

Martin Schimkus, Nürnberg

Kollegiale Beratung – Intervision: Psychoanalytisch fundierte Begleitung beruflicher Praxis

Die Kollegiale Beratung nach dem ‚Heilsbronner Modell‘ ist die Anwendung von Balintgruppen der Fachärzteausbildung für die Ausbildung und berufliche Praxis im sozialpädagogischen Feld. Das Modell wurde von Gerhard Spangler als Kollegiale Beratung auch ohne festen Leiter entwickelt, dieser Leiter wird durch einen ad hoc gewählten „timekeeper“ und „Regelmanager“ ersetzt und diese Rolle kann so nach einer entsprechenden Einweisung von jedem Gruppenmitglied übernommen werden. Hier werden in dem damals vor 30 Jahren ganz neuen Format Beratungselemente und Therapieelemente in die Bildungs- und Beratungsarbeit mit demokratischem, kollegialen Anspruch hineinragen. (1)

Die Effekte sind - nach den inzwischen vorliegenden Evaluationsergebnissen- durchweg positiv: Die fallgebenden Teilnehmer fühlen sich ernst genommen, da ihnen konzentriert zugehört wird und sie ihr Problem erst einmal unwidersprochen schildern können. Kollegen können ihre Sachkompetenz als Berater (endlich einmal?) einbringen. Der „timekeeper“ kann, aus dem Team heraus jeweils neu bestimmt, (vielleicht erstmals?) Leitungsfunktion übernehmen. Dieser Rollentausch fördert Gruppen-Kohäsion, Konzentration und Kreativität. Es geht nach 10 Jahren um eine damals erfolgreich implementierte, praxisorientierte Zusammenschau von Erwachsenenbildung, Beratung und Therapie. (2)

Der folgende Beitrag kommt aus der Sichtweise eines Erwachsenenpädagogen und praktizierenden Einzel- und Gruppen- Psychoanalytikers mit Lehrerfahrung in der Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten und in der Weiterbildung von Fachärzten für Psychosomatik und Psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie und Zusatztitel Psychotherapie an verschiedenen Ausbildungsinstituten.

Der Beitrag entsteht aus einem Vortrag am Institut für Kollegiale Beratung e. V. anlässlich der Fachtagung „Perspektiven entwickeln und Qualität sichern“ am 27.6.18 in Heilsbronn, zum 10 jährigen Jubiläum des Instituts für kollegiale Beratung e.V. .

Die erste Perspektive,

um die es mir hier geht, ist eine historische, sie führt zurück auf Michael Balint und den Kontext, aus dem er seine erfolgreiche Methode der „Balintgruppe“ in der Ausbildung für Ärzte als die Personen entwickelt hat, die mit ihrem Tun Heilungsprozesse erheblich mit

bewirken können und sollen. Er sprach in den 50er Jahren von der „Droge Arzt“, die verabreicht werden solle. (3)

Die zweite Perspektive

wendet sich den Implikationen der Schulung der Ärzte in den Balintgruppen zu: Wie werden die Ärzte zur „Droge Arzt“ geschult, gewiss mit einer neuen Methode – der Balint-Gruppenmethode-, aber auch mit einer sogenannten und inzwischen viel beforschten „Haltung des Arztes dem Patienten gegenüber“, die die Heilung mitbefördern soll. (4) Hier erweisen sich die Einstellungen Balints und seiner gruppentherapeutischen Kollegen aus dem Tavistock Institut in London wie Foulkes, Bion und Elias als sehr modern (5) und dienten als Grundlage der heutigen, aktuell vorherrschenden Strömung der interaktionellen und mentalisierungsbasierten Psychotherapie, die auch in London durch Fonagy erstmals formuliert wurde. (6)

Die dritte Perspektive wendet sich der Praxis der Balintgruppenarbeit am Beispiel der Ausbildung und Weiterbildung von Psychologen und Ärzten am Psychodynamischen Institut in Nürnberg zu und versucht für das 'Heilsbronner Modell' eine Anregung für die Qualitätssicherung zu geben.

