

Autor

Giuliano Castigliego

Schlüsselwörter

Balintarbeit, Balintgruppe, Flash, Sich-Einstimmen, Phänomenologie, Empathie, Neuro-Wissenschaft, Spiegelneuronen

Key words

Balint-Work, Balint-Group, Flash, tune-in, Phenomenology, Empathy, Neuroscience, Mirror-Neurons

Korrespondenzadresse

Dr. med. Giuliano Castigliego

Gürtelstr. 80, CH-7000 Chur

castigliego@hin.ch

Zusammenfassung

Das Flash-Konzept von Balint stellt das fruchtbarste Resultat seiner lebenslangen theoretisch-klinischen Forschungstätigkeit dar, es lässt sich aber theoretisch nicht so leicht einfangen und definieren.

Der Artikel befasst sich zunächst mit der Entwicklung der angewandten Psychoanalyse von Balint und seiner bevorzugten Partnern, den Hausärzten. Daraufhin geht der Artikel auf das Flash-Konzept und auf seine Theoretisierung ein. Dabei greift der Autor auf Elemente zurück, die nicht nur aus der psychoanalytischen Theorie stammen, sondern auch aus der Phänomenologie (Empathie) und aus der Neurowissenschaft (Spiegel-Neuronen). Das dadurch definierte Konzept vom Flash kann bereichernde Beiträge liefern, um das „Sich-Einstimmen“ (Tuning in) zwischen Patient und Therapeut, aber auch zwischen den Teilnehmenden einer Balintgruppe untereinander, besser zu verstehen.

Abstract

Balint's flash concept is the most powerful outcome of his lifelong, theoretical-clinical research, but theoretically it is not so easy to capture and define his nature.

The article first deals with the development of the applied psychoanalysis of Balint and his preferred partners, the family physicians. The article then elaborates on the flash concept and his theoretical background. It draws on elements that not only come from psychoanalytic theory but also from phenomenology (empathy) and from neuroscience (mirror neurons). The so defined concept of Flash can provide enriching contributions to better understand the "tuning in" between the patient and the therapist, as well as the interaction between the participants of a Balint group.

Autor

Giuliano Castigliego, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Balintgruppenleiter, Supervisor, Mitglied der Accademia psicoanalitica della Svizzera italiana, niedergelassen als Psychiater und analytisch orientierter Psychotherapeut in Chur in eigener Praxis

Interessenkonflikt Der Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht

## Literatur

- 1) Balint E., Norell J. S., Six minutes for the patient, Tavistock Publications Limited, London, 1973
- 2) Plato, 7. Brief, 342A3–6  
Der siebente Brief, deutsche Übersetzung von Peter Denker, 2010
- 3) Elder A., Samuel O., (eds) While I'm Here, Doctor, Tavistock Publications, London, 1987
- 4) Stein. E., „Zum Problem der Einfühlung,“ Gesamtausgabe, Herder, 1917
- 5) Rothschild B., persönliche Mitteilung, (Copyright)
- 6) Gadamer H.- G., Gesammelte Werke, Bd. 1, Hermeneutik, Mohr Siebeck, Tübingen, 1990
- 7) Staemmler Frank-M., Das Geheimnis des Anderen – Empathie in der Psychotherapie, Klett-Cotta, Stuttgart, 2009
- 8) Merleau-Ponty M., Fenomenologia della percezione, Bompiani, 2003
- 9) Gosling R., Internalization of the Trainer's Behaviour in Professional Training, British Journal of Medical Psychology, 1978, 51:35-40
- 10) Freud S., Opere, Vol. 6, Bollati Boringhieri, Torino, 2003
- 11) Auden W. H., Another Time, Random House, 1940
- 12) Gallese V., Migone P. and Eagle M.E., La simulazione incarnata: i neuroni specchio, le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività e alcune implicazioni per la psicoanalisi. Psicoterapia e Scienze Umane, 2006, XL: 543-580.
- 13) Egli H., Balintarbeit- Begründungen und Erfahrungen, Balint-Journal, 2008, 9: 51- 57.
- 14) Honegger R., Frech denken, vorsichtig handeln. Einführungsreferat zur 36. Silser Studienwoche der Schweizerischen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin vom 14. September 1997
- 15) Langewitz W. , Die Arbeitsebenen der Balintarbeit – zwischen biomedizinischem Modell und Psychoanalyse? Einführungsvortrag zur 47. Silser Balint-Studienwoche, 14. September 2008
- 16) Langewitz W., Leib und Körper in der Psychotherapie, Die Perspektive der Neuen Phänomenologie, Psychotherapie im Dialog, 2016; 1: 16-22
- 17) Langewitz W., Balintarbeit und die Gefühle' – Phänomenologische Überlegungen zum Begriff der Gefühle in der Arbeit von Balintgruppen, Balintjournal 2017; 18: 41–46

### **„Alles in einem Flash.“**

Das Flash-Konzept in der psychoanalytischen Theorie von Balint und in der Balintarbeit“  
Eröffnungsvortrag von Dr. med. Giuliano Castiglione, FMH Psychiatrie und Psychotherapie,  
anlässlich der 58. Silser Balint-Studienwoche

Wenn ich die neuen Assistenzärzte der Klinik, in der ich eine Supervision in Form einer Balintgruppe leite, frage, ob sie die Balintarbeit kennen würden, bekomme ich immer eine bejahende Antwort, jedoch eher gehemmt und scheu. Ich vermute, dass sie ein italienisches „ja“ aussprechen, damit Ruhe herrscht und keine weiteren Fragen beantworten müssen. Kurz danach bekomme ich dann nicht selten eine Gegenfrage zurück, nämlich, wodurch sich denn eigentlich die Balintarbeit von anderen Weiterbildungen und Supervisionen, die die Assistenzärzte besuchen, unterscheidet. Schmunzelnd denke, dass das „ja“ von zuvor tatsächlich etwas geschummelt war.

