man die Faustregel, daß im Hinblick auf die nächsten Schritte des Arztes diskutiert werden soll, so wird erstens eine potentiell uferlose Diskussion auf das praktische Relevante verkürzt, zweitens werden die für psychoanalytische Seminare oft nützlichen Übungen im phantasievollen Umgang mit Theoriebestandteilen den Ärzten erspart und ihr Bereich der lebenspraktischen Vorannahmen und Kenntnisse nicht unnötig überschritten. Nur mit dieser Regel wird die wünschenswerte Eigenschaft eines Balint-Seminars, mehrere Berichte zu diskutieren, verständlich und ihre spezifische organisatorische Funktion sichtbar. Hier läßt sich auch eine klare Unterscheidung zu der psychoanalytischen Supervisionsdiskussion angeben. Selten läßt sich die Diskussion einer Supervisionssitzung auf den nächsten Schritt beschränken; in der Regel werden die bisherige und die zukünftige Strategie auf dem Hintergrund des systematischen Wissens diskutiert werden. Bisherige psychodynamische Konzeptionen werden aufgrund des neuen Materials kritisch revidiert und neu formuliert. Dabei werden in der Regel klare zeitliche Absprachen getroffen; zusätzlich ist das zu supervidierende Material relativ klar definiert.

Eine Gruppe von Internatsstudenten, die sich regelmäßig trifft, um über ihre ihnen fest zugeordneten Patienten zu sprechen, wobei Student A. den Patienten X. und Student B. den Patienten Y. vorstellt, wäre nach diesen Überlegungen eine Supervisionsgruppe, auch wenn die Vorstellung selbst durch die Konzeption eines von Übertragung und Gegenübertragung bestimmten Vortrages erfolgt (s.d. Freyberger, 1977; Rehberger, 1977). Unbewußte Prozesse finden jedoch hier ihre Grenzen an der klaren Festlegung, die schon vor dem Seminar besteht, welcher Patient „dran" ist. Im Gegensatz hierzu bestimmen in einer Balint-Gruppe Übertragungs- und Ge-

genübertragungsphänomene bei den teilnehmenden Mitgliedern die Auswahl der vorgestellten Patienten. Hierzu ein Beispiel:

In einer Balint-Gruppe begannen zwei Studenten fast gleichzeitig zu sprechen, etwa mit einer Zeitverzögerung von einer halben Sekunde. Beide fixieren sich, die Gruppe hielt den Atem an, bis der erste dem zweiten den Vortritt ließ. Der erste Student gab später bei der Diskussion an, er hätte bei dem zweiten eine flüchtige Enttäuschung im Gesicht wahrgenommen. Dieser zweite stellte einen 14jährigen Jungen aus der Kinderklinik vor, an den er seit Wochen nicht „rangekommen" war. Seit Wochen habe er vorgehabt, den Jungen im Seminar zu diskutieren, und es sei ihm immer wieder entfallen. Die Diskussion führte zur Aufklärung der Identifikation des Studenten mit dem Jungen in dem Gefühl des „auf mich geht doch keiner ein".

Im Laufe der Lernfortschritte einer Balint-Gruppe werden auch sogenannte Kurzberichte häufiger.

So konnte Rehberger (1977) bei einer Balint-Gruppe mit Doktoranden, bei der nur Patienten eines Forschungsprojektes vorgestellt wurden, feststellen, daß im ersten halben Jahr fast nur ausführliche Erstinterviewberichte vorgestellt und ausführlich diskutiert wurden, so daß pro 1½stündiger Sitzung in der Regel nur ein Fall zur Besprechung kam. Im zweiten halben Jahr wurden die Kurzberichte erheblich häufiger.

Die pragmatische Nützlichkeit der Beschränkung der Seminardiskussion auf die nächsten Schritte läßt sich auch begründen. Das dem Konzept der Balint-Methode zugrundeliegende Modell der permanenten Neuinszenierung von unbewußten Objektbeziehungen in den realen Beziehungen ist mit der Hypothek belastet, daß es die sozialpsychologischen Anteile der Beziehung relativ vernachlässigt (s.d. Speidel, 1977). Die Prüfung der Seminardiskussion in der nächsten Sprechstunde oder beim nächsten Kontakt führt zu weiterer hypothesengesteuerter Information über die Arzt-Patienten-Beziehung und ihrer Determinanten. Aus diesem Grunde war auch die eingangs erwähnte stabile Berufssituation der teilnehmenden Ärzte in der eigenen Praxis ein wichtiger Faktor, da sie ein Element der Kontrolle über intervenierende Sozialfaktoren der Beziehung beinhaltet.

