



Bogusław Stelcer

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, e-mail: stelcer@ump.edu.pl

Grupa Balinta jako narzędzie doskonalące relacje z niepełnosprawnym pacjentem

<http://dx.doi.org/10.12775/PBE.2015.057>

Balint Group as a Tool for Improving the Relationship with a Disabled Patient

Abstract

The aim of this study is to show the advantages of Balint Groups as means of a helping tool to improve the skills of professionals. Michael Balint's method is a specific meeting group, originally focused on working with general practitioners, however, it was successfully applied to psychologists, educators, pedagogues, social workers, volunteers and other professional groups. Group (8–12 people) consisting of invited doctors discussed presented story of the meeting with the patient under the guidance of the leader. Key aspects of the Balint Groups are the atmosphere of trust, openness, emotional security and respect for the views of other group members. For a deeper understanding of the advantages that give Balint training the profile and the scientific development of the author of the method was described. In the next part the fundamental features of a typical Balint seminar and the role of group leader as the person responsible for the group process were discussed. Conclusion of this paper revolve around the notion that Balint seminar describe the helping process and shows how to understand the dynamics of contact with the person assisted. Balint Groups are also seen as a tool that allows to develop helping skills which are a significant element of professional competence.

Key words: Balint Group; helping; helping skills; doctor-patient; training

Michael Balint – kilka uwag o jego życiu i dziele

Michael Balint zainicjował ruch na rzecz humanizacji relacji pacjenta z lekarzem, stworzył podwaliny dla holistycznego podejścia do pacjenta, wskazał zalety optyki uwzględniające rozważanie problemów pacjenta w perspektywie psychosomatycznej jako możliwą do zastosowania przez lekarza. Z czasem walory jego metody zostały docenione przez odmienne kręgi terapeutów i zaczęto zapraszać do grup seminaryjnych nie tylko lekarzy, lecz szerokie grono przedstawicieli zawodów pomocowych. W tej liczbie należy wskazać psychologów, pracowników socjalnych, pedagogów, pielęgniarki, położne czy wolontariuszy chętnych rozwinąć swój profesjonalny warsztat (Moreau-Ricaud, 2002).

Węgierski lekarz i psychoanalityk urodził się w Budapeszcie w rodzinie węgierskich Żydów. Ojciec, Ignac Bergsmann, był lekarzem medycyny ogólnej, to pod jego wpływem młody Michael rozpoczął studia medyczne, które po kilku latach ukończył z sukcesem. Od 1919 r. współpracował z mieszkającym w Budapeszcie węgierskim psychoanalitykiem Sandorem Ferenczim, pod kierunkiem którego odbył własną psychoanalizę. Ferenczi, uczeń Zygmunta Freuda, miał ogromny wpływ na rozwój idei Balinta, swego najbliższego współpracownika. Od początku swej działalności Michael Balint dokonał umiejętnej fuzji dwóch posiadających swą niezależną tożsamość dyscyplin, jakimi były medycyna i psychoanaliza. W istocie był orędownikiem przeniesienia metod psychoanalizy na grunt medycyny. Zaczęło się od tego, że na początku lat 20. ubiegłego wieku opuścił Budapeszt i udał się do Berlina, gdzie pracował jako chemik i biochemik w laboratorium Ottona von Warburga. Po czterech latach uzyskał doktorat z biochemii. W tym czasie zdecydował się na zmianę nazwiska z Bergsmann na Balint, podkreślając węgierskie identyfikacje tożsamościowe. Równolegle uczęszczał na zajęcia do Berlińskiego Instytutu Psychoanalitycznego, gdzie uzyskał formalne uprawnienia do samodzielnego prowadzenia terapii psychoanalitycznej. W 1924 r. wrócił do Budapesztu, tam zacieśnił współpracę z Sandorem Ferenczim, razem z którym usiłował wprowadzić dla lekarzy szkolenia z zakresu psychicznych aspektów leczenia w celu poprawy ich poziomu kompetencji zawodowych. W tym czasie zaczął publikować pierwsze artykuły naukowe w czasopismach psychoanalitycznych i pedagogicznych na Węgrzech i w Niemczech. Do wybuchu II wojny światowej jego aktywność skupiała się na leczeniu chorych psychosomatycznie, seminariach psychoanalitycznych, a także aktywnym uczestnictwie oraz organizacji konferencji naukowych. Szybko zyskał opinię świetnego profesjonalisty, klinicysty oraz teoretyka. W latach 30. uczestniczył w utworzeniu Kliniki Budapesztańskiej, która była ucieleśnieniem

marzeń Sandora Ferenczego, a której został szefem po śmierci swego mentora w 1933 r. Kierował tą jednostką aż do stycznia 1939 r., do czasu ucieczki do Anglii spowodowanej obawą przed oczekiwanymi represjami nazistowskimi na Węgrzech (Moreau-Ricaud, 2002).