Man könnte sagen, dass der heutige Vortrag entstanden ist, um eine – eigentlich meine – Antwort auf diese berechtigte Frage zu geben, die ich so umformulieren möchte:  
Was zeichnet die Balintarbeit im Speziellen aus?

Wie der Titel meines Vortrages besagt, steht die Antwort – zumindest für mich – im Zusammenhang mit dem Flash-Konzept von Balint, welches das fruchtbarste Resultat seiner lebenslangen, theoretisch-klinischen Forschungstätigkeit ist, sich aber theoretisch nicht so leicht einfangen und definieren lässt.

Ich werde mich zunächst mit der Entwicklung von Balints Zusammenarbeit mit den Hausärzten befassen, die für Balint die bevorzugten Partner seiner angewandten Psychoanalyse waren. Daraufhin werde ich auf das Flash-Konzept und auf seine Theoretisierung eingehen. Dabei werde ich auf Elemente zurückgreifen, die nicht nur aus der psychoanalytischen Theorie stammen, sondern auch aus der Phänomenologie und aus der Neurowissenschaft. Ich werde dann versuchen, den Beitrag zu beschreiben, welcher die Erfahrungen rund um das Konzept des Flash geliefert haben und meines Erachtens noch liefern könnten, um das „Sich-Einstimmen“ (Tuning) zwischen Patient und Therapeut, aber auch zwischen den Teilnehmenden einer Balintgruppe untereinander besser zu verstehen.

### **Die Entwicklung der Techniken**

Wie bekannt, ist Michael Balint (1896-1970) in Ungarn als Sohn eines Arztes geboren und aufgewachsen und wurde dann als Schüler von Ferenczi zum Psychoanalytiker. Wie sein Lehrer hat er sich stets sehr für das Verhältnis zwischen Analytiker und Patient interessiert. Aus dem philofaschistischen Ungarn – wo die Juden verfolgt wurden und auch die ärztlichen Sitzungen der Kontrolle unterlagen – begab er sich nach England, wo er zunächst in Manchester und dann in London an der Tavistock Clinic arbeitete, zunächst mit Gruppen von Sozialarbeitern und Hausärzten. Unter dem Namen „Research cum training“ entwickelte er das Konzept und die Praxis der Arbeitsgruppen, die jetzt zu seinen Ehren Balintgruppen genannt werden.

Seine Zusammenarbeit mit den Hausärzten und seine Forschung, die bis zu seinem Tode andauerte, waren stets getragen vom Bemühen, den somatischen Praktikern Erkenntnisse und Instrumente psychoanalytischer Art in die Hand zu geben. In einer seiner letzten Arbeiten, die in leicht veränderter Form beim internationalen Kongress der französischen

Gesellschaft für psychosomatische Medizin 1970 vorgestellt und posthum in das Buch „Six minutes for the patient“ aufgenommen wurde, erläutert Balint sehr deutlich die Zwecke, die Entwicklung und die wichtigsten Etappen seiner Forschung. Im Mittelpunkt steht der Versuch Balints und seines Teams, „den Hausarzt in die Lage zu versetzen, die Störungen seiner Patienten nicht nur in Bezug auf die Krankheit, sondern auch als Ausdruck persönlicher Probleme und Konflikte zu erkennen und zu verstehen und dieses Verständnis therapeutisch zu nutzen“ (1, meine Übersetzung, wie alle nachfolgenden).

Die ersten, bereits ab 1950 laufenden Forschungen führten analog zu den psychiatrischen Interviews jener Zeit, zunächst zur Entwicklung einer Technik, welche als „langes Interview“ oder „Listening“ bezeichnet wurden. Dieses blieb jedoch mit seinen 40-50 Minuten Dauer ein Fremdkörper in der Routinearbeit des Arztes. Dies wiederum hätte bedeutet, dass zwischen zwei Patientenklassen und zwei Arten von Medizin unterschieden worden wäre: Auf der einen Seite die „traditionelle“ Medizin, die sich auf die Krankheit konzentriert und auf der anderen Seite die Medizin, die sich auf den Patienten konzentriert und nur denjenigen vorbehalten geblieben wäre, die für das lange Interview ausgewählt wurden.

So begann in der zweiten Hälfte der 50er Jahre auf Anregung und unter der Leitung Balints eine Art Teamarbeit von Psychiatern mit analytischer Ausbildung, die sog. Workshops. Diese führten – mit einer immensen Forschungs- und Dokumentationsarbeit, deren Umfang heute noch beeindruckt – zur Entwicklung einer neuen psychotherapeutischen Methode, der „focal therapy“ (Fokalthherapie). Ihre besonderen Merkmale waren die „selektive Aufmerksamkeit“ (selective attention) und die „selektive Nichtbeachtung“ (selective neglect), d.h. die selektive Auswahl derjenigen Patientenassoziationen, die auf einen vorab gewählten Fokus hinführten und die Vernachlässigung der anderen, die davon ablenkten. Obwohl die Ergebnisse vielversprechend waren, blieb diese Fokalthherapie ebenso wie zuvor schon das lange Interview ein Fremdkörper in der täglichen Arztpraxis.

1965 gaben Balint und seine Frau Enid mit einem gewissen Bedauern die Fokalthherapie auf und sie setzten ihre Suche nach neuen Techniken fort, die zunächst auf dem Verständnis der Patientenpersönlichkeit sowie auf der sich daraus ergebenden Beziehung zwischen Arzt und Patient beruhten, die außerdem nicht mehr als 10-15 Minuten der ärztlichen Routine in Anspruch nehmen sollten. Ein Merkmal, das dieser Technik die Bezeichnung „Six minutes psychotherapy“ „10-Minuten-Psychotherapie“ einbrachte, für deren Validierung ebenfalls ein enormer Forschungs- und Dokumentierungsarbeit betrieben wurde.

