

# Balintovská skupina – hledání skrytých významů ve vztahu lékař a pacient

**MUDr. Štěpánka Machová**

Psychiatrická klinika FN a LF UK v Plzni

Zatížení v lékařské profesi může mít mnoho podob a často vede ke značnému stresu. Není-li lékař schopen vypořádat se s tímto zatížením, může to v důsledku fyzického a emočního vypětí vést k syndromu vyhoření. Jedním z faktorů, který má významný vliv na průběh a úspěch léčby, je vztah lékaře a pacienta. Vztahem lékař–pacient se zabýval Michael Balint, který je považován za průkopníka na poli psychosomatiky. Zavedením balintovských skupin ve formě výcvikových seminářů otevřel lékařům prostor, kde mohli sdílet těžkosti v péči o svého pacienta. Článek přináší stručný přehled Balintova života a seznamuje čtenáře se strukturou balintovských skupin, jejich cílem a využitím v rámci sebezkušenosti a supervize v pomáhajících profesích.

**Klíčová slova:** pracovní zatížení lékaře, vztah lékař–pacient, Michael Balint, balintovská skupina, supervize, syndrom vyhoření.

## Balint group – looking for hidden meanings in relationship of doctor and patient

Dealing with an extensive workload of doctors can be manifested in different ways and often causes significant stress for the professionals. If the doctor is not able to cope with the extensive workload, he/she can experience burnout syndrome. This can be caused by physical and emotional exertion. The relationship between the doctor and the patient is one of the significant factors that influences the process and the outcome of any medical treatment. Michael Balint, who is considered the pioneer of the field of psychosomatics, had studied the relationship between the doctor and his/her patient. Michael Balint introduced the Balint groups for doctors in the form of training seminars. He opened a space for the medical professionals to share the difficulties they were facing while caring for the patient. This article presents a brief overview of Balint's life and introduces the structure of the Balint groups, their aims and their use within self-experience and supervision for helping professions.

**Key words:** doctor's workload, doctor–patient relationship, Michael Balint, Balint group, supervision, burnout syndrome.

## Zatížení lékaře

Lékař je v dnešní době ve své profesi vystaven množství požadavků, které mohou vést k velkému zatížení. Tyto stresory můžeme rozdělit na pracovní, a to psychické a fyzické, a na stresory působící v osobní rovině.

Mezi největší psychická zatížení v pracovním prostředí patří nespecifický časový tlak, vysoká odpovědnost, příliš mnoho času stráveného administrativní zátěží, tlak činit rychlá rozhodnutí, ztížená péče způsobená nedostatkem personálu, vysvětlující rozhovory, přerušování způsobované telefonáty, kontakt s bolestí a se smrtí. Z fyzického zatížení jsou

to noční služby a s tím spojený nepravidelný spánkový rytmus, tělesné zatížení (sedavé zaměstnání), nepravidelná strava, kontakt s chemikáliemi a léky (1, 2). V osobní rovině lékař hraje důležitou roli nedostatek volného času na rodinu a vlastní zájmy. Nemůže nás proto překvapit, že podobné zatížení, které se pojí s profesí lékaře, s sebou nese celou řadou zdravotních rizik a může vést ke stavu, kterému říkáme syndrom vyhoření.

V každodenní praxi to pro lékaře znamená postavit se řadě velmi zatěžujících situací. V ordinaci se lékař setkává s pacienty, kteří mohou být nepříjemní, nespokojení, mohou být

v konfliktu zájmu s lékařem, mohou se dožadovat různých výhod nebo být nespokojeni s poskytovanou zdravotní péčí. Během jednoho pracovního dne se lékař setká s celou škálou pacientů, na které je potřeba se vyladit. Může to být mladá úzkostná žena, následně pacient, který do ordinace dochází stále dokola a žádá opakovaná vyšetření. V těchto situacích se očekává, že bude lékař reagovat vyrovnaně a neutrálně z hlediska emocí. Očekává se, že bude schopen s pacienty a jejich rodinami mluvit o smrti, umírání, o bolesti, o tíživých životních událostech, a to vše většinou bez speciálního tréninku lékaře (2). Všechny tyto požadavky mohou být pro lékaře velmi

zatěžující a vést k různým strategiím, pomocí kterých se s nepříjemnými pocity vyrovnává.