Od wczesnych lat swej kariery zawodowej stosował elementy psychoanalizy, czego wyrazem była opublikowana w 1923 r. praca *Psychoanaliza w służbie praktykującego lekarza*. W tym okresie zainteresował się medycyną psychosomatyczną. W czasie II wojny światowej szkolił pracowników socjalnych, stosując własną technikę grupowych spotkań seminaryjnych i kładąc nacisk na jej praktyczny walor w działalności zawodowej. Po wprowadzeniu w Anglii w 1945 r. reformy systemu zdrowotnego i powołaniu w listopadzie 1946 publicznej służby zdrowia, Michael, Balint zachęcony pozytywnym przyjęciem organizowanych przez siebie spotkań grupowych dla pracowników socjalnych, rozpoczął w Londynie w 1950 r. realizację szerszego programu grupowych spotkań przeznaczonych dla lekarzy podstawowej opieki (*general practitioners*). Będąc lekarzem medycyny ogólnej i zarazem psychoterapeutą, psychoanalitykiem, związał się z uznaną Tavistock Clinic. Był pomysłodawcą zamierzenia, którego celem było kształtowanie cech osobowościowych uczestników programu szkoleń (Samuel, 1989). Miało to służyć lepszemu ich funkcjonowaniu w zawodzie lekarza. Rola zawodowa lekarza czy terapeuty wymaga obok profesjonalnej wiedzy medycznej szczególnych predyspozycji osobowościowych i umiejętności związanych z kontaktem interpersonalnym. Elementem warsztatu zawodowego lekarza jest według opinii Balinta zdolność rozpoznawania emocji i odczuć pacjenta oraz rozpoznawania i kontroli własnego stanu emocjonalnego oraz sposobu, w jaki wpływa na kształt relacji z chorym. Jednym z najbardziej skutecznych narzędzi do doskonalenia umiejętności współbrzmienia emocjonalnego z pacjentem jest udział w seminariach Balintowskich (Scheingold, 1988).

Znaczącym aspektem profilu aktywności Michaela Balinta jest jego przywiązanie do idei Sandora Ferenczego. Jeszcze w latach 20. Ferenczi postulował rozwój dyscypliny, którą nazwał jatrofilozofią (filozofią medycyny), ze ściśle określonymi oczekiwaniami wobec lekarzy pod kątem ich pełnej świadomości odgrywanej roli w relacji terapeutycznej. Balint stał się entuzjastą tej idei i wierzył w rozpowszechnianie się opracowanej przez siebie metody psychoanalitycznej w środowiskach medycznych (Meszaros, 2003). Sam definiował ją jako narzędzie służące odzwierciedleniu relacji pomiędzy leczącym a chorym. W latach powojennych, które były okresem dynamicznych przemian systemu opieki społecznej, jego rola łączyła dwa aspekty. Był znanym powszechnie psy-

choanalitikiem i lekarzem oraz liderem prowadzonych przez siebie grup. Grupy seminaryjne, których nazwa wzięła się od jego nazwiska, stanowiły w istocie formę szkoleń zastosowaną w medycynie. Dla jasności wyводу trzeba nadmienić, że zdaniem Balinta, metoda psychoanalityczna, wywierająca wpływ na postawę i relację z pacjentem, była takim samym narzędziem terapeutycznym jak pozostałe będące w repertuarze lekarza (Wasilewski, 2009). Podkreślić też trzeba zaangażowanie i determinację Balinta w roli edukatora, który aktywnie organizował szkolenia i grupy dla lekarzy. Wielką jego ambicją było, ażeby lekarz i towarzyszący mu psychoanalityk byli w stanie podjąć wspólny wysiłek na rzecz dobra pacjenta. Jego własna przygoda zaczęła się od prób odpowiedzi na pytanie, co jest najczęściej stosowanym czynnikiem leczącym. Odpowiedź, jaką znalazł, brzmiała: „lekarz jest najczęściej używanym lekarstwem” (Balint, 1957). Znaczenie tych słów odnosi się przede wszystkim do osobowości leczącego jako podstawowego narzędzia terapeutycznego. To osoba wspomagająca, ze swym doświadczeniem, cechami, wrażliwością emocjonalną, wiedzą, doświadczeniem terapeutycznym czy empatią, kształtuje charakter relacji terapeutycznej (Stelcer, 2009; Zgud 2009). Pozostaje otwarte pytanie, w jakim zakresie stosować tę dawkę oraz jak często.

