

Bertrand Janota¹, Paulina Michalska²

GRUPA BALINTA W RELACJI LEKARZ–PACJENT — ZAŁOŻENIA, CELE I ZNACZENIE

BALINT GROUP IN THE PHYSICIAN-PATIENT RELATIONSHIP — ASSUMPTIONS, OBJECTIVES AND SIGNIFICANCE

¹Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Carl–Thiem– Klinikum, Cottbus, Germany

²Wydział Psychologii, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz

*„Lekarz jest jak lek, dlatego też i w jego pracy trzeba badać
wszystkie działania oczekiwane i skutki uboczne” [1].*

**Balint group
doctor–patient relationship
mutual trust**

Streszczenie

W czasie intensywnego rozwoju telemedycyny, czyli medycyny na odległość, konieczna jest ponowna refleksja nad znaczeniem relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem. Relacja ta stanowi podstawę efektywnego kontaktu terapeutycznego, a jakość komunikacji odgrywa znaczącą rolę na każdym etapie procesu leczenia. Współpraca między lekarzem a pacjentem to oparta o wzajemne zaufanie interakcja, w której dochodzi do zaangażowania obu stron bez względu na różne uwarunkowania, np. osobowościowe czy związane z doświadczeniami życiowymi. Pojawia się pytanie, jak lekarz, który jest odpowiedzialny za relację z pacjentem, ma zapewnić warunki do budowania relacji zaufania z nim, szczególnie w obszarze pomocy psychiatrycznej, jeśli ogranicza go czas wizyty lub niemożność nawiązania bezpośredniego kontaktu. Jedną z odpowiedzi może stanowić udział w grupie Balinta, której założenia i cele przedstawiamy w artykule, akcentując jednocześnie znaczenie jej działania dla budowania relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem. Uczestnicy grup Balinta wywodzą się z różnych szkół lub nurtów terapeutycznych, ale bez względu na to ich udział w grupie polega na nabywaniu umiejętności rozumienia pacjentów i porozumiewania się z nimi. Korzystanie z takich grup przynosi wiele korzyści dla relacji lekarz–pacjent, ponieważ zapewnia leczącemu poszerzenie doświadczenia zawodowego, uczy koncentracji na problemie pacjenta, a także jest czynnikiem zapobiegającym wypalaniu się zawodowemu.

Summary

During the intensive development of telemedicine, *i.e.* distance medicine, it is necessary to rethink the importance of the relationship between a physician and his/her patient. This relationship is the basis for effective therapeutic contact and the quality of communication plays a significant role at every stage of the treatment process. The cooperation between a physician and their patient is

an interaction based on mutual trust, in which both the persons are involved independent of various determinants, *e.g.* related to their personality or life experiences. This raises the question of how a physician – responsible for the relationship with his/her patient – is able to provide conditions for building a relationship on the basis of trust with the patient, especially in the area of psychiatric assistance, if it is limited by the time of a visit or the impossibility of direct contact with the patient. One of the answers may be participation in the Balint group, which assumptions and goals are presented in this article, at the same time emphasising the importance of its activity for establishing physician-patient relationships. Balint group leaders come from different schools or therapeutic streams but regardless of this fact, their participation in the group consists of the acquisition of the ability to understand patients and communicate with them. Using such groups is highly beneficial to the physician-patient relationship because it provides the physician with broader professional experience, teaches concentration on the patient's problem and is also a factor preventing professional burnout.

Wprowadzenie

W czasach coraz większego rozwoju technologii medycznych, diagnostyki i telemedycyny, czyli medycyny na odległość, należy zadać sobie pytanie o miejsce i przestrzeń dla pacjenta i lekarza na ich spotkanie w ograniczonym często odgórnie limicie czasowym przewidzianym na wizytę. Warto zastanowić się, czy 10 minut na wizytę u lekarza rodzinnego lub innego specjalisty wystarczy, aby zbadać pacjenta, nawiązać z nim porozumienie, zdobyć zaufanie, w ramach którego będzie gotowy wypełniać zalecenia lekarskie. Pojawia się poza tym jeszcze pytanie, czy lekarz po dniu pracy jest zadowolony i ma poczucie dobrze wykonanej pracy, satysfakcji i dumy ze swego zawodu. Obecnie skomplikowane algorytmy i schematy mają zmniejszyć kolejki oczekujących i zastąpić kontakt z lekarzem, ale pojawia się refleksja, czy medycyna jest nadal sztuką, jak wynika z jej nazwy (*łac. medicina* — sztuka lekarska), czy porada lekarska staje się tylko usługą wykonywaną przez lekarza na rzecz pacjenta. Warto zastanowić się, czy jest możliwe, aby pacjent, czyli człowiek chory, cierpiący i szukający pomocy, był w stanie nawiązać porozumienie z lekarzem za pośrednictwem swojego smartfona, laptopa i zainstalowanej aplikacji.