Zur ersten, historischen Perspektive

Zunächst war für Freud die Psychoanalyse eine wissenschaftliche Methode, der Patient sollte „durchsichtig“ werden im Sinne seiner eigenen Theorie. Der Patient konnte dann durch Deutungen aufgeklärt werden.

Das war sein Stand von 1906, dem Jahr, als er C. G. Jung kennenlernte. Bei Freud taucht der Begriff der Gegenübertragung erstmals 1909 in einem Antwortbrief an C.G. Jung im Zusammenhang mit dessen Verhältnis zu Sabina Spielrein auf.“ (7)

In dem Briefwechsel mit C. G. Jung entwickelte Freud den Begriff der ursprünglich als hinderlich empfundenen (damals erotischen) Gegenübertragung als innerpsychische Reaktion des Therapeuten auf den Patienten. Als störend sollte sie durch bewusst sachlich professionelle Haltung kontrolliert werden. Dies war jedoch der Einstieg in eine systematische Reflexion der Rolle des Arztes in der Psychotherapie über die konventionelle Psychiater- Patienten- Beziehung der Jahrhundertwende hinaus. („*Wenn ich den Patienten nicht verstehe, ist er verrückt*“)

Die Beziehung zwischen Arzt und Patient rückte so in der Diskussion über unerwünschte Arztreaktionen dem Patienten oder vielmehr den Patientinnen gegenüber mehr in den Fokus. Aber noch war es nicht so weit.

1914, dem Trennungsjahr von C. G. Jung, formulierte Freud über die Rolle des Arztes, er hätte dem Patienten beizustehen bei dessen Konfrontation mit dem Unbewussten durch

das Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten und der Bewältigung der Widerstände, die dabei auftreten sollten. (8)

Freud schrieb dann 1927: „In der Psychoanalyse bestand von Anfang an ein Junktim zwischen Heilen und Forschen, die Erkenntnis brachte den Erfolg, man konnte nicht behandeln, ohne etwas Neues zu erfahren, man gewann keine Aufklärung, ohne ihre wohltätige Wirkung zu erleben. Unser analytisches Verfahren ist das Einzige, bei dem dies kostbare Zusammentreffen gewahrt bleibt. Nur wenn wir analytische Seelsorge betreiben, vertiefen wir unsere eben dämmernde Einsicht in das menschliche Seelenleben. Diese Aussicht auf wissenschaftlichen Gewinn war der vornehmste, erfreulichste Zug der analytischen Arbeit.“ (9,10).

Dies war die klassische Position der Ein-Personen-Psychologie: „Patienten Seelsorge“ als Mittel des Erkenntnisgewinns. Das Verständnis des Therapeuten als Brücke zum Patienten.

Auch die sich in den USA entwickelnde „Ichpsychologie der Psychoanalyse“ war im Wesentlichen noch affirmative Ein-Personen-Psychologie, Therapie als Reparaturbetrieb der Seele, der Therapeut als Mechaniker, Archäologe, bestenfalls Gärtner.

Ferenczi, der spätere Lehrer von Michael Balint, hatte 1928 in Budapest im Unterschied zu Freud die Beziehung zum Patienten auch konzeptionell mehr hervorgehoben. Er betonte die „Heilsame Kraft der Beziehung in der Therapie“(11)

„Ohne Sympathie keine Heilung -, so lautet Ferenczis Schlüsselthese. Freud wirft Ferenczi therapeutischen Enthusiasmus, Ferenczi Freud mangelndes Interesse an der therapeutischen Dimension der Psychoanalyse vor.“(12)

Während die deutsche Psychoanalyse, einst blühender Zweig der Psychoanalyse, im Nationalsozialismus gleichgeschaltet und eliminiert wird (13), entwickelt sie sich in London, besonders am Tavistock Institut, mit deutschen und ungarischen Emigranten, darunter Michael Balint aus Budapest, zur Objektbeziehungspsychologie weiter.