Edukacyjne znaczenie grup Balinta i ich rola w kształceniu umiejętności pomagania

Grupa Balinta składa się z 8–12 uczestników, prowadzonych przez przygotowanego do swej roli wykwalifikowanego lidera. Pierwotnie tymi uczestnikami mieli być lekarze. Z czasem jednak rozszerzono grono uczestników na przedstawicieli wielorakich zawodów pomocowych. Znaczący w tym kontekście okazał się sukces tej formy szkoleń dla pracowników socjalnych prowadzonych razem z Enid Albu, żoną i współpracowniczką Balinta w powojennych latach działalności w klinice Tavistock. Pierwsze grupy składały się z około 8 lub 9 lekarzy, którzy odpowiedzieli na zaproszenie do uczestnictwa w serii seminariów „Aspekty psychologiczne w ogólnej praktyce lekarskiej”. Struktura pracy grupy od tamtych czasów nie zmieniała się zasadniczo i nadal polega na tym, że jej uczestnicy przez około 1,5 godziny zajmują się analizą relacji pomiędzy terapeutą a osobą przez nią wspomaganą. Lider grupy jako prowadzący jest odpowiedzialny za to, jaki przypadek zostaje opowiedziany przez jednego z uczestników seminarium. Dotyczyć on musi relacji pomagania, jest to warunkiem *sine qua non* właściwej pracy grupy. Polega to na wyborze historii wiążącej się z sytuacją, w której uczestnik grupy przedstawia swego pacjenta, podopiecznego

czy wychowanka w kontekście zaistniałej między nimi relacji terapeutycznej. Michael Balint poprosił, by przedstawić opisy tych przypadków, które nurtują lub intrygują uczestników spotkań (Balint, 1957). Natychmiastową korzyścią było to, że uczestnicy mogli podzielić się swymi obawami i trudnościami oraz opowiedzieć o trudnych pacjentach przed innymi profesjonalistami posiadającymi własne doświadczenie terapeutyczne. Balint sugerował uczestnikom prowadzonych przez siebie grup, żeby szczególnie absorbujących pacjentów zapraszali na długi wywiad poza godzinami przyjęć i rozmawiali o ich życiu osobistym (Lerner, Malm, 2004).

Po wysłuchaniu przedstawionej przez referenta relacji pozostali uczestnicy pod kierunkiem lidera starają się dociec jej głębokiego znaczenia i wyjaśnić oraz zrozumieć, co działo się pomiędzy przedstawionymi w tej narracji bohaterami. Kierowanie grupą przez lidera oznacza subtelne stymulowanie uczestników do wyrażenia swych uwag, skojarzeń i sposobu rozumienia znaczenia przedstawionej historii. Zarówno głębokość analiz, jak i poziom zrozumienia specyfiki przedstawionej historii zależy od wnikliwości spostrzeżeń uczestników grupy, nie zaś od poglądów lidera na ten temat. Nieczęsto dyskutowanym aspektem pracy grupy Balinta jest język używany przez uczestników. Ten powinien być prosty i niestwarzający problemów ze zrozumieniem przez wszystkie zgromadzone osoby, tłumaczenia symultaniczne są dopuszczane, acz w wyjątkowych i mocno uzasadnionych sytuacjach. Obowiązuje zasada poufności, polegająca na tym, by ukrywać jednoznacznie określone dane tożsamościowe pacjenta. W praktyce sprowadza się to do opisu wniesionego przez pacjenta problemu znanego z jego imienia, bez dalszych informacji pozwalających zidentyfikować go jako osobę zdefiniowaną z imienia i nazwiska. Referujący swą historię kontaktu z osobą wspomaganą (pacjentem/podopiecznym) uczestnik opisuje z pamięci swe spotkanie, bez korzystania z notatek czy innych zapisów dokonanych w procesie terapii. Notatek nie robią także osoby słuchające, ich zadaniem jest stworzyć sobie osobisty, subiektywny obraz i zbudować wrażenie o terapii, osobie wspieranej oraz o charakterze łączącej ich relacji. Uczestnicy przysłuchujący się prezentacji w dalszej części dzielą się swymi odczuciami, wrażeniami i wyobrażeniami na temat usłyszonej historii. Dzięki temu powstaje kompleksowy obraz relacji niesienia pomocy, wzbogacony przez opinię każdej z osób uczestniczących w seminarium. Zasłyszonym opiniom referujący przysłuchuje się z pewnego dystansu, nie przerywając swymi komentarzami pracy osób dzielących się swymi odczuciami. Wysłuchuje i rejestruje uwagi uczestników grupy, odkrywając nieznanne dotąd aspekty swego kontaktu z osobą wspomaganą. Rozpoznaje i odkrywa własny sposób postępowania

