

STRUKTURIERUNG IN DER BALINTGRUPPEN-ARBEIT

ERNST HOLZBACH

Zusammenfassung

Veränderungen bezüglich Teilnehmer-Zusammensetzung und bezüglich Erfordernissen in Weiterbildungskreisen lassen eine stärkere Strukturierung in Balintgruppen erforderlich werden. Nach Darstellung verschiedener Themenkreise der Balintgruppen-Arbeit - Gruppenbildung, Bericht des Vortragenden, Schutz des Referenten, Gruppendiskussionen, Leiterverhalten und Deutungsarbeit - wird eine Strukturierung der Gruppensitzung aufgezeigt, die Balintgruppen-Arbeit bündelt und fokussiert, so daß neuen Anforderungen an die Balintgruppen-Arbeit besser begegnet werden kann ohne die bekannten Konzepte zu verlassen.

Schlüsselwörter Balintgruppe - Methodik - Literatur

Summary

Because of changes in the formation of the members and because of the requirements in the circles of advanced training a more powerful structuralisation in the Balint-groups seems to be necessary. After the presentation of different groups of themes of the work in Balint-groups - formation of groups, report of the speaker, the protection of the referee, the discussions of the groups, the attitude of the leader and the work of interpretation - a structure of the session is shown, which bundles up and focusses the work of the Balint-groups so that the new demands on the work of Balint-groups can better be responded without leaving the known drafts.

Keywords Balintgroups - Methodology - Literature

Problematik

Da Balintgruppen-Arbeit zunehmend in Institutionen durchgeführt und in Ausbildungsprogramme einbezogen wird, werden Fragen aufgeworfen, die sich für Leiter von solchen Gruppen bisher nur am Rande gestellt haben. Zur Zeit Balints setzten sich die Teilnehmer dieser Gruppen hauptsächlich aus Allgemeinärzten zusammen, die beruflich keinen Kontakt untereinander hatten, also in keiner Konkurrenz- oder Konfliktsituation miteinander standen. Das hat sich vielfach geändert, indem Weiterbildungseinrichtungen Balintgruppen-Arbeit vorweisen müssen und in verschiedenen Institutionen Balintgruppen zur Selbstverständlichkeit geworden sind, in den jeweiligen Zusammensetzungen aber auch verschiedene Berufsgruppen vertreten sind, die in Abhängigkeit oder Konkurrenz zueinander stehen. Drees (1995) hat sich schon vor Jahren auf diese Situation, ausgehend von den Verhältnissen in seiner eigenen Klinik, eingestellt und ein Programm entworfen, das dieser Situation gerecht werden will, aber wegen seines von bisheriger Balintgruppen-Arbeit doch zu sehr abweichenden Charakters keine allgemeine Anwendung gefunden hat.

Insbesondere geht die Problematik dahin, den Selbsterfahrungsanteil in solchen Gruppen zurückzudrängen bzw. zu verhindern, der sonst in solchen Institutionen und Weiterbildungskreisen zu Behinderungen der Arbeit durch Verwicklungen und Hemmung der Teilnehmer führen würde. Eine besondere Strukturierung scheint deshalb schon aus diesen Gründen unentbehrlich. Wenn man die Idee der Balintgruppen-Arbeit konsequent verfolgt, nämlich die Arzt-Patienten-Beziehung betrachtet, immer wieder darauf zentriert und alle Gruppendynamik diesem Gesichtspunkt unter-

wirft, dann erscheint eine weitere Regelung und Strukturierung eigentlich nicht notwendig. Ein solch konsequentes Vorgehen ist aber offenbar schwer durchzuhalten, es würde auch bei ständiger Ermahnung der Teilnehmer durch den Leiter zu Einengungen führen, vielleicht auch zu ausgeprägtem oder verstecktem Protest, und würde somit eine Leiter-Teilnehmerproblematik heraufbeschwören, die vom eigentlichen Ziel der Betrachtung der Arzt-Patienten-Beziehung ablenken könnte.

Aufgabe dieses Artikels soll daher sein, Hinweise und Ausführungen in der Literatur zur Struktur von Balintgruppen darzulegen und ein Strukturierungs-Programm vorzuschlagen, das sich aus langjähriger Erfahrung mit Balintgruppen-Leitung entwickelt hat, und das - stützend auf die Erkenntnisse in der Literatur - der o.a. Problematik gerecht zu werden versucht, ohne die Grundsätze bisheriger Balintgruppen-Arbeit zu verändern.

Themen der Balintgruppen-Arbeit

Bildung der Gruppe

Im allgemeinen wird ein persönliches Gespräch mit den einzelnen Gruppenteilnehmern vor Beginn der Gruppe empfohlen (Stucke, 1991). Nachdem auch von Balint (Zit. Eicke, 1984) vorzeitiges Ausscheiden von Gruppenteilnehmern erlebt wurde, werden zum Teil "Auswahlgespräche" (Roth, 1984) durchgeführt, in denen eruiert wird, welche Erwartungen die Teilnehmer an die Gruppe stellen. Am Beginn der Gruppe sollte eine Einführung über Sinn und Technik der Balintgruppe durchgeführt werden (Stucke, 1990, 1991, Roth, 1984).

Die Größe der Gruppe wird meist mit 6-12 Teilnehmern angegeben (Roth, 1984, Petzold, 1984), eine Konstanz bezüglich Raum und Zeit wird angestrebt. Die Gruppe kann durchlaufend oder blockartig durchgeführt werden. Bezüglich Ausscheiden und Fehlen von Gruppenmitgliedern sollten von vorneherein Abmachungen getroffen werden (Stucke, 1991, Roth, 1984).

Bisher war es Prinzip, daß die Gruppenteilnehmer sich von beruflichen Kontakten fernhalten (Eicke, 1984). Eine solche Zusammensetzung läßt sich aus den o.a. Gründen nicht mehr überall durchhalten und bedarf besonderer Strukturierung der Gruppe (Drees, 1995, König, 1999).

Bericht des Vortragenden

Die Länge eines Berichtes über eine Arzt-Patienten-Beziehung wird unterschiedlich angegeben, zwischen 5 und 10 Minuten (Drees, 1995) und 10 bis 15 Minuten (Stucke, 1991). Ob ein solcher Bericht unterbrochen werden soll, wird auch unterschiedlich gehandhabt. Bei langatmigen Berichten wird meist aufgefordert, sich kürzer zu fassen, aufgemuntert, weitere Informationen später nachzuholen (Stucke, 1991). Einer Gepflogenheit von Balint zufolge wird der freie Bericht vom Leiter an einer für die Arzt-Patienten-Beziehung bedeutenden Stelle unterbrochen (Roth, 1984, Argelander, 1980), was die Gruppe zunächst irritiert, wodurch eine besondere Dynamik initiiert wird. Nach dem Bericht können die Mitglieder Fragen stellen (Stucke, 1991), wobei allerdings auch gleich zu Äußerungen über Gestimmtheit und Phantasieeinfällen übergegangen wird (Drees, 1995). Auf jeden Fall wird mit oder ohne Nachfragen nach Beendigung des Berichtes der Gepflogenheit von Balint folgend die Gruppe zu Phantasietätigkeit aufgefordert (Stucke, 1991, Roth, 1984, Argelander, 1980, Petzold, 1984).