## Vztah mezi lékařem a pacientem

V rámci výkonu povolání by měl lékař obstat před řadou očekávání, která jsou na něj kladena z pohledu pacienta. Představy lékaře o diagnóze a léčbě se však často nemusí shodovat s představou pacienta. Od lékařů v západních zemích se očekává, že pacienta vyšetří, určí diagnózu, předepíše léky, určí postup léčby, případně další vyšetření, a tímto způsobem budou pacienta léčit (3). Pacient od lékaře očekává pomoc, přichází k lékaři s představou, že jako odborník rozumí jeho nemoci a žádá uzdravení. Každý lékař má ve své ordinaci pacienty, u nichž se i přes nejlepší snahu lékaře terapie nedaří, pacient je nespokojený a jeho zdravotní stav se nelepší. V těchto případech je dobré se zamyslet nad dalšími faktory, které mohou v léčbě (a ve vztahu lékař–pacient) hrát důležitou roli.

Balint si všiml, že tělesné potíže, se kterými pacient do ordinace přichází, jsou jen dílčí částí, jež se objevuje ve vztahovém poli mezi pacientem a lékařem. Balint řadu nemocí považuje za důsledek „nevyřešených emočních konfliktů“, které se nemohou projevit psychologicky, ale pouze regresivně, tedy somaticky. Z tohoto pohledu by se lékař neměl zabývat jen tělesnými příznaky, o nichž pacient v ordinaci mluví, ale celým člověkem v kontextu jeho života. Zde hraje důležitou roli prostředí, ve kterém pracuje, pacientova rodina a jeho vztahy (4). Proto je pro lékaře důležité poslouchat, co pacienti říkají, a správně překládat, co vlastně od něj potřebují. Pokud lékař zůstane s pacientem pouze na úrovni tělesné a nebude se věnovat jeho emocím a životním událostem, ve kterých se nachází, zůstane pravá příčina onemocnění nepoznána.

Umění porozumět emocím pacientů a jejich vztahům k druhým lidem, je velice potřebnou dovedností odborné způsobilosti lékaře. Pokud lékař dokáže svému pacientovi opravdu naslouchat a jeví o něj upřímný zájem, může se mezi nimi vytvořit otevřený vztah, ve kterém bude pacient mnohem lépe spolupracovat (5). M. Balint zmiňuje důležitost vedení rozhovoru a naslouchání pacientovi i ve své knize Lékař, pacient a jeho nemoc: „Studium medicíny ne-nabízí budoucím lékařům dostatek příležitosti

nejen ke studiu psychoterapie, ale ani k získání dovedností vedení rozhovoru s pacientem. Tuto dovednost získává lékař až praxí...“ (4).

Pacienti, kteří se i přes snahu lékaře nelepší, mohou v lékaři vyvolávat nepříjemné pocity viny a nekompetentnosti. Někdy pak může docházet k tomu, že lékař odesílá pacienta na další a další vyšetření, která nepřinášejí potřebné výsledky, zvyšuje dávky léků, které nezabírají, zlehčuje pacientovy obtíže, nebo jiným způsobem odmítá pacienta, který je zdrojem jeho negativních pocitů (3).

Lékař se může snažit tyto pocity „vydržet“, nevěnovat prostor reflexi toho, co zažívá se svými pacienty, což z dlouhodobého hlediska může vést k frustraci, cynismu, odosobnění ve vztahu k pacientovi a syndromu vyhoření (6). Jinou možností je snažit se lépe porozumět situaci a pochopit i pacientovy pocity, zoufalost či bezradnost. Skupiny, které M. Balint vytvořil, sloužily k tomu, aby lékaři měli možnost právě o takovýchto pocitech mluvit se svými kolegy, získat od nich jiný úhel pohledu na pacienta a uvědomit si způsob, jakým o něm přemýšlí. Stejně pro práci byl tedy vztah mezi lékařem a pacientem.