Bei dieser Erkundungsfahrt wurde die zuvor eingesetzte Methode in Frage gestellt, nämlich die von Balint genannte „Meisterdetektiv“-Methode, bei der der Therapeut – gleich dem traditionellen Arzt – alle möglichen Indizien aufmerksam beobachten und untersuchen muss, die in Korrelation zu den Konflikten des Patienten stehen könnten. Beim langen Interview ging es darum, wie es Balint mit einer gelungenen Metapher ausdrückte, jeden Stein umzudrehen und bei der Fokalthherapie darum, nur die Steine zu ermitteln und umzudrehen, die von Anfang als signifikant angesehen wurden. Es ist nur allzu klar, dass sich die methodologische Revolution nicht nur gegen die traditionelle deduktive Haltung des „somatischen Arztes“ richtete, der aufgrund seiner Kenntnisüberlegenheit die Untersuchung vornimmt und mit seinen wirksamen Resultaten beweist, das Vertrauen seines Patienten verdient zu haben. Desgleichen wurde auch die deduktive Methode der klassischen Psychoanalyse zur Diskussion gestellt und damit auch der Status der Überlegenheit, die dem Psychoanalytiker zuerkannt wurde. „Hierbei“ [d.h. bei der alten Methode] – schreibt

Balint – „hatte der Arzt das Privileg und die Pflicht zu verstehen, was der Patient ihm mitzuteilen versuchte. Er musste alle Auslassungen und Verzerrungen in der Kommunikation erkennen, sie korrigieren und aufgrund seiner Kenntnisse und seiner Fähigkeit dem Patienten die Möglichkeit geben, die richtigen Assoziationen hervorzubringen, die dann wiederum bewiesen, dass die primären Vermutungen des Arztes korrekt waren. Dies ist die Rolle einer Leiterperson, eines Überlegenen. Bei der neuen Technik besteht die Rolle des Arztes darin, sich einzustimmen, dem Patienten zu folgen und zuzulassen, dass er sich des Therapeuten bedient und sich ihn zunutze macht. Das ist entschieden eine weniger glanzvolle, eine viel bescheidenere Rolle. (1) Es ist nicht schwierig, hier das Echo der „gleichwertigen“ Einstellung Ferenczis gegenüber dem Patienten und seinem Vorschlag der gegenseitigen Analyse wahrzunehmen. Doch die Originalität der Idee Balints liegt zweifelsohne im Sich-Einstimmen (tuning in) zwischen Patient und Therapeut. Es sollte hierbei betont werden, dass dieses neue Konzept von „tuning in“ seiner Zeit (1970) extrem voraus war und den ähnlichen Begriff von „attunement“ (bzw. affektive Einstimmung) von Stern (1985) längst vorwegnahm.

„Jetzt“ – schreibt Balint 1970 – „wird vom Arzt nicht mehr die Lösung spannender Rätsel und Probleme verlangt, sondern es geht um ein möglichst genaues Sich-Einstimmen auf die Wellenlänge der Mitteilungen des Patienten, damit er sich so frei wie möglich äussern kann. Denn Arzt und Patient sollten miteinander sprechen können, ohne dass die Gefahr von Missverständnissen groß ist; diese Bedingung des wechselseitigen Eingestimmtseins (being tuned in) muss das ganze Interview hindurch fort dauern. Man kann dieses Erlebnis, dass es zwischen zwei Personen ‚funkelt‘, auch anders beschreiben, nämlich als eine aufblitzende Erleuchtung, einen ‚Flash‘.“ (1)

### **Der Flash**

Was ist ein Flash? Die zahlreichen Metaphern, mit denen er umschrieben wird, sind der beste Beweis für die Schwierigkeit, ihn zu beschreiben. Um ehrlich zu sein, muss man auch erwähnen, dass die Metapher nicht ganz neu ist. Sie wurde in der Variante „Funke“, bereits vor 2500 Jahren von Plato angewendet, welcher in seinem in der Tat sehr umstrittenen siebten Brief über die Philosophie schreibt: "Dies ist keine Wissenschaft, die wie die anderen gelehrt werden kann: Es ist etwas, das nach einem langen Zusammensein (synousia, συνουσία) und einer ständigen Auseinandersetzung mit dem Thema plötzlich in die Seele kommt, wie der Funke, der vom Feuer kommt und sich dann von sich selbst ernährt." (2)

Man könnte meinen, dass es gerade das ist, was wir in diesen Tagen hier in Sils tun!

Kommen wir aber wieder auf den Flash zurück. Enid Balint schildert ihn im zweiten Kapitel des bereits zitierten „Six minutes for the patient“ als „ein blitzartig aufleuchtendes Verständnis“, „ein intensiver, intimer Kontakt zwischen Arzt und Patient“, ein „Verständnisblitz, der etwas Wesentliches enthüllen kann, wie die aus dem Wasser ragende Spitze eines Eisbergs oder ein schwelendes Feuer“ (1). „Er ist als ob“ – merkt Elder an – „durch das Licht eines Leuchtturms eine neue Form plötzlich offenbart wird. Sie hätte schon immer dort sein können, aber sie wird zum ersten Mal beleuchtet und nachdem sie gesehen wurde, verändert sich das nachfolgende Landschaftsgedächtnis“ (3). Bezug nehmend auf den ersten beschriebenen Fall eines Flash schreibt Enid Balint: „Es war, als ob ein Licht eingeschaltet, ein Vorhang gehoben würde. Jedenfalls hatte sich etwas ereignet; es hatte also nicht der Arzt etwas getan, sondern es war geschehen.“ (1)

## Flash und Empathie

Ich versuche nun, dem Wesen dieses Geschehens noch etwas nachzugehen, wobei ich mich zuerst der Phänomenologie bediene. In der phänomenologischen Tradition ist es besonders Edith Stein, die mit ihrer Doktorarbeit von 1917, die nicht etwa dem Thema, sondern dem „Problem“ der Empathie (4) gewidmet war, hierüber die scharfsinnigsten Überlegungen angestellt hat.