Schutz des Referenten

Die Diskussion der Gruppe wird grundsätzlich ohne Referenten geführt. Direkte Fragen an den Referenten werden zurückgewiesen. Bei aggressivem Angehen eines Gruppenmitgliedes gegenüber dem Referenten wird dieser aufgefordert, eigene Phantasien zu dem Vorgebrachten zu bringen (Roth, 1984). Der Referent muß vor eindringlicher "Empfehlung" geschützt werden. Bei Prognosestellungen soll die Verschiedenartigkeit des Herangehens an die Sache betont werden. Wenn beim Referenten das Gefühl aufkommt, er habe hier einen Fehler gemacht, sollte das Ubiquitäre solcher Fehler betont werden (Stucke, 1991, Loch, 1975, Luban-Plozza, 1984). Balint empfiehlt zur "Schonung" des Berichterstatters eine Falldeutung anzubieten, bei überkritischer Stimmung die Beziehung zum Gruppenleiter zu betrachten und bei uninteressierter Stimmung der Gruppe helfend, ermutigend und Schwierigkeiten benennend einzugreifen (Zit. Eicke, 1984).

Geschehenlassen der Gruppendiskussion

Im Geschehenlassen (Luban-Plozza, 1984), Zeitlassen (Balint, 1965), in einer "Tabula rasa" (Drees, 1995) befindet sich die Gruppe in einer analytischen Situation (Roth, 1984), in der "möglichst wenig ausgewählt, vorbereitet, strukturiert sein,

und die alle die Empfindungen und Gedanken einschließen soll, die zunächst als abwegig und unpassend, schmerzlich oder peinlich und anstößig erscheinen könnten" (Roth, 1984). Der Bericht des Referenten wird quasi behandelt wie ein in eine Selbsterfahrungsgruppe eingebrachter Traumbericht, der Assoziationen auslöst, die sich in der Gruppe "prismatisch" (Loch, 1995) aneinanderreihen. Hiermit ist sogleich das Problem der Selbsterfahrung angesprochen, die bei solchen Balintgruppen-Prozessen etwa 1/3 (gegenüber 2/3 fallzentriert) ausmachen soll (Petri, 1982). Hier wird empfohlen, die Selbsterfahrung auf die berufliche Situation zu beziehen, sie zeitlich zu begrenzen um die Gruppe und den Referenten nicht zu überfordern (Petri, 1982, Roth, 1984). Biographische Arbeit soll nicht zugelassen werden (König, 1999). Durch Konzentration auf Gefühle, Stimmungen und Bilder (Drees, 1991) kann der Eigenerfahrungsanteil zurückgedrängt werden, die "Gruppenstimmungen tragen und verändern dann den Gruppenprozeß" (Drees, 1991).

Erst wenn die Gruppe nicht weiß, was sie machen soll, übernimmt der Gruppenleiter die Verantwortung (Eicke, 1984). Jede Störung muß vorrangig behandelt werden, auch die Fehler des Gruppenleiters müssen besprochen werden, zu schwierige Themen sollen erst einmal zurückgestellt werden, ebenfalls Nebenthemen" (Eicke, 1984).

Leiterverhalten

Nach Balint wird der Leiter erst einmal "in der Gruppe untertauchen". Er ist Lehrender und zugleich Lernender (Balint, 1965). Einen eigenen Kommentar gibt der Gruppenleiter erst ab, wenn die Gruppenteilnehmer ausgiebig gesprochen haben (Rosin, 1980). Der Gruppenleiter wird zum "Kordinator" (Stucke, 1991), der die Gruppendynamik beherrscht, also mit Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand umgehen kann (Stucke, 1991, König, 1999). Trotzdem sollte keine Theorie in die Gruppe eingebracht werden, der Gruppenleiter sollte einfache Worte benutzen, Teilnehmerworte aufgreifen (Eicke, 1984), den Gruppenprozeß auf Ergebnisse bringen, mit denen der Referent etwas anfangen kann (Stucke, 1991). Rein passiv-abwartende Haltung soll vom Leiter genauso vermieden werden wie detektivische oder persekutorische Haltung (Rosin, 1985). Die Gruppe erlebt, der Leiter reflektiert, wobei der Schwerpunkt auf der Klassifizierung der Emotionen liegen soll (König, 1999).

Die Arzt-Patienten-Beziehung soll erhellt werden, unbewußte Aspekte dieser Beziehung sollen aufgebracht werden (Furrer, 1979). Dabei wird eine gruppendynamische von einer psychodynamischen Leitung unterschieden (Knöpfel, 1979), je nachdem wie weit der Gruppenprozeß als Widerspiegelung der Arzt-Patienten-Beziehung aufgefaßt wird (Stucke, 1990, 1991), oder die jeweiligen Voten ohne Beachtung der Gruppendynamik Hinweise für die Psychodynamik des Falles und der Arzt-Patienten-Beziehung gewertet werden. Im Extremfall wird vermieden, einen gemeinsamen Gruppenkonsens aufkommen zu lassen und eine entsprechende Deutung damit unterlassen (Drees, 1995). Auf dieses Problem, das offenbar sehr unterschiedlich gehandhabt wird, soll unten noch näher eingegangen werden. Nach bisheriger Ge-

pflogenheit scheint man der Deutung des Gruppenprozesses den Vorrang zu geben (Balint, 1965, Rosin, 1980, Stucke, 1990, 1991, Eicke, 1984, Roth, 1984), dies auch von systemorientierter Seite (Rappe -Giesecke, 1989).

Der Gruppenleiter soll zuhören, ermuntern, sich einfühlen, Akzeptanz üben, echt, unbefangen, neutral und offen nach innen und außen sein (Roth, 1984), er soll auf averbale Signale achten, soll alle zu Wort kommen lassen (Drees, 1995). Immer wieder sei auf Grundregeln aufmerksam zu machen (Eicke, 1984). Der Gruppenleiter wird so zum "Hüter der Arbeitsvereinbarungen" (Körner, 1995) und steuert das Regressionsniveau wie die thematische Ausrichtung.

