

6/2023 Dezember

C 51932

# forum

*Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde*

In diesem Heft



3 Fortbildungspunkte



**omnimed**  
[www.omnimedonline.de](http://www.omnimedonline.de)

# Balintgruppen in der HNO-Heilkunde

Helmut Schaaf

*Frage nicht (nur), welche Krankheit die Person hat, sondern (zumindest auch) welche Person die Krankheit hat.*

## Zusammenfassung

Die HNO-Heilkunde umfasst fast alle Sinne, die für das Erleben und Erleiden der Welt wichtig sind. Da kann es schon einmal vorkommen, dass sich Erlebtes und Erlittenes auch in einem Symptom ausdrückt, das dem Arzt oder der Ärztin vorgestellt wird. Verständlicherweise steht dabei – zumindest zunächst – die Abklärung des somatischen Anteils im Fokus. Wenn dabei aber keine hinreichende Ursache gefunden wird, fühlen sich die Hilfesuchenden meist unverstanden und in ihrer spürbaren Not allein gelassen. Dies hat oft Auswirkungen auf die Interaktion mit den Behandlern, die diese ihrerseits – möglicherweise unverstanden – mit nach Hause nehmen.

Eine Reflexion über – auch schwierige – Interaktionen mit Patientinnen und Patienten wird in der sogenannten Balintgruppenarbeit ermöglicht. Dies verhilft nicht nur zu einem besseren Verständnis der über die Organik hinausgehenden Symptomatik, sondern entlastet in aller Regel die Behandler und ihre Interaktionen mit den Betroffenen. Als Teil der ärztlichen Fort- und Weiterbildung wird die Teilnahme an einer Balintgruppe durch die Ärztekammern mit 2 CME-Punkten zertifiziert. Kontinuierlich arbeitende Balintgruppen treffen sich in der Regel ein- bis zweimal pro Monat.

## Schlüsselwörter

HNO-Heilkunde, Balintgruppen.

## Summary

ENT medicine encompasses almost all the senses that are important for experiencing and suffering the world. It can happen that what is experienced and suffered is also expressed in a symptom that is presented to the doctor. Understandably, the focus is – at least initially – on clarifying the somatic component. However, if no sufficient cause is found, those seeking help usually feel misunderstood and left alone in their

noticeable distress. This often has an impact on the interaction with the therapists, who in turn take it home – possibly misunderstood.

A reflection on – also difficult – interactions with patients is made possible in the so-called Balint group work. This not only helps to gain a better understanding of the symptoms that go beyond the organism, but also generally relieves the burden on the practitioners and their interactions with the

### Balintgruppen und Organisation

In einer Balintgruppe arbeiten 8–12 ärztliche Teilnehmer unter der Moderation eines ausgebildeten Balintgruppenleiters oder einer Balintgruppenleiterin zusammen, in der durch ein Gruppenmitglied in einer meist 90 Minuten dauernden Sitzung ein »Fall« vorgestellt wird. Die Gruppenarbeit konzentriert sich auf die Arzt-Patient-Beziehung und deren Beeinflussung durch Dynamiken von Seite des Patienten und des Arztes.

Als Teil der ärztlichen Fort- und Weiterbildung wird die Teilnahme an einer Balintgruppe durch die Ärztekammern mit 2 CME-Punkten zertifiziert. Kontinuierlich arbeitende Balintgruppen haben in der Regel ein bis zwei Gruppensitzungen pro Monat.

Auf der Homepage ([www.balintgesellschaft.de](http://www.balintgesellschaft.de)) können über die Suchfunktion mittels Postleitzahl das Angebot von Balintgruppen vor Ort und Kontaktinformationen abgerufen werden.

Aktuell ist eine Balintgruppen-Erfahrung vorgeschrieben für den Facharzt für Allgemeinmedizin und Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und die Zusatzbezeichnungen: Sexualmedizin und Schmerztherapie sowie für die »Psychosomatische Grundversorgung«.

<https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/aus-fort-und-weiterbildung/aerztliche-weiterbildung/muster-weiterbildungsordnung> von 2018, aktualisiert am 25.06.2022

patients. As part of continuing medical education, participation in a Balint group is certified by the medical associations with 2 CME points. Balint groups that work continuously usually meet once or twice a month.

### Keywords

ENT medicine, Balint groups.

## Einleitung

Sind Stimme, Gehör, Riechen, Schmecken oder das Gleichgewichtsvermögen gestört, fällt es in den Kompetenzbereich der HNO-Heilkunde, abzuklären, ob organische Ursachen wesentlich für das veränderte Empfinden erkennbar und behandelbar sind. Gleichzeitig bieten sich diese auf Kommunikation und Wahrnehmung spezialisierten Sinne geradezu an, »Seelisches auszudrücken«, wenn dies nicht adäquat »zur Sprache« oder zu »Gehör« kommen kann. Dabei sind seelische Erkrankungen, insbesondere Depressionen und Angsterkrankungen, so häufig, dass sie auch im Bereich der HNO-Heilkunde auftreten müssen.

Rund 20 % der Patienten, die wegen körperlicher Beschwerden den Arzt aufsuchen, leiden an somatoformen Störungen. Diese Patienten sind auf eine organische Ursache ihres Beschwerdebilds und auf diagnostische Maßnahmen fixiert, die ihre Vermutung belegen. Quasi definitionsgemäß haben die Patienten bei dieser Störung zunächst keinen Zugang zu den psychogenen Komponenten. Sie haben aber meist eine lange Krankengeschichte mit klinisch bedeutsamen Beeinträchtigungen in sozialen, partnerschaftlichen oder beruflichen Bereichen und häufige Arztwechsel aufzuweisen.

Nach *S.O. Hoffmann* (6) sind bei zirka zwei Drittel der HNO-Patienten unter anderem funktionelle und psychosomatische Störungen zu finden. Unter psychosomatischen Erkrankungen kann man dabei Phänomene zusammenfassen, bei denen das Krankheitsbild in seiner unmittelbaren pathophysiologischen Fundierung zwar organisch bedingt ist, bei denen aber psychische Faktoren bei der Entstehung, Veränderung oder Aufrechterhaltung in erheblicher Weise wirksam werden.

*E. Lüscher* (9) war in Deutschland einer der ersten Autoren, der eine Zusammenschau psychosomatischer Aspekte auf dem Gebiet der HNO-Heilkunde verfasste.