Edith Stein beschreibt die Empathie als einen dreistufigen Prozess: Auftauchen des Erlebnisses, erfüllende Explikation, zusammenfassende Vergegenständlichung des explizierten Erlebens. Ich lasse vorerst die sperrige, phänomenologische Terminologie beiseite und versuche, Edith Stein Schritt für Schritt in ihrer Erläuterung zu folgen:

„In dem Moment, in dem das Erlebnis plötzlich vor uns auftaucht, habe ich es als Objekt vor mir“ (4) z.B. die Traurigkeit eines Patienten, oder die Langeweile von Jemanden von Ihnen. „Indem ich aber den impliziten Tendenzen nachgehe, die Stimmung, in der sich der Andere befindet, zu klarer Gegebenheit zu bringen versuche, ist er nicht mehr im eigentlichen Sinne Objekt, sondern hat mich in sich hineingezogen, ich bin ihm jetzt nicht mehr zugewendet, sondern in ihm seinem Objekt zugewendet, bin bei seinem Subjekt, an dessen Stelle.“ (4) Dies ist meines Erachtens die beste Beschreibung des Zeitpunktes, in dem ich als Therapeutin/Gruppenteilnehmerin beschließe (oder auch nicht), mich emotional mit dem Erleben des Patienten auseinanderzusetzen, und mein Erleben, mit dem des Patienten interagieren zu lassen (oder auch nicht) . Diese Interaktion entsteht aufgrund eines breiten Spektrums von affektiven Nuancen, die von der Liebe zum Hass reichen können und die Rothschild (5) durch sein Konzept der „Klaviatur der Einstellungen“ bildhaft darstellt. In dem Moment vermischt sich das „originäre“ Erleben Anderer mit „meinem nicht-originären Erleben“, (4) ohne dass es zu Verwechslungen kommt, und führt zu einer anderen, erlebten Erfahrung. „Erst nach der Klärung durch die zu Ende geführte Umsetzung“ (4), - d.h. die Distanzierung über eine rationale Interpretation bzw. ein rationales Verständnis – „kehrt das Erleben erneut als Objekt vor mich zurück.“ (4) „Auf diese Weise“ – schließt Edith Stein – „nimmt der Mensch das psychische Leben des Anderen wahr... Auf diese Weise gelangen wir durch die Einfühlung zu einer Art von erfahrungsgestützten Handlungen ganz eigener Art.“ (4)

Jeder vertiefte und therapeutisch gültige, empathische Prozess kann daher als ein dreistufiger Prozess dargestellt werden, bei dem das Erleben des Patienten zunächst vor uns steht, uns dann in einer vielförmigen und variablen Identifikationsbewegung mit seinem Erleben und der Interaktion damit in den Patienten hineinzieht, und schließlich steht es erneut vor uns in der Klarheit der rationalen Interpretation / des rationalen Verständnisses. Entscheidend bei diesem Prozess ist die zweite Bewegung, die in vielerlei Hinsicht ambivalent ist. Diese zweite Stufe zeigt sowohl passive als aktive Merkmale, die ihren besten Ausdruck in den Worten Edith Steins bzw. Gadamer finden. Edith Stein benutzt für die zweite Phase des Prozesses die passive Formulierung „hineingezogen werden“ („die Stimmung, in der sich der andere befindet... hat mich in sich hineingezogen“), also etwas, was mir geschieht. Gadamer verwendet dagegen den aktiven Ausdruck „sich in die Situation des anderen versetzen“ (6) für denselben Prozess. Die beiden Formulierungen reflektieren und berücksichtigen die passiven und aktiven Merkmale des empathischen Prozesses, der gleichzeitig Handlung und Geschehnis ist. Stämmler spricht deswegen von einem mittleren Modus (7), bei dem ich entscheide, etwas in mir geschehen zu lassen, ein Prozess, der gerade deshalb mit dem Schlaf (Merleau-Ponty, 8), mit einem Konzert oder mit dem Tanz verglichen wurde.

Nicht weniger wichtig ist allerdings die Rolle der dritten Phase, die des rationalen Verständnisses. Dieses schützt definitiv vor der vollständigen emotionalen Identifikation mit dem Anderen, also vor dem, was wir genauer eine „emotive Ansteckung“ bzw. eine projektive Identifikation nennen könnten. Die rationale Distanzierung konsolidiert dann kognitiv die bereits in der zweiten Phase implizite Fähigkeit, das Anderssein des Anderen wahrzunehmen und dazu auf Distanz zu gehen. Dies ermöglicht schließlich die therapeutisch grundlegende Fähigkeit, zwischen Identifikation und Distanzierung zu oszillieren. Auf diese Weise umfasst der dreistufige Prozess Edith Steins alle Eigenschaften, die auch gegenwärtig die Empathie definieren: die Fähigkeit, sich mit dem Anderen zu identifizieren, die Fähigkeit sich von dieser Identifikation zu distanzieren und die Fähigkeit, zwischen den beiden vorhergehenden Funktionen zu oszillieren.

Man kann natürlich einwenden, dass die Empathie, der ich jetzt so viel Aufmerksamkeit geschenkt habe, wenig vereinbar sei mit dem Unbewusstem. Andererseits lassen sich in der zweiten Stufe des von Edith Stein beschriebenen empathischen Prozesses, welcher sowohl passive und wie auch aktive Elemente aufweist, sowohl bewusste wie auch unbewusste Inhalte vermuten.