Während der Gruppenleiter sich freihalten sollte von beruflichen Kontakten mit den Gruppenmitgliedern und auch keine Patienten von Teilnehmern der Gruppe untersuchen sollte, wird empfohlen, daß sich der Gruppenleiter auch frei einbringt, auch aggressiv verhalten kann, damit die Mitglieder der Gruppe dadurch zur Mitarbeit aufgemuntert werden (Eicke, 1984). Wenn das Einbringen von eigenem Erleben in der Gruppe allerdings soweit geht, daß "partnerschaftliche Nähe" (Drees, 1995) zu den Gruppenmitgliedern gefunden wird, bedeutet dies Verlust der Autorität des Gruppenleiters, so daß andere Techniken gefunden werden müssen, um eine gewisse Ordnung in der Gruppe aufrecht zu erhalten (Drees, 1995). Dies berührt wieder die o.a. Problematik, insbesondere hinsichtlich des Umgangs mit dem Selbsterfahrungsanteil. Auf diese Schwierigkeiten soll im Folgenden näher eingegangen werden.

Ablauf des Gruppenprozesses

Im Folgenden soll der Ablauf eines Gruppenprozesses skizziert werden, wie er sich in meiner Arbeit mit Balintgruppen ergeben hat. Dabei handelte es sich um Gruppen nur mit Ärzten/innen, wobei sich sowohl Gruppen nur mit Psychiatern als auch Gruppen mit Ärzten/innen unterschiedlicher Fachrichtungen (zum Teil aus der gleichen Institution und zum Teil aus verschiedenen Institutionen und Praxen kommend) gebildet hatten. Damit traten Probleme sowohl von Gruppen mit Ärzten/innen auf, die beruflich und persönlich keinen Kontakt hatten, als auch mit Ärzten/-innen, die beruflich in derselben Institution zusammenarbeiten mußten (wobei immer wieder mehrere Kollegen/innen eigene Erfahrungen mit demselben Patienten gemacht hatten). Der Umgang mit dem "Geschehenlassen" in der Gruppenarbeit auf der einen Seite und dem "Ordnen" im Sinne der Klarifizierung/Deutung sowie der Begrenzung des Selbsterfahrungsanteils auf der anderen Seite richtete sich nach den in der Deutschen Balint-Gesellschaft vertretenen Prinzipien (Stucke, Schneider, Wesiack, Trenkel) als auch nach den Bedürfnissen der Gruppenteilnehmer nach freier Phantasie in der Gruppenarbeit und nach ordnenden Regeln.

Bei der Einteilung in 4 Phasen des Gruppenablaufs, die in etwa den Phaseneinteilungen von Petzold (1984) entspricht, ist auch die zeitliche Begrenzung nicht unwichtig, die bereits zur Strukturierung beiträgt. In der meist 1 1/2 -stündigen Dauer der Gruppentätigkeit haben die 4 Phasen zeitlich etwa gleichen Anteil, die 2 mittleren Phasen können gegenüber den Eckphasen allerdings mehr Raum gewinnen. Da aber der zeit-

liche Rahmen in etwa eingehalten wurde, wurde er der Gruppe zur Selbstverständlichkeit.

PHASE I

Der Bericht von einem Gruppenteilnehmer über eine Begegnung mit einem Patienten übersteigt kaum ein Viertel der Gruppenzeit. Die Zeit ist damit allerdings immer noch weiter bemessen als in der Literatur vertreten. Meines Erachtens sollte aber dem Bericht genügend Raum gegeben werden, denn sonst verliert der Vortragende oft nicht das Gefühl, daß er nicht alles gesagt habe und möchte immer wieder in den Gruppenprozeß einsteigen. Die Folge davon ist, daß der Leiter wiederholt den Vortragenden bitten muß, sich das Gruppengeschehen geduldig anzusehen. Andererseits muß auch beachtet werden, wann ein Bericht zu langatmig wird und damit sowohl für den Referenten als auch für die Gruppe belastend wird. Die oben zitierten Interventionen von Stucke (1991) sind hier wertvoll.

Kein Bericht schließt, ohne daß der Referent sein Anliegen, weshalb er den Fall in der Gruppe vorstellt, vorgebracht hat. Diese Fokussierung halte ich - im Sinne der Strukturierung und des Nutzens, den eine Gruppe aus der Arbeit zieht - für sehr hilfreich.

Am Schluß des Berichtes wird die Möglichkeit gegeben, Fragen zu stellen, wobei es sich um Sachfragen handeln sollte. Danach ist von den Gruppenteilnehmern zu erwarten, sich im weiteren Verlauf mit Fragen an den Referenten zurückzuhalten.

PHASE II

Hier entfaltet sich eine freie Diskussion, wobei ich meist frage, welchen Eindruck der Bericht des Referenten hinterlassen hat. Gefühle, Gedanken, Phantasien sollen frei geäußert werden. Dem Referenten muß es klar sein, daß es sich um persönliche Meinungsäußerungen der einzelnen Gruppenmitglieder handelt, welche er weder annehmen noch abweisen braucht. Wichtig ist es, dem Referenten beizustehen, hier eine geduldige, distanzierte Aufmerksamkeit zu entfalten. Die Rücknahme des Referenten aus der Gruppendiskussion wird von allen Autoren (s.o.) einhellig vertreten. Wenn der Referent bei der Fallvorstellung genügend Raum bekommen hat und sich sozusagen "ausgesprochen" hat, kann er sich jetzt auch besser passiv verhalten. Mehr Strukturierung sollte die Phase II mit der freien Diskussion nicht erfahren, allerdings sollte sie den zeitlichen Rahmen von etwa einem Viertel der Zeit nicht wesentlich überschreiten. Nach meiner Erfahrung wird in dieser Phase meist über die Psychodynamik des vorgestellten Patienten/-in reflektiert, zumindest bei Ärzten, die sich für Psychotherapie interessieren oder diese ausüben. Am Ende der Phase können die Voten, die sich in Richtung Psychodynamik des Falles aussprechen, zusammengefaßt werden. Wenn man weitergehen will - abhängig vom Stand der Gruppenteilnehmer und vom Fortschritt der Gruppe - können diese Voten charakterisiert und in einem weiteren Schritt das Gruppengeschehen gedeutet werden bezüglich Widerstände, Übertragungs- und Gegenübertragungspänomenen.

Eigentlich ist allein schon ein "Prisma" der verschiedenen Voten hinsichtlich der Psychodynamik wertvoll für den Referenten in Richtung Erweiterung seiner Erkenntnisse über den Fall und der Arzt-Patient-Interaktion. Dies würde die Auffassungen von Drees (1995) berühren, ohne die Technik der Balintgruppen-Leitung zu verändern. Widersprüchliches Erleben und "Parteienbildung" in der Gruppe müßte vom Gruppenleiter im Sinne eines verstehenden Ganzen interpretiert werden (König, 1999).

Eine Stellungnahme des Referenten nach dieser Phase sollte erfolgen, um ihm durch das anempfohlene Schweigen nicht zuviel aufzubürden. Vielleicht hat ihn etwas berührt, wobei das Aussprechen ihm Erleichterung verschaffen könnte.