Krankheitsbilder mit einem hohen psychogenen Anteil sind:

- Globusgefühl, einschließlich Schluckstörungen ohne entsprechenden Organbefund.
- Psychogene Hörstörungen und das Leiden am Tinnitus.
- Schwindelerscheinungen ohne ausreichend erklärendes organisches Korrelat.
- Psychogene Stimm- und Sprechstörungen.

Reaktiv bestimmen auch psychogene Reaktionen etwa bei schweren Karzinom-Erkrankungen, akuten und chronischen Hörbeeinträchtigungen oder dem Morbus Menière das Krankheitsbild zumindest wesentlich mit. Ausführlich aufgelistet hat *Marek* diese und weitere Erkrankungen mit psychosomatischen Bezügen (10).

Patienten mit einem hohen psychogenen Krankheitsanteil gelten – nicht nur in der HNO-Heilkunde – als »schwierig«. Organmediziner sind aber auch dann geneigt, den somatischen Aspekten den Vorzug in der Diagnostik und Behandlung zu geben. Wenn dann keine hinreichende somatische Ursache gefunden wird, fühlen sich die Hilfesuchenden in ihrer – nicht willentlich erzeugten, aber spürbaren – Not oft ärztlich »im Stich gelassen«.

Dabei geraten die Behandelnden nicht selten unter emotionalen Druck, dennoch »etwas« in ihrem Kompetenzbereich machen zu müssen, obwohl dies letztlich nur fehlschlagen kann – sowohl für den enttäuschten und enttäuschenden Arzt als auch für den letztlich fehlbehandelten Patienten.

## Was hilft den Behandlern?

Für Kollegen und Kolleginnen, die sich mit psychischen Erkrankungen beschäftigen, gilt es nahezu als selbstverständlich, dass sie die bei ihrer Arbeit aufgetretenen Beziehungskonstellationen in Supervisionen ebenso regelmäßig reflektieren, wie teure Maschinen gewartet werden. Dies ist bei einem Beruf, bei dem so viele interaktionelle Fähigkeiten verlangt werden, auch unerlässlich.

Auch in der HNO-Heilkunde lösen Menschen in dem Moment, in dem sie in Kontakt treten, Gefühle aus. Diese werden – ohne dass man darüber bewusst nachdenkt – in Millisekunden mit Situationen abgeglichen, die schon einmal erlebt und/oder erlitten wurden. So kommt es wahrscheinlich in jeder Lebenssituation zu »Übertragungen« des schon Bekannten auf das (noch) Unbekannte. Daraus resultieren oft »Verwechslungen« und damit möglicherweise unangemessene Reaktionen. Ärztinnen und Ärzte werden oft verwechselt mit der erwarteten Funktion. Manchmal sind es Verwechslungen mit einem Handwerker, der »wegmachen« soll. Oft ist es aber auch die Übertragung auf einen Zauberer oder eine magische Fee, die wie im Märchen, »wo sich das Wünschen noch lohnte,« das Symptom verschwinden lassen soll.

Da auch Ärzte und Ärztinnen Menschen sind, geschieht ihnen das Gleiche mit ihrem Gegenüber (Gegenübertragung). So nehmen auch Patientinnen und Patienten Einfluss auf deren Gefühle und lösen zum Beispiel aus:

- Mitleid, aber auch Ärger,
- Fürsorge oder Ablehnung,
- Wertschätzung oder Verachtung.

## Balintgruppen – mehr als ein Stuhlkreis

Eine Reflexion über die Interaktionen mit Patientinnen und Patienten findet in der sogenannten Balintgruppenarbeit statt. *Michaël Balint* (1896–1970) hat sich in den 1950er Jahren mit der Beziehung von Ärzten und ihren Patienten auseinandergesetzt (8). Es ging ihm dabei vor allem darum, unbewusste Prozesse, die in der Interaktion zwischen beiden ablaufen, verstehen zu lernen und für die Ärzte begreifbar zu machen.

Auf die Idee, dass diese Beziehung relevant sein könnte, kam er durch die Beobachtung, dass der Heilerfolg bei derselben Krankheit mit denselben Medikamenten bei unterschiedlichen Ärzten verschieden ausfiel. Daraus schloss er, dass die Beziehung zwischen Arzt und Patient zumindest einen bedeutenden Einfluss auf den Behandlungserfolg hat. Folgerichtig nahm er an, dass durch ein Reflektieren schwieriger Situationen mit anderen Ärzten eine Beziehungsgestaltung verbessert werden könnte.

Etabliert hat sich, dass in Arbeitsgruppen von 8–12 Kollegen und Kolleginnen im Zeitraum von 90 Minuten eine Begegnung, ein Erlebnis oder ein Problem dargestellt wird. Dabei schildert ein Kollege (der Vortragende oder »Referent«) aus seiner Sicht, was ihm – in einer Begegnung mit einem Patienten – widerfahren ist oder was ihm noch nachhängt. Er beschreibt dies subjektiv aus seiner Erinnerung, (möglichst) ohne Aufzeichnungen oder Krankenkartei. So kann ein erlebnis- und gefühlstnaher Eindruck vom Referenten, vom Patienten und von ihrer Beziehung zueinander entstehen. Wenn dabei Sachfragen offenbleiben, kann der Kollege noch in einem begrenzten Rahmen befragt werden. Sodann zieht er sich aus dem Stuhlkreis ein Stück weit zurück und beobachtet die weitere Arbeit »von außen«.

Ab dann arbeitet die Gruppe unter Leitung eines Balintgruppenleiters für den Referenten. Dabei werden in der Regel zuerst die Eindrücke gesammelt, die die Schilderung des Vortragenden bei den Teilnehmern ausgelöst hat. Dabei dürfen und sollen sie ihre Gedanken, Eindrücke, Vermutungen, Hypothesen zu der Arzt-Patienten-Begegnung schildern. Dabei darf »mutig phantasiert« werden, auch wenn später ebenso besonnen gehandelt werden soll.

Hieraus entsteht in aller Regel ein komplexes Bild der Arzt-Patienten-Beziehung, das sich der Vortragende schweigend, aus der Distanz und in Ruhe betrachten kann. Dies bietet die Möglichkeit, sich seiner Wirkung auf den Patienten (und umgekehrt) bewusster zu werden und seine eigenen Verhaltensmuster zu erkennen und gegebenenfalls zu modifizieren. Gleichzeitig eröffnet sich ein erweiterter Zugang zum Patienten, wenn dieser – stellvertretend – in seinem psychosozialen Kontext erlebt wird.