Powyższe rozważania przemawiają za tym, aby w okresie szybkiego rozwoju technologii, często narzucanej dehumanizacji medycyny, ponownie podjąć refleksję nad relacją lekarz–pacjent. Obecnie problem ten zyskuje szczególnie na aktualności ze względu na ograniczenia kontaktu osobistego pacjenta z lekarzami wynikające z rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2. Do tej pory wizyty zdalne stanowiły jedną z możliwych opcji kontaktu pacjenta z lekarzem, od niedawna są koniecznością podyktowaną zaistniałą sytuacją epidemiczną. W krótkim czasie pojawiły się zalecenia, jaką formę mają mieć takie konsultacje. Szybko i sprawnie musieli przyzwycząić się do nich zarówno lekarze, jak i pacjenci [2]. Można przypuszczać, że zdalna forma kontaktu z pacjentem zyska zarówno przeciwników, jak i zwolenników, którzy będą chcieli utrzymywać kontakt „na odległość” ze swoim lekarzem, nawet pomimo zniesienia ograniczeń. Dla pacjentów dostępne są zestawy aplikacji, których zadaniem jest obniżenie poziomu lęku i poprawa nastroju w związku z przebywaniem w izolacji i w stanie zagrożenia epidemicznego [3].

Sytuacja epidemiczna miała również wpływ na zawieszenie w niektórych przypadkach pracy w grupach Balinta. dlatego też Polskie Stowarzyszenie Balintowskie organizowało jednodniowe seminaria on-line dla osób pracujących w zawodach pomocowych, tj. lekarzy,

pielęgniarek, psychologów, terapeutów, nauczycieli [4]. W sytuacji często wzmożonej z powodu epidemii pracy wymienione powyżej grupy zawodowe stanęły przed nowymi wyzwaniami, czego konsekwencją może być zwiększona potrzeba ochrony przed wypaleniem zawodowym i lepszej komunikacji z podopiecznymi. Spotkania on-line odbywają się przy użyciu programów komputerowych i aplikacji, a uczestnicy są informowani o wymaganiach technicznych, jakie musi spełniać wykorzystywany sprzęt, aby sesje przebiegały sprawnie i bez zakłóceń. Jest to z pewnością jedno z możliwych „wyjść awaryjnych” w tej trudnej i nagłej sytuacji. Trzeba jednak podkreślić, że z założenia grupa Balinta opiera się na bezpośrednim kontakcie lidera grupy z jej członkami, wzajemnej obserwacji i uważności co do gestów i mimiki, co podkreślamy w dalszej części artykułu. Niektóre znaczące symptomy łatwo przeoczyć w zdalnym kontakcie lub mogą zostać zakłócone przez czynniki techniczne niezależne od uczestników spotkania (np. obciążone łącze internetowe). Być może „tradycyjne” spotkania wydają się obecnie trudne czy wręcz niemożliwe do realizacji, ale trzeba dążyć do podtrzymywania takiej formy spotkań, ponieważ bezpośredni kontakt członków grupy jest kluczowy dla jej przebiegu i uzyskiwanych rezultatów. Może się okazać, że wyłącznie zdalna praca w grupie Balinta nie pozwoli na osiągnięcie wszystkich efektów związanych z jej założeniami i będzie pełniła rolę zwykłej „grupy wsparcia”, jeśli bezpośredni kontakt pomiędzy uczestnikami będzie długotrwale ograniczony. Problem ten dotyczy również prowadzenia terapii indywidualnej czy grupowej w formie on-line, w której bezpośredni kontakt — szczególnie z nowym pacjentem — jest kluczowy dla powodzenia oddziaływań pomocowych.

Relacja lekarza z pacjentem wymaga ciągłej troski o jakość, ponieważ stanowi podstawę efektywnego kontaktu terapeutycznego [5]. Sposób przekazywania informacji, odpowiedni dobór słów, poświęcony czas i niewerbalny przekaz odgrywają istotną rolę w procesie zdrowienia pacjenta. Właściwa komunikacja warunkuje takie czynniki procesu leczenia, jak: kompletność wywiadu klinicznego, trafność rozpoznawania chorób, reakcje pacjenta na proponowane leczenie oraz zadowolenie z niego. Można zatem stwierdzić, że jest czynnikiem warunkującym rozwiązanie problemów zdrowotnych pacjenta [6], szczególnie w obszarze pracy lekarza psychiatry [7].