Entsprechend läßt sich beobachten, daß durch die Balint-Gruppenarbeit überall dort therapeutisch Schritte ermöglicht werden können, wo stabile situative Rahmenbedingungen gegeben sind. Ist dies, wie z.B. in der Schule zwischen Lehrer und Schülern, nicht der Fall, so ergeben sich spezifische Schwierigkeiten.

Eine Balint-Gruppe mit Lehrern endete nach einem Jahr aufgrund eines Gefühls der Diskrepanz zwischen erlernter Beziehungsdiagnostik und ungenügender Umsetzung in therapeutische Schritte (mündliche Mitteilungen eines Kollegen). Der Verfasser selbst hat im Laufe von 2 Jahren mit einer Gruppe von Assistenten einer Frauenklinik die Erfahrung gemacht, daß es den Teilnehmern nur unzureichend gelang, ihre Arbeitssituation für die psychotherapeutische Perspektive umzustrukturieren. So wäre es für die Anwendung des erarbeiteten Verständnisses der Patientinnen von großer Bedeutung gewesen, diese auch über den meist kurzen stationären Aufenthalt hinaus ambulant weiter zu betreuen. Darüber hinaus gab es kaum eine Sitzung, die nicht durch dringende „calls" gestört war. Die Bedingung des geschützten Raumes für die Balint-Gruppen hat sich dem Verfasser seitdem noch öfter bestätigt (s.d.a. Bromberger et al., 1973, S. 1092).

Der hier skizzierte Aktionszirkel erfordert eine längere Mitarbeit an einem Balint-Seminar, um die Ziele dieser Weiterbildung — eine Umgestaltung der therapeutischen Möglichkeiten des Arztes — zu erreichen. Kritische Nachuntersuchungen, wie sie Balint und seine Mitarbeiter 1960 vorgelegt haben, sind in Deutschland erst in Ansätzen verwirklicht (Dantlgraber, 1977).
Eine kritische Diskussion der Zielsetzung der Balint-Gruppenarbeit macht deutlich, daß durch eine überhöhte Konzeptualisierung dessen, was ein Balint-Arzt leisten können soll, eine potentiell unendliche Bindung des Arztes an seine Balint-Gruppe eingeleitet wird, statt eine klar umschriebene, zeitlich auch beschränkte Lernsituation anzubieten, bei der der einzelne Teilnehmer je nach seinen Möglichkeiten die für ihn selbst nutzbaren Erfahrungen macht (s.d. Rosin, 1981).
Die Abgrenzung der Balint-Gruppenarbeit zur Selbsterfahrungsgruppe ist durch die Aufgabenstellung der Balint-Gruppe gegeben. In der Balint-Gruppe wird davon ausgegangen, daß die Auswahl der vorgestellten Fälle eines Arztes primär durch eigene ungelöste Probleme bestimmt wird. Am Anfang stellen ambivalente Teilnehmer gerne unlösbare Probleme mit schwierigen Patienten vor; hier greifen dann Spielregeln ein, die eine solche unbewußte Auswahl vorübergehend unterbinden helfen.
Der Vorschlag „den ersten Patienten der Sprechstunde heute" und ähnliches zielt darauf ab, diesem subjektiven Anteil entgegenzusteuern und nicht nur persönlich sehr belastende Patienten vorzustellen. Jedoch, auch ohne hier im einzelnen konkrete Wechselbeziehungen zu spezifizieren, ist es unmittelbar evident und bei Balint auch deutlich ausgesprochen, daß das Studium der Gruppendiskussion nicht nur das Unbewußte des Patienten widerspiegelt, sondern daß die persönlichen Schwierigkeiten und Konflikte des Vortragenden ebenfalls sichtbar werden. Es ist deshalb von strategischer Bedeutung, die Gruppe so zu handhaben, daß der einzelne Arzt durch die Falldiskussionen sich seines Anteils und seiner persönlichen Widerstände im Verhältnis zu seinem Patienten und zur Gruppe bewußt wird, die Gruppe jedoch nicht aus Abwehr verlassen muß. Balint war jedoch immer sehr explizit in seiner Betonung der Abgrenzung zur Therapie. Eine Formulierung, wie sie von Köhle (1980) für eine Balint-Gruppe von Krankenschwestern einer Station benutzt wird, nämlich „fallbezogene Selbsterfahrungsgruppe", hält der Verfasser deshalb für mißverständlich. Hier wird der Fall nur als Stimulus für die Selbsterfahrung benutzt, während die Problematik des Falles auf der Stationskonferenz besprochen wird.
Vielleicht kann bei diesen definitorischen Grenzziehungen die Vorstellung helfen, daß Supervision, Selbsterfahrung und Balint-Methode die Seiten eines Dreiecks darstellen. Die verschiedenen Beispiele von Balint-Gruppen können auf ihre Komposition hin betrachtet und entsprechend einem Flächenpunkt zugeordnet werden. Schwestern-Balint-Gruppen, wie auch von Dress (1977) beschrieben, weisen auf ein weiteres Problem hin: Die Schwestern arbei-