Es kann auch sein, daß sich die Gruppe nicht mit der Psychodynamik des Falles befaßt, sondern schon gleich auf die Beziehung Arzt-Patient eingeht, wobei dann die Phase II und Phase III zusammenfallen würden. Die Gruppe kann sich aber auch in einem "Nebenthema" aufhalten. Dies kann als solches vom Leiter dann so benannt werden, charakterisiert werden und in Beziehung zum Fall gesetzt werden. Als ein "Nebenthema" können institutionelle Konflikte auftauchen, die eine Unterbrechung der Balint-Arbeit und Bearbeitung erforderlich machen (Körner, 1995). Die zeitliche Begrenzung dieser Phase II sollte aber - wie oben angegeben - trotzdem eingehalten werden. So kann möglicherweise auch offener in der Phase III über die Beziehungsproblematik gesprochen werden, und das "Nebenthema" hat nicht immer Vehemenz, durchzubrechen.

PHASE III

In dieser Phase wird der Beziehungsaspekt zentriert. Wiederum werden die Gruppenteilnehmer ermuntert, Gefühle, Gedanken und Phantasien frei zu äußern.

Nach wie vor ist die Zurückhaltung des Referenten geboten ebenso wie seine Unterstützung durch den Gruppenleiter.

Auch wenn die zeitliche Einteilung der Viertelung sich als günstig erwiesen hat, kann dieser Phase als Hauptphase der Balintgruppen-Arbeit fallweise mehr Raum gegeben werden. Auch hier wird der Gruppenleiter die Phase abschließen mit einer Zusammenfassung, Charakterisierung und evtl. Deutung. In dieser Phase wird sich die Deutung mehr auf das Gruppengeschehen konzentrieren. Im Sinne eines "Prismas" (Loch, 1975, Drees, 1995) genügen aber auch schon die verschiedenen Voten, die von den Gruppenmitgliedern geäußert wurden und eine Zusammenfassung und Charakterisierung durch den Leiter. Hier werden - gerade auch durch ein prismatisches "Auseinanderdriften" der Voten - mehrere Facetten angesprochen, die eine Erweiterung im Bewußtsein des Referenten bedeuten. Festgefahrene Beziehungen erfahren in der Vorstellungswelt des Referenten oftmals schon durch ein einziges Votum eine Lockerung. Durch die verschiedenen Aspekte bekommt er Interesse mit dem Patienten/-in weiterzuarbeiten, sieht den weiteren Weg, den er mit dem Patienten gehen könnte, besser, kann die Zielrichtung besser formulieren. Oftmals wird beim Referenten ein Prozeß angestoßen, der über die Balintgruppenzeit hinausgeht und erst in den weiteren

Balintgruppen-Sitzungen für die Gruppenteilnehmer sichtbar wird (Rosin, 1985). Der Prozeß in einer Balint-Gruppe entwickelt sich somit offener als dies in einer psychoanalytischen Gruppe der Fall ist, woraus sich Methoden-Toleranz der Balintgruppen-Arbeit - obwohl psychoanalytischen Ursprungs - ergibt.

Auch nach dieser Phase III sollte der Referent Gelegenheit haben, sich zu den Voten zu äußern.

PHASE IV

Anschließend an seinen Bericht am Anfang der Sitzung hatte der Referent sein Anliegen formuliert, warum er den Fall in der Gruppe vorträgt. Auf dieses Anliegen wird in dieser Phase IV fokussiert. Sein Anliegen kann beinhalten, daß er in der Therapie nicht mehr weiterweiß, oder daß ihn die Begegnung mit dem Patienten belastet, zu starke Affekte in jeder Richtung auftreten und vieles mehr. Auf jeden Fall sollte schon zu Beginn der Gruppendiskussion formuliert sein, welches Problem der Referent in der Arzt-Patient-Beziehung sieht, um fokussiert arbeiten zu können. In dieser letzten Phase wird das Anliegen nun ausdrücklich zentriert, und auch hier werden wieder Gefühle, Gedanken, Phantasien aktiviert, um dem Problem sinnlich-kognitiv aber auch in Eröffnung unbewußter Vorgänge nahe zu kommen. In dieser letzten Phase nun aber auf dem Hintergrund der Erfahrung in der freien Diskussion Phase II und in der Behandlung des Beziehungsaspektes Phase III. Auch prognostische Aspekte sollten angesprochen werden (Wie könnte es weitergehen?). Wiederum muß der Referent Zurückhaltung üben, sich die Voten der Gruppenteilnehmer anhören. Der Hinweis, daß das Entscheidende erst nach der Gruppensitzung geschieht, ein Erkenntnisprozeß sich anschließt, mag dem Referenten dabei helfen. Auf jeden Fall müssen die Voten in ihrer Gewichtung und Verwertbarkeit offen gehalten werden, damit keine Empfehlungen den Referenten leiten, und damit das "Prisma" an Aspekten und Möglichkeiten nicht verdeckt wird.

Das Schlußwort sollte der Referent haben. Man kann ihn auffordern sich zu äußern, wie es ihm nach der Gruppenstunde geht und vielleicht auch schon, was ihm wichtig vorkam in der Gruppensitzung und ob sich das Bild, das er vom Patienten und der Beziehung, die er zu ihm hat, gewandelt hat.

So erscheint der Gruppenprozeß abgerundet mit einem verwertbaren Ergebnis und doch offen mit Möglichkeiten, im Nachhinein noch andere vorgebrachte Aspekte zu verwerten. Durch diese Strukturierung können zu starke Selbsterfahrungsanteile zurückgedrängt werden ohne größere Einengung, und eventuelle institutionell bedingte Schwierigkeiten können klein gehalten werden. In Institutionen und Ausbildungssituationen ist ggf. darauf hinzuweisen, daß nicht zur Klärung der Arzt-Patienten-Beziehung gehörende Themen je nachdem in der Fallbesprechung der jeweiligen Station oder in der Supervision der Station bzw. Abteilung zu behandeln sind. Auch diese Abgrenzung zur Balintgruppen-Arbeit erscheint notwendig, um mit institutionellen Problemen fertig zu werden. Die Grundsätze der Balintgruppen-Arbeit können damit durchaus gewahrt bleiben.

Kasuistik

Eine Balintgruppen-Sitzung in einer psychiatrischen Klinik

Es handelt sich um eine fortlaufende offene Gruppe, die sich das ganze Jahr über 14-tägig jeweils für 2 Sitzungen trifft und sich aus psychiatrischen sowie kinder- und jugendpsychiatrischen Assistenzärztinnen und -ärzte zusammensetzt.