W literaturze wyróżnia się następujące modele relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem różnicujące wzajemne podejście: 1) paternalistyczną, 2) partnerską, 3) asymetryczną i 4) interpretacyjną [8]. Pierwszy model relacji — *p a t e r n a l i s t y c z n y* — charakteryzuje się podporządkowaniem pacjenta lekarzowi, który jest autorytetem i tym samym bierze całkowitą odpowiedzialność za leczenie [9]. Konsekwencje takiego podejścia mogą być widoczne w biernej postawie pacjenta, który zaczyna odczuwać zależność od lekarza, tracąc jednocześnie do niego zaufanie i obarczając innych odpowiedzialnością za stan swojego zdrowia. Przeciwnie jest w modelu *p a r t n e r s k i m*, w którym zakłada się, że pacjent jest równoprawnym partnerem w relacji [10]. Oznacza to, że lekarz współpracuje z pacjentem i jego rodziną w obszarze edukacji zdrowotnej, profilaktyki, diagnozowania i rozwiązywania problemów związanych z leczeniem. Lekarz informuje pacjenta o potencjalnych możliwościach leczenia i ich efektach, ale ostateczną decyzję podejmuje pacjent. W tym modelu pacjenta traktuje się jako równouprawnionego partnera relacji. Relacja *a s y m e t r y c z n a* polega na dominującej pozycji lekarza z zastrzeżeniem, że pacjent sam wybiera poziom zaangażowania w proces decyzyjny związany z leczeniem i może

mieć wpływ na ostateczny przebieg leczenia [11]. Natomiast model *interpretacyjny* zakłada, że lekarz pełni rolę doradcy dla pacjenta, który przedstawia mu swoją „opowieść” dotyczącą objawów choroby [12].

Jak podaje literatura, relacja między lekarzem a pacjentem podlega licznym zmianom, dlatego paternalistyczny model relacji ustępuje coraz częściej miejsca relacji partnerskiej [13, 14], choć pacjenci czasami preferują model paternalistyczny [8, 15]. Może to wynikać ze znaczenia środowiska, w którym dochodzi do spotkania pacjenta z lekarzem. Każda instytucja ma swoje normy regulujące sposób kontaktu z pacjentem i zasady współpracy [16].

Bez względu na przyjęty model relacji istotne jest, aby współpracę między lekarzem a pacjentem traktować jako interakcję, w której dochodzi do wzajemnego zaangażowania zarówno lekarza, jak i pacjenta, ponieważ obie strony wnoszą do niej istotne indywidualne uwarunkowania, tzn. osobowość, temperament, doświadczenia życiowe, określony światopogląd oraz w przypadku lekarza — kompetencje zawodowe [17]. Relacja ta jest warunkowana przez wiele czynników, ale najważniejszym z nich, tym, który buduje wzajemne zaufanie, jest psychiczny komfort pacjenta oraz okazywanie przez lekarza empatii, zrozumienia, uwagi oraz życzliwości [16]. Pojawia się pytanie, jak lekarz ma zapewnić te warunki pacjentowi, jednocześnie nie zapominając o problemie wypalenia zawodowego, na które jest narażony [18], szczególnie w pracy z pacjentem psychiatrycznym [19]. Jednym z możliwych rozwiązań jest uczestnictwo w grupie Balinta, której założenia przedstawiamy w dalszej części artykułu. Chcemy również podkreślić znaczenie jej działania dla tworzenia relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem.

Grupa Balinta — założenia i znaczenie dla relacji lekarz–pacjent

Zanim przejdziemy do opisu założeń grupy Balinta, zwrócimy uwagę na kilka ważnych faktów z życia Michaela Balinta, które przyczyniły się do ukształtowania jego poglądów i sposobu pracy [20]. Nie bez znaczenia pozostaje doświadczenie przez Balinta dwóch wojen światowych, podczas których miał styczność z ludźmi przeżywającymi skrajne sytuacje i wiele traum. Już w latach 30. XX wieku prowadził psychoterapię pacjentów z psychosomatycznymi objawami choroby, bazując na założeniach psychoanalizy, którą zafascynował się dzięki uczestnictwu w wykładach i seminariach ucznia Sigmunda Freuda — Sandora Ferencziego. W trakcie swojego dalszego rozwoju zawodowego poddał się u niego własnej psychoanalizie i czerpał z teorii relacji z obiektem, którą stopniowo rozwijał. Następnie sam prowadził z praktykującymi lekarzami wiele seminariów dotyczących zastosowania elementów psychoterapii w codziennej pracy w nurcie psychoanalizy i psychosomatyki. Podstawę do własnej pracy z pacjentami czerpał z wykształcenia medycznego i psychologicznego.