Anhand der Steinschen Empathie können wir uns also den Flash als eine aktive und bewusste Bereitschaft zur Identifikation mit dem Anderen vorstellen, aber auch als eine Öffnung gegenüber einem möglichen und noch nicht bewussten Geschehen. Dies stimmt umso mehr, wenn wir Balints tiefe Überzeugung berücksichtigen, dass „unser Unbewusstsein ... immer in uns (arbeitet), nicht nur in unseren Patienten“ (Gosling, 9), und dass die Therapie „weder beim Arzt noch beim Patienten, sondern zwischen den Beiden“ stattfindet (Balint). Mit Freuds Worten könnten wir auch sagen, dass im Flash „die Aufgabe des Analytikers, das eigene Unbewusste als ein Empfangsorgan gegenüber dem Unbewussten des Patienten zu richten“ (10), zweifellos gelungen ist.

Wenn wir hingegen das Phänomen des Flashs aus der Sicht der Widerstände betrachten, dann ist es so, als würde einen Moment lang das Bremspedal locker gelassen (Audens, 11). Das wirksame Bild Audens wieder aufnehmend, geht Elder nämlich von der Hypothese aus, dass „manchmal die Ärzte immer einen Fuß auf dem ‚Bremspedal‘ haben (...), das die Patienten auf einer gewissen Distanz hält“, und dass „auch die Gefühle des Arztes gebremst werden, damit er weiterhin seiner alltäglichen Arbeit nachgehen kann“ (3). „Es muss etwas geschehen“ – fährt Elder fort – „das es dem Arzt erlaubt, diesen verinnerlichten beruflichen Mechanismus zu lockern und eine größere Freiheit dabei zuzulassen, zu fühlen, zu denken und auf seinen Patienten zu antworten“ (3). Anders gesagt: „Der Arzt muss sich das Unbehagen erlauben, seine Vorstellungen darüber aufzugeben, was geschehen sollte, und sich auf die Angst des Patienten einstimmen“ (3). Eine analoge Lockerung, füge ich hinzu, muss auch beim Patienten eintreten, damit ein Flash zustande kommen kann. Man müsste sich also eine Form des Zwiegesprächs vorstellen, mit einer synchronen und getunten Lockerung der Abwehr auf beiden Seiten, „in einem Setting, wo es möglich ist, einen Kontakt zu entwickeln, bei dem weder Arzt noch Patient ihr Selbstbewusstsein aufgeben“ (Balint), „ein Moment von grundlegender Bedeutung, um den herum eine Änderung in der Beziehung stattfindet“ (1) und eine „andere Ebene“ (1) erreicht wird.

## **Gefahren des Flashs**

Die x-malige Umschreibung, dieses Mal von Balint selbst, lässt ahnen, wie prekär der Boden ist, auf dem wir uns bewegen. Balint gibt das explizit zu: „Wir erkennen an, dass die Planung und Ausführung einer solchen Therapie einige Risiken in sich birgt. Diese bestehen zunächst darin, dass unsere neue Technik vom Arzt einen hohen Grad von Identifikation mit dem Patienten fordert. Es ist klar, dass das Sich-Einstimmen (tuning in) nur erreicht werden kann, wenn der Arzt in der Lage ist, sich weitgehend mit dem Patienten zu identifizieren. Wir Analytiker wissen, wie sehr dies bei der Behandlung eines schweren Falles hilfreich sein kann, wir wissen aber auch, dass eine solche Identifikation bei einigen Patienten zu extrem gefährlichen Entwicklungen im Verhältnis zwischen Arzt und Patient führen kann. Da der Patient das Verhältnis festlegt, kann es – um nur einen solchen Fall einer unerwünschten Entwicklung zu nennen – zu einer unbewussten und somit unkontrollierten Kollusion sowie zu einer Beziehung kommen, die an eine Folie à deux erinnert.“ (1) Und er fügt hinzu: „Ich denke, dass hier zu erwähnen ist, dass einige dieser und ähnlicher Entwicklungen weitgehend von den Kleinianern unter dem Begriff „Projektive Identifikation“ studiert wurden“ (1).

Ich fasse kurz zusammen:

Der Begriff des Flash` kann als das fruchtbarste Resultat der theoretisch-klinischen Forschungen Balints angesehen werden. Das Flash-Phänomen weist – wie der von Stein beschriebene dreistufige empathische Prozess – aktive, eher bewusste („sich in die Situation des Anderen versetzen“) und passive, eher unbewusste („hineingezogen werden“) Eigenschaften auf.

Das Flash – Konzept ist gleichzeitig ein entscheidender Schlüssel für das moderne Verständnis der Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse, indem es eine Abkehr beschreibt von der einzig richtigen Deutung der Inhalte hin zu einer stärkeren Gewichtung und zu einem besseren Verständnis der Übertragung und Gegenübertragung. Der Begriff des Flash – oder besser seine Entwicklung – ist also auch Ausdruck der Entwicklung der Psychoanalyse von ihren Anfängen bis heute. Denn wie Gallese, Migone, Eagle (12) bemerken: „Die aktuelle Psychoanalyse hat sich immer mehr entwickelt, von einem ‚Standardmodell‘, bei dem ein neutraler und objektiver Analytiker“ - der emotional immun ist gegenüber den Versuchungen der Gegenübertragung und mit der Distanziertheit des Chirurgen (Freud) vorgeht – „den Patienten aufgrund einer allgemeinen „Theory of Mind“ versteht, zu einem Modell, bei dem der Analytiker außer der Theorie auch eine Reihe von persönlichen, affektiven Erfahrungen, partiellen Identifikationen (d.h. sich in die Rolle des Anderen zu versetzen) und Analysen der Gegenübertragung benutzt“.(12)

Das Konzept des Flash bringt mit sich, besser, setzt den Begriff des Sich-Einstimmens (tuning in) zwischen Patient und Therapeut voraus und bildet damit einen Meilenstein im Verständnis der Fortschritte des therapeutischen Prozesses. Es geht nämlich um die Frage: Was passiert zwischen Patient und Therapeuten, wenn es richtig funktioniert, wenn es funkt, wenn eben der Patient im Dialog mit dem Therapeuten etwas versteht und einen relevanten Schritt macht? Alle moderne Konzepte, dieses Phänomen zu erklären, sind letztendlich eine neue Formulierung des Balintschen Konzepts vom Flash, egal ob man mit Stern von „Now moment“, mit Beebe von „Moment of meeting“ oder mit Fonagy von „Moment of change“ spricht.