i oddziaływania na pacjenta. Uczestniczenie w grupach Balinta stwarza możliwość uzyskania wglądu we własny warsztat postępowania terapeutycznego, samopoznanie, czasem może uruchomić proces ograniczonej w swym zakresie przemiany osobowości. Uczestnik uczy się pełniejszej koncentracji na osobie wspomaganey czy pacjencie i jego przeżyciach oraz postrzegania go w perspektywie całościowych przeżyć, wykraczających poza samą chorobę czy związany z nią problem (Benson, Margraith, 2005). Prowadzi do wykształcenia umiejętności efektywnej terapii i kontaktu z osobą wspomaganą, co ma służyć jej dobru. Dzięki uwagom wniesionym przez innych uczestników grupy referent ma szansę ujrzeć swoje podejście terapeutyczne w sposób zobiektywizowany. Uczestnicy stają się świadomi problemów w relacji z chorymi oraz nabywają umiejętności rozumienia ich dynamiki. Obserwując, jaki jest charakter padających komentarzy, nabywają umiejętności słuchania i pogłębiają swe rozumienie dla procesu wspomaganiania (Kutter, 2002). Jednym z efektów uczestniczenia w grupach Balinta jest fakt większej tolerancji niepewności i nieoczywistości i idący w ślad za nimi wzrost umiejętności empatycznych oraz nabywanie umiejętności wspierania chorego czy osoby z niepełnosprawnością. Walorem pracy w grupach Balinta nieobecny w innych formach kształcenia umiejętności pomagania jest możliwość uczenia się w oparciu o realne przypadki z pominięciem teoretycznych dywagacji o zasadach budowania kontaktu. Praktyczny wymiar grup Balinta w tym zakresie pozwala uczestnikom na wgląd w mechanizmy własnego postępowania i dzięki temu na wzrost refleksyjności (Jones, Salinsky, 1993). Przede wszystkim uczestniczenie w grupach Balinta stwarza możliwość na rozwój i utrwalanie wzorców zachowania korzystnych terapeutycznie dla różnego rodzaju pacjentów.

Najważniejszymi cechami grup Balinta w kształceniu umiejętności pomagania, są (Engel, 2009; Stelcer, 2009; Wasilewski, 2009):

1. Metoda służąca odzwierciedleniu relacji pomiędzy leczącym a chorym
2. Uczestnicy grup Balinta stają się świadomi problemów w relacji z chorymi oraz nabywają umiejętności rozumienia ich dynamiki
3. Doskonalenie umiejętności słuchania chorego i osób, które uczestniczą w procesie leczenia
4. Przyzwolenie, by tolerować niejasność
5. Rozwój umiejętności empatycznych
6. Wspieranie chorego/niepełnosprawnego
7. Obserwacja gestów i zachowania chorego/niepełnosprawnego
8. Dostrzeżenie wartości, jaką jest towarzyszenie osobie wspomaganey w trudnych dla niej chwilach

9. Uczenie się w oparciu o rzeczywiste przypadki, pomijając teoretyczne dywagacje o zasadach budowania kontaktu
10. Wzrost refleksyjności
11. Większy wgląd w mechanizmy własnego postępowania
12. Rozwój i utrwalanie wzorców zachowania korzystnych terapeutycznie dla różnego rodzaju pacjentów.

Działalność naukowa Michaela Balinta

Podjmując problematykę opisu specyfiki grup Balintowskich, koniecznie trzeba nadmienić, że dojrzałą ich formę udało się stworzyć w Tavistock, we współpracy z żoną badacza, Enid, która przeszła własną psychoterapię psychoanalityczną i nabyła uprawnienia terapeutyczne. Podkreślić trzeba, że pierwotnie żona i współpracowniczka Balinta pracowała jako pielęgniarka, od szkoleń organizowanych dla pielęgniarek i pracowników socjalnych rozpoczęła się współpraca tej pary edukatorów. Michael i Enid Balintowie promowali swą metodę, uczestnicząc w kursach, konferencjach i szkoleniach w różnych krajach Europy. Z czasem w wielu krajach formowały się grupy rozpoczynając swe niezależne życie w wielu krajach, będące zarazem załączkiem towarzystw krajowych. W 2014 r. w Międzynarodowej Federacji Balintowskiej były 22 krajowe stowarzyszenia, jedno międzynarodowe stowarzyszenie psychodramy Association Internationale du Psychodrame Balint, natomiast w 6 krajach istnieją ośrodki, w których prowadzone są grupy Balinta, mimo że jeszcze nie zarejestrowano stowarzyszeń krajowych. Podkreślić należy, że grupy Balinta znajdują szerokie zastosowanie w doskonaleniu umiejętności pomagania nie tylko wśród lekarzy, lecz również pośród innych zawodów pomocowych. Dotyczy to m.in. psychologów, pedagogów, pracowników socjalnych, wolontariuszy, pielęgniarek, pracowników domów pomocy społecznej i podobnych placówek. Kompetencje, jakie mogą uzyskać, obejmują umiejętności prawidłowego prowadzenia swego podopiecznego, pogłębienia wiedzy profesjonalnej, korzystając z doświadczenia innych osób. Ważnym walorem pracy balintowskiej jest to, że rozwój umiejętności dokonuje się w oparciu o analizę faktów wynikających z praktyki zawodowej każdego z uczestników grupy. W atmosferze nieoceniającego zrozumienia każdy bowiem dzieli się swoimi spostrzeżeniami na temat przedstawionej historii. Uwaga skupiona jest na prezentowanych przypadkach i specyfice relacji pomiędzy referentem a jego podopiecznym. Istotne jest to, ażeby skupić uwagę grupy na specyfice kontaktu oraz na tym, co w istocie komunikują oraz w jaki sposób odsłaniają swe intencje i oczekiwania bohaterowie