Die Aufgabe des Balintgruppenleiters besteht darin, diesen Prozess zu fördern und Raum für Verständnis und bewuss-

tere Interaktionen zu öffnen, ohne dass der Referent persönlich in Frage gestellt wird.

Am Ende rückt der Vortragende wieder in den Stuhlkreis und gibt der Gruppe Rückmeldung, was er für sich mitnimmt. Manchmal kann der Referent auch zwischendurch durch den Leiter gebeten werden, ein Zwischenresümee zu ziehen. Fakultativ teilen die Gruppenmitglieder mit, was sie persönlich gelernt haben und welche Schwierigkeiten sie mit ähnlichen Situationen haben.

Die Balintarbeit bietet so ein Stück Selbsterfahrung und die Möglichkeit, bewusster die Interaktion mit dem Patienten und dessen Erleben wahrzunehmen. Dadurch erschließt sich auch oft der Einfluss von psychischen und sozialen Faktoren, die sich in einer Krankheit und dem Umgang mit einer Erkrankung ausdrücken. Das muss nicht in psychotherapeutisches Handeln umgesetzt werden, soll aber sehr wohl dem besseren Verständnis dienen, auch damit man weiß, um was es beim nächsten Kontakt gehen könnte. Das hat sich im ärztlichen Zusammenhang sehr bewährt.

Im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung (mindestens 15 Doppelstunden) sind es die Balintgruppen, die wesentlich helfen, in der Arbeit mit den Patienten die emotionale Sicherheit zu schulen und eigene Anteile kennenzulernen.

Grundlage von Balintgruppenarbeit ist eine psychodynamische Betrachtung der Arzt-Patienten-Beziehung. Eine »patientenbezogene Selbsterfahrung« wurde, teilweise ergänzend, teilweise komplementär aus der Verhaltenstherapie mit der »Interaktionsbezogenen Fallarbeit« (IFA-Gruppe) heraus entwickelt (7).

## Die verhaltenstherapeutische Variante von Balintarbeit: Interaktionsbezogene Fallarbeit

Definiert wird die Interaktionsbezogene Fallarbeit (IFA) als »spezifische Form der Fallbearbeitung implizierter kognitiver wie emotionaler Muster in der Begegnung von Patient und Therapeut« (7). Diese Arbeit erfolgt im Rahmen eines festen Ablaufs mittels Gruppeninteraktionen »unter vorrangigem Einsatz aller in der modernen Verhaltenstherapie integrierten Techniken« (7). Sie soll den Therapeuten helfen, die eigenen emotionalen Druckzustände zu verändern, Irritationen zu verstehen und wieder handlungsfähiger zu werden und somit die Beziehung zum Patienten bewusster und aktiver zu gestalten.

Wie in der Balintarbeit beginnt eine IFA-Gruppe mit einer Eröffnungsrunde, einer Kurzvorstellung potenzieller Fälle, einer Auswahlrunde, der Fallvorstellung sowie der Ermöglichung einer Gruppenresonanz und von Interaktionen innerhalb der Gruppe.

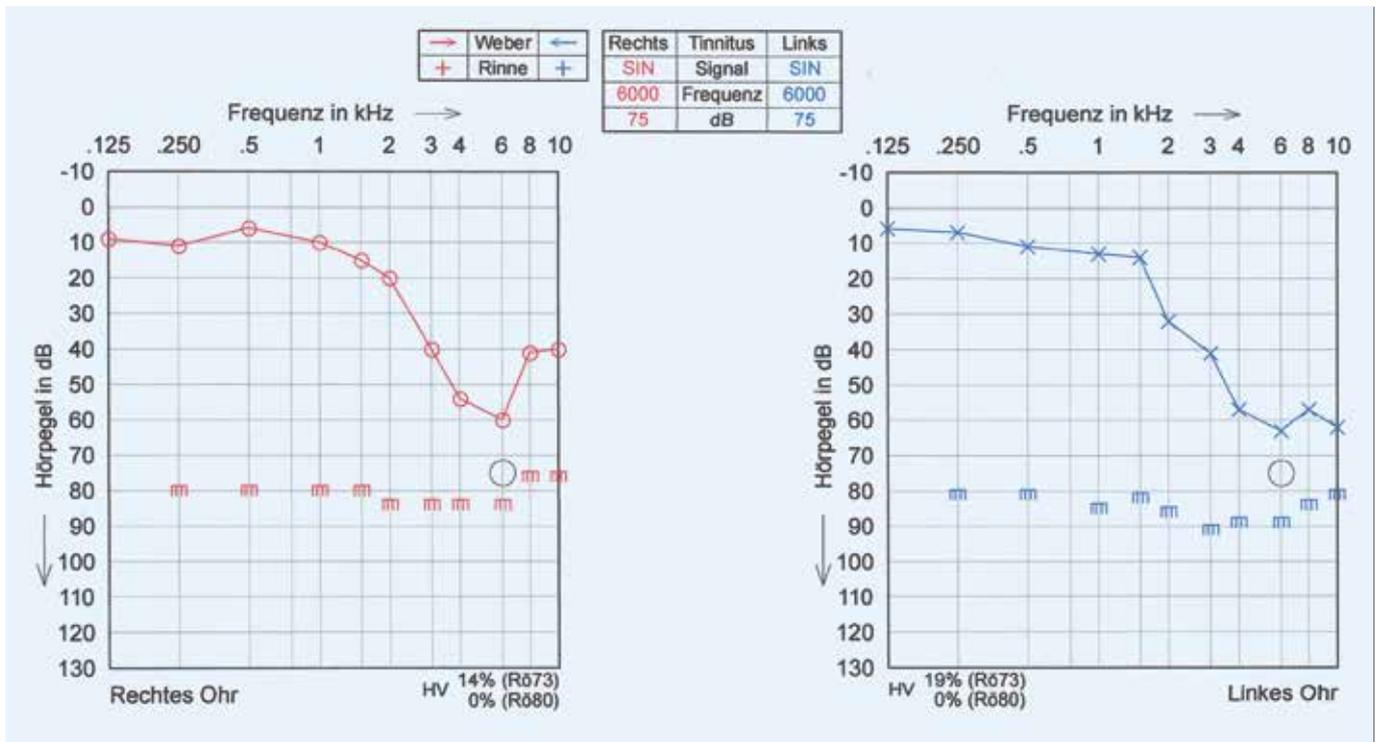


Abb. 1: Hörkurve mit einer beidseitigen Hochtonsensenkung und Berechnung der Tinnitus-Lautheit. Tinnitus-Verdeckbarkeit von 75 dB abzüglich (minus) Hörschwelle von 60 dB = 15 dB Tinnitus-Lautheit

Im nächsten Schritt wird planmäßig ein Ebenenwechsel von der emotionalen Verarbeitung in den Praxisteil eingebaut. Dabei wird explizit zu praktischen Schritten übergeleitet, um zum Schluss noch einmal eine Reflexion des Prozesses zu ermöglichen, diesen zu beenden und auch eine Rückmeldung an den Leiter zu geben.

