

## A BÁLINT-MOZGALOM NEMZETKÖZI HELYZETE

MOLNÁR LÁSZLÓ\* – HARMATHY ÉVA – SOMORJAI NOÉMI

Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, Budapest

(Beérkezett: 2008. május 5.; elfogadva: 2009. augusztus 7.)

E tanulmány a külföldi szakirodalom alapján áttekintést ad a Bálint-módszer jelenéről. Bemutatja a módszer elterjedtségét Európában és az Egyesült Államokban, majd a hatékonyságát vizsgálja, különös tekintettel a háziorvosi rezidensképzésre. A kutatók szerint a Bálint-módszer egyértelműen emeli a háziorvoslás pszichoszociális hatékonyságát. Főleg az intuíciót, az éntudatot és az attitűdöket fejleszti. Az irodalom fontos megállapítása, hogy a Bálint-módszer nem minden orvos számára megfelelő. A kutatók a pszichoanalízis hatékonyságát egyértelműen igazolják, ugyanakkor az amerikai családorvosi rezidensképzésben a módszer nyit a magatartástudományok irányában. A Bálint-módszer az egészségügyi hivatásokon túl is alkalmazható.

**Kulcsszavak:** Bálint-módszer, háziorvosok személyisége, pszichoanalízis, magatartástudományok, társas támogató csoportok

A Magyarországi Bálint Mihály Pszichoszomatikus Társaság át kívánja tekinteni a hazai Bálint-munka hatékonyságát a gyakorlati orvoslás szempontjából. Eddig két tanulmányt publikáltak (Harrach és Schnell 2008, Harrach 2009) – az értékelő munka előrehaladásának megfelelően további tanulmányok megjelenése várható. A hazai helyzet elemzése szempontjából felmerült: célszerű lenne megismerni, hogyan értékeli a Bálint-módszer mai hatékonyságát a külföldi szakirodalom. Jelen tanulmány

---

\* Levelező szerző: Dr. Molnár László, Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, 1089 Budapest, Nagyvárad tér 4.

az angol nyelvű szakirodalom legfontosabb eredményeit foglalja össze és értelmezi.

Bevezetesként röviden vázoljuk a Bálint-módszer lényegét (Harmathy és Lajtai 2001). Bálint Mihály módszerének végső megalapozását az 1950-es és 60-as években végezte el. A Bálint-csoport – eredetileg – szociális munkásokból, majd családorvosokból (összesen 7–18 főből) álló olyan csoport, amely általában kéthetenként, esetmegbeszélés céljából jött össze. Bálint rájött arra, hogy a gyakorló szakembereket konkrét eseteken, gyakorlati példákon keresztül lehet a történések mélyebb megértéséhez eljuttatni. Az általános keretfeltételek és szabályok hasonlatosak, mint a legtöbb csoport-pszichoterápiában. A Bálint-csoportban azonban nem közvetlenül fókuszálnak a csoporttag személyiségére, hanem ülésenként egy-egy orvos (vagy segítő)–beteg kapcsolat verbalizálásán, megosztásán, átélésén és elemzésén keresztül jutnak el hozzá. A lényeg tehát egy kapcsolati diagnosztika, mely a továbbiakban a kapcsolati terápiát támogatja.

A módszer a gyakorlatban úgy működik, hogy a referáló kb. 10 perc alatt beszámol a betegről, majd további néhány perc alatt kiegészítő kérdésekre válaszol. Ezután a referáló visszavonul: nem szól hozzá, csak figyel, miközben a csoporttagok szabad interakciós módon – a fantáziát szabadon engedve – megbeszélik az esetet. Fél-egy óra múlva a referens visszakapja a szót, reflektál, majd következik az értékelés. Az ülés során a résztvevők beszámolhatnak a saját közérzetükről is – ennek diagnosztikus jelentősége van.

A csoport légkörének természetesen olyannak kell lennie, hogy a referálónak és a csoport tagjainak legyen bátorságuk érzéseik kinyilvánítására. Így az orvos–beteg kapcsolat tükrében önismeretük táguul, rádöbbenhetnek saját vakfoltjaikra, esetleges sebeikre is írt találhatnak, okulva a csoportdinamikában kikristályosodott esetekből. Mikroszinten leképződnek az összefüggések, a tanulságok: ezt sztereohatásnak is nevezik.