przedstawionej historii. Celem grupy nie jest informowanie referenta, jak ma leczyć, wspierać czy rehabilitować swego podopiecznego, lecz obserwowanie, co się dzieło między nim a pacjentem w nadziei na zrozumienie specyfiki tej relacji (Balint, Norell, 2001). Uczestnicy grupy, jak zostało to już wspomniane wcześniej, słuchają przedstawionej historii, a następnie omawiają usłyszaną treść, starając się skupić na specyfice relacji wspomagające i wspomaganego. Uczestnicy dzielą się swoimi spostrzeżeniami i interpretacjami, starając się, ażeby wolne były od oceny, pouczeń i udzielania tzw. mądrych rad. W szczególności starają się być świadomi uczuć, jakie wzbudził w nich pacjent. Skupienie się na własnych odczuciach może dostarczyć istotnych informacji i materiału dotyczącego odczuć pacjenta przedstawionego przez osobę referującą. W grupie odzwierciedlać się mogą mechanizmy dokładnie opisane w psychoanalizie. Często jest tendencja w grupie, by zachowywać się jak pacjent wobec osoby referującej, natomiast referent traktuje grupę jak pacjenta i tym samym odtwarza sytuację w gabinecie. Czynnikiem decydującym o tym, czym różni się grupa Balinta od grup wsparcia, jest to, że w przeciwieństwie do tych drugich, grupy Balinta nie uwzględniają w swych analizach osobistych trudności w stosunku do współpracowników, rodziny, pomijane są też osobiste historie i inne wątki personalne. Analiza obejmuje specyfikę kontaktu osoby referującej z jej pacjentem. W wyniku pracy w grupie uczestnik dowiadyuje się czegoś nowego o sobie i swym podejściu terapeutycznym. Stworzone zostają szanse na rozwój umiejętności pomagania oraz na nazwane przez Balinta „ograniczone, ale znaczące zmiany osobowości” (Balint, Balint, Gosling, Hildebrand, 1966).

Działalność zawodową i naukową Balinta można objąć w trzech zasadniczych kategoriach. Był, po pierwsze, znanym brytyjskim psychoanalitykiem konsekwentnie rozwijającym swe idee zarówno wymiarze teoretycznym, jak i klinicznym. Począwszy od lat 30. aż po zwarte dzieło *The Basic Fault* opublikowane w 1968 r., zaprezentował swoje rozumienie funkcjonowania umysłu oraz wynikające stąd implikacje terapeutyczne (za: Moreau-Ricaud, 2002). Drugim ważnym aspektem jego działalności, być może najbardziej znanym, jest metoda rozwijania umiejętności pomagania, rozwoju warsztatu terapeutycznego oraz wglądu w motywy własnego postępowania. Grupy Balinta, bo o nich mowa, nabrały pełnej formy już w dojrzałych latach życia jej twórcy w Tavistock, gdzie były prowadzone wraz z Enid Balint. Warto wskazać, że pierwszym teoretykiem, który zaproponował trening rozwoju umiejętności psychologicznych był Sandor Ferenczi, postulował to w dziele *Psychoanalysis in the Service of the General Practitioners* (1923). Balint był tym, który z powodzeniem wcielił w życie idee swego mentora. Trzecim ważnym kontek-

stem aktywności Michaela Balinta było kontynuowanie dziedzictwa Sandora Ferenczego. Balint poświęcił dużo czasu i energii trosce o publikację dzieł swego mentora i tłumaczeniu ich na inne języki. Ponowne odkrycie dziedzictwa węgierskiego psychoanalityka jest w głównej mierze zasługą Michaela Balinta. Dzięki jego wysiłkowi wzrosła dostępność *Clinical Diary* Ferenczego oraz obszernej korespondencji, jaką prowadził z Zygmuntem Freudem (Meszaros, 2003).