Der Leiter hilft dem Fallvorsteller, sein Bearbeitungsanliegen zu entwickeln und stellt im Ablauf eine Synchronisation her zwischen dem Klärungs- und Problemlöseprozess der Gruppe mit dem fortschreitenden Erkenntnisprozess des Fallvorstellers.

Das szenische Verstehen der Therapiesituation und die »Deutungshoheit« hingegen obliegt bei diesem Vorgehen primär dem Fallvorsteller und nicht der Gruppe oder dem Leiter.

### Ein Hör(bei)spiel

In einer Balintgruppe mit überwiegend niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen habe ich einen 57-jährigen Lehrer vorgestellt, der wegen seines ihn quälenden Tinnitus kam. Dabei war ihm kein akuter Hörverlust erinnerlich. Objektivierbar war aber eine sicher schon länger bestehende beidseitige Hochtonsensenkung, die zwar noch nicht die Kriterien für von den gesetzlichen Kassen erstatteten Hörgeräten erfüllte, aber sicher im Unterricht zu erschwerten Verstehen führen musste (Abb. 1).

Sachgerecht wird die Tinnitus-Lautheit bestimmt durch die Differenz zwischen Verdeckbarkeit und vorab ermittelter Schwerhörigkeit in der Tinnitus-Frequenz. Auch wenn es manchmal schwer zu glauben ist: Der Tinnitus wird nicht lauter als 15 dB, wenn man seine »Verdeckbarkeit« mit Tönen von außen über der Hörschwelle bestimmt. Fälschlich wird oft die Verdeckbarkeit für die Tinnitus-Lautstärke gehalten, sodass die Patienten mit der ebenso falschen wie fatalen Vorstellung eines zum Beispiel 76 dB lauten Ohrgeräuschs entlassen werden.



Er war seit 28 Jahren Lehrer an einem Gymnasium in einer Kleinstadt und zusätzlich als Studiendirektor für Referendare in der benachbarten Großstadt tätig. Im Vordergrund seiner Beschwerden standen Schlafstörungen, die er auf seinen Tinnitus zurückführte. Da der Schlaf unbefriedigend sei, sei er tagsüber erschöpft, was er daran merke, dass er insbesondere bei der Arbeit einen Leistungsabfall erlebe und immer mehr Kraft aufwenden müsse, um die Arbeit zu bewältigen.

Der eher kleine, überwiegend grauhaarige, sportlich gekleidete Patient machte auf mich zunächst einen angenehmen

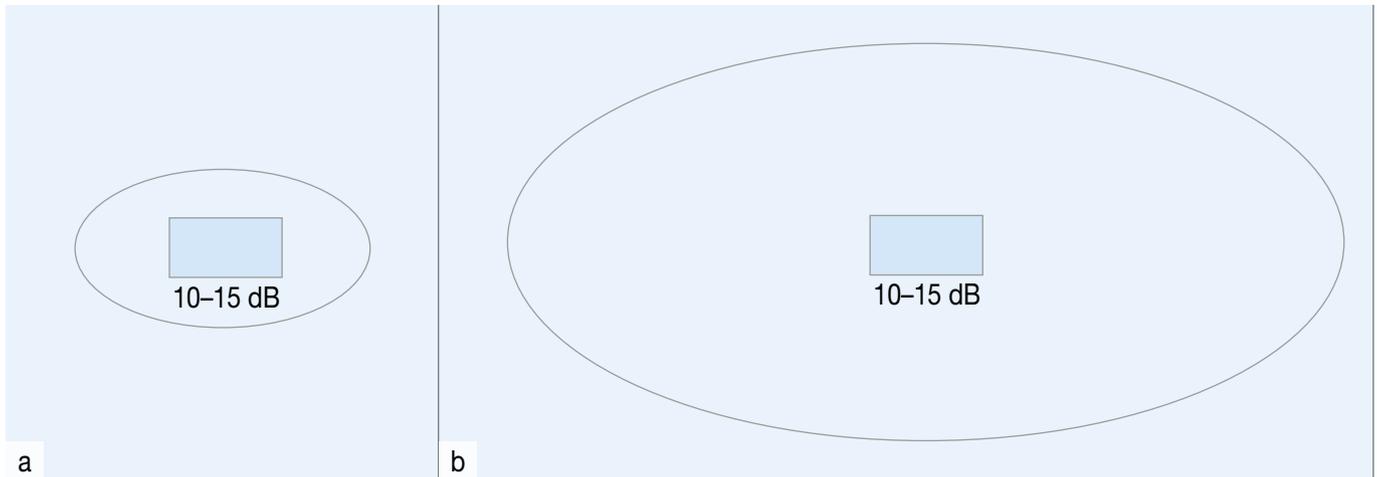


Abb. 2: a) Der Tinnitus, der auch bei Schwerhörigen in der Regel 10–15 dB über der Hörschwelle bestimmt wird, macht bei Schwerhörigkeit bis zu 90 % der Hörwirklichkeit auf dem betroffenen Ohr aus. b) Schon ein einfaches Hörgerät kann durch die Erweiterung der akustischen Wahrnehmung dazu beitragen, den unverändert laut bestimmbaren Tinnitus in der Wahrnehmung zu reduzieren

Eindruck. Mir imponierte in den ersten Minuten, wie wortgewandt er die Ausprägungen und Auswirkungen seiner Beschwerden schilderte. Dann aber bekam ich zunehmend das Gefühl, dass er mir auch angenehm und unterhaltend vorkommen wollte. Mir fiel es zunehmend schwer, die Not, die er schilderte, nachfühlen zu können.