Foulkes entwickelt die Gruppenanalyse, Balint arbeitet sein Konzept der Balintgruppen aus. Er schult die Ärzte in der Tradition seines Lehrers Ferenczi in den „Urformen der Liebe und der Technik der Psychoanalyse“. (4)

Balint-Gruppen bieten Therapeuten die Möglichkeit, in einer nichtwertenden Atmosphäre und unter Anleitung eines erfahrenen Psychotherapeuten über starke Emotionen, Ängste oder Zweifel im Hinblick auf Patienten oder andere berufliche Aspekte zu sprechen. Dies versetzt die Teilnehmer allmählich, begleitet durch eine Haltung des Therapeuten, in die Lage, ihre Gefühle zu identifizieren, zu reflektieren und sie zu einem tieferen Verständnis des Patienten einzusetzen. Es gelingt ihnen im Anschluss daran auch besser, im Sinne der Selbstfürsorge Stressoren zu erkennen, Grenzen zu setzen und mit schwierigen Patienten umzugehen. (14)

Dieses Training für Ärzte durch die Balintgruppe hat eine **Methode, ein Setting:** Erzählen-lassen und anschließendes Zulassens von Emotionen und darauffolgend Reflexion und theoretische Einordnung. Das Training hat auch einen **Inhalt:**

Die Einübung in eine ärztliche **Haltung**, mit der der Arzt selber zur „Droge“, zum wirksamen Arzneimittel werden kann: Nicht wertendes Verstehen für starke Emotionen und deren vertieftes Verständnis und Akzeptanz für das eigene „So-geworden-sein“.

Zweite Perspektive: die psychoanalytische Haltung, mit der die Balintgruppenmethode angewandt wird.

„Ferenczi und Balint beobachteten in analytischen Therapien mit Patienten, die an einer solchen Grundstörung litten, eine „Sprachverwirrung“ zwischen Analytiker und Patient. Patienten verstehen aufgrund dieses „Beziehungsdefektes“ die neutral-zurückhaltende Haltung und die deutende Sprache des Analytikers nicht, im Gegenteil, sie missverstehen diese als Ablehnung. Sie können die analytische Therapie nicht als hilfreich wahrnehmen, sondern reagieren sprachlos, indem sie „agieren“. Balint schlug bei solchen Patienten eine Modifikation der analytischen Therapie vor. Der Therapeut solle diesen Patienten gegenüber eine andere Haltung entwickeln, die Balint als „Doppelfunktion der therapeutischen Beziehung“ beschrieb: Der Therapeut müsse zwar einerseits ein „bedürfnisverstehendes Beziehungsobjekt“ sein, das dem Patienten aus der Distanz des beobachtenden Analytikers seine Erkenntnisse in Form von Deutungen anbiete, andererseits aber auch ein „bedürfnis-erkennendes und manchmal sogar bedürfnisbefriedigendes“ Beziehungsobjekt, d. h. er müsse den Patienten als Person zur Verfügung sein. Bahnt beschreibt diese zweite Funktion des Therapeuten, in der er sich als „primäres Liebesobjekt“ zur Verfügung stelle, mit folgenden Worten (15)“: Der Therapeut solle den Patienten tragen wie das Wasser den Schwimmer oder die Erde den darauf Gehenden. „Vor allem muss er aber da sein, muss immer für den Patienten vorhanden sein und muss unzerstörbar sein wie das Wasser und die Erde.“(16)

Soweit die Zielformulierung durch Balint, er wollte also die herkömmliche analytische Haltung des Aufdeckens unbewusster neurotischer Konflikte und Widerstände ergänzen durch ein, die Beziehung zum Arzt in den Mittelpunkt stellendes, liebevoll tragendes Element des Verstehens.

Diese erweiterte Haltung des Psychotherapeuten/Arztes/Pädagogen ist vielfach immer wieder neu beschrieben worden und ist der Kern moderner Psychotherapie, vielfach empirisch untersucht und als Wirkfaktor belegt.