Balint rozwijał także inne idee korespondujące z wiedzą o praktycznych aspektach terapii. Jedną z idei, które wniósł do dyskursu, jest tzw. zmowa anonimowości. Pod pojęciem tym rozumie dość powszechną praktykę polegającą na odsyłaniu pacjenta od jednego specjalisty do drugiego. W korowodzie profesjonalistów zajmujących się problemem określonego pacjenta żaden w efekcie nie jest lekarzem prowadzącym w terapii jednostkowego przypadku. Placówki medyczne i rehabilitacyjne jawią się w tej perspektywie jako racjonalnie zorganizowane fabryki leczenia. Drugą ideą tak bardzo związaną z działalnością Balinta była „funkcja apostołiczna lekarza”. W psychoanalitycznym rozumieniu Balint zawarł pod tym pojęciem tendencję obecną u sporego grona lekarzy, żeby żywić nieuzasadnione oczekiwania, by pacjent uznawał te same wartości. Osobowość leczącego jest istotnym czynnikiem terapii, kształtującym charakter relacji terapeutycznej. Lekarz nie zbyt często dokonuje refleksji nad własnym postępowaniem i trwa w wypracowanych metodach postępowania i postawach. Balint stwierdza, że towarzyszy temu oczekiwanie wobec pacjenta, by postępował w sposób oczekiwany i w zgodzie z systemem wartości lekarza. Kolejną koncepcją wprowadzoną przez Balinta była idea tzw. nowego początku (*new begining*). Pod tym pojęciem kryje się idea dotycząca tego, że droga do konstruktywnej analizy własnych postaw rozpoczyna się od pozytywnej regresji i powrotu do sposobu doświadczania otaczającego świata, kluczowego dla rozwoju postaw życiowych. Balint sądził także, że nigdy nie jest za późno, ażeby uczyć się i nabywać nowych umiejętności, rozpoczynając proces rozwojowy od tego punktu. Proces asymilacji nowej wiedzy, jak i akomodacji struktur poznawczych nigdy nie kończy się dla aktywnej życiowo jednostki. Michael Balint uchodził za twórcę medycyny skoncentrowanej na pacjencie zamiast na chorobie (Samuel, 1989). Było to uzasadnione faktem, że wykorzystywał niektóre przynajmniej z koncepcji psychoanalitycznych, wśród nich takie jak „przeniesienie”, „przeciwprzeniesienie”, i uczuciowe reakcje lekarza, który ocenia wszystkie aspekty postawy pacjenta, uwzględniając rolę rodzinną, zawodową i społeczną i inne konteksty życiowe. Temu służyć miały stworzone przez niego grupy, których celem jest dążenie do zrozumienia problemów pacjenta,

nie zaś ukazanie rozwiązania problemu zgodnie ze standardami medycznymi. Uczestnicy grupy są zachęceni do tego, ażeby spekulować i dzielić się swoim sposobem widzenia trudności pacjenta i tego, co stanowi istotę jego problemu. Ten sposób podejścia daje nowe poczucie odpowiedzialności wobec potrzeb pacjenta i skutkuje odejściem od ograniczania się do diagnozowania i leczenia choroby (Johnson, 2001). Używając słów ich twórcy, grupa stara się poprawić relację terapeutyczną i komunikację pomiędzy różnymi profesjonalistami pracującymi z pacjentem, którymi dzisiaj są lekarz, pielęgniarka, pedagog, psycholog, kapelan, wolontariusz i inni. Jest formą pogłębiania zrozumienia pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi zainteresowanymi pomaganiem.

Balint ukazał ważny problem polegający na tym, że nie zawsze prawidłowa diagnoza czy zdefiniowanie problemu terapeutycznego, postawione przez terapeute, oznaczają ulgę dla pacjenta. Wskazał na znaczenie odczuć i przeżyć pacjenta w praktyce pomagania. Najważniejszy być może wkład Balinta polegał na tym, że starał się zwiększyć wrażliwość lekarza i jego stopień zrozumienia potrzeb pacjenta. Dzięki wieloletniemu wysiłkowi nadał kształt angielskiej medycynie rodzinnej (Wasilewski, 2009; Zgud 2009).

Rola lidera grupy

Praca liderów grup jest niezbędna, jeśli grupa ma realizować swe cele i spełniać postawione jej zadanie, jakim jest dążenie do zrozumienia tego, co stanowi problem pacjenta. Lider aktywizuje działanie grupy, sam wycofuje się, ograniczając się do stymulowania dynamiki grupowej. Dąży do tego, żeby każda ze zgromadzonych osób postawiła sobie pytanie:

1. Co jest problemem pacjenta?
2. Co jest istotą opowiedzianej historii?
3. Z jakim problemem zwrócił się po pomoc? (Z czym przyszedł do referenta?)
4. Co o pacjencie myśli lekarz? (Sposób w jaki lekarz wyobraża sobie kim jest osoba pacjenta).

Liderami pierwotnie byli psychoanalitycy, w szczególności ci zainteresowani współpracą z lekarzami lub innymi pracownikami służby zdrowia. Ich rolą jest skupienie dyskusji na relacji pomiędzy osobą referującą swój przypadek a jego podopiecznym. Lider zniechęca przed zbytnim przepytaniem osoby prezentującej przypadek, chroniąc ją przed indagowaniem nazbyt dociekliwymi pytaniami. Rolą lidera jest zapewnienie każdemu z uczestników poczucia bezpieczeństwa i psychicznego komfortu. Chroni członków grupy przed niepo-

żadanymi atakami na ich prywatność lub przed krytyką (Johnson, Nease, Milberg, Addison, 2004). Lider jest całkowicie odpowiedzialny za dynamikę grupy i sposób jej pracy oraz za psychologiczne bezpieczeństwo każdego z uczestników, w szczególności za komfort psychiczny referenta. Zachęca uczestników do wyrażania własnych myśli, uczuć i emocji, tworząc klimat tolerancji dla odczuć innych osób, nawet jeśli dalece odbiegają od jego własnych. Interwencje lidera są dość powściągliwe, nastawione na to, ażeby posuwać proces grupowy do przodu. Uwagi lidera powinny pomagać grupie w wszechstronnej eksploatacji problemu i wyjaśnienia odmiennych punktów widzenia. Lider zauważa także te treści, które zostały przez grupę pominięte, i sygnalizuje je. Staje się też przedstawicielem (adwokatem) pacjenta przed grupą (Johnson, Nease, Milberg, Addison, 2004). Niektóre z aspektów roli odgrywanej przez liderów grupy zostały zestawione w tabeli 1.