A tapasztalt Bálint-csoport vezető primus inter pares, csupán arra ügyel, hogy a beszélgetés ne legyen parttalan és ne sérüljön senki. A jó csoportvezető – szimbolikus túlzással – nem látható, nem hallható, csak van. A csoportvezetőnek koterapeuta segítője lehet, a vezetők szerepükről előre megegyeznek: egyikük pl. a szavakra ügyel, a másik a nonverbális kommunikációt kíséri figyelemmel.

A csoportmegbeszélés 50–90 percig tart, s rendszeresen (2–3 éven át) folytatódik. A csoport idővel megtalálja saját identitását. Hangulata – és hatékonysága – függ a csoporttagok személyiségétől, a csoport kohéziójától, a megbeszélte esetektől, a csoportvezető gyakorlatától, képzettségétől.

## A BÁLINT-MOZGALOM ELTERJEDTSÉGE

J. Salinsky a Nemzetközi Bálint Szövetség főtítkára 2002-ben publikált tanulmányában mérleget készített a mozgalomról. Tizenkilenc országban jöttek létre nemzeti Bálint-társaságok, ezen kívül 11 további országban működnek individuális tagok és csoportok. A Nemzetközi Szövetség szervezi a nemzetközi kongresszusokat, amelyek jól ismertek a hazai szakemberek körében is, valamint kezdeményezte a csoportvezetők nemzetközi akkreditációját, melynek irányelveit 1997-ben fogadták el.

Franciaországban az első Bálint-csoport 1967-ben jött létre, azóta az aktivitás magas szinten áll. Kétszáz bejegyzett tagról, 35 akkreditált csoportvezetőről, 50 működő csoportról, mintegy 3000 nem bejegyzett tagra kiterjedő aktivitásról lehet beszámolni. A Bálint-munka Franciaországban nem része a hivatalos orvosképzési programnak.

Belgiumban mintegy 100 taggal 20 csoport működik. Belgiumhoz Olaszországhoz és Franciaországhoz hasonlóan a pszichoanalitikus hagyományok erősek. Hollandiában több száz csoport aktív az 1980-as évek közepétől, ezek azonban inkább „terápiás vagy támogató” csoportok.

Németországban valószínűleg a legsikeresebb a Bálint-mozgalom a világon: 1000 feletti a taglétszám, 500 képzett csoportvezető és számos csoport tevékenykedik, orvostanhallgatók és orvosok részvételével. A Bálint-módszer része a hivatalos orvosképző programnak: minden hallgató köteles – kisebb óraszámban – részt venni a képzésben. A családorvosok a pszichoterápiás szakképzés során találkozhatnak a Bálint-módszerrel: a Bálint-munka az orvosi pszichoterapeuta képzés kötelező része. A német Bálint Társaság aktív a nemzetközi munkában és támogatja a fiatal lengyel és orosz Bálint-csoportokat.

Az Egyesült Királyságban, amely a Bálint-mozgalom szülőföldje, a korábbi évtizedekben érte el csúcspontját a mozgalom. 2002-ben a Társaságnak mintegy 100 tagja volt, ennek mintegy fele tekinthető aktívnak. Az orvosképzésben nincsenek aktív hallgatói Bálint-csoportok. A Tavistock Klinikán – ahol a Bálint-mozgalom elkezdődött – egy csoport működik. Az alapellátás orvosainak posztgraduális képzésében a módszer jelen van, ez azonban különbözik a klasszikus Bálint-csoporttól – kérdéses, hogy az itt zajló vitákat lehet-e „igazi” Bálint-csoportoknak nevezni.

Bár a társasági tagok száma alacsony, az angol társaság befolyása a nemzetközi Bálint-mozgalomra ma is jelentős. Angliában egy Bálint-módszerrel kapcsolatos folyóirat működik 28 éve, az angolok aktív részvevői a Nemzetközi Szövetség munkájának (a 11. Kongresszus Oxfordban volt). Monográfiák sorozata jelent meg a Bálint-mozgalom történetéről. A Bá-

lint-csoport vezetők között ma már több a családorvos, mint a pszichoanalitikus (az analitikusok elsősorban az idősebb generációból kerülnek ki).

Skandináviában – főleg Svédországban és Finnországban – országonként 30–40 csoport működik. Svájcban mintegy 30 aktív orvosi csoportról számolnak be, akik tagjai a Svájci Pszichoszomatikus Társaságnak. Asconában Bálint-centrum jött létre Boris Luban-Plozza professzor vezetésével, aki megszervezte a medikus Bálint-találkozókat, amelyek egész Európában mozgósították a fiatal Bálint-követőket. Az évenkénti összejöveteleken díjakat adományozott a legjobb tanulmányok szerzőinek.