Die Haltung des trainierten Psychotherapeuten kann sich an seine Klientel anpassen und es können mehr Patienten mit unterschiedlichsten Konfliktlagen behandelt, d. h. untersucht und unterstützt werden.

Dies hat auch für die Indikation unterschiedlicher Therapieverfahren Konsequenzen: Patienten mit einer niedrigen psychischen Struktur werden anders behandelt als Patienten mit hoher Struktur, traumatisierte Patienten anders als Suchtpatienten.

Beispiele für unterschiedliche Haltungen für unterschiedliche Situationen:

Mit dem Begriff der psychoanalytischen Haltung („attitude“) sind alle Gefühle, Denk- und Verhaltensweisen des Psychoanalytikers gegenüber seinem Patienten gemeint, die er von sich aus in die psychoanalytische Situation einbringt und die sich dann auf den Patienten und auf den psychoanalytischen Prozess auswirken.

Es lassen sich konstante von inkonstanten Haltungen abgrenzen. Die ersteren liegen in der Identität des Analytikers und in seiner Profession und seiner persönlichen Geschichte verwurzelt. Die konstante psychodynamische Haltung wird mit wohlwollender Neutralität und Abstinenz beschrieben; sie schließt ein, dass dem Patienten Offenheit, Vertrauen, Flexibilität, Geduld und Empathie entgegengebracht werden.

Aufgrund der lern- und lebensgeschichtlichen Erfahrungen des Analytikers gehen in die Haltung seine Überzeugungen, Normen und Werte ein, derer er sich bewusst sein muss, um unreflektierte Bewertungen gegenüber seinem Patienten zu vermeiden. (Nicht wertendes Verstehen: Gleichzeitiger Abstand von Über-Ich und Es und Ich). Inkonstante Haltungen ergeben sich aufgrund des Verständnisses eines bestimmten Falls oder der Einschätzung bestimmter Phasen des psychoanalytischen Prozesses, um diesen in Gang zu halten bzw. zu intensivieren. Sie sind bewusst motiviert, werden aufgrund von präformierten, in der Ausbildung gelernten Behandlungskonzepten eingenommen.

Der Analytiker variiert seine Haltung, je nach der hohen oder niedrigen Struktur des Patienten. Er steht je nach Notwendigkeit der zu fördernden Beziehung hinter (supportiv), neben (solidarisch) oder vor (konfrontativ) dem Patienten (17). Inkonstante Haltungen können auch unbewusst sein, wie der „furor sanandi“ (therapeutischer Ehrgeiz), vor dem schon Freud warnte.

Bilder für Haltungen sind: Der Analytiker als Spiegel (Freud), der Analytiker als Archäologe (Haubl), der Analytiker als Gärtner (Jung), der Supervisand als wertvollster Mitarbeiter des Analytikers (Ferro)

Der Analytiker muss nach Winnicott eine haltende Umwelt bereitstellen (18). Er meint: Die Realisierung einer entwicklungsfördernden Haltung setzt Toleranz für Regression bei sich selbst voraus.

Bion (19) empfiehlt, sich in einen Zustand „ohne Wunsch oder Gedächtnis“ (no desire, no memory) zu versetzen, um zu einem tieferen empathischen Zugang zu der unbewussten Dynamik in der analytischen Beziehung zu gelangen.

Bei Traumapatienten geht es in erster Linie um Aushalten und **aktive Beruhigung**, wenn in der therapeutischen Situation Krisen im Sinne von flash backs auftreten (Dissoziationen, Überflutungen), die mit Übungen (sicherer Ort) und speziellen Interventionen unterstützt werden können.