ten gemeinsam auf einer Station, teilen also ein gemeinsames Arbeitsfeld. Die Teamsituation zieht vermutlich wichtige Veränderungen der Arbeitssituation in der Balint-Gruppe nach sich.

So waren in einer Balint-Gruppe mit praktischen Ärzten zu Beginn zwei Ärzte aus *einem* Dorf anwesend. Nach kurzer Zeit schied einer der beiden aus, weil er die Bloßstellung durch den Kollegen fürchtete.

Deshalb unterstreicht Balint auch die Autonomie des Teilnehmers über den von ihm in der Gruppe aufgedeckten Bereich als eine Bedingung der beschränkten, geschützten Selbsterfahrung.

An einer zur Zeit laufenden Gruppe mit PJ-Studenten nehmen, wie erst im Laufe der Gruppe festgestellt werden konnte, drei Paare teil; hier ist zwar die Unabhängigkeit der beruflichen Arbeitssphäre gegeben, das Verschränken der persönlichen Bereiche führt jedoch, wie im Verlauf festzustellen war, zu erheblichen Einschränkungen bei den assoziativen Beiträgen.
Die Erfahrung mit einer Balint-Gruppe zweier Teams von einander zugeordneten psychologischen Beratungsstellen ließ im nachhinein die Furcht beider Teams erkennen, sich gegenseitig durchschauen zu können. Aufgrund eines bei diesen Teams latent vorhandenen Minderwertigkeitsgefühles, sich von einem Mediziner und Psychoanalytiker besserwisserisch gängeln zu lassen, ergab sich relativ überraschend eine einseitig erklärte Beendigung, die mit recht paranoiden Vorstellungen über den Gruppenleiter bemäntelt wurden (mündliche Mitteilung: Henseler, 1981). Soweit dem Verfasser die geschilderte Situation bekannt ist, war bei der Bildung der Balint-Gruppe das Problem der miteinander rivalisierenden Teams nicht in Rechnung gestellt worden; zusätzlich dürfte bei der gegenwärtigen Psychologen-Professionalisierungsproblematik auch mit berufsgruppenspezifischen Widerständen zu rechnen sein.

Die Teamsituation mit der realen, alltäglichen Verschränkung der Mitarbeiter führt zu einer erheblichen Einschränkung der in der Gruppe möglichen Expositionen unbewußter Inhalte. Die für die Führung einer solchen Gruppe zusätzlich notwendigen gruppendynamischen Techniken, die eindrucksvoll von Ramb und Speidel (1977) geschildert werden, lassen die Bezeichnung als „Teamgruppenarbeit" wesentlich plausibler erscheinen.
Begrenzend für eine sinnvolle Verwendung der Bezeichnung „Balint-Gruppenarbeit" erscheint dem Verfasser auch die Zielvorgabe umschriebener psychotherapeutischer Techniken, wie sie Drees (1977) für seine Gruppe von Krankenschwestern einer psychosomatischen Station schildert.