## Michael Balint

Michael Balint (maďarsky Bálint Mihály, 3. 12. 1896, Budapešť – 31. 12. 1970, Bristol) se narodil v Maďarsku do rodiny praktického lékaře. Po ukončení maturity se rozhodl pro studium medicíny. Za studia ho zaujaly přednášky Sandora Ferenciho, se kterým následně absolvoval psychoanalytické vzdělání v Berlíně a v Maďarsku a u S. Ferenciho podstoupil i vlastní psychoanalýzu. V Budapešti se podílel na založení Psychoanalytické kliniky. V roce 1932 začal vést tréninkové semináře určené praktickým lékařům, které byly spojeny s výzkumem psychologických aspektů v lékařské praxi. Z důvodu blížící se 2. světové války v roce 1939 emigroval do Anglie. Roku 1945 se přestěhoval do Londýna a zahájil svou práci na Tavistocké klinice. Zde v roce 1950 začal opět vést skupiny pro praktické lékaře, ze kterých vznikly balintovské skupiny, jak je známe dnes. Balintova nejcitovanější kniha Lékař, jeho pacient a nemoc byla poprvé vydána v roce 1957. Balint v ní popsal svou výzkumnou práci s praktickými lékaři, čímž významně ovlivnil vývoj všeobecné lékařské praxe (3, 7, 8, 9).

## Balintovská skupina

Balintovská skupina je sebezkušenostní skupinová práce zaměřená na pacienta. Balintovské skupiny jsou určeny lidem v pomáhajících profesích s cílem otevřít prostor, kde by mohli sdílet těžkosti v péči o svého pacienta. Účastníci přinášejí do skupiny své vlastní problémové pacienty z praxe, kteří jim působí potíže v rovině vztahové nebo emoční. Zatímco na kazuistických seminářích bývá zkoumán příběh pacienta, zvolený léčebný přístup či diferenciální diagnostika, balintovská skupina je zaměřena na vzájemný vztah mezi pacientem a lékařem, na motivaci lékaře a jeho prožívané emoce ve vztahu k pacientovi. Mohou zde být zkoumány mechanismy přenosu a protipřenosu, které mohou mít vliv na léčbu a ve vztahu mezi lékařem a pacientem se vždy objevují. Lékař tak může díky balintovské skupině lépe porozumět svému pacientovi, svým postojům a emocím, což může vést ke zlepšení vzájemného vztahu i léčby. Balintovská skupina se snaží vcítit se do toho, co se děje v lékaři, co v pacientovi a jak vnímání lékaře ovlivňuje jeho postoj k pacientovi. Tím umožňuje vnitřní osobnostní změnu lékaře a změnu přístupu k pacientovi (3). Často bývá výhodné, pokud jsou účastníci skupiny napříč různými odbornostmi, což umožňuje rozvíjení mezioborové spolupráce a rozšiřování pohledu na pacienta.

Skupina je vhodná pro psychology, lékaře a pracovníky v pomáhajících profesích, často se používá v rámci supervize a sebezkušenostních seminářů pro učitele, sociální pracovníky či soudce.

## Podoba Balintovské skupiny

Skupina v klasické podobě je tvořena přibližně 8–10 účastníky a jedním nebo dvěma terapeuty, kteří průběh skupiny facilitují. Na skupinu je dobré přicházet s nabídkou případu, kterým může být problematický pacient nebo zatěžující situace na pracovišti. Skupina obvykle pracuje podle pětistupňové struktury.