Das »Counseling« habe ich dann auf der Basis der »Kleinen Einführung in die Tinnitus-Wahrnehmung« (13) vorgenommen und dabei auch die zunächst erstaunlich anmutenden »Merksätze«, erklärt.

#### Merksätze

- Der Tinnitus kann nie von alleine oder mit der Zeit lauter werden. Der Tinnitus wird eher mit der Zeit immer weniger laut wahrgenommen!
- Der Tinnitus kann nie der Grund für eine, gegebenenfalls weitere Hörverschlechterung sein.
- Der Tinnitus kann von außen nie lauter als 10–15 dB (entspricht Blätterrascheln oder Computergeräusch) über der Hörschwelle gemessen werden.

Da bei Tinnitus-Patienten mit einer Höreinschränkung ein Hörgerät oft Wunder bewirken kann, schlug ich ihm – nach einer entsprechenden Erklärung – ein solches Vorgehen vor. Der Grund liegt in der Verbesserung und damit Erweiterung der akustischen Wahrnehmung. Da der Tinnitus nicht über 15 dB hinauskommt, verringert sich sein Anteil in der Hörwahrnehmung etwa auf 10 % – oder weniger (Abb. 2). Zudem entlastet ein Hörgerät die Höranstrengung vor allem im Unterricht.

Seine »Begeisterung« hielt sich erwartungsgemäß »in Grenzen«. Er versprach aber, darüber nachzudenken und hätte doch lieber etwas gegen den Tinnitus und für den Schlaf. Mitgegeben habe ich ihm dann – erst mal – ein Infoblatt zur

Sinnhaftigkeit von Hörgeräten (14) (QR-Code 1 am Ende des Artikels) und eine Anleitung zu Schlafritualen (3), siehe auch Tabelle.

#### Formales

Nach den Hilfsmittelrichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen können Hörgeräte verschrieben werden, wenn

- bei beidseitiger Schwerhörigkeit der (tonaudiometrische) Hörverlust auf dem besseren Ohr 30 dB oder mehr in mindestens einer der Frequenzen zwischen 500 und 4.000 Hz beträgt und die Verstehensquote für einsilbige Worte auf dem besseren Ohr bei 65 dB nicht größer als 80 % ist.
- bei einer einseitigen Schwerhörigkeit der tonaudiometrische Hörverlust bei 2.000 Hz oder mindestens bei zwei Frequenzen zwischen 500 und 4.000 Hz 30 dB erreicht.

#### Achtung

Die Hörgeräte-Verordnung kann – auch bei einseitiger Schwerhörigkeit – früher erfolgen, wenn ein störender Tinnitus hinzukommt.

Die Stimmung kippte und schlug ins Traurige um, als unser Gespräch »eigentlich« zu Ende ging. Jetzt zeigte er sich in der Stimmung und im Affekt niedergeschlagen, obwohl er weiter witzig wirken wollte. Erlebt habe ich ihn als »enttäuscht« und mich als nicht wirklich wirksam.

### Die Balintgruppenarbeit zu dem Tinnitus-Patienten

Mit diesem Gefühl ging ich in die abendliche Balintgruppe und trug mein Erleben ebenso vor, wie das Gefühl, das er bei

## Tabelle

### Schlaf-Anleitungen für Betroffene

#### Der Tag sollte wach gestaltet werden

Sowohl vom Mittagsschlaf als auch vom Schlaf vor dem Fernseher soll Abstand genommen werden. Das Bett soll als alleiniger Ort des Schlafes genutzt und erst aufgesucht werden, wenn wirkliche Müdigkeit vorliegt.

#### Es sollen zwei bis drei angenehme Dinge ausgeführt werden, ehe das Bett aufgesucht wird

- Zum Beispiel eine Runde im Park spazieren gehen
- Ein schönes Buch (eher keinen »spannenden« Krimi) lesen
- Und/oder ein Bad nehmen
- ...

Es soll kein Alkohol oder ein als »Schlafmittel« ausgegebenes Betäubungsmittel eingenommen werden, da diese die Traumphasen zerstören. Es verbieten sich Kaffee oder schwarzer Tee 4–6 Stunden vor der gewünschten Einschlafzeit.

#### Bei Durchschlafstörungen und Aufwachen in der Nacht, sollte nicht »auf den Schlaf gewartet«, sondern aufgestanden und die Zeit genutzt werden

- Etwa mit Lesen
- Spazieren gehen
- Oder einem Entspannungsverfahren

Das Bett soll erst wieder aufgesucht werden, wenn wieder Müdigkeit eingetreten ist.

#### Bei den meisten ist es sinnvoll, morgens zur gleichen Zeit aufzustehen, unabhängig von der vorher geschlafenen Zeit – auch am Wochenende.

mir hinterlassen hatte. Nachfragen gab es zum Hörbefund und meinem Therapieansatz, wobei ich wieder das Gefühl bekam, nicht genug getan zu haben. Dann rückte ich – entsprechend der Vorgehensweise in einer Balintgruppe – etwas aus dem Stuhlkreis heraus und die Gruppe übernahm unter der Ägide des Balintgruppenleiters die weitere Arbeit für mich.

Zunächst wurden (die fast üblichen) Stereotype in Begegnungen mit Lehrern und Lehrerinnen durchgegangen. Die Stimmung war zunächst gelöst, teilweise heiter und es fehlte nicht an Mutmaßungen hinsichtlich des Wunschs nach Stundenreduktion oder Berentung.

Auffällig war, dass eine Kollegin deutlich in der Stimmung absank. Darauf vom Balintgruppenleiter angesprochen, be-

richtete sie über eine große Traurigkeit, die sie befiel, in dem Gefühl, den vorgestellten Patienten nicht erfassen oder spüren zu können. Daraufhin versuchten einige, eher bagatellierend und abwertend wieder »Normalität« herzustellen, was aber nicht gelingen wollte, sodass diese aufgaben. Nur einer bemühte sich anhaltend, zunächst tröstend, dann auch aufheiternd, die Kollegin wieder in die Runde zu bringen.