## **Flash und Spiegelneuronen**

Um besser zu verstehen, was in einem solchen Moment eines Flashs passieren kann, machen wir jetzt einen weiteren kurzen Sprung, diesmal in die Neurowissenschaft, genauer gesagt in die Welt der Spiegelneuronen. Die Entdeckung der Spiegelneuronen - zunächst im Gehirn der Primaten und dann im menschlichen Gehirn - hat unsere Art verändert, wie wir die beobachteten Handlungen verstehen. Im Unterschied zu dem, was bis dahin angenommen wurde, hat man festgestellt, dass die Beobachtung einer Handlung den Beobachter dazu führt, dieselben Gehirnregionen zu aktivieren, welche deren Ausführung kontrollieren, ohne dass es jedoch zur Bewegung kommt. Dieser Mechanismus liegt einer impliziten Form des Verständnisses für die Handlungen Anderer zugrunde. Die Spiegelneuronen spezifizieren außerdem direkt den Zweck der Handlung, kontrollieren deren Ausführung, erlauben deren Erkennung, sind auch in das Verständnis des „Warum“ bzw. der Absicht der Handlung einbezogen, sowie in die Nachahmung von einfachen Bewegungen der Finger und in die Erlernung neuer komplexer Sequenzen von motorischen Handlungen während der Beobachtung von kommunikativen Handlungen des Gesichts und des Mundes. Aber vor allem sind die Spiegelneuronen verantwortlich für das spontane und unbewusste Verständnis der Emotionen und Gefühle anderer Personen. „Wenn wir den Gesichtsausdruck eines Anderen beobachten und diese Wahrnehmung uns dazu führt, im Anderen einen besonderen Gefühlszustand zu identifizieren, wird seine Emotion rekonstruiert, erlebt und somit direkt über eine verkörperte Simulation verstanden, die einen Körperzustand erzeugt, der vom Beobachter geteilt wird. Es ist also die Aktivierung eines vom Beobachter und vom Beobachteten geteilten neuronalen Mechanismus, die das direkte Erfahrungsverständnis einer bestimmten Grundemotion erlaubt“ (Gallese, Migone, Eagle, 12).

Die verkörperte Simulation könnte also die neurophysiologische Voraussetzung der unbewussten Kommunikation zwischen Analytiker und Patient sein. Analytiker und Patient „könnten unbewusst auf kontinuierliche und wechselseitige Art und Weise subtile Reize des Anderen wahrnehmen, indem geteilte, mentale Muster aktiviert werden“, weshalb „die Hypothese aufgestellt werden kann, dass die Sensibilität und das Bewusstsein des Analytikers hinsichtlich seiner eigenen spontanen Gedanken und Geisteszustände eine wichtige Informationsquelle dafür ist, was im Kopf des Patienten vor sich geht“ (12). Für die Übertragung auf den Analytiker dürften wohl die gleichen Überlegungen gelten.

Die verkörperte Simulation stellt für Heinrich Egli, ehemaligem Leiter der Silser Balintstudienwoche, die neurophysiologische Grundlage der Balintarbeit dar (13), die zweifelsohne einem Empathie-Training gleichkommt.

## **Flash und Balint-Arbeit**

Nachdem ich die/eine mögliche neurobiologische Basis eines Flash skizziert habe, komme ich jetzt zur Anwendung des Konzepts vom Flash in der Balintarbeit.

„Das herausragende Merkmal der Balintmethode“ – bemerkt sein Schüler Gosling – „liegt darin, dass sie eine Erkundung ist – eine Erkundung der Beziehungen zwischen Arzt und Patient zu einem gewissen Zeitpunkt sowie der Faktoren, die eine Rolle dabei gespielt haben, diese Situation zu verursachen“. Die Ärzte, die daran teilnahmen, „lernten einen Ansatz, eine neue Art, den Patienten zu sehen, den sie täglich vor sich hatten, einen Ansatz, der die Aufmerksamkeit gegenüber Merkmalen der Situation voraussetzte, die zuvor unbeachtet blieben, einschließlich der Reaktion darauf“ (9).

Im Verlauf dieser Erkundungsfahrt, dessen Ziel anfangs nicht klar ist, steht die Teilnehmerin, welche den Fall vorstellt (ich werde im Folgenden der Kürze halber nur die weibliche Form benutzt, allerdings ist damit auch die männliche Form gemeint), an Stelle der Patientin. Damit die Teilnehmerinnen mit der Falldarstellerin interagieren, sich mit ihr identifizieren können und somit auch mit der Patientin, ist es günstig, wenn innerhalb der Gruppe eine Atmosphäre der Toleranz und der Freiheit im kognitiven und emotionalen Sinne gepflegt wird, die den freien Ausdruck der emotiven Erlebnisse und unterschiedlichsten kognitiven Hypothesen erlaubt. („frech denken“, 14)

Die erste Stufe der Empathie gemäß Stein (Auftauchen des Erlebnisses) wird damit bereits erreicht und es können sich jetzt aufschlussreiche emotionale und kognitive Resonanzen entwickeln, was zu einer nuancenreichen Darstellung der Beziehung Therapeutin-Patientin führt. Auch in der Gruppe kann die Verschiedenartigkeit der emotiven Reaktionen der Gruppenteilnehmerinnen durch die Rothschildsche Metapher der Klaviatur der Einstellungen abgebildet werden, (wenn auch der Begriff von ihm in Bezug auf die individuelle therapeutische Beziehung geprägt wurde). Diese Phase entspricht der zweiten Stufe der Empathie gemäss dem Modell von Stein („hineingezogen werden“ bzw. „sich in die Situation des anderen versetzen“).