Magyarországon – J. Salinsky megfogalmazásában: „Bálint Mihály szülőföldjén” – a csoportok főleg pszichoanalitikus irányultságúak. A Magyarországi Bálint Mihály Pszichoszomatikus Társaság szervezi a végzett orvosok, valamint a budapesti és a többi orvosegyetemen a hallgatók képzését. A magyar társaság segítséget nyújt a romániai orvosok Bálint-csoportjainak szervezéséhez.

Romániában 1993-ban kezdett kibontakozni a Bálint-mozgalom, a Magyarországi Bálint Mihály Pszichoszomatikus Társaság támogatása mellett. Jelenleg mintegy 100 aktív tagja van a Román Bálint Társaságnak (ők főleg az alapellátás orvosai és más egészségügyi dolgozók). A 2009-es nemzetközi kongresszus Romániában kerül megrendezésre.

Szlovéniában és Horvátországban főleg tanárok és szociális munkások vesznek részt a Bálint-csoportokban. Dubrovnikban évente Bálint-iskolát tartanak, a Nemzetközi Szövetség 2001-ben Szlovéniában tartotta kongresszusát. Oroszországban Szentpéterváron szerveződtek Bálint-csoportok, orvosok, más egészségügyi dolgozók és tanárok részvételével.

Az Egyesült Államokban 1991-től működik Bálint Társaság. A módszer népszerűsége nő, különösen a családorvosi rezidensképzésben. Johnson és munkatársai (2001) szerint mintegy 464 képzési programból legalább 144-ben van Bálint-képzés az országban. Megszervezték a vezetőképzést, a vezetők főleg családorvosok és pszichológusok, többségük a pszichoanalízisben nem képzett. Vezető az lehet, aki megfelel az akkreditáció követelményeinek. Az Amerikai Társaság megszervezi a téma iránt érdeklődő szakorvosok képzését is. A Bálint-mozgalomban a rezidenseken túl kevés végzett orvos vesz részt, de számuk növekszik.

Salinsky (2002) főbb következtetései az alábbiak:

- A Bálint-csoportok és Társaságok Európa több országában és az USA-ban ténylegesen aktívak, de nem tudják integrálni a mozgalomba a családorvosok, más orvosok és egészségügyi munkatársak többségét. Kivétel Németország, kisebb mértékben Franciaország és részben az USA, ahol a növekedés igen gyors. Az országok többségében a Bálint-csoportok nem részei az orvosképzésnek, de számos ország-

ban az orvostanhallgatók jelentős szerepet vállalnak a Bálint-mozgalomban.

- Egészeben a Bálint-módszer befolyása az orvoslásban néhány országban növekvőben van, de nem éri el azt a szintet, amit Bálint Mihály és munkatársai terveztek, hogy a családorvosok mintegy 20%-a vegyen részt a Bálint-képzésben.
- A Bálint-mozgalom nem tekinthető az orvosképzés és továbbképzés fő áramlatának, sem a jelenben, sem a jövőben. A családorvoslásban viszont a kulturális örökség szerves része, és szerepe jelentős marad.

### **A BÁLINT-MÓDSZER HATÁSA AZ ORVOS SZEMÉLYISÉGÉRE, ATTITÚDJEIRE**

Már a múlt század 80-as éveiben tanulmányozni kezdték azt, hogyan változik az alapellátás orvosainak attitűdje a Bálint-módszerű képzésben való részvétel következtében.

Hollandiában 1982-ben két, alapellátásban dolgozó csoportnál (összesen 22 résztvevő) kísérletet kezdtek a Bálint-módszer hatékonyságáról (Dokter és mtsai 1986). Az orvosok 6 hónapos kezdő periódus után még 18 hónapig részt vettek a Bálint-csoportok megbeszélésein (1,5 óra kéthetenként). Összehasonlításként 22 további, alapellátásban dolgozó orvost hívtak meg a teszt kitöltésére. A vizsgálat egy igen részletes tesztlapra épült, amely az orvos személyiségének sajátosságait igyekezett megismerni. Az eredmények inkább problémafeltáró jellegűnek tekinthetők, az alacsony esetszám miatt nem lehetett alapos statisztikai vizsgálatokat végezni. A szerzők megállapították, hogy a kétéves csoportmunka alapvetően nem változtat meg a képzésben résztvevő orvosok személyiségét, összehasonlítva a Bálint-csoportban nem résztvevőkkel. Ugyanakkor a Bálint-csoportosok kezdtek másképpen kezelni a betegeiket. A csoportmunka hatására úgy látták, hogy betegeik lényegesen problematikusabbak („a nehéz betegek”), mint eredetileg (a képzés előtt) látták. Másrészt a Bálint-csoport segített abban, hogy jobb önismeretre tegyenek szert, belelássanak saját én-képükbe.