Znaczący wpływ na jego poglądy miała również jego żona Enid, która — jako pracownik socjalny — uwalniała Balinta na czynniki psychologiczne i społeczne w relacjach z pacjentem. W 1950 roku założyli wspólnie pierwszą składającą się z lekarzy praktyków grupę seminaryjną, zajmującą się relacją lekarz–pacjent pod nazwą „A discussion group seminar on psychological problems in general practice”. W 1957 roku Balint opublikował swoją książkę pod tytułem „The doctor, his patient and the illness” opartą na doświadcze-

niu zebranych w pracy z lekarzami, co można uznać za moment zwrotny w jego karierze. Pracował również ze studentami medycyny, z którymi od 1969 rozpoczął zajęcia na temat medycyny opartej na podmiotowości pacjenta i jego kontaktu z lekarzem.

Idea grupy Balinta rozprzestrzeniła się stopniowo po całym medycznym świecie [21]. W okresie, kiedy powstała, była zjawiskiem zupełnie nowym i stosunkowo trudnym do przyporządkowania obowiązującej wówczas myśli medycznej. Z czasem jednak, jak założył w swojej koncepcji Balint, grupa ta stała się częścią kształcenia lekarskiego, które stawiało w centrum uwagi dotychczas zmarginalizowaną relację lekarz–pacjent. Zgodnie z wyjściowym założeniem Balinta grupa ta pierwotnie była przeznaczona dla lekarzy, którzy dzielili trudne emocje z pacjentem. Balint podkreślał wielokrotnie, że lekarz jest najważniejszym lekarstwem dla pacjenta [1], ale — aby był skuteczny w działaniu — musi dbać o własne kompetencje i zasoby psychiczne.

Według założyciela grupa Balinta w pierwszej kolejności ma za zadanie diagnozowanie relacji lekarz–pacjent [22]. Diagnoza ta (niem. *Beziehungdiagnose* — diagnoza związku/relacji) powinna umożliwić lekarzowi podjęcie właściwego działania dotyczącego dalszych interwencji terapeutycznych w zakresie wszystkich czynności mających poprawić dobrostan pacjenta i zmniejszyć jego cierpienie (grec. *therapeuēin* — opiekować się, oddawać cześć). Praca w grupie Balinta pozwala na wgląd w związek emocjonalny między chorym a terapeutą. Właściwy kontakt z pacjentem, a przede wszystkim zrozumienie przez chorego nieświadomianego symbolu jego symptomów i języka ciała są częścią procesu diagnozowania relacji. Diagnoza ta i jej świadomość ze strony lekarza umożliwia lepszą komunikację, jak również pozwala na uniknięcie ewentualnych konfliktów związanych ze wzajemnymi, często nieświadomymi oczekiwaniami pochodzącymi z obu stron relacji.

Badania pokazują, że od 20% do 30% pacjentów lekarzy rodzinnych nie wykazuje żadnych chorób somatycznych, a powodem ich cierpienia i wizyt u lekarza jest nieświadomy stres, lęk lub depresja [23]. Tacy pacjenci subiektywnie odczuwają cierpienie, często czują się niezrozumiani przez lekarza, zlekceważeni, a nawet odrzuceni. W konsekwencji poszukują pomocy u innych specjalistów, u których często spotyka ich podobna sytuacja. Ich cierpienie i frustracja narastają, powodując konflikty, niezadowolenie i powtarzające się skargi. Lekarz, pomimo że chce pomóc swojemu pacjentowi, wyczuwa jego cierpienie i ból, ale również irytację. Kiedy lekarz zapozna się z wynikami badań, które nic nie wyjaśniają, może pozornie ocenić sytuację jako taką, w której pacjent jest zdrowy, a „tylko wymyśla”. W tej sytuacji lekarz powinien podjąć refleksję nad tym, że prawdopodobnie zachowanie pacjenta jest nieświadome i może być wyrazem jego wewnętrznego cierpienia. Jeśli tego nie robi, w konsekwencji sfrustrowany i niezadowolony pacjent wyjdzie z gabinetu, nie do końca ufając lekarzowi, a sam lekarz może pozostać z doświadczeniem lęku i niepewności. To może stopniowo wzbudzać wzajemną niechęć, a także powodować rozdrażnienie i złość. Ostatecznie po obu stronach tej relacji pozostaje poczucie niezadowolenia, niespełnionych oczekiwań i frustracji.