In diese Gruppensitzung kommen diesmal nur fünf Kolleginnen und Kollegen, wobei sich drei schon Balintgruppen-Erfahrene und zwei "neue" ohne Gruppenerfahrung treffen. Die Gruppenteilnehmer kennen sich, eine Vorstellung ist nicht notwendig.

PHASE I

Ein Fall kommt heute aus der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik.

Bericht der Referentin: Es gehe ihr hauptsächlich um die Mutter eines 9-jährigen Mädchens, das seit etwa 2 Wochen stationär in der Klinik sei. Die Eltern des Kindes hätten sich scheiden lassen, als das Kind 2 Monate alt gewesen sei. Mutter und Tochter würden zusammen wohnen in einem "düsteren Loch". Wegen Verhaltensauffälligkeiten sei das Mädchen aus einer heilpädagogischen Stätte in die Klinik eingewiesen worden. Das 9-jährige Kind zeige hauptsächlich sexuelle Verhaltensauffälligkeiten, würde sich den betreuenden Zivildienstleistenden anbiehern, zeige sich hyperkinetisch. In der letzten Zeit sei in der heilpädagogischen Stätte ein Leistungsabfall festgestellt worden. Welchen Hintergrund diese neu aufgetretenen Auffälligkeiten hätten, sei bisher noch unklar. Es sei ihr aufgefallen, dass die Mutter und das Kind keine Beziehung zueinander hätten.

Wie die Referentin weiter berichtet, lägen die Schwierigkeiten im Umgang mit der Mutter, die überhaupt nicht ehrlich sei, lüge, es sei kein richtiges Herankommen an die Mutter. Man habe den Eindruck, die Mutter würde sich bei jeder Aussage fragen, wie diese gegen sie verwendet werden könnte. Es sei bekannt, dass sie Umgang mit jungen Männern pflege. Die Tochter würde sie wohl imitieren.

Fragen der Gruppenteilnehmer, ob Großeltern in der Umgebung des Kindes seien, was verneint wird, dann wie die Referentin mit dem Kind spreche: Das Kind habe eine Sprachstörung, würde wirt daherreden. Schließlich die Frage, wie das Kind ursprünglich in die Tagesstätte gekommen sei, was unklar bleibt.

In Phase I hat die Referentin die Möglichkeit, ohne Unterbrechung ihr Anliegen vorzubringen. Die Frage der Referentin an die Gruppe ist, was steckt hinter den Schwierigkeiten des Umgangs mit der Mutter und wie kann man ihr begegnen. Diese Frage steht von vornherein im Raume, wird aber am Schluß des Berichtes der Referentin trotzdem noch einmal formuliert. Der Bericht ist nicht allzu lange. Die psychiatrischen Kollegen sind etwas irritiert, dass es um die Mutter geht, erkundigen sich über das Kind und den Umgang mit dem Kind.

PHASE II

Nach der Rücknahme der Referentin und der Aufforderung an die Gruppe wie oben angegeben Eindruck, Gedanken, Gefühle, Phantasien wiederzugeben - kommen die Voten ziemlich spontan hintereinander (die einzelnen Gruppenmitglieder werden mit A, B, C, D bezeichnet):

- A: Er habe eine Wut auf die Mutter, dass sie das Kind so verwahrlosen würde. Ihr Verhalten sei wohl eine Abwehrhaltung, sie wolle etwas verdecken. Sie scheine ihm eine paranoide Persönlichkeit zu sein. Man müsste ihr das Gespräch als Hilfsangebot anbieten und ihr klarmachen, dass es sich nicht um eine Einmischung handle.
- B: Hat eine Frage an den Referenten (die zurückgestellt wird).
- C: Auch sie spüre eine Wut auf die Mutter, meine aber "verstandesmäßig", dass diese wohl einfach strukturiert sei und massiv verunsichert sei.
- D: Die Mutter habe sehr negative Erfahrungen, habe kein Zutrauen zu den Ärzten. In der Referentin werde Ärger gespürt, Fremdheit gegen die Mutter, hier würde es sich um eine ganz "andere Spezies" handeln, es sei eine "soziale Frage".
- B: (Wird aufgefordert, zu dem Eindruck der Mutter etwas zu sagen, nachdem er sich nach Zurückweisung seiner Frage bedeckt hält). Er meint, dass es sich um eine "relativ normale Reaktion" der Mutter handle, die ihr Kind in die Obhut einer Klinik gibt. Sie müsste sich am besten darstellen, gerade in der Kinder- und Jugendpsychiatrie müssten die Eltern ein "bestes Bild" abgeben.
- C: Das Verhalten der Mutter zeige Überforderung.
- D: Über Mutter und Kind hätte man wenig gehört. Die Mutter würde wohl so wohnen, als ob überhaupt kein Kind bei ihr sei. (D. wird zu weiterer Phantasie angeregt): Die Tochter habe wohl die Pläne der Mutter durchkreuzt. Vielleicht habe sie die Schwangerschaft überhaupt schon weggewünscht. Alles klebe noch an der Mutter und beeinträchtige das Verhältnis zur Tochter.
- C: Die Tochter habe für die Mutter wohl gar nicht existiert, zumindest habe sie sie irgendwie ausgeblendet. Sie bliebe ihr fremd.
- A: Die Mutter habe wohl gar nicht gelernt Beziehungen aufzunehmen. Das Verhältnis zur Tochter habe ihr Schuldgefühle verursacht, die sie nun nicht zugeben könne, wohl verdecken müsse.
- D: Sie wolle wohl mit dem jüngeren Freund einen "Rückgriff" machen, um noch mal von vorne anzufangen.

In Phase II wird zunächst spontan die Wut auf die Mutter formuliert, von weiblicher Seite kommt jedoch schon Verständnis für die Mutter, die in ihrer einfachen Strukturiertheit durch die ganze Prozedur massiv verunsichert gesehen wird. Schließlich löst sich die Verquertheit auf in eine "normale Reaktion einer Mutter", die der Klinik gegenübersteht. Diese Zusammenfassung wird vom Leiter der Gruppe gegeben. Gleich am Anfang steht ein Ratschlag für das Verhalten der Mutter gegenüber, was aber solitär bleibt und im weiteren Verlauf keine weitere Bedeutung gewinnt. Auch der Eindruck über das Verhalten der Referentin gegenüber der Mutter wird einmal beleuchtet, auf Intervention des Leiters wird aber zentriert auf die Mutter und deren Verhältnis zur Tochter, dem die Gruppe auch folgt.

PHASE III

Wie sieht die Gruppe die Referentin in der Beziehung mit der Mutter?