Für Borderline-Patienten hat sich das MBSR eingebürgert, eine Methode mit einer zugrunde liegenden Haltung „Die achtsamkeitsbasierte Stressreduktion“.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die förderliche psychoanalytische Haltung nach Balint und seinen Nachfolgern immer folgende Elemente einschließt:

Das Haltgeben (durch Empathie, Toleranz und Mitgefühl), das Aushalten (im Sinne des Containments von Bion), das Sicherheit gebende Festhalten an den Rahmenbedingungen („was vereinbart ist, wird eingehalten“, Rechte und Gesetze gelten für alle) und nötigenfalls auch das Dagegenhalten (Konfrontieren) gegen agierende neurotische Manipulationsversuche des Patienten.

Diese Haltung des Therapeuten wird wirksam, bewusst und unbewusst in der therapeutischen Beziehung. Die Beziehung ist nach allen einschlägigen aktuellen Untersuchungen die allmähliche Verinnerlichung des Patienten der Erfahrung mit dem Analytiker, der Wohlwollen, Wertschätzung und Verständnis repräsentiert (emotional korrigierende Erfahrung gegen negative Introjekte)

Folgerung für Perspektiven und Qualitätssicherung für das 'Heilsbronner Modell' der kollegialen Supervision

Mit diesen Überlegungen zur Haltungsentwicklung in der Balintgruppenarbeit, die mit einer dafür entwickelten Methode transportiert wird, kann gefragt werden, was das für das Heilsbronner Modell bedeuten könnte.

„Das „Heilsbronner Modell“ ist eine streng strukturierte Variante (*der Kollegialen Beratung in der Schule*). Damit auch methodisch wenig erfahrene Kollegen ohne externen Moderator auskommen, wird der Ablauf in zehn genau definierte, aufeinander aufbauende Schritte aufgeteilt. Dadurch kann eine Beratungsgruppe die Fallberatung selbst organisieren und durchführen. Das strukturierte Gespräch im geschützten Raum der Gruppe wird dabei als einzige Methode verwendet. Freies Assoziieren der Berater, im vierten Prozessschritt, weitet und bereichert den Erlebens- und Reflexionsraum aller am Prozess Beteiligten. Das „Heilsbronner Modell“ ähnelt weitgehend dem psychoanalytisch fundierten Konzept der Balint-Gruppe.“(20)

Technik/ Methode/ setting als Schwerpunkt, so wie es scheint. Beziehungen zwischen Menschen und deren Verständniserarbeitung, Balints Hauptanliegen also, wird ausschließlich in den situativ stark wechselnden Fällen des Fallgebers und den Rückmeldungen der Berater verortet, die hoffentlich nicht zu destruktiv ausfallen.

Wie kommt im 'Heilsbronner Modell' die Haltung des nicht wertenden Verstehens zustande? Wie wird Empathie, Toleranz, Mitgefühl eingeübt. Wie entsteht, um mit Balints Bild zu sprechen, haltendes Wasser und tragender Boden? Doch wohl eher nicht automatisch.

Die erfolgreiche Technik des 'Heilsbronner Modell' sollte mit einem Menschenbild verknüpft werden, mit einer Haltung, die die Beziehung in den Vordergrund rückt.

Die Methode des 'Heilsbronner Modell' sollte in vorangehenden Schulungen sorgfältig erläutert und „eingebettet“ werden in hilfreiche Haltungen im Umgang mit Ratsuchenden und deren Berater. Es sollte (analog der Arzt-Patientenbeziehung) auch über Risiken und Nebenwirkungen der Methode (Regression) gesprochen werden. (z.B. Verwirrung des Fallgebers durch zu viele antwortende Reaktion und bisher ungedachte Ratschläge / Gibt es die Gefahr der Beschämung, der Schuldzuweisung, des Triggerns von Minderwertigkeitsgefühlen ? / Retraumatisierungen? / Wir lernen Fallgeber sich zu schützen und Berater sich konstruktiv zu verhalten?)

Zusammenfassend und weiterführend möchte ich zum Schluss fragen, mit welcher menschlichen /therapeutischen/ supervisorischen Haltung und welchem Beziehungsangebot die Technik, die Methode des ‚Heilsbronner Modells‘ verknüpft werden muss, damit sie auch in Zukunft effektiv, wirksam und vielleicht auch heilsam und emotional weiterführend für Fallgeber, Dozent und Berater werden kann.