Lider poprzez swoją pracę pozwala uczestnikom zrozumieć znaczenie siły uczuć, które mogą się pojawić w odniesieniu do trudnych pacjentów. Często pojawia się świadomość, jak są ważni są dla pacjentów, nawet jeśli wydaje się im, że nic szczególnego dla nich nie robią. Czasem uczestnicy nabywają zrozumienia, że zwykłe towarzyszenie *just being there* może być bardzo ważnym narzędziem terapeutycznym. Przede wszystkim uczestnicy stają się bardziej tolerancyjni dla siebie i swego pacjenta. Urealnieniu też podlegają oczekiwania wobec celu terapii i zgoda na niekiedy występujące ograniczenia oraz zrozumienie dla faktu, że całkowite wyleczenie nie zawsze jest możliwe.

Tabela 1. Rola lidera grupy Balinta

Emocjonalne bezpieczeństwo	Emocjonalny <i>feedback</i>
Wyznaczanie ról i ich granic, jeśli to konieczne	Pomoc uczestnikom grupy w rozpoznawaniu emocji pojawiających się w kontakcie z pacjentem
Ochrona prezentującego przypadek uczestnika przed krytyką innych członków grupy	Pomoc grupie w skupieniu się na analizie relacji pomagania
Szacunek dla wszystkich zaprezentowanych punktów widzenia	Dążenie do tego, by każdy uczestnik poczuł się wspierany i chroniony przez lidera
Stworzenie możliwości wypowiedzenia się każdemu uczestnikowi grupy	Odsłanianie nowych faktów w zaprezentowanej relacji terapeutycznej
Unikanie zbyt głębokiej analizy każdego z uczestników	Zachęta do wieloaspektowego spojrzenia na proces terapii
Dbłość o utrzymanie atmosfery zaufania	

Źródło: opracowanie własne na podstawie literatury.

Korzyści dla pacjenta

Kończąc rozważania, konieczne wskazać trzeba na korzyści, jakie płyną dla osoby, wspomaganej, która dzięki grupom Balinta jest podmiotowo potraktowana, jako osoba ludzka, nie zaś jako „przypadek” kliniczny. Rozmowa grupy obejmuje nie tylko trudności kliniczne i terapeutyczne czy intensywność i charakter objawów, lecz także osobiste odczucia i problemy. Praca grupy sprawia, że jej uczestnicy mogą stać się bardziej tolerancyjni wobec ograniczeń rzeczywistej terapii. Pacjent lekarza w placówce medycznej, ale też klient placówki opieki społecznej czy uczeń szkoły specjalnej są lepiej rozumiani i przedstawieni w sposób zbliżony do perspektywy personalistycznej, co jest wielką wartością.

Grupa Balinta spełnia swoje zadania wtedy, gdy realizuje, jeśli nie większość, to przynajmniej niektóre z następujących treści:

1. Poprawia umiejętności słuchania zarówno pacjentów i współpracowników
2. Pozwala tolerować niepewność i złożoność problemu pacjenta
3. Zachęca do myślenia integrującego różne podejścia i perspektywy terapeutyczne
4. Ujawnia dynamikę grupy i reagowania na pacjenta
5. Rozwija zdolności empatyczne
6. Zachęca do przeformułowania problemu i poszukiwania innych dróg interpretacji problemu
7. Zachęca do nieszablonowego myślenia
8. Pomaga znaleźć sposób wyrażania frustracji, bólu, radości i innych emocji
9. Poprawia relacje wśród członków grupy
10. Poprawia umiejętności obserwacji powierzonego opiece pacjenta
11. Obnaża słabości i wady tzw. zaciętrzewienia terapeutycznego
12. Zachęca do refleksji nad własną postawą terapeutyczną, a także tym, co komunikuje pacjent
13. Poprawia satysfakcję z pracy
14. Rozwija i zachęca do wzbogacenia repertuaru zachowań terapeutycznych w odniesieniu do różnych pacjentów
15. Wykazuje zwiększoną wrażliwość i umiejętność radzenia sobie z psychologicznymi aspektami choroby pacjenta