- A: Die Referentin komme ihm vor wie ein verlängerter Arm des Jugendamtes, so habe die Referentin sich auch selbst bezeichnet. Sie würde der Mutter offener begegnen, wenn dahinter nicht der Auftrag des Jugendamtes stünde. Die Kollegin müsse Argumente sammeln für das Heim.
- D: In der Erwachsenenpsychiatrie habe man es auch mit Lügen zu tun, man müsse Geduld bis Vertrauen aufbringen. Es handle sich ja auch um gar keine Patientin. Die Fronten müssten von Anfang an geklärt werden.
- B: In der Jugendpsychiatrie sei man Anwalt des Kindes, man müsse das Kind schützen.
- C: Man habe eigentlich immer Aggressionen gegenüber der Mutter, weil man meine, sie sei die Krankmachende. Hier sei man schon "vorprogrammiert".
- C: Die Aggressionen würden sich gegen die Mutter verstärken, weil die Mutter gar nicht sehe, worum es sich eigentlich handle.
- D: Alles würde so kompliziert, weil die Referentin und das Kind sich sprachlich nicht richtig verständigen könnten. Da sei man mehr auf die Mutter angewiesen. Das sei anders als sonst, wo man mehr von dem Kind erfahre. Die Lügen der Mutter seien keine Lügen, sondern müssten als Abwehr verstanden werden.
- B: (Er wird vom Leiter angesprochen, da er sich zurückhaltend verhält. B's Gedanken sind noch bei der Mutter. Er kann sich noch nicht auf die Referentin einlassen): Er wisse nicht, wieweit die Mutter durchblicke. Sie habe wohl Angst, die Tochter weggenommen zu bekommen. Sie steigere sich in das Problem hinein, wehre ab, wolle das Beste zeigen, bewirke das Gegenteil. Vielleicht meine sie es gar nicht so übel.

(Nachdem eine Pause entsteht, wird die Referentin hineingenommen und zu ihrem Erleben des bisherigen Gruppenverlaufs gefragt): Eigentlich habe sie mit der Mutter gar keinen Auftrag. Es sei geplant gewesen, sie nicht viel zu fragen. Ursprünglich habe man mit dem Kind mehr Hoffnung gehabt. Dann habe sie geärgert, dass die Mutter nicht gemerkt habe, dass man ihr nichts wolle. Bei der Mutter merke man keine Ambivalenz. Sie sage und handle. Eigentlich hätte sie sich entschlossen, mit der Mutter sich nur nett zu unterhalten, damit sie nicht so viel Lügen verbreiten könne. Jetzt ärgere sie sich aber, dass sie nicht in Kontakt mit der Mutter komme, hier sei es wie vor einer Mauer. Da sie mit der Mutter genauso wie mit der Patientin umgehen solle, komme sie in einen "Loyalitätskonflikt".

(Die Gruppe wird aufgefordert, über ihr Erleben dieses Nachtrags der Referentin zu berichten).

- B: Meint, dass er den Eindruck habe, eigentlich die Mutter verteidigen zu müssen. Sie sei doch einfach strukturiert, man müsse nicht alles auf die Goldwaage legen. Sie mache halt einfach Fehler.
- C: Es sei die Frage, wie das alles bei der Frau angekommen sei. Man könne sich vorstellen, dass sie sich sehr hilflos vorgekommen sei.
- A: Man könne doch ihre Halbwahrheiten thematisieren, man brauche sich davor gar nicht erschrecken, man brauche sich nicht verstecken.

(Nachdem A wiederum mit einem Ratschlag vorgreift, wird er aufgefordert, sich noch einmal den Bericht der Referentin vorzuzuh-

ten). A meint, man könne halt nicht jede Nuss knacken. Er geht dann nicht weiter auf den Vorschlag des Leiters ein und gibt weitere Empfehlungen, wie man es hätte machen können.

- D: Nach dem Nachtrag wirke der Bericht der Mutter noch sinnloser. Es sei ein großes Thema, was eigentlich alles auf die Mutter wirke.

Spontan greift die Referentin ein: "Von mir kam keine Offenheit, keine Konfrontation, ich habe dies alles vermieden, da Andere ja auch nicht rangegangen sind, ich bin einfach den einfacheren Weg gegangen. Aus Briefen von Vortherapeuten habe ich erfahren, dass die Mutter aggressiv geworden sei. Ich wollte nicht so kratzen und bin daher eine unehrliche Schiene gelaufen".

- A: Man hätte Raum schaffen müssen für die Mutter. Die Mutter habe wohl Angst vor Strafen, man hätte ihr vermitteln müssen, dass keine Strafe auf sie warte.

D: Die Mutter wolle sich nur verteidigen. In ihrer Schlichtheit seien ihr für andere Verhaltensweisen Grenzen gesetzt.

- B: Letztlich sei es ihr darum gegangen, dass ihr Kind ja weggenommen werde.

(Da die Referentin unruhig wird, wird sie noch einmal gefragt nach ihrem Befinden). Sie meint, dass sie sich selber gewandelt habe. Sie habe unter ziemlichen Druck gestanden, da die Mutter gefragt habe, ob sie bei ihr weiter Gespräche haben könne. Eigentlich habe sie keine Lust gehabt, sei erstaunt gewesen, dass die Mutter das wollte. Jetzt habe sie mehr Verständnis für die Mutter und habe mehr Interesse mit der Mutter weiter zu sprechen.

Phase III gestaltete sich etwas länger als die Phase II und zeigte sich unstrukturierter. (Üblicherweise drängen die Gruppenmitglieder in der Phase II darauf, über die Psychodynamik der Patienten bzw. dem dem Arzt Begegnenden - in dem Fall der Mutter der Patientin - nachzudenken und Phantasien zu entwickeln). Es fiel in Phase III etwas schwerer, über den Beziehungsaspekt, also auch den Anteil der Referentin, nachzudenken und zu phantasieren.

Nachdem in Phase II eine Pause eingetreten war, hatte ich wohl zu früh die Referentin wieder hereingenommen und die Phase II abgeschlossen. In Phase III zeigte sich nun, dass die Gedanken und Gefühle immer noch sehr an der Mutter haften und dass immer wieder der psychodynamische Aspekt des Verhaltens der Mutter aufgegriffen und damit die Referentin und der Beziehungsaspekt umgangen wurden. Es wäre besser gewesen, bei dem Prinzip zu bleiben, jeder Phase auch zeitlich gleichberechtigten Raum zu geben, in diesem Fall vielleicht auch das Schweigen erst einmal durchzuhalten.

Hartnäckig hatte sich A bei Ratschlägen aufgehalten, von dem ich ihn abbringen wollte, aber es ist mir nicht gelungen. Jedoch hatte sich die Gruppe auf ihn nicht weiter eingelassen (wohl wegen der Bindung an die Phasen-Thematik).