Für mich entwickelte sich ein Bild eines sich sehr alleine, aber vergeblich um die traurige Kollegin Bemühenden in einer Schar von eher abweisenden Interaktionen. Dabei kam mir der Wunsch nach Unterstützung, aber auch nach Ruhe und Schlaf nur zu verständlich vor. Dies brachte ich – für einen Zwischeneindruck wieder in die Gruppe hineingebeten – als Rückmeldung ein, und durfte mich dann wieder zurückkrückend zurücklehnen.

In der daran anknüpfenden Runde wurde dann entlang des Balintmottos »Mutig phantasieren, aber überlegt handeln« gemutmaßt, wie der Patient bisher sein Leben gestaltet hat und was nun zu der Symptomklage führen könnte. Es entwickelten sich szenische Bilder einer eher kargen, bedürftigen Umgebung, gegen deren Sog viel Kraft und Anstrengungen nötig waren. Dabei kam das Gefühl auf, dass es aber nie reichen würde, um beständig auf sicheren Boden zu kommen.

Sensibilisiert geworden für die biografischen Zusammenhänge konnte ich dem Patienten mit einem anderen Gefühl bei der nächsten Begegnung entgegentreten. Auf seine Biografie angesprochen ließ sich erfahren, dass der Patient in der Nachkriegszeit unter doppelt unsicheren Bedingungen aufwuchs. Zum einen bot der freischaffende Beruf des Vaters wenig materielle Sicherheit und seine häufigen Abwesenheiten wenig emotionale Erreichbarkeit. Zum anderen erlaubte die depressive Erkrankung der Mutter wenig Zuwendung. So lag es an dem Patienten, die Mutter zu trösten oder aufzuheitern. Aus diesem Umfeld und seinen Aufgaben lösen konnte sich der Patient durch das berufliche Engagement, das in diesem Sinne auch als Ablösungsversuch verstanden werden kann und gebraucht wird, um die eigene Selbstsicherheit zu erhalten.

Jetzt bangte er um den Verlust seiner Funktionsfähigkeit im beruflichen Bereich. Damit verbunden war auch die Sorge um einen Rückfall in die alten Strukturen, zumal auch seine Frau »oft traurig« sei und »mitgenommen« werden müsse. In dieser für ihn bewusst nicht lösbaren Zuspitzung darf man die sich steigernde und angstbesetzte Tinnitus-Wahrnehmung als Ausdruck einer »somatisch empfundenen« Not sehen. In diesem Kontext war es nicht sinnvoll, eine Vermeidung oder gar Verrentung zu unterstützen, sondern parallel zur Linderung der Tinnitus-Wahrnehmung und der Schlafproblematik zu einer ambulanten Psychotherapie zu ermutigen, die dieser introspektionsfähige Patient auch begonnen hat.

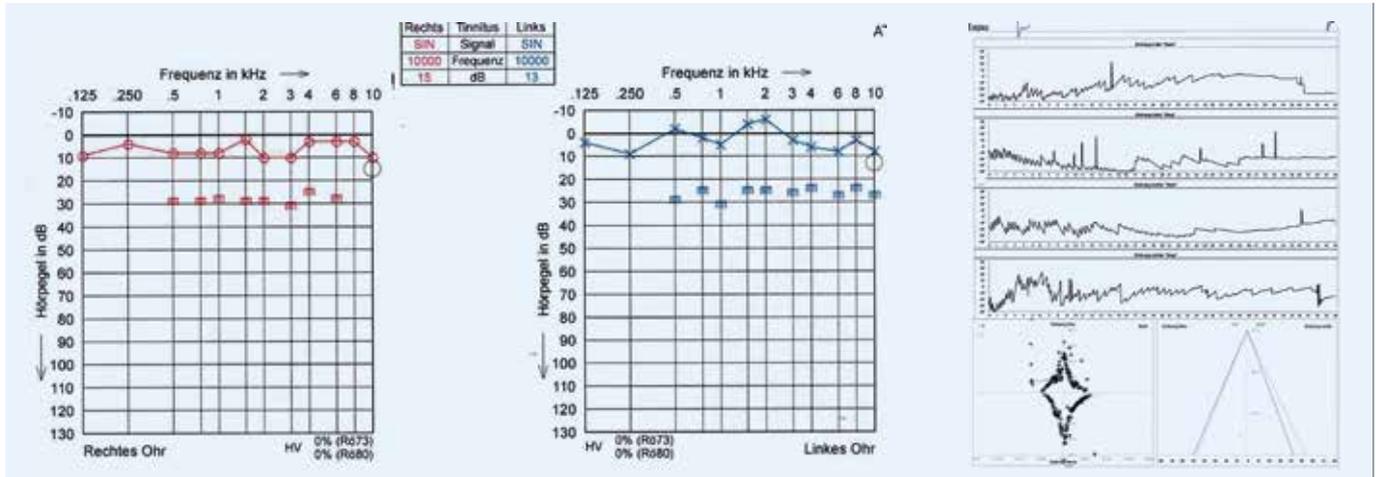


Abb. 3: Links sieht man im Audiogramm eine weitestgehende Normakusis, rechts die seitengleichen Reflexantworten bei einem rotatorischen Test im Drehstuhl als Hinweis für die beidseitige Funktion der lateralen Bogengänge und der zentralen Verarbeitung

## Eine stabile Schwindelgeschichte



Bei einer Balinttagung habe ich eine jetzt 75-jährige Patientin vorgestellt, die ich schon seit vielen Jahren wegen ihrer organisch nicht fassbaren Schwindelbeschwerden ambulant und stationär kenne. Erstmals kam die Patientin vor mehr als 20 Jahren wegen ihres »ständigen Schwindels« in unsere neurootologisch-psychosomatische Spezialambulanz. Dennoch hatte sie sich bemüht, ihre Arbeit als begeisterte Lehrerin bis zum 65. Lebensjahr durchzuhalten. Einen – schon bei der Erstbegegnung thematisierten – Kinderwunsch hatte die Patientin aus Rücksicht auf eine mögliche Chorea-Huntington-Erkrankung ihres Mannes hintenangestellt. Der Vater und der Bruder des Ehemanns waren von der autosomal-dominant vererbaren Erkrankung betroffen. Als sich die beiden kennen und lieben lernten, war noch nicht mit Hilfe einer Genanalyse zu klären, ob auch der Ehemann betroffen ist und dieser – dann sicher – diese Krankheit weitervererben würde.