Celem jest zmiana nastawienia do pacjenta i zmiana osobowości lekarza, dokonujące się podczas pracy grupowej w atmosferze ufności i wolności oraz

szacunku dla cudzych wypowiedzi. Nie ma wątpliwości w środowisku balintowskim, że można przenieść metodę węgierskiego lekarza i psychoanalityka do innych środowisk związanych z zawodami pomocowymi. Ideą Balinta było to, by pomagający był bierny, za to bardziej uważnie wczytywał się w sens komunikatów podopiecznego. Powinien też być cierpliwy i poświęcić czas na właściwe zrozumienie objawów i sygnałów z jego strony. Przede wszystkim włączyć empatię, wrażliwość i zasoby osobowościowe jako przeciwieństwo technokratycznych wizji pomagania, które wrażliwość etyczną gotowe są zastąpić normami prawnymi (Main, 1978). Balint ukazał, że charakter relacji terapeutycznej odgrywa znaczącą rolę w postawieniu diagnozy, sposobie leczenia i terapii. Tam bowiem spotykają się wewnętrzne światy lekarza i chorego, które wzajemnie na siebie oddziałują.

Bibliografia

- Balint M. (1957), *The Doctor, His Patient and the Illness*, International Universities Press, London.
- Balint E., Norell J. S. (2001), *Six Minute for the Patient. Interactions in General Practice Consultation*, Tavistock Press, London.
- Balint M., Balint E., Gosling R., Hildebrand P. (1966), *A Study of Doctored: Mutual Selection and the Evaluation of Results in a Training Program for Family Doctors*, Tavistock Publications Limited, London.
- Benson J., Magraith K. (2005), Compassion Fatigue and Burnout: the Role of Balint Groups, *Aust. Fam. Physician*, vol. 34, No. 6, s. 497–508. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.293.4.501-a>.
- Engel L. (2009), *Zastosowanie grup Balinta*, w: Wasilewski B., Engel L., (red.), *Grupy Balinta, teoria i zastosowanie*, Wydawnictwo Eneteia, Warszawa, s. 107–128.
- Jones E., Salinsky J., (1993) Assessing the effect of a Balint weekend. *Postgraduate Education for General Practice*, 4, 111–116.
- Johnson A. H., Nease D. E., Milberg L. C., Addison R. B. (2004), Essential of Effective Balint Group Leadership, *Family Medicine*, vol. 36, No. 4, s. 253–259. <http://dx.doi.org/10.1370/afm.81>.
- Johnson A. H. (2001), The Balint Movement in America, *Family Medicine*, vol. 33, No. 3, s. 174–177.
- Kutter P. (2002), From the Balint Method Toward Profession-related Supervision, *The*

- American Journal of Psychoanalysis*, vol. 62, No. 4, s. 313–325. <http://dx.doi.org/10.1023/a:1017968521403>.
- Lerner A. L., Malm R. L., (2004), A Preliminary Investigation of Balint and Non-Balint Behavioral Medicine Training, *Family Medicine*, vol. 36, No. 2, s. 114–117. <http://dx.doi.org/10.1370/afm.81>.
- Main T. (1978), Some medical defences against involvement with patients. *Journal of the Balint Society*, 6, 3–11.
- Meszaros J. (2003), Could Balint Have Done More for Ferenczi?, *The Journal of Psychoanalysis*, vol. 63, No. 3, s. 239–255. <http://dx.doi.org/10.1023/a:1025493004332>.
- Moreau-Ricaud M. (2002), An Introduction, *The American Journal of Psychoanalysis*, vol. 62, No. 1, s. 17–24, <http://dx.doi.org/10.1023/a:1017959922311>.
- Samuel O. (1989) How doctors learn in Balint groups. *Family Practice*, 6, 108–113.
- Scheingold L. (1988), Balint work in England: lessons for American family medicine. *Journal of Family Practice*, 26, 3, 315–20.
- Stelcer B. (2009), *Grupy Balinta w opiece terminalnej*, Wasilewski B., Engel L., (red.), *Grupy Balinta, teoria i zastosowanie*, Wyd. Eneteia, Warszawa, s. 179–188
- Stelcer B. (2009), *Humanistyczny wymiar relacji lekarz – pacjent*, w: Wawrzyniak J. (red.) *Etyczny wymiar komunikacji interpersonalnej w praktyce klinicznej*, Wydawnictwo Naukowe UAM, s. 35–47
- Stelcer B. (2005), Grupy Balinta w szkoleniu personelu hospicyjnego. *Twój Magazyn Medyczny*, 10 (5), s.13–15.
- Wasilewski B. (2009), Pułapki zagrożenia w relacji lekarz – pacjent, w: Wasilewski B., Engel L., (red.), *Grupy Balinta, teoria i zastosowanie*, Wyd. Eneteia, Warszawa, s. 189–210.
- Zgud J. (2009), *Grupy Balinta w szkoleniu psychoterapeutów*, w: Wasilewski B., Engel L. (red.), *Grupy Balinta, teoria i zastosowanie*, Wydawnictwo Eneteia, Warszawa, s. 151–160. <http://www.balintinternational.com/membercountries.html> (dostęp: 18.11.2014).