Általános következtetés a kutatások alapján, hogy az orvos személyisége és attitűdjei kiemelten nagy szerepet játszanak az orvos-beteg kapcsolatban.

A 80-as években több kérdőíves mérőeszközt alakítottak ki a pszichológiai orvoslás hatékonyságának mérésére. Ezek között kiemelkedő volt a Psychological Medicine Inventory (University of Minnesota, 1988), amely a rezidensek pszichológiai attitűdjeinek mérésére szolgált (Ireton és Sher-

1. táblázat. A „Psychological Medicine Inventory” egyes tételei és az önértékelések átlagai

	Önértékelés átlaga
1. Érdeklődés a páciens ellátásának pszichológiai aspektusai iránt	6,92
2. Magabiztosság a páciens pszichológiai problémáival való foglalkozás terén	6,04
3. Szaktudás a jó orvos–beteg kapcsolat fejlesztésének területén	7,53
4. Képesség a páciens distressz és stresszes állapotának felismerésére	7,36
5. Képesség a páciensekről pszichológiai információt nyerni tudományos módszerekkel	5,92
6. Képesség a páciensekről nyert pszichológiai információk megértésére és interpretációjára	6,21
7. Képesség konzultációt folytatni szociális munkásokkal, pszichológusokkal, pszichiátrekkel, területi mentális egészségügyi intézményekkel	6,80
8. Képesség megfelelő gyógykezelési döntésekre a páciensek pszichológiai szükségleteinek ellátása érdekében	6,34
9. Képesség a páciensek számára pszichológiai terápia nyújtására	6,00
10. Tudatosság a páciensek orvosra irányuló reakcióival kapcsolatban	6,82
11. Tudatosság saját érzéseiről, értékekről és szükségletekről	7,00

man 1988). A PMI tanulságos a Bálint-módszer hatékonyságának mérése szempontjából is.

A teszt 11 tételt tartalmaz, az önértékelés 1–9 fokozatú skálán történt, ahol az „1” alacsony, a „9” magas értéket jelöl. A teszt tételeit és az egyes tételek önértékeléseinek átlagait az 1. táblázat mutatja be.

Az önértékelés magas átlagpontszámokat eredményezett az orvos–beteg kapcsolatra irányuló szaktudás (3. tétel), a páciensek stresszes állapotának felismerése (4. tétel) és az orvos saját érzéseiről, értékeiről, szükségleteiről kialakított tudatosság (11. tétel) területén. Alacsony értékeket nem mutatott a teszt. A közepes kategóriában a legalacsonyabb eredményt a pszichológiai információk szerzésének módszereiről (5. tétel) kapták.

A PMI tesztlap alapján az új évszázad első éveiben végeztek egy vizsgálatot a Bálint-módszer hatékonyságáról (University of Wyoming és University of Idaho/Washington State University). Az eredményeket 2004-ben publikálták (Turner és Malm 2004). Azt tanulmányozták, hogy a rezidensek 2 éves magatartástudományi curriculumán belül a Bálint-módszer milyen szerepet játszott. A vizsgálatba bevont rezidensek száma igen alacsony volt: 6 rezidens vett részt Bálint-csoportban és 8 rezidens csak a magatartástudományi képzésben. A Bálint-csoport 9 hónapon keresztül működött. Az értékelésre mindkét csoport esetében a kétéves képzés kezdetekor, majd befejezésekor került sor. Az eredmény: a 9 pontos értékelési



skálán azok, akik nem vettek részt Bálint-csoportban, kezdetkor átlag 6,51 pontot, a kétéves képzés befejezésekor 6,39 pontot értek el. (Ez a különbség nem szignifikáns.) A Bálint-csoportosok kezdetkor 6,3, befejezéskor 7,05 átlagpontot produkáltak. A tanulmány utal arra, hogy az USA-ban az utóbbi években már a rezidensprogramok 48%-ában szerveztek Bálint-csoportokat a magatartástudományi curriculum keretei között. Ezek a Bálint-csoportok azonban nem teljesen azonosak a tradicionális Bálint-csoporttal: itt – a szerzők megfogalmazása szerint – a „Bálint-képzés amerikanizált verziója” jött létre. A találkozásokat ugyan Bálint-csoportnak nevezik, s megtartották a pszichoanalitikus alapokat is, de megerősítették a didaktikus célú interakciókat, a csoport társas támogatási funkcióit és az orvosi adminisztrációs szempontokat. A kutatók végső következtetése: a Bálint-csoport emeli a rezidensek magatartástudományi orvosi szakismereteit.