Trzeba podkreślić, że w znacznej mierze odpowiedzialność w kształtowaniu relacji z pacjentem leży po stronie profesjonalistów, tzn. lekarzy lub terapeutów. Pacjent jest osobą, która przychodzi do lekarza ze swoim bólem, smutkiem czy lękiem. Lekarz odpowiada zatem za jakość proponowanego leczenia, ale w pierwszej kolejności za jakość relacji

z pacjentem, która również należy do procesu leczniczego [14]. Według Balinta lekarz powinien przede wszystkim prawidłowo rozpoznać potrzeby zgłaszającego się do niego pacjenta ze zrozumieniem, co one oznaczają zarówno dla pacjenta, jak i dla niego [24]. Ponadto jako profesjonalista powinien rozważyć, czy i w jakiej formie zamierza przekazać swoje spostrzeżenia lub założenia pacjentowi.

Celem treningu balintowskiego jest promowanie relacji lekarz–pacjent oraz praktyka projektowania relacji zawodowych, a także badanie własnego nastawienia w relacji z pacjentem [25]. Praca w tej formie zapobiega również w znacznym stopniu pojawieniu się zespołu wypalenia zawodowego, stanowi również narzędzie utrzymujące, a nawet poprawiające jakość pracy [26, 27]. W szerszej perspektywie praca w grupie Balinta jest adresowana do wszystkich grup zawodowych związanych z pracą z pacjentem, tj. lekarzy, pielęgniarek, terapeutów, pracowników socjalnych, ergoterapeutów, fizjoterapeutów.

W tradycyjnym ujęciu grupa Balinta składa się z 8–12 uczestników, prowadzącego i ewentualnie współprowadzącego grupę. Pierwsze spotkanie rozpoczyna się od przedstawienia się uczestników oraz omówienia reguł grupy Balinta, np. zachowania tajemnicy dotyczącej jej przebiegu, respektu dla innych uczestników, ich uczuć i emocji, nieoceniających wypowiedzi, ale mówiących o własnych odczuciach w kontekście przedstawionego przypadku. Moderatorem spotkania jest prowadzący, który dba w sensie emocjonalnym o protagonistę, jak również pozostałych uczestników grupy. Do niego należy również kontrolowanie ram czasowych spotkania.

W dalszym przebiegu sesji jeden z uczestników dobrowolnie zgłasza się z problemem dotyczącym jego relacji z pacjentem. W trakcie prezentacji przypadku protagonista nie posługuje się notatkami, streszczeniami lub inną dokumentacją medyczną. Przypadek opisuje z pamięci, kładąc nacisk na stronę emocjonalną danej sytuacji. Trzeba podkreślić, że przebieg grup (tzw. setting) różni się czasami w zależności tego, z którego towarzystwa balintowskiego wywodzi się prowadzący. W celu zobrazowania takich różnic opisujemy pokrótce dwa modele przebiegu grupy Balinta — polski i niemiecki [21, 28].

W p o l s k i m modelu grupy Balinta problem prezentowany przez protagonistę może dotyczyć nie tylko pacjenta lub jego rodziny, ale również współpracownika czy innej osoby zaangażowanej w leczenie. Jest to ujęcie szersze, ponieważ omawiany problem nie zawsze bezpośrednio dotyczy relacji lekarz–pacjent. N i e m i e c k i model grupy Balinta ma bardziej ortodoksyjne założenia. Na pierwszym miejscu zawsze znajduje się pacjent i jego relacja z lekarzem. Dopuszcza się omawianie relacji lekarza z rodziną pacjenta, jednak jest to tylko tło dla zasadniczej relacji lekarz–pacjent.

Po przedstawieniu omawianej sytuacji każdy z uczestników grupy relacjonuje, jakie uczucia towarzyszyły mu podczas wysłuchiwanie relacji. W polskim modelu główny nacisk kładzie się na uczucia (np. lęk, gniew, irytacja), a w modelu niemieckim dodatkowo w istotny sposób podkreśla się doznania psychosomatyczne uczestników (np. ból brzucha, ucisk w głowie, drżenie rąk). Każdy z uczestników w kolejnej rundzie może doprecyzować opis omawianej sytuacji, zadając bezpośrednie pytania protagonistę.

Kiedy nie ma takich pytań, protagonista w modelu n i e m i e c k i m symbolicznie przesuwa się z krzesłem poza okrąg (w modelu p o l s k i m najczęściej nadal pozostaje w okręgu) i do końca trwania grupy staje się obserwatorem lub niemyim uczestnikiem dalszych rozważań. Od tego momentu nikt z uczestników grupy nie powinien zwracać się

do prezentującego. W modelu niemieckim podkreśla się, aby nie nawiązywać z nim nawet kontaktu wzrokowego lub innego kontaktu niewerbalnego.