Nachdem die Gruppe mehr oder weniger ein Vermeidungsverhalten gegenüber dem Beziehungsaspekt gezeigt hatte, platzte die Referentin in den Gruppenprozess und offenbarte nun den eigentlichen Grund, warum ihr der Umgang mit der Mutter der Patientin so schwierig wurde. Sie hatte aus Briefen von Vortherapeuten gelesen, dass die Mutter im Gespräch aggressiv geworden sei. Dies wollte sie vermeiden und hat dann eine "unehrliche Schiene" eingeschlagen. Nachdem sich

die Gruppe mehr mit der Mutter beschäftigte und Verständnis für die Mutter aufbrachte, diese mehr oder weniger als "einfach strukturiert und Fehler machend" oder gar als "hilflos" betrachtete, konnte die Referentin ihre Ängste vor Aggression ablegen und sich frei bekennen in einer Art "Katharsis".

In diesem Fall wäre es falsch gewesen, die Regeln des "Heraushaltens" des Referenten stur einzuhalten. Hier hatte sich während des Gruppenprozesses bei der Referentin etwas gelöst, was Raum haben musste.

PHASE IV

Die Frage der Referentin an die Gruppe war, was steckt hinter den Schwierigkeiten im Umgang mit der Mutter und wie könnte und sollte man den Umgang gestalten.

Nachdem sich der Knoten bei der Referentin gelöst hatte, konnte sie auch selber einiges schon dazu sagen, es drängte sie auch dazu, so dass ihr im ersten Abschnitt von Phase IV dafür Raum gegeben wurde und sie erst im zweiten Abschnitt gefragt wurde, ob sie sich jetzt bis zum Schluss noch abstinert von Interventionen verhalten könnte.

Auf die Leiterintervention, dass sie bei der Mutter ganz gut angekommen sei, da diese ja weitere Gespräche mit ihr wolle, meinte die Referentin, dass sie ihr auch "nichts getan habe".

D: Er müsse die Mutter einfach ernst nehmen. Es sei ja interessant, dass die Referentin misstrauisch geworden sei.

Daraufhin interveniert die Referentin, dass sie eine Kurskorrektur versucht habe, vom Lügen zu mehr Ehrlichkeit zu kommen.

A: Vielleicht gehe die Mutter jetzt von sich aus auf "Schmusekurs".

Darauf die Referentin: Die Mutter sei erstaunlich offen gewesen, als sie von sich erzählt habe und zwar von ihrer beruflichen Tätigkeit. Der neuralgische Punkt sei die Tochter.

(Leiterintervention: Dass die Mutter vielleicht noch nicht so offen über die Tochter erzählen kann, dass das Tempo vielleicht zu schnell sei. Die Referentin wird - wie oben erwähnt - wieder aus der Gruppe "herausgenommen").

C fragt, wo überhaupt der Anwalt der Mutter sei? Vielleicht könnte man erst mit der Mutter reden, dann wieder mit dem Kind.

A: Es sei ja auch eine Chance für die Mutter, Initiative zu ergreifen. Man müsse ihr eine bestimmte Anzahl von Stunden anbieten und auch den Raum signalisieren, in dem keiner den sozial-normativen Finger erheben würde.

D: Es hätten ja auch Erwartungen an die Geschwindigkeit, etwas zu erreichen bestanden. Dies müsste korrigiert werden, neu bewertet werden. Der Anfang sei jetzt aber gemacht.

B: Es wäre interessant, wenn die Mutter nach der Heimunterbringung des Kindes trotzdem noch an Gesprächen interessiert sei.

C: Man könne sich ja eigentlich nicht aus der Verantwortung der Mutter gegenüber ziehen. Man müsse sich ihr als Hilfsperson zur Verfügung stellen.

Abschließend wird vom Leiter offengelassen, ob die Gespräche mit der Mutter weitergehen oder nicht, auf die einzelnen Voten der Gruppenmitglieder wird nicht eingegangen, es wird hingewiesen,

dass die Entscheidung bei der Referentin liegt, dass sie aber doch für ihre Entscheidung einige Hilfen während der Sitzung bekommen habe. Die Referentin meint, dass es ihr jetzt weit besser gehe, dass sie sich der Mutter gegenüber freier fühle, dass sie spontan noch keine Entscheidung treffen möchte, wie es weitergehe, dass sie aber den Dingen gelassener entgegen sehe.

Nachdem für die Referentin ein wichtiger Hintergrund für die Schwierigkeiten mit der Mutter zu reden offenbar wurde, berichten die Gruppenmitglieder ihre Vorstellungen, wie es weitergehen könne. A ist weiterhin in seinem Element mit guten Ratschlägen, seine Vorstellungen erscheinen in dieser Phase jedoch recht hilfreich, indem er auf Raum und Zeit der zukünftigen Gespräche mit der Mutter hinweist. Die positive Einstellung der Gruppenmitglieder zu den weiteren Gesprächen ermuntert die Referentin, sich zu erinnern, dass sie doch in einen guten Kontakt mit der Mutter kam und kann die Schwierigkeiten auf einen "neuralgischen Punkt" einengen. Die Mutter wird zu einem wichtigen Glied im therapeutischen Prozess, gewinnt wesentlich an Bedeutung bezügl. ihrer eigenen Not und bezügl. des ärztlichen Verantwortungsgefühls ihr gegenüber. Die Endphase der Gruppensitzung ist von Interesse, ja direkt von Lust geprägt, sich mit der Mutter weiter zu beschäftigen.

Resümee

Die Gruppensitzung gestaltete sich relativ lebhaft. Sie war ausnahmsweise nicht unterbrochen worden von eigenen Berichten über Begegnungen mit der Patientin, was meistens in dieser Klinik-Situation der Fall ist. Trotzdem war es schwer, sich auf den Beziehungsaspekt Ärztin/Mutter der Patientin einzulassen. Möglicherweise lag dies an der "Mauer", die die Referentin der Mutter des Kindes gegenüber selber aufgebaut hatte - dies aber auf die Mutter projizierte - aus Angst vor Aggressionen. Nachdem die Gruppe sich eingehend mit der Mutter beschäftigt hatte und sie eher als harmlos und natürlich reagierend empfand, konnte die Referentin die "Mauer" einreißen, also ihre Angst vor Aggressionen (auch die der Gruppe) ablegen.