So werden in der dritten Phase „Form und Inhalt gezielter Einzelgespräche mit festen Bezugspatienten" erarbeitet. Dabei sind die Beziehungen zu den Patienten kontinuierlich und zeitlich festgelegt. Sogar die Dauer der einzelnen Sitzung wird verabredet.

Aus Gründen der konzeptuellen Klarheit wäre die Bezeichnung „Supervisionsgruppe" vorzuziehen, weil definierte psychotherapeutische Verhaltensweisen angestrebt und zielstrebig realisiert werden. In einer Balint-Gruppe mit Krankenschwestern, wie sie Köhle und der Verfasser 1972 skizziert haben, stand der pflegerische Arbeitsbereich der Krankenschwestern — es nahmen damals chirurgische und internistische Schwestern teil — in seiner unbewußten Bedeutung im Mittelpunkt; unser Ziel war, ein besseres Verständnis zu erreichen (Köhle et al., 1972).
Besonders in Gruppen mit Krankenschwestern oder Studenten stellt sich die Frage nach den Auswirkungen der relativ kurzen Dauer. In der Regel wird ein Jahr nicht überschritten, und es wäre wichtig, über die Veränderungen im Zielbereich „umschriebene begrenzte Veränderungen der Persönlichkeit" Genaueres zu erfahren.

Paar (1980) beschreibt die unsichere psychosoziale Situation der PJ-Studenten und ihre Auswirkung auf die Balint-Gruppe. Er findet ein starkes „Bedürfnis nach Selbsterfahrung" und „eine starke und schnell einsetzende Identifikation der Teilnehmer mit den Problemen der Patienten". Seine Handhabung des Gruppenprozesses führte zum raschen Aufdecken von intra- und interpsychischen Prozessen, welche die weitere Entwicklung der Arzt-Patienten-Beziehung gehemmt haben. „Während vorher im erstmaligen Patientenkontakt die Objektdistanz geringer war, wird nach der Balint-Gruppensitzung der Patient häufig zu einem phobischen Objekt" (1980, S. 4). Diese Beobachtung könnte doch auch so interpretiert werden, daß gerade bei Vorliegen solcher Ausgangsbedingungen eine ausgesprochene Vermeidung regressiver Gruppenprozesse notwendig ist, um den Balintschen Aktionszirkel aufrechtzuerhalten.

An solchen Beispielen läßt sich die Brauchbarkeit des skizzierten Arbeitsmodells prüfen. Rahmenbedingungen, wie das Alter der Teilnehmer, die persönliche Lebenserfahrung, auf deren Bedeutung Balint stets hingewiesen hat, führen zu Veränderungen der Arbeitssituation in der Gruppe. Nach den Überlegungen des Verfassers gilt es dann, die Gruppe so zu führen, daß die Prioritäten der Aufgabenstellung einer Balint-Gruppe gewährleistet sind. Ausgangspunkt dieser Überlegungen waren eigene Erfahrungen über den sehr unterschiedlichen Verlauf von vier Balint-Gruppen mit Krankenschwestern, praktischen Ärzten, Klinikassistenten und PJ-Studenten. Die Beobachtung des häufigen Gebrauchs der Bezeichnung „Balint-Gruppe" auch für offensichtlich berufsfeldbezogene Selbsterfahrungsgruppen mit mehr oder weniger psychoanalytischem Verständnis führt zur Frage der wesentlichen Merkmale einer Balint-Gruppe und ihrer sinnvollen Abgrenzung zu Selbsterfahrungsgruppen und Supervisionsgruppen. Wir erleben zunehmend eine breitere Anwendung des Balintschen Konzeptes in vielfältigen ärztlichen und auch nichtärztlichen Berufsfeldern. Es ist deshalb an der Zeit, eine detailliertere Diskussion über die dadurch entstehenden Modifikationen und Differenzierungen zu führen, wie dies kürzlich Rosin (1981) für die Gruppe der Psychiater getan hat, um die Theorie der Balint-Gruppenarbeit dem Stand ihrer praktischen Entwicklung anzupassen.

Literatur im Sonderdruck

Anschrift des Verfassers: Prof. Dr. med. H. Kächele, Abteilung für Psychotherapie, Universität Ulm, Am Hochsträß 8, 7900 Ulm