Dalszy przebieg grupy w modelu polskim jest bardziej ustrukturalizowany w porównaniu z modelem niemieckim. Każdy z uczestników grupy stara się w odniesieniu do danej sytuacji postawić w sytuacji protagonisty. Wczuwa się emocjonalnie w prezentowaną wcześniej sytuację, zastanawiając się, jak on sam czułby się na miejscu prowadzącego. Nie chodzi tu o udzielanie rad lub ocenę danej postawy, ale wgląd w siebie i próbę zrozumienia postawy, a przede wszystkim emocji protagonisty. W dalszej części uczestnicy stawiają się w roli osoby, której dotyczyła omawiana sytuacja, czyli pacjenta lub/i jego rodziny. Uczestnicy zastanawiają się, jak zareagowaliby w danej sytuacji i jakie emocje mogłyby temu towarzyszyć. Na zakończenie każdy z uczestników relacjonuje, jakie w świetle omawianego przypadku widzi rozwiązanie danej sytuacji.

Grupa Balinta w ujęciu niemieckim pracuje bardziej psychoanalitycznie niż grupa w modelu polskim. Nie ma w nim kolejnych rund, w których uczestnicy stawiają się w roli protagonisty lub pacjenta. Nie próbuje się również udzielać rad lub szukać konkretnych rozwiązań. Praca opiera się bardziej na odczuwanych emocjach, wolnych skojarzeniach i często nieuświadomionych jak dotąd własnych przeżyciach. Moderator grupy w trakcie jej przebiegu stara się nazywać poszczególne reakcje uczestników, klarować lub odzwierciedlać je w kontekście omawianego przypadku. W ostatniej części spotkania protagonista wraca do kręgu uczestników. Prowadzący oddaje głos protagoniście, który może, ale nie musi podzielić się z grupą swoimi emocjami, doznanymi w trakcie przysłuchiwania się pracy grupy. Osoby prezentujące różne sytuacje często czują się odciążone, zrozumiane przez grupę, która przedstawia podobne emocje i uczucia. Może zdarzyć się również tak, że grupa nie potrafi zrozumieć emocji lub problemu protagonisty. Rola moderatora polega na tym, aby wszyscy uczestnicy grupy czuli się bezpiecznie w ramach spotkania, dlatego musi dbać o to, aby pojawiające się emocje — szczególnie te negatywne — nie były skupione na jednym z członków grupy.

Co ciekawe, jak wskazują badania, 30,6% liderów grupy Balinta w Niemczech ma specjalizację z psychosomatyki i psychoterapii, 17,1% z psychiatrii, a 12,3% to lekarze rodzinni [29]. Nie dotarliśmy do szczegółowych danych polskich, jednak — analizując wykaz liderów mających uprawnienia do samodzielnego prowadzenia grup Balinta — można wnioskować, że dominują wśród nich psychoterapeuci, psychiatry i psychologowie — głównie ze specjalizacją kliniczną [30].

Spotkanie grupy Balinta trwa półtorej godziny, podczas której udaje się omówić najczęściej dwa przypadki prezentowane przez uczestników [31]. Grupy spotykają się w zależności od zgłaszanych potrzeb, np. co dwa tygodnie lub jeden raz w miesiącu. Mogą mieć charakter otwarty, gdy uczestnicy spotkania zmieniają się, lub zamknięty, kiedy członkowie grupy umawiają się na daną liczbę wspólnych treningów. Przewaga zamkniętych grup Balinta nad otwartymi polega na tym, że poszczególni uczestnicy w trakcie kolejnych spotkań stają się bardziej otwarci w okazywaniu i nazywaniu swoich emocji. Ponadto przebieg grupy jest dla wszystkich znany, co pozwala na bardziej dynamiczną i efektywną pracę.

Podsumowanie

Uczestnicy grup Balinta wywodzą się z różnych środowisk medycznych czy specjalizacji lekarskich, ale ich udział w takich spotkaniach sprowadza się do nabywania umiejętności rozumienia pacjentów i porozumiewania się z nimi [25]. Grupa Balinta jest uznawana za skuteczne narzędzie pracy również z pacjentami hospicyjnymi [32, 33], niepełnosprawnymi [34], a także znalazła częściowo zastosowanie w pracy coachingowej [35].

Korzystanie z grupy Balinta przynosi wymierne korzyści dla relacji lekarz–pacjent, ma również znaczenie dla samego lekarza i pozostałych uczestników. Udział w grupie Balinta zapewnia lekarzowi doświadczenie zawodowe, które stopniowo prowadzi do zmiany jego osobowości [1]. Uczestnicy grupy uczą się koncentrować w większym stopniu na pacjencie i jego doświadczeniu, otrzymując w ten sposób ogólny wgląd w całościowy problem. W dalszej perspektywie dostrzegają, że poza chorobą somatyczną istnieją inne czynniki psychiczne, społeczne czy rodzinne, które mogą wiązać się z rozwojem objawów choroby. Specjaliści twierdzą, że rozwijają również poczucie koherencji u liderów grup Balinta [36]. Inną korzyścią jest to, że leczący potrafi dostrzec swoje ograniczenia związane z udzielaniem pomocy innym, a także możliwości poprawy relacji z pacjentem [37]. Czerpiąc z doświadczenia uczestników grupy, potrafi się często zdystansować do danej sytuacji i dostrzec ją z perspektywy pacjenta, zyskać lepsze zrozumienie i zadowolenie z pracy.