Az USA Dél-Karolinai Orvosegyetemén retrospektív elemzéssel vizsgálták, hogy a családorvos rezidensképzésben alkalmazott Bálint-módszer 1982–1999 között az orvosi attitűdök változásában milyen eredményeket mutatott (Johnson és mtsai 2003).

A kutatás során összehasonlították azokat a rezidenseket, akik 2 éven keresztül részt vettek a Bálint-csoportban, azokkal, akik 6 hónap után kimaradtak a képzésből. Az első csoportba 132 rezidens tartozott (érdekes, hogy  $\frac{2}{3}$ -a férfi és csak  $\frac{1}{3}$ -a nő!), a másikba 74 (a nemi eltérés nem nagy mértékű). A két csoport személyiségjegyeit és attitűdjeinek változását a Myers-Briggs Personality Inventory (MBPI) személyiségteszt kérdőíveivel mérték. (Mushram és Brock 1994)

A Myers-Briggs Personality Inventory az alábbi személyiségjegyek mérésére terjed ki:

- személyes percepció preferálása versus judicium (ítélet, ítélőképesség, vélemény),
- intuíció preferálása versus érzékelés,
- az extroverzió preferálása versus introverzió,
- személyes orientáció preferálása versus bürokratikus kontroll,
- a kontroll helye: belső vagy külső,
- javaslat, kezdeményezés (iniciatíva) preferálása az emberi kapcsolatokban (alacsony vagy magas),
- a mások felé irányuló interakció szintjének preferálása (alacsony vagy magas érték),
- az intim kontaktus befogadó képessége/kapacitása (alacsony vagy magas érték).

A vizsgálat kezdetekor két hipotézist fogalmaztak meg. Az egyik: a Bálint-csoportban két éven keresztül résztvevő rezidensek nagy valószínűséggel nyitottabb érzelmi beállítódásúak, magasabb értékű belső kont-

rollal és az intim kapcsolatokra vonatkozóan magasabb értékkel rendelkeznek. A másik: a hat hónap után kimaradóknál az extroverzió és az érzékelésre támaszkodás magasabb értékű.

A vizsgálat szignifikáns eredményt egy lényeges vonatkozásban hozott: az intuíció síkján szignifikáns különbség mutatkozott a két csoport között. A „kéteveseknél” 92%-os, a „hathónaposoknál” 56% volt az intuíció szintje.

Akik hat hónap után abbahagyták a Bálint-munkát, a kimaradást az alábbiakkal indokolták:

- időhiány,
- nem érzékelték a Bálint-módszer fontosságát klinikai gyógyító munkájuk szempontjából,
- a Bálint-csoport hangneme, módszere diszkomfort érzést keltett bennük.

A képzésben végig (2 évig) résztvevők a hat hónap után kimaradók orvosi attitűdjét úgy minősítették, hogy a kimaradók nem eléggé érdeklődnek az orvos–beteg kapcsolat interperszonális aspektusai iránt, illetve inkább érdeklődnek az orvoslás objektív (szomatikus) területei iránt.

A kutatást végzők az alábbi konklúzióra jutottak:

- A Bálint-módszer egyértelműen emeli a háziorvoslás hatékonyságát, különösen abból a szempontból, hogy az orvosok jobban megértik a problematikus (nehéz) pácienseket, az interakció során új módszerekkel közelednek a páciens személyiségéhez és új módszereket találnak a terápiában.
- Nem minden rezidensnek megfelelő a Bálint-csoport képzés, mivel egyeseknek kényelmetlen kifejezni érzéseiket az esetmegbeszéléseken, a résztvevők személyiségének tulajdonságai különbözőek, egyeseknél aggodás jelentkezik az önkítárulkozás előtt a csoportmegbeszéléseken.
- A Bálint-képzésben 2 éven keresztül résztvevőknél a bürokratikus magatartás kevésbé érzékelhető: inkább belső, mint külső kontroll jellemző rájuk.
- A Bálint-módszer hatékonysága csupán pszichológiai módszerekkel nem teljesen mérhető: további vizsgálatokban más módszerek alkalmazása is indokolt lenne.