Nach ihrer Berentung suchte die Patientin ebenso intensiv wie vergeblich nach allen möglichen und ihr als Privatpatientin auch zugänglichen Abklärungen und Therapiemöglichkeiten »für ihren Schwindel«. Diese umfassten neurologische, internistische, psychotherapeutische und heilpraktische Angebote in ambulanten und universitären Einrichtungen, zuletzt in der sogenannten »Dr. House Klinik« für seltene und übersehene Erkrankungen.

Behandelt wurde sie stationär psychotherapeutisch und psychosomatisch sowohl in Arolsen als auch in der Universitäts-

klinik Gießen. Rational habe sie das psychosomatische Modell verstanden, in dem der Halt im Selbstwertgerüst fehle und die Ängste um sich und den Ehemann ihren schwindelnden Ausdruck fänden. Aber gefühlt würde sie keine den Schwindel ertragbare Veränderung erleben. Dennoch bittet sie auch bei mir regelmäßig um Folgetermine und Nachuntersuchungen, auch wenn ich offen und wiederholt ausspreche, dass ich nicht erwarte, einen anderen organischen Befund zu finden.

## Die Vorstellung auf einer Balinttagung

Auf einer Balinttagung vorgestellt habe ich die Patientin in der Hoffnung, dass sich vielleicht doch noch ein neuer Aspekt und Handlungsansatz ergeben könnte, trotz der nun schon langen Geschichte und meiner Sorge, eigentlich nichts weiter tun zu können. Geschlossen habe ich die Vorstellung mit dem Satz, dass die Patientin trotz allem mein Mitgefühl habe. Daraufhin zog ich mich – mit meinem Stuhl herausrückend – aus der Runde ein Stück zurück.

Die darauf einsetzende Einladung des Gruppenleiters an die Gruppe, darauf zu achten und zu äußern, was an Fantasien und Gefühlen anhand der Fallschilderung aufkomme, wurde überlagert durch ein Verständigungsproblem eines fremdsprachig aufgewachsenen Kollegen. Dieses – an der Sprache festgemachte – »Nicht verstehen können des Falls« mit den Forderungen nach Wiederholung (»Sonst kann ich dem Fall nicht folgen«) unterbrach die sehr unterschiedlich geäußerten, aber wenig aufeinander bezogenen Assoziationsansätze der anderen. Dabei wechselten Mitgefühl und Ärger sowohl auf die Patientin als auch auf die Behandler. So wurde nicht gespärt mit mehr oder weniger deutlichen Vorwürfen an den Behandler und den Gruppenleiter.

Gefragt wurde auch, wenn auch wortreich umkleidet, ob es denn reiche, dass der Behandler nur »trotzdem« Mitgefühl

für die Patientin habe. Einer Teilnehmerin wurde – körperlich empfunden – schwindlig. Die – in diesem »Setting« mögliche – Co-Leitung der Balintgruppe blieb stumm.

Dann wurde der nicht erfüllte Kinderwunsch zum Thema. Dabei stellte sich eine Teilnehmerin vor, wie es sein müsse, »aus Rücksicht auf den geliebten, aber möglicherweise genetisch belasteten Ehemann«, »völlig umsonst« auf eigene Kinder verzichtet zu haben und dabei als Lehrerin die ganze Zeit sehen zu müssen, wie sich die Kinder anderer Eltern entwickeln.

So musste sie mit ansehen, dass er gesund – aber wahrscheinlich genervt von ihrem Schwindel – weiterlebt, während sie – schwindelig geworden – auf ihre Erfüllung verzichten musste und nun »ohne alles« dasteht. Und dann »darf« sie noch nicht einmal ärgerlich und wütend sein, dass er gesund geblieben ist. Dafür muss er nun ihren Schwindel aushalten in dem Bewusstsein, dass er daran »schuld« ist, ohne etwas machen zu können.

## Eine erste eigene Rückmeldung

In dieser – weiter durch Unterbrechungen angestregten – Arbeit wurde ich vom Balintgruppen-Leiter zur Rückmeldung in die Runde gebeten. Rückmelden konnte ich, wie sich die schwierige und fraktionierte Arbeit mit der Patientin in der Gruppe widerspiegelte. Bedeutsam fand ich auch, dass immer wieder Unverständnis übersetzt werden musste, ohne dass die Übersetzungen genügen konnten. Aufgegriffen habe ich das Gefühl der Trauer um das »Nicht Gelebte« und die Unmöglichkeit einer passenden (stimmigen) Wiedergutmachung.

## Rückmeldungen der Außengruppe

Bei Balintgruppen-Tagungen ist es möglich, zu dem primär arbeitenden »Innenkreis« von 10–12 Teilnehmern einen Außenkreis mit Kolleginnen und Kollegen zu bilden, die die Arbeit des Innenkreises beobachten sollen und kommentieren können. Aus dieser Außengruppe wurde der Eindruck rückgemeldet, dass die Gruppe sehr hektisch und chaotisch arbeite und »zu keinem vernünftigen Ergebnis« komme. Es erfolgten Unbehagensäußerungen hinsichtlich der erlebten Dürftigkeit des Inputs des Vortragenden, der ineffektiven Gruppenleitung und der Konkurrenzsituation zwischen dem nicht nativ deutschsprachigen Kollegen und dem Leiter.

Zudem kam die Idee auf, dass die Konzentration auf den unerfüllten Kinderwunsch »zu einfach« sei. Das sehr fraktionierte und mühsame Gruppenverhalten wurde »mutig fantasierend« dahingehend gedeutet, dass dies ein Abbild der emotionalen Grundstruktur der Patientin sei, die auch durch die Co-Leiterin nicht ausgeglichen werden konnte.

### Aus der Anamnese

Die 1948 geborene Patientin ist gemeinsam mit einer 6 Jahre älteren Schwester und einem 3 Jahre jüngeren Bruder zur Nachkriegszeit aufgewachsen.

Der Vater sei, als die Patientin 5 Jahre alt war, tödlich verunglückt. Die Patientin gibt an, sich an den Vater nicht mehr erinnern zu können.

Die Mutter wird als sehr warmherzige tiefgläubige Frau beschrieben. Sie habe sich und die 3 Kinder mit einer Rente durchgebracht. Die Mutter verstarb 88-jährig infolge eines Schlaganfalls.