Jednak najważniejszym aspektem i profitem z pracy w grupie Balinta jest ponowna rewizja osobistej relacji z pacjentem. Już podczas studiów tworzone są podstawy pod dalszą pracę lekarza z chorym i cierpiącym człowiekiem. W trakcie dalszego rozwoju zawodowego lekarz zdobywa wiedzę i doświadczenie, a pacjenci, środowisko pracy, bieżąca sytuacja w służbie zdrowia kształtują standardy medyczne i schematy zawodowe lekarza. Czasami zdarza się, że dochodzi do „zagubienia” cierpliwości, współczucia, zaangażowania i bezinteresowności. W ich miejsce pojawiają się zniecierpliwienie, podejrzliwość, złość, a w dalszym przebiegu wypalenie zawodowe, na czym cierpią pacjenci, lekarze oraz najbliższe otoczenie. Dzięki takiemu narzędziu, jak grupa Balinta lekarz może zawsze na nowo zdiagnozować swoją relację z pacjentem, a w razie potrzeby próbować ją zmienić lub po prostu zaakceptować swoje ograniczenia. Aktywna postawa w tym obszarze samorozwoju zawodowego pozwala lekarzowi na większe zadowolenie z pracy, które uchroni go przed wypaleniem zawodowym, ale przede wszystkim zapewni lepszą opiekę jego pacjentom.

Piśmiennictwo

1. Balint M. The doctor, his patient and the illness. London: Pitman Medical; 1964.
2. <https://www.gov.pl/web/rpp/poradniki-dla-pacjentow-oraz-lekarzy-dotyczace-zasad-korzystania-z-teleporad> (dostęp 23.05.2020r.)
3. <https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/aktualnosci/237424,smartfonowe-aplikacje-dbaja-o-psychike-podczas-epidemii> (dostęp 24.05.2020r.)
4. <https://balint.pl/bol10-1-08-2020/#more-891> (dostęp: 29.08.2020 r.)
5. Ogłodek E, Moś D, Araszkiwicz A. Zasady kontaktu terapeutycznego lekarza z pacjentem. Zdr. Publ. 2009; 119(3): 331–334.