A bemutatott kutatások egyértelműen bizonyítják a Bálint-módszer kedvező hatását az orvos személyiségére, attitűdjeire. Hangsúlyozni kívánjuk, hogy bár ez a fejlesztő hatás jelenleg elsősorban a háziorvosi praxisban jelentkezik, ugyanakkor kíváncsúnak lenné az elterjedése minden más orvosi szakágban. A Bálint-módszer minden területen fejleszthetné az orvos–beteg kapcsolat humán aspektusait, az orvos ilyen irányú beállítódását.



## A JÖVŐ ÚTJAI

A Bálint-mozgalom jövőjére utaló problémafelvetések főleg a családorvosi ellátással kapcsolatban érzékelhetők.

Angliában az alapellátást a pszichoanalízis gondolatköre és gyakorlata alapvetően befolyásolta, döntően Bálint Mihály és Enid Bálint (Tavistock Klinika) által a módszerben kiképzett pszichoanalitikusok tevékenységén keresztül. A Tavistock csoportban 594 alapellátási orvos vett része. A pszichoanalízis mint diszciplína, mindmáig döntő befolyást gyakorol az angol alapellátásban működő Bálint-csoportokra (Scheingold 1988).

Ettől eltérően az USA-ban az alapellátást ma már főleg a magatartástudományok befolyásolják. A családorvoslásban egyre nagyobb súlyt helyeznek a pszichiáterekkel, a pszichológusokkal, az orvosi szociológusokkal, az orvosi antropológusokkal, a családterapeutákkal, a kommunikációs szakemberekkel, a szociális munkásokkal, a csoportterapeutákkal való együttműködésre. A pszichoanalitikus klinikai orvosok befolyása is jelentős, de kisebb, mint Angliában. A családorvosok fiatalabb generációja már jobban képzett a pszichológiában, mint a pszichoanalízisben. Ezek a magatartástudományokkal új szemléletmódot nyitottak a háziorvosi ellátásban (Johnson 2001).

A Bálint-csoportok vezetői az USA-ban családorvosok, vagy más alapellátásban tevékeny orvosok, akik valamely magatartástudományi ágban is képzettek, vagy a pszichoanalízis szakemberei, mint klinikusok. Az e témával foglalkozó szerzők szerint a leoptimalisabbnak a két orientáció (pszichoanalízis és magatartástudomány) kollaborációja tekinthető.

A Bálint-módszer az USA-ban elsősorban a családorvos rezidensképzésben ölt testet. 2000-ben a háziorvosi rezidensek 48%-a vett részt Bálint-képzésben: a növekedés 10 év alatt 29% volt. A működő Bálint-csoportokat a Pittsburgi Orvostudományi Egyetemen magatartástudományi elemzésnek vetették alá (Merenstein és Chillag 1999). Megállapításaik szerint a működő Bálint-csoportok „kicsiny, intim, professzionális közösségek”, amelyek magukban foglalják a pszichoanalitikus szemléletet, ugyanakkor a hatáskörük kiterjedt. A családorvoslás ma már tartalmazza a területi (community) betegellátást, a foglalkozási (industrial) medicinát, valamint az epidemiológiai gondolkodásmódot is.

Az elemzés során az amerikai kutatók – meglehetősen egybehangzóan – arra a következtetésre jutottak, hogy a Bálint-csoportok nagy része az USA-ban tulajdonképpen „társas támogató csoportnak” tekinthetők (Johnson és mtsai 2001).

A Bálint-csoportok megbeszélései természetesen az orvos-beteg kapcsolatra irányulnak, de emellett az orvosoknak szociális támogatást is

nyújtanak. Ez annál is indokoltabb, mert a családorvosok professzionális státusza gyakran elszigetelődést mutat. A „támogató csoportok” gyakran azért jönnek létre, mert a csoportvezető nem rendelkezik megfelelő pszichoanalitikus felkészültséggel, hogy a csoportmunkát tradicionális értelemben irányítsa, ugyanakkor rendelkezik olyan magatartástudományi képzettséggel, hogy egy úgynevezett oktatócsoportot működtessen. A „támogató csoportnak” nagyon lényeges funkciói vannak a családorvos személyiségének irányításában: a csoport támogatása enyhíti az orvost érő stresszhatásokat, az orvos aggodásait, csökkenti az izoláció érzését és a segítség nélküliséget, redukálja az orvos burn-out szintjét.