Das erforderte eine systematische Reflexion der ethisch-philosophischen und therapeutisch-beraterischen Grundlagen (Menschenbild) des Beratungsansatzes 'Heilsbronner Modell'. Dabei könnte man sich sowohl an der Psychotherapieforschung und ihren allgemeinen Wirkfaktoren als auch an ethischen Fragen von Beziehungsgestaltung orientieren.

Anmerkungen / Literatur:

1. <https://www.rpz-heilsbronn.de/arbeitsbereiche/berufsbegleitung/kollegiale-beratung/heilsbronner-modell-zur-kollegialen-beratung>
2. Vgl.: Göring, K (2010): Entwicklungslinien pädagogischer Beratungsarbeit: Anfänge, Konflikte, Diskurse, VS Verlag (Springer) ISBN 978-3-531-16999-6 Seite 181).
3. E. Balint: Michael Balint und die Droge Arzt Psyche 1976, 30. JG (2) 105-124
4. Balint M (1965) Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse. Klett Cotta, Stuttgart, S 255-271

5. Balint M (1950/1966) Wandlungen der therapeutischen Ziele und Techniken in der Psychoanalyse. In: Balint M (Hrsg.) Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse. Klett, Stuttgart, S 255-271
6. Fonagy P, Leigh T, Steele M, Steele H, Kennedy R, Mattoon G, Target M, Gerber A (1996) The relation of attachment status, Psychiatric Classification, and response to psychotherapy. J Consult Clin Psychol 64:22-31
7. Sigmund Freud/C. G. Jung: „Briefwechsel“; S. Fischer Verlag, Frankfurt, 1974; S. 255 7.6.1909
8. Freud, S.: 1914, GW Kleine Schriften I - Kapitel 18 Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten. Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse II
9. [www. sgpt.org/th schul/pa/glossar/junkt.htm](http://www.sgpt.org/th_schul/pa/glossar/junkt.htm)
10. Freud, S. (1927, GW 14, S. 293) im Nachwort zur Laienanalyse
11. Ferenczi S (1928) Die Elastizität der psychoanalytischen Technik. In: Ferenczi S (Hrsg) (1982) Schriften zur Psychoanalyse Bd III. Fischer, Frankfurt a. M., S 380-398
12. Düsing, E. 2007 Die heilsame Kraft der Beziehung bei Sandor Ferenczi. Philosophische und psychoanalytische Untersuchungen Balint Journal 2007 8 (3) S. 73-84.
13. Katalog zur Ausstellung „Hier geht das Leben auf eine sehr merkwürdige Weise weiter...“ Zur Geschichte der Psychoanalyse in Deutschland Verlag Michael Kellner, Bremen 1985 und gleichnamige DVD 2. Auflage 2009
14. Sonnenmoser, Marion: Selbstreflexion: Ein Weg zum besseren Therapeuten S. 487 <https://www.aerzteblatt.de/archiv/193838/Selbstreflexion-Ein-Weg-zum-besseren-Therapeuten>
15. Wolfgang Söllner (Hrsg) Kranker Körper, kranke Seele. Psychotherapie mit körperlich Kranken. Berlin (Springer- Verlag) 2018 S. 42
16. Balint M (1973) Therapeutische Regression, primäre Liebe und GRUNDSTÖRUNG. In: Balint M (Hrsg.) Therapeutische Aspekte der Regression. Rowohlt, Hamburg, S193-209 zit. nach Söllner 2018 S. 42
17. Rudolf G (2004) Strukturbezogene Psychotherapie: Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen. Schattauer, Stuttgart
18. vgl. Winnicott DW (2006) Vom Spiel zur Kreativität. Klett Cotta, Stuttgart
19. Bion WR (1997) Lernen durch Erfahrung. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
20. https://de.wikipedia.org/wiki/Kollegiale_Fallberatung#Heilsbronner_Modell