6. Włoszczak-Szubzda A, Jarosz MJ. Rola i znaczenie komunikacji w relacji lekarz–pacjent–rodzina. *Med. Ogólna i Nauki o Zdr.* 2012; 18(3): 206–211.
7. Sosnowska M, Prot K, Chojnowska A, Kobayashi J, Nurowska K, Kalinowski A i wsp. Czynniki powiązane z relacją terapeutyczną w ocenie chorujących psychicznie i ich terapeutów — wyniki badań w psychiatrycznej opiece środowiskowej i ambulatoryjnej. *Post. Psychiatr. Neurol.* 2012; 21(4): 259–267.
8. Krot K. Determinanty współczesnego modelu lekarz–pacjent. W: Lewandowski R, Kautsch M, Sułkowski Ł, red. *Współczesne problemy zarządzania w ochronie zdrowia z perspektywy systemu i organizacji*. Łódź: Wydawnictwo Społecznej Akademii Nauk; 2013, s. 349–360.
9. Cullen R. Empowering patients through health information literacy training. *Health Educ.* 2005; 54(4): 231–244.
10. Lagerlov P, Leseth A, Matheso I. The doctor–patient relationship and the management of asthma. *Soc. Science Med.* 1998; 47(1): 85–91.
11. Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P, Grol R. Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *Brit. J. General Pract.* 2000; 50(460): 892–899.
12. Eriksson T, Nilstun T, Edwards A. The ethics of risk communication in lifestyle interventions: Consequences of patient centeredness. *Health, Risk Society* 2007; 9(1): 19–36.
13. Hausman A. Modeling the patient–physician encounter: improving patient outcomes. *Acad. Mark. Sci. J.* 2004; 32(4): 403–417.
14. Jankowska AK, Pałgan I, Dylewska K, Grzešek E, Wysocki M, Sadowska-Krawczenko I. Komunikacja lekarz–pacjent a jakość opieki medycznej. *Polskie Stowarzyszenie Zarządzania Wiedzą. Seria: Studia i Materiały* 2011; 54, 199–207.
15. Tapp L, Elwyn G, Edwards A, Holm S, Eriksson T. Quality improvement in primary care: ethical issues explored. *Int. J. Health Care Qual. Assur.* 2009; 22(1), 8–29.
16. Ratajska A, Kubica A. Co leży u podłoża złej współpracy lekarz–pacjent? *Spojrzenie psychologa. Folia Cardiol.* 2010; 5(2): 84–87.
17. Spake D, Bishop J. The impact of perceived closeness on the differing roles of satisfaction, trust, commitment, and comfort on intention to remain with a physician. *Health Marketing Quarterly* 2009; 26(1): 1–15.
18. Sęk H. Poznawcze i kompetencyjne uwarunkowania wypalenia w pracy z chorymi. *Post. Psychiatr. Neurol.* 2005; 14(2): 93–98.
19. Makara-Studzińska M, Tylec A, Kudlik A, Matuszczyk M, Murawiec S. Analiza zjawiska wypalenia zawodowego w grupie lekarzy psychiatrów — przegląd badań. *Psychiatria* 2018; 15(1): 35–38.
20. Engel L. Michael Balint — życie i dzieło. W: Wasilewski B, Engel L, red. *Grupowy trening balintowski. Teoria i zastosowanie*. Warszawa: Eneteia; 2011, s. 15–21.
21. Wasilewski B, Kiliszek B. Ruch balintowski w Polsce i na świecie. W: Wasilewski B, Engel L, red. *Grupowy trening balintowski. Teoria i zastosowanie*. Warszawa: Eneteia; 2011, s. 253–262.
22. Balint E., Norell JS. *Six minute for the patient. Interactions in general practice consultation*. London: Tavistock Press; 2001.
23. Czachowski S, Buczkowski K. Pacjenci z zespołem MUS w podstawowej opiece zdrowotnej. Wskazówki diagnostyczne i terapeutyczne. *Forum Med. Rodz.* 2015; 9(1): 38–44.
24. Petzold ER, Otten H. Balint leadership training intensive. *Balint J.* 2005; 6(2): 55–57.
25. Kaflik I, Łazowski J. Podstawy teoretyczne i praktyczne balintowskiego treningu grupowego. *Sztuka Leczenia* 2017; 1: 85–95.

26. Kjeldmand D, Holmström I. Balint groups as a means to increase job satisfaction and prevent burnout among general practitioner. *Ann. Fam. Med.* 2008; 6(2): 138–145.
27. Wasilewski B. Grupy Balinta w profilaktyce wypalenia zawodowego. W: Wasilewski B, Engel L, red. *Grupowy trening balintowski. Teoria i zastosowanie.* Warszawa: Eneteia; 2011, s. 161–176.
28. Rosin U. *Balint – Gruppen: Konzeption – Forschung – Ergebnisse.* Berlin Heidelberg: Springer Verlag; 1989.
29. Häfner S, Otten, H, Petzold ER. Praxis der Ballintgruppenarbeit in Deutschland – Ergebnis einer Umfrage unter Leitern von Balintgruppen. *Z. Psychosom. Med. Psychother.* 2011; 57(3): 233–243.
30. <http://balint.pl/liderzy/> (dostęp 24.05.2020 r.)
31. Kaflik I, Motyka M. Metody pracy grup balintowskich dzisiaj. W: Wasilewski B, Engel L, red. *Grupowy trening balintowski. Teoria i zastosowanie.* Warszawa: Eneteia; 2011, s. 91–104.
32. Stelcer B. Grupy Balinta w szkoleniu personelu hospicyjnego. *Twój Mag. Med.* 2005; 1(5): 13–15.
33. Stelcer B. Grupy Balinta w opiece terminalnej. W: Wasilewski B, Engel L, red. *Grupowy trening balintowski. Teoria i zastosowanie.* Warszawa: Eneteia; 2011, s. 179–188.
34. Stelcer B. Grupa Balinta jako narzędzie doskonalące relacje z niepełnosprawnym pacjentem. *Przeł. Bad. Eduk.* 2015; 21(2): 233–246.
35. Jastrzębska A. Grupy Balinta w praktyce coachingowej. *Elementy psychoanalizy. Coaching Rev.* 2015; 1(7): 59–69.
36. Kiliszek E. Trening balintowski jako rozwijanie poczucia koherencji u liderów — uczestników grup Balinta. *Sztuka Leczenia* 2013; 3–4: 9–16.
37. Zgud J. Grupy Balinta w szkoleniu psychoterapeutów. W: Wasilewski B, Engel L, red. *Grupowy trening balintowski. Teoria i zastosowanie.* Warszawa: Eneteia; 2011, s. 151–160.

Adres: pmichalska@ukw.edu.pl