A Pittsburgi Orvostudományi Egyetem kutatói (Merenstein és Chillag 1999) 14 Bálint-csoport és 10 csoportvezető munkáját elemezték kvalitatív módszerrel. A fentieken túl megállapították, hogy a csoportok inkább oktatási jellegűek, mint hagyományos Bálint-csoportok. Felépítésük gyakran hierarchikus, nem annyira önsegítő. A rezidensek a csoporton kívül is együttműködnek szakmailag. A „támogató” csoportok tehát nem úgy működnek, ahogyan azt Bálint Mihály tradicionálisan leírta. A csoportok működését a pszichoanalitikus módszerek mellett inkább a magatartástudományi szempontok vezetik. A tanulmány megállapítása szerint azonban a pszichoanalízistől a magatartástudományok irányába való elmozdulás nem csökkenti a Bálint-módszer fontosságát az orvosi alapellátásban. A Bálint-módszer alkalmazása növeli az alapellátásban dolgozó orvosok munkájának hatékonyságát és az orvos személyiségében protektív szerepet tölt be. E kettős értelemben helye, jövője az orvosi alapellátásban vitathatatlan.

A Bálint-módszerben – kiegészítve a magatartástudományi alapokkal – vannak olyan „standard professzionális elemek”, melyek az alapellátáson túl is gazdagítanak minden orvosi szakágat. Ezek beépülhetnek az orvosi professzionalizációba (medikusok elméleti képzése, klinikai képzése, orvosok posztgraduális szakképzése).

- A Bálint-képzés mindenekelőtt az orvos személyiségét gazdagítja, így
- olyan módszereket nyújt, amelyek segítenek megérteni a beteg személyiségét és szociális kapcsolatrendszerét, különös tekintettel a problematikus betegekre,
  - olyan holisztikus nézőpontot nyújt, amely segíti az orvost, hogy páciensét első szinten, mint embert (személyiséget) tekintse, ne a betegség legyen az elsődleges szempont,
  - elősegíti a páciens panaszainak, orvoshoz fordulási motivációinak jobb megértését,

- segít az orvos emocionális terhelésének csökkentésében, különös tekintettel a kiégésre,
- a Bálint-képzés attitűdváltozást hozhat létre az orvosnál, s ez segítséget nyújthat az orvosnak saját lelki egészsége védelméhez,
- segít megérteni a szomatikus betegségek pszichés összetevőit és ennek megfelelően pszichológiailag (és szociálisan) a megalapozott terápia (gyógyszerrendelés stb.) meghatározását.

Figyelemre méltó az angol nyelvű szakirodalom megállapítása, hogy a Bálint-módszer nem minden orvos számára megfelelő (mivel az orvosok maguk is eltérő személyiségek). Ez figyelembe veendő a módszer elterjedésének vizsgálatánál.

Egy amerikai pszichoanalitikus folyóiratban publikált, a Frankfurti Egyetemen született tanulmány (Kutter 2002) meggyőzően mutatja be, hogy a Bálint-módszer pszichoanalitikus alapjai a jövőben is maradandóak, különösen a német nyelvű országok és Franciaország orvosi alapelállításában. Arra is utal, hogy a pszichoanalitikus szemléletmódot egyre inkább alkalmazzák az egészségügyi hivatásokon kívül is, úgy, mint a lelkészi, jogász-bírói hivatásokban, az üzleti (manageri) tevékenységben, kommunikációban stb. Ez a jelen és a jövő szempontjából is fontos fejleménynek tekinthető.

A tanulmányokban részletesen olvashatunk a Bálint-csoportok működésének leírásáról. Az esetmegbeszélések módszerének szemléltetésére – azon túl, hogy a csoportvezetői szerep változására utaltunk – nem térünk ki, mivel azt a magyar nyelven megjelent publikációk részletesen tartalmazzák (Harmathy és Lajtai 2001).

A Bálint-módszer gyakorlati alkalmazásának egyik területe a pszichoszociális tárgykörű adatgyűjtés. Tanulságos a Bálint-módszerben alkalmazott pszichoanalitikus szemlélet felhasználása a mélyinterjúban, amiről a „félig strukturált interjú” gyakorlatában egynémely hazai kutatásban időnként megfigyelhetünk.