Skupina začíná přednesením případu. Účastníci nabízejí své případy, o kterých by chtěli na skupině referovat a které jsou postupně krátce uváděny. Ze všech nabízených případů je vybrán jeden. Referující osoba se označuje jako protagonista. Hlavní protagonista prezentuje ostatním účastníkům svůj případ, sděluje anamnestická data, své postoje k pacientovi, své emoce a hlavní jádro problému. Ostatní

účastníci pouze naslouchají. Protagonista by se měl pokud možno vyhýbat odborným termínům a spíše volně hovořit o tom, v čem vidí obtíže ve vztahu k léčbě svého pacienta. Na začátku práce v balintovské skupině je typické, že se lékaři mohou obávat odhalení svých pocitů a nejistot ve vztahu k pacientům před ostatními členy skupiny, proto mají tendenci sdělovat více objektivní data z dokumentace než své subjektivní pocity (3).

Následuje diskuze, kdy se ostatní účastníci doptávají na další souvislosti směřující k objasnění případu pacienta, jeho situace a potíží. Ostatní členové skupiny se referujícího lékaře mohou doptávat na další souvislosti, které nezmínil, na pocity lékaře nebo na jeho postoje k pacientovi. Úkolem vedoucího skupiny je udržovat dotazování ve vztahu lékař – pacient a dbát na to, aby dotazy nesměřovaly do osobní roviny referujícího lékaře.

Následuje část volných asociací (fantazií) účastníků skupiny, kdy hlavní řečník pouze naslouchá. Fantazie se mohou týkat čehokoliv, co účastníky k pronesenému případu napadne. Tyto fantazie se mohou týkat pacienta, lékaře i problémů v jejich vztahu. Nabízené asociace jsou samozřejmě ovlivněny vlastními zkušenostmi a osobním přístupem každého člena skupiny. Nabízené fantazie mohou pomoci přednášejícímu rozšířit vlastní porozumění ve vztahu k pacientovi a umožňují mu nahlédnout do nevědomých rovin jejich vztahu.

V další části skupiny ostatní účastníci vyjadřují doporučení a sdělují své představy o tom, co by dělali na místě hlavního řečníka, jak by se k situaci postavili. Účastníci skupiny sdílí to, „jak bych se v této situaci cítil já“ nebo „zda jsem se s podobnou situací potkal a jak bych ji řešil“ (3). Jde tedy o nabídku možných řešení a sdílení názorů ostatních účastníků v bezpečném prostředí skupiny. Nemělo by docházet k udělování rad nebo hodnocení referujícího lékaře. Hlavní řečník opět pouze naslouchá.

Na úplný závěr se protagonista vyjadřuje k proběhlé skupině, může shrnout, co mu skupina přinesla a co si odnáší. Cíl skupiny nemusí vždy spočívat v tom, že se musí pro protagonistu najít v dané situaci řešení. Případ lze nechat otevřený a lékař si může až s odstupem času více uvědomit, co se v jeho přístupu k pacientovi proměnilo. Role vedoucího terapeuta je vedení a směřování skupiny do vztahu lékař–pacient.

Jeho úkolem je tedy směřovat pozornost k emocionální rovině vztahu místo k hledání řešení problému.