## Das Weiterarbeiten nach der Rückmeldung im Balintgruppenkreis

Während der Gruppenleiter abwehrend beschied, gerne »alle Schuld« auf sich nehmen zu können, wehrte sich die Gruppe gegen den Vorwurf, nicht ordentlich zu arbeiten. Auch wurden die Erschwernisse durch sprachliche Missverständnisse nicht durchgängig gelten gelassen. Dies habe man auch schon anders und fruchtbarer erlebt. Verfestigt hat sich die Idee, dass die Patientin ihren Schwindel auch brauche, um erst recht nach der Rente und dem Ausbleiben der Sinnstiftung durch die Arbeit die Zuwendung zu bekommen, die ihr Mann ihr allein aus Liebe nicht (mehr) geben kann.

## Was habe ich daraus mitgenommen?

In der Rückschau blieb für mich das Bild einer sehr angestregten Gruppenarbeit mit einem sehr duldsamen Leiter, der »wie der Ehemann« Schuld auf sich nimmt und eine kaum sichtbare Co-Leiterin, die »ihr Schicksal« erträgt, während einer Teilnehmerin körperlich schwindlig wird und ein Teilnehmer nicht ausreichend verstehen kann. Das hat mich angeregt, die schon erfasste Biografie nachzulesen und zu überprüfen, was sich – auch biografisch – in der Gruppe widergespiegelt und was ich vielleicht vergessen habe (s. Kasten).

Mitgenommen habe ich die Idee, die fraktionierten Anteile, die die Patientin nicht sehen kann (oder darf), zu verstehen und den Schwindel als Kitt für die Beziehung zu akzeptieren. So sehe ich die Patientin alle 2–3 Monate, lasse mich alle 6 Monate zu nicht invasiven Hör- und Gleichgewichtsuntersuchungen überreden und schreibe alle 2–3 Jahre einen Antrag für eine stationäre Psychotherapie, der regelmäßig erst abgelehnt und dann auf Gutachterebene entschieden wird. Statt der Verzweiflung, »eigentlich nichts weiter tun zu können«, hat die Geduld Platz gefunden, meine Rolle in dem »stabilen Schwindelgeschehen« auszufüllen, ohne zu schaden.

Und wenn sie nicht gestorben ist, so sehe ich sie bis zu meiner Rente.

## Alle guten Dinge können 3 sein

Für die, für die alle guten Dingen 3 sind, gibt es einen weiteren, wenn auch diffizileren, aber schon andernorts veröffentlichten Bericht im Balint Journal unter: *Schaaf H (2016): Schwindel Facetten: »Der arme Heinrich« (11) (QR-Code 2 am Ende des Artikels).*

Wenn man selbst einmal einen Kollegen oder einen Kollegin braucht, kann es von Vorteil sein, wenn dieser oder diese Balintgruppen von der aktiven Teilnahme kennt (12).

## Fazit

Eine Reflexion über Interaktionen mit Patientinnen und Patienten kann nicht nur entlasten, sondern auch hilfreich sein für erweiterte Therapieansätze. Dies wird in der sogenannten Balintgruppenarbeit ermöglicht. Zumindest verbessert die Balintgruppenarbeit in aller Regel die Interaktionen der Behandler mit den Betroffenen.

Als Teil der ärztlichen Fort- und Weiterbildung wird die Teilnahme an einer Balintgruppe durch die Ärztekammern mit 2 CME-Punkten zertifiziert. Kontinuierlich arbeitende Balintgruppen treffen sich in der Regel ein- bis zweimal pro Monat.

QR-Code 1: »Sinnhaftigkeit von Hörgeräten bei Tinnitus«



QR-Code 2: Schwindel Facetten: »Der arme Heinrich«



## Literatur

- Balint M (1993): Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. 8. Auflage, Klett-Cotta, Stuttgart
- Beyrau D, Schaaf H, Hesse G (2018): Neurootologisches Counseling bei chronischem Tinnitus. *Laryngo-Rhino-Otologie*, 702–710
- D'Amelio R, Schaaf H, Kranz D (2022): Module für die Tinnitus-Behandlung. Materialien für das Counseling, die Psychoedukation und Psychotherapie mit Strategien und Methoden aus der Verhaltenstherapie, Psychodynamik sowie Hypnotherapie. Hogrefe, Göttingen
- Hesse G (2015): Tinnitus. 2. Auflage. Thieme, Stuttgart, 240
- Hesse G, Schaaf H (2012): Hörtherapie. Thieme, Stuttgart, 114
- Hoffmann SO (1986): Psychosomatische Aspekte von Erkrankungen im HNO-Bereich. *Arch-Nasen-Ohren-Kehlkopf-Heilkunde (Suppl II)*
- Kerkloh M (Hrsg) (2018): Interaktionsbezogene Fallarbeit. Ein praxisorientiertes Handbuch. W. Kohlhammer Verlag, Stuttgart

- König W (2004): Die Leitung von Balintgruppen: Ein Leitfaden. Taschenbuch Deutscher Ärzteverlag, Köln
- Lüscher E (1959): Psychische Faktoren bei Hals-Nasen-Ohren-Leiden. *Arch-Nasen-Ohren-Kehlkopf-Heilkunde* 175, 69–216
- Marek A (2009): Psychosomatik in der HNO-Heilkunde. Thieme, Stuttgart
- Schaaf H (2016): Schwindel Facetten: »Der arme Heinrich« *Balint Journal* 17, 122–124
- Schaaf H (2017): Kasuistik einer hilfreichen Arzt-(Arzt)-Patienten Intervention. *Balint* 2, 21–22
- Schaaf H (2019): Kleine Einführung in die Tinnitus-Wahrnehmung. Deutsche Tinnitus Liga, Wuppertal
- Schaaf H (2021): Hörgeräte bei Tinnitus?! *forum HNO* (23), 304–309
- Schaaf H, Hesse G (2022): Tinnitus – Leiden und Chance. Nikol Verlag, Hamburg
- Sopko J (1990): Funktionelle Störungen in der HNO-Heilkunde. In: Uexküll T (Hrsg): *Psychosomatische Medizin*. 4. Auflage. Urban & Schwarzenbeck, München, 1080–1093

*Anschrift des Verfassers:*

*Dr. med. Helmut Schaaf  
Tinnitus Klinik Dr. Hesse  
Große Allee 50  
34454 Bad Arolsen  
E-Mail [hschaaf@tinnitus-klinik.net](mailto:hschaaf@tinnitus-klinik.net)*