Dadurch zeichnen sich manchmal kontinuierlich und manchmal ganz plötzlich die Konflikte der Patientin ab und ihre typischen Beziehungsmuster. Gleichzeitig treten auch die Konflikterlebnisse der Therapeutin zutage.

Es folgt dann in der dritten Phase eine Distanzierung aus der emotionalen Identifikation mit der Falldarstellerin bzw. Patientin durch das gemeinsame Explorieren von Bedeutungen und allenfalls auch vorwiegend rationalen Ergänzungen. Dies erlaubt, die aufgetauchten Schattenbereiche der Beziehung zu klären, eine Kollusion zwischen der Gruppe und der Therapeutin/Patientin zu verhindern, sowie das Ausagieren in der Gruppe und später in der therapeutischen Beziehung zu vermeiden („vorsichtig handeln“, 14).

### **Flash, Situation, Konstellation**

Der Ablauf ist natürlich in einer Balintgruppe selten bis nie so klar und linear, wie ich ihn jetzt schematisch skizziert habe. Es passiert viel gleichzeitig und chaotisch (man könnte sagen, italienisch... )

Um den Reichtum, die Verschiedenartigkeit und Intensität der Emotionen hervorzuheben, die sich in – gelungenen – Balintgruppen entwickeln, hat Langewitz sich auf die neue Phänomenologie von Schmitz bezogen und den Begriff der „Situation“ (15) vorgeschlagen, eine Kondition, die eine diffuse Signifikanz in sich birgt, die jedoch zunächst aus einer chaotischen und undefinierten Vielförmigkeit gewonnen werden muss. „Aus der Sicht der Neuen Phänomenologie sind Gefühle randlos und unteilbar ergossene Atmosphären (z.B. Schmitz 2011, S.89ff). Sie füllen einen Raum z.B. mit banger Erwartung oder Trauer, ohne dass man durch Schnitte Zonen bilden könnte, in denen die Gefühle weniger intensiv oder deutlicher wahrnehmbar sind. In dieser Hinsicht gleichen Gefühle Wetterphänomenen, bei denen die angespannte Stille an einem heißen Sommerabend ein Gewitter ankündigt, etc. Balint selber schreibt in einem Passus seiner „Die apostolische Funktion“: „Jeder Arzt schafft unwillkürlich, durch seine Art zu praktizieren, eine einzigartige Atmosphäre und versucht dann, seine Patienten danach auszurichten.“ (16)

Der „Situation“ stellt sich die „Konstellation“ entgegen, eine mitunter auch komplexe Sequenz, die jedoch durch Fakten definiert ist. Typische Beispiele für Situationen sind die Muttersprache und der Tanz, während eine erlernte Fremdsprache eine Konstellation bildet.

Nach Langewitz entwickeln sich in gelungenen Balintgruppen Situationen, d.h. sehr dichte und signifikante Atmosphären, die sehr viel aussagen, ohne dass man allerdings ihren ganzen Inhalt detailliert erklären könnte. Mit den Interpretationsmetaphern versucht man dann, die Situation in eine geordnete Konstellation umzuwandeln, Fäden zu spannen, mit deren Hilfe sich definierte Gedankenketten über Ursache und Wirkung formulieren lassen. Man gelangt so zur Deutungsklarheit, allerdings schwindet dadurch der Reiz des atmosphärischen Charakters. „Manchmal erleben wir dann, dass diese Konkretisierungen das zarte Gespinnst der im Raum spürbaren Atmosphäre zerstören, leiblich lässt sich spüren, dass etwas zerreißt, die Intensität des Erlebens fällt schlagartig ab.“ (Langewitz, 17)

Man kann aber in der Tat innerhalb der Gruppendynamik einer plötzlichen Änderung der Atmosphäre beiwohnen, die eine plötzliche Erleuchtung hervorruft, eben einen Flash, der neue Horizonte in der Beziehung Therapeutin-Patientin eröffnen kann, wodurch es der Therapeutin ermöglicht wird, anders auf ihre Patientin zuzugehen.

Daher ist es meiner Meinung nach sinnvoll und zulässig, das Konzept des Flash auch für das Verständnis der kreativen, atmosphärischen und wendereichen Balintarbeit anzuwenden, ein Konzept, welches von Balint ursprünglich für die Zweierbeziehung zwischen Arzt-Patient entwickelt wurde.

### **Ein Fall**

Zum Abschluss möchte ich meine theoretischen Überlegungen anhand einer kurzen Sequenz aus einer Balint-Gruppe illustrieren:

Ein Assistenzarzt stellt sehr entschieden und genau seinen Fall vor und fügt hinzu, sich in einem Konflikt zu befinden wegen der großen Verantwortung, die er gegenüber der Patientin verspüre. Es handelt sich um eine 50jährige Ordensschwester, die aus einem anderen Kontinent stammt. Sie ist früh in den Orden eingetreten und gleich danach in die Schweiz geschickt worden, wo sie 30 Jahre lang eine unermüdliche Tätigkeit als Hilfsschwester in einem kleinen regionalen Krankenhaus ausübte. Sie hatte bereits in den 90er Jahren eine depressive Episode, die sich scheinbar rasch löste. Schon seit einigen Jahren zeigt sich bei ihr eine alternierende Tremor-Symptomatologie, die – wenngleich mit Zweifeln – als Morbus Parkinson diagnostiziert wurde. Der Grund für den aktuellen Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik ist eine ausgeprägte depressive Symptomatik, zu der auch suizidale Gedanken zählen. Was den Assistenzarzt erstaunt, ist der ausdrückliche Wunsch der Schwester, aus dem Orden auszutreten. Obwohl sich die depressive Symptomatologie ziemlich rasch besserte, nehmen die diagnostischen und therapeutischen Schwierigkeiten zu. Die Patientin entwickelte die Überzeugung, von einem jungen Praktikanten belästigt zu werden, was so weit geht, dass sie Wahnideen präsentiert. Sie zieht sich oft in eine ausgeprägte Isolation zurück und äußert den immer entschiedeneren Wunsch, allein leben zu wollen. Nebst dem Zweifel, ob es der Patientin überhaupt möglich ist, allein zu leben und angemessen für sich zu sorgen, hat es der Kollege mit einer Reihe von sozialen und finanziellen Problemen von nicht geringem Ausmass zu tun, die im Verlauf der Gruppensitzung immer deutlicher hervortreten (zu knappe Geldmittel des Klosters, um der Patientin eine Rente zu geben, von der sie leben könnte, Ungewissheit über die Möglichkeit, in der Schweiz bleiben zu können, sowie auch in Bezug auf eine mögliche Invaliditätsrente im Fall einer dauerhaften Krankheit usw.). Sowohl die diagnostischen als auch die sozialen und finanziellen Ungewissheiten scheinen nicht nur die Aufmerksamkeit des Kollegen auf sich zu ziehen, sondern auch diejenige vieler Gruppenteilnehmer, die immer technischer

Fragen stellen. Er fügt immer mehr Details über seine Vermittlungen zwischen der Patientin, dem Kloster, dem Bischof und vielen anderen Einrichtungen hinzu und hat Mühe, sich aus dem Gespräch zurückzuziehen, und die Gruppe arbeiten zu lassen. Die anderen Teilnehmer scheinen zwischen einer Art verlegener Heiterkeit und einem lästigen Verantwortungsbewusstsein hin- und hergerissen zu sein. Der Verlauf der Gruppe holpert, die Hinweise auf die Sexualität rufen eine vorübergehende Heiterkeit hervor, danach bleibt die Diskussion bei sekundären und von der Patientin unabhängigen Aspekten stecken. Auch in mir überwiegt das Gefühl, sie nicht wahrzunehmen, sie nicht zu spüren, obwohl ihre Wünsche wiederholt vom Assistenzarzt wiedergegeben werden, ihren „Fürsprecher“ in der Gruppe. Der einzigen Momente, in dem man das Gefühl hat, mit der Patientin in Kontakt zu stehen, ist derjenige, in dem der Assistenzarzt die Geste nachahmt, mit der sie – nunmehr ohne Schleier – ständig mit der Hand durchs Haar fährt, auf eine zugleich affektierte und erregte Art und Weise. Langsam kommt es zu einigen Fragen und dann zu einigen Phantasien über das Leben in ihrem Herkunftsland, wie etwa über das Schicksal ihres Bruders, der dort im Gefängnis sitzt. Ein Teilnehmer fragt, ob die Patientin mit ihrem weltlichen Namen oder dem Namen als Schwester gerufen wird. Der Assistenzarzt spricht entgegen den Regeln sowohl ihren Namen als Schwester, in etwa Suor Tranquilla, als auch den Nachnamen der Patientin aus: Guerrero (natürlich erfunden). Es herrscht einen Moment lang Schweigen, dann weist ein anderer Assistenzarzt auf die Verbindung des Nachnamens mit dem Krieg. Das herzliche Gelächter aller Teilnehmer kommentiert diese kreative Intuition, die eine Wende im Verlauf der Gruppe markiert. Die Atmosphäre der Gruppe hat sich radikal geändert, es herrscht eine fröhliche Teilnahme, die Patientin wird wahrgenommen als eine Frau, die leben will und bereit ist, dafür zu kämpfen. Der Assistenzarzt erkennt seine vorherige Schutzhaltung gegenüber der Patientin. Jetzt nimmt er die Wünsche der Patientin als die einer erwachsenen Frau wahr. Auch ich fühle mich von der zuvor wahrgenommenen Verantwortung befreit, die Gruppe in die „richtige“ Richtung führen zu müssen.

Ich hoffe, dass das Beispiel wenigstens zum Teil die Dynamik einer Balintgruppe illustriert hat, welche sich oft durch Lebhaftigkeit, Reichtum und Vielfältigkeit der Gefühle, rasche Änderungen und unvermittelt wechselnde Atmosphären, plötzliche kreative Intuitionen und Erleuchtungen auszeichnet. Das Konzept des Flash scheint mir all diesen Reichtum adäquat zu erklären. Aus unterschiedlichsten Gründen behält ferner das Konzept Balints vom Flash eine stimulierende Aktualität bei: Es hat dazu beigetragen, den Fokus von den Inhalten hin zum emotionalen Attunement (Tune in) der therapeutischen Beziehung zu verlagern. Es besitzt aktive und passive Merkmale (Handlung und Geschehen gleichzeitig), die dem empathischen Prozess (gemäß Stein) sowie dem Kontinuum zwischen Bewusstsein/Unbewusste entsprechen. Als empathisches Phänomen liegt es in jenen Grenzgebieten zwischen Psychoanalyse und Neurowissenschaften, deren Konfrontation sehr wünschenswert wäre. Es ist nicht zuletzt auch heute noch eine Referenz im Diskurs zwischen intuitiv-erfahrungsbedingtem und theoretisch- reflexivem Moment, von dem unser therapeutische Alltag so geprägt ist.

### **Musikalischer Flash**

The Windmills of your mind

Fresu, Galliano, Lundgren

<https://www.youtube.com/playlist?list=RD79w8-y2iIG8>