## Balintovské skupiny v České republice a v zahraničí

Metoda Balintovských skupin je v naší zemi zaváděna od poloviny 70. let a spojena se jmény doc. MUDr. Jaroslava Skály a PhDr. Jiřího Růžičky. Na rozvoji balintovských skupin v Čechách se významně podíleli i další osobnosti – MUDr. et PhDr. Jan Poněšický, PhD., prim. MUDr. Zdeněk Mrázek, doc. PhDr. Jiří Kocourek a další (3, 10). Existuje Balintovská sekce České psychoterapeutické společnosti ČLS JEP, která sdružuje lektory, kteří prošli výcvikem v balintovských skupinách a mohou tyto skupiny vést (11). Nadále pokračuje snaha této sekce o výcvik nových lektorů k vedení balintovských skupin. Více informací k výcvikům se lze dozvědět na webových stránkách Balintovské sekce. Několik zařízení v naší republice tuto metodu nabízí jako možnost kontinuálního vzdělávání či supervize pro lékaře všech oborů, např. Středisko psychoterapeutických služeb v Praze 2, Břehová nebo Psychosomatická klinika v Praze. Balintovské skupiny jsou součástí kontinuálního vzdělávání lékařů již řadu let. Skupiny jsou zařazeny do předatestační přípravy praktických lékařů ve formě specializačních kurzů Psychoterapie pro praktické lékaře pořádaných IPVZ. Skupiny jsou také součástí požadavků na vzdělání pro nadstavbový obor psychosomatika. Společnost psychosomatické medicíny pravidelně pořádá setkání lékařů psychosomatiků s nabídkou balintovských skupin (12). Balintovské skupiny jsou také využívány jako supervize na několika pracovištích, např. jako supervize rodinné terapie ve Středisku komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci či jako supervizní forma vedení psychoterapeutického přístupu k nemocným pro lékaře na Psychiatrické klinice ve Fakultní nemocnici v Plzni.

V roce 1975 byla založena mezinárodní „The International Balint Federation“ (13). Balintovská hnutí a národní balintovské společnosti nyní úspěšně fungují po celém světě.

## Kazuistika s využitím balintovské skupiny

Na závěr bych ráda sdílela kazuistiku z průběhu balintovské skupiny. Vybrala jsem kazuis-

tiku s příběhem upraveným pro účely tohoto článku, aby došlo k zachování anonymity protagonisty a tím i pravidel balintovské skupiny.

Na balintovskou skupinu přichází jako jeden z jejích členů mladá lékařka Eva. Na začátku skupiny proběhne přivítání jejích členů vedoucím terapeuta s přednesením základních pravidel a její struktury. Při nabídce kazuistik by si Eva ráda vzala slovo a sdílela svého pacienta s ostatními. Na skupinu přináší zátěž, kterou zažívá při setkávání se s tematikou smrti. Eva po studiu nastoupila na oddělení dlouhodobě nemocných pacientů. Sdílí, že se zde setkává s řadou pacientů, kteří jsou v chronickém stadiu onemocnění a často v průběhu hospitalizace umírají. Většinou se jedná o pacienty s maligním onemocněním v terminálním stadiu nebo pacienty staršího věku, často polymorbidní. Péče o tyto pacienty ji do nějaké míry přináší smysluplnost její práce, zároveň je pro ni velmi zatěžující. Při kontaktu s umírajícími pacienty zažívá lítost, pocit bezmoci, chce se jí brečet. Má potíže komunikovat s rodinami těchto pacientů a při objasňujících rozhovorech se cítí bezmocná. Před ostatními kolegy se za své emoce stydí, vnímá, že by situace měla lépe zvládat. Poslední případ se týká pacienta pana Jaromíra, který je v terminálním stadiu plicního carcinomu a dostává paliativní péči. Při vizitách lékařky má různé požadavky a stížnosti, stále něco vyžaduje a je nespokojený. Lékařka se mu snaží vyhovět, předepsat odpovídající lék, který je však často bez efektu. Tím se naléhání pacienta ještě zvyšuje a vyžaduje tak další její čas ke konzultacím. Jako lékařka se v situaci cítí často bezmocně a naštvaně, ví, že už pacientovi nemá co nabídnout, zároveň je pro ni těžké mu jeho blížící se konec života nějak zrcadlit. Otázku, kterou do skupiny vkládá, zní takto: Co by pro daného pacienta ještě mohla udělat? Účastníci skupiny se doptávají na další souvislosti. Zajímá je, jestli za panem Jaromírem chodí rodina a zda má nějaké příbuzné. Eva připouští, že málokdy za ním někdo přijde, většinou zůstává na pokoji sám nebo s ostatními pacienty. Má pocit, že rodina nemá o pacienta zájem, napadá ji, že svou nestálou nespokojeností odradil i členy rodiny. Vzpomíná si, že ani telefonicky se na pana Jaromíra nikdo neptá, občas zavolá jeho sestra, která však nemůže přijet kvůli velké vzdálenosti. Jiného účastníka zajímá, proč si Eva vybrala tak náročný obor a co ji k tomu vedlo. Další účastník skupiny se doptává, zda má Eva nějaké