Vom Leiterverhalten ergab sich hier besonders das Spannungsfeld zwischen Strukturieren und Gewähren. Durch die Einhaltung der Phasen-Folge wie oben beschrieben engte sich der Selbst-erfahrungsanteil von selbst ein, die Frage der biographischen Aspekte hatte sich gar nicht gestellt. Die notorischen Hinweise und Ratschläge eines Gruppenmitgliedes hatten die Gruppe nicht infiziert, die Gruppe konnte sich an das Thema der jeweiligen Phase halten. Das Festhalten der Gruppe an der Thematik der Phase II in der bereits darauffolgenden Phase III hatte gruppenspezifische Hintergründe, die vom Bericht der Referentin ausgelöst wurden, was dann im weiteren Gruppenprozess offenbar wurde und auch benannt werden konnte. Schließlich ergab auch die Phase IV noch einige wichtige Erkenntnisse, wobei die positiv gestimmte Atmosphäre in der Gruppe förderlich war. Während des Gruppenprozesses kippte die Stimmung von Wut, Ärger und Ablehnung zu Interesse, Gelöstheit, Offenheit. Vom Leiterverhalten war Einhaltung des Phasenablaufs gefordert, wo-

bei sich ein frühzeitiger Abbruch (zu früher Übergang von Phase II zu III) als problematisch erwies, auf der anderen Seite aber auch die Durchbrechung einer Regel (“Hereinplatzen” der Referentin) sich als nützlich erwies.

Das Leiterverhalten bestand außer der Zentrierung auf die Thematik in der jeweiligen Phase in Anregung zur Eindruckschilderung und Phantasietätigkeit, Aufmunterung der neuen Mitglieder in der Gruppe und in Zusammenfassung und Charakterisierung. Durch Themenzentrierung in den Phasen und “Hereinnahme” der Referentin nach jeder Phase wurde ein eigenständiger Gruppenprozess immer wieder unterbrochen. Deutungsarbeit blieb daher auch im Hintergrund.

Der “Fall” hatte bei der Gruppe zunächst Aggressionen ausgelöst, diese verschwanden aber im Lauf der Sitzung, wurden durch “Verständnis”, “Normalität”, auch durch gute Ratschläge verdeckt. Das widerspiegelte die Begegnung der Ärztin mit der Mutter der Patientin: Durch ärztliche Mitteilungen stand die Aggression der Mutter im Raume, die in der Begegnung vermieden werden sollte: Beide Parteien bauten eine “Mauer” (Wort d. Referentin) auf und ergingen sich in für die Referentin lügenhaften Aussagen, so dass ein Gespräch über den “neuralgischen Punkt” (auf den die Referentin schließlich das Problem zentrieren konnte) nicht möglich war. Dies wurde ohne Deutungsarbeit offenbar, wobei m.E. der Wechsel zwischen Strukturieren (in oben angegeb. Sinne) und Gewähren (s. König, 1999) die Problematik oder zumindest diesen wichtigen Aspekt der Problematik zu Tage förderte. Für die weitere Arzt-Pat.-Beziehung bzw. Arzt/Mutter d. Pat.-Beziehung war eine Art “Katharsis” eingetreten, die der Referentin half, freier und interessierter in dieser Begegnung zu sein.

Priv. Doz. Dr. Ernst Holzbach

Leitd. Arzt der Psychiatr. Abt. des St. Josef-Hospitals
Akad. Lehrkrhs. der Univers. Essen
Mülheimer Str. 83 • 46045 Oberhausen

Literaturverzeichnis

- 1) Argelander H: Balint-Gruppen. In: Heigl-Evers A (Hrsg.): Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Band 8, München, Zürich, Kindler, 1980
- 2) Balint M: Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Stuttgart, Klett, 1965
- 3) Drees A: Freie Phantasien in der Psychotherapie und in Balint-Gruppen. Göttingen, Zürich, Vandenhoeck und Ruprecht, 1995
- 4) Eicke D: Zur Frage der Gruppenleitung von Balint-Gruppen, in: Luban-Plozza B, Dickhaut H H (Hrsg.): Praxis der Balint-Gruppen., Berlin, Heidelberg, New York, Tokio, Springer, 1984
- 5) Furrer W L: Arzt-Patient-Beziehung und Balint-Gruppenarbeit. Gruppenpsychotherapie u. Gruppendynamik 1979, 14: 219 - 227
- 6) Knöpfel H K: Erfahrungen eines Balint-Gruppenleiters. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 1979, 14: 205 - 218
- 7) König W: Balintgruppenleitung im Spannungsfeld von Strukturieren und Gewähren. Vortrag auf der 25. Balintstudentagung Hahnenklee/Harz 13.-28. Februar 1999
- 8) Körner I: Balint-Gruppe. In: Mertens W: Schlüsselbegriffe der Psychoanalyse, Stuttgart, Int. Psychoanalyse, 1995
- 9) Loch W: Die Balint-Gruppe - Möglichkeiten zum kontrollierten Erwerb psychosomatischen Verständnisses. In: ders., Über Begriffe und Methoden der Psychoanalyse. Bern, Huber, 1975
- 10) Luban-Plozza B, Dickhaut H H. (Hrsg.): Praxis der Balint-Gruppen., Heidelberg, Berlin, New York, Tokio, Springer, 1984
- 11) Petri H: Zur Theorie und Praxis der Balint-Gruppenarbeit mit Klinikärzten. Medizinische Welt 1982, 44,3 - 7
- 12) Petzold E: Zur Einführung in die Balint-Gruppen-Arbeit in: Luban-Plozza B (Hrsg.): Klinische Wege zur Balint-Gruppen-Arbeit, Heft Nr. 8, S. Fischer Verlag, Frankfurt/M, 1984
- 13) Rappe-Giesecke K: Spiegelungsphänomene aus kommunikationswissenschaftlicher Sicht. Die Balint-Gruppe in Klinik und Praxis, Band 4, Seite 78 - 102, Berlin, Heidelberg, Springer, 1989
- 14) Rosin U: Lernbarrieren und Widerstände in der Balint-Gruppenarbeit mit Psychiatern. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, 1980, 16: 360 - 382
- 15) Rosin U, Körner K: Psychoanalyt. Technik bei Balint-Gruppen. In: Hau Th T, Wyatt F (Hrsg.): Therapeut. Anwendungen der Psychoanalyse. Göttingen, Vandenhoeck und Ruprecht, 1985
- 16) Roth J K: Hilfe für Helfer: Balint-Gruppen. München, Zürich, Piper, 1984
- 17) Sedlak F, Gerber G: Beziehung als Therapie, Therapie als Beziehung. Michael Balint's Beitrag zur heilenden Begegnung. München, Basel, Ernst Reinhardt, 1992
- 18) Stucke W: Die Balint-Gruppe. Köln, Deutscher Ärzteverlag, 1990
- 19) Stucke W: Die Leitung von Balint-Gruppen. Köln, Deutscher Ärzteverlag, 1991

Phase I	Phase II	Phase III	Phase IV
Fallvorstellung	Freie Diskussion	Beziehung A/P	Anliegen
Freier Bericht	Eindruck, Gefühle, Gedanken, Phantasien		Fokussierung
- Begrenzung - Anliegen - Nachfragen	Psychodynamik Fall resp. Nebenthema - Zusammenfassung - Charakterisierung/Deutung - Stellungnahmen Referent	Gruppengeschehen	- Prognose - Offenhalten der Voten - Schlußwort Referent