A Bálint-módszerről szóló szakirodalom alapján jelen tanulmány szerzői a következő következtetéseket vonják le:

- a Bálint-módszer hatékonyságát az orvos–beteg kapcsolat fejlesztésében a XX. század második felének orvoslása egyértelműen igazolta,
- alkalmazni lehetne a Bálint-módszert az orvosok mellett a betegek körében is, esetmegbeszélésként, a háziorvos vezetésével – ez társas támogató módszer lehetne az egészségfejlesztés érdekében,
- az amerikai háziorvosi rezidensképzésben a módszer nyitását hangsúlyozzák a magatartástudományok irányában (előtérbe helyezve a Bálint-csoport társas támogatási szerepét),

- a Bálint-módszer szemléletmódja felhasználható az egészségügyi hivatásokon túl a lelkeszi, jogászi-bírói, az üzleti (manageri) tevékenységben, a kommunikációban is,
- a Bálint-módszer korszerű kiterjedt alkalmazása a módszer stabil jövőjét mutatja.

## Irodalom

- Dokter, H. J., Duivenvoorden, H. J., Verhage, F. (1986): Changes in the attitude of general practitioners as a result of participation in the Balint group. *Family Practice*, 3 (3): 155–164.
- Harmath É., Lajtai L. (2001): A Bálint-csoport. In Füredi J., Németh A., Tariska P. (szerk.): *A pszichiátria magyar kézikönyve*. 2. bőv., átdolg. kiad. Medicina, Budapest, 819–824.
- Harrach A. (2009): Pszichoszomatika és Bálint-csoportok a munkaegészségügyben. *Családorvosi Fórum*, 10 (3): 26–28.
- Harrach A., Schnell E. (2008): Bálint-csoport és a Bálinti szemlélet az orvoslásban. *Med. Univ.*, 41 (3): 107–111.
- Ireton, H. R., Sherman, M. (1988): Self-ratings of graduating family practice residents' psychological medicine abilities. *Family Practice Research Journal*, 7 (4): 236–244.
- Johnson, A. H. (2001): The Balint movement in America. *Family Medicine*, 33 (3): 174–177.
- Johnson, A. H., Brock, C. D., Hamadeh, G., Stock, R. (2001): The current status of Balint groups in US family practice residencies: a 10-year follow-up study, 1990–2000. *Family Medicine*, 33 (9): 672–677.
- Johnson, A. H., Brock, C. D., Hueston, W. J. (2003): Resident physicians who continue Balint training: a longitudinal study 1982–1999. *Family Medicine*, 35 (6): 428–433.
- Kutter, P. (2002): From the Balint method toward profession-related supervision. *The American Journal of Psychoanalysis*, 62 (4): 313–325.
- Merenstein, J. H., Chillag, K. (1999): Balint seminar leaders: what do they do? *Family Medicine*, 31 (3): 182–186.
- Musham, C., Brock, C. D. (1994): Family practice residents' perspectives on Balint group training: in depth interviews with frequent and infrequent attenders. *Family Medicine*, 26 (6): 382–386.
- Salinsky, J. (2002): The Balint-movement world-wide: present state and future outlook. A brief history of Balint around the world. *The American Journal of Psychoanalysis*, 62 (4): 327–335.
- Scheingold, L. (1988): Balint work in England: lessons for American family medicine. *The Journal of Family Practice*, 26 (3): 315–320.
- Turner, A.L., Malm, R.L. (2004): A preliminary investigation of Balint and non-Balint behavioral medicine training. *Family Medicine*, 36 (2): 114–117.

*A jegyzék csak azokat a forrásokat tartalmazza, amelyekre a tanulmányban közvetlenül hivatkoztunk. További irodalom a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet honlapján, a [http://www.magtud.sote.hu/download/konyvtar/balint\\_biblio.pdf](http://www.magtud.sote.hu/download/konyvtar/balint_biblio.pdf) címen található.*

MOLNÁR, LÁSZLÓ – HARMATHY, ÉVA – SOMORJAI, NOÉMI

## INTERNATIONAL PERSPECTIVES OF THE BALINT METHOD

The present study reviews the current situation on the Balint method. The spread of the Balint group in Europe and the USA is presented, and their effectiveness is examined especially among GP residents. The Balint method develops mainly intuition, ego developments and attitudes. The literature points out that the Balint method is not compliant with all physicians. The studies prove the efficacy of psychoanalysis in family practice, but the training for GP residents in the US including the Balint method is open towards behavioral sciences. Apart from health professionals, the Balint group method can be adopted for other professionals.

**Keywords:** Balint method, personality of GPs, psychoanalysis, behavioural sciences, social support groups