podobné zkušenosti s pacienty v terminálním stadiu onemocnění a jak se s těmito situacemi vyrovnávala. V další fázi skupiny ostatní účastníci sdílejí své fantazie o tom, co je k případu napadá. Řada kolegů sdílí své emoce, které zažívají při kontaktu s bolestí a se smrtí. Eva si všímá, že ani pro starší a praxí zkušené kolegy není kontakt se smrtí nic samozřejmého a lehkého. Někteří si v rámci své fantazie představují, že se možná pan Jaromír cítí dost osaměle a potřebnou pozornost získává tím, že je často nespokojen. Zaznívá i představa, že léky pacientovi nemohou zabírat, protože pak by za ním již nikdo nepřišel. Tímto způsobem má možnost kontaktu alespoň s personálem oddělení. Řada členů skupiny se snaží vžít do světa pocitů nevyčísitelně nemocného pacienta. Možná by potřeboval mluvit o smrti, o blížícím se konci a sdílet své těžkosti. V další části skupiny ostatní účastníci sdělují své představy o tom, co by dělali na místě Evy a jak by se k situaci postavili. Někteří z účastníků Evu podporují v tom, aby si na rozhovor s panem Jaromírem udělala více času. Navrhují, aby mu

nabídla více než léky, porozumění, přijetí a pochopení v náročné situaci, jakou je umírání, a jeho onemocnění mu i objasnila. Někteří navrhují zkusit kontaktovat rodinu a pokusit se je pozvat za pacientem na návštěvu. Přicházejí i takové nápady, jako pozvat nemocničního pastora, aby dostal pan Jaromír prostor, kde by mohl mluvit o svých pocitech. Někteří členové skupiny podporují Evu ve smysluplnosti její práce, uznávají její náročnost a zároveň i důležitost. Jiní Evě (na základě vlastní zkušenosti) doporučují, aby se nebála využít možnosti supervize nebo individuálního terapeutického prostoru pro práci s pocity, které při kontaktu se smrtí sama zažívá. Skupina se však hlouběji nezaměřuje na osobní problémy protagonistky, protože to již není jejím cílem. Na závěr má slovo protagonistka. Eva sdílí jistou úlevu, která se během skupiny dostavila, zejména proto, že se mohla o svůj příběh podělit. Uvědomuje si, že by se svým pacientem mohla zkusit strávit více času v roli naslouchajícího a pomoci mu tak sdílet jeho trápení. Zamýšlí se, že neustálé změny v medikaci

a s tím spojené rozhořčení může být jen snaha pana Jaromíra získat pozornost a příležitost ke komunikaci, které se mu nedostává od rodiny. Dokáže nyní lépe pacienta chápat. Také představa jeho dalších nespokojených reakcí pro ni již není tolik zatěžující jako na začátku skupiny.

## Závěr

Lékařská profese je spojena se značným pracovním zatížením. Na lékaře jsou ze strany pacientů kladeny různé požadavky a očekávání. Stejně tak představy lékaře o diagnóze a léčbě se často nemusí shodovat s představou pacienta. Tyto faktory pak mohou ovlivňovat vztah mezi lékařem a pacientem, výsledek léčby i vzájemné spolupráce. Jednou z efektivních možností, kdy lékař může o svých pocitech, se kterými si neví rady, mluvit se svými kolegy a získat podporu pro svou práci, je využití balintovských skupin. Důležitým přínosem balintovských skupin může být zejména lepší pochopení vzájemného vztahu lékař–pacient, náhled na sebe samého a podpora profesionálního růstu.

## LITERATURA

1. Ptáček R, Kuželová H, Čeledová L, et al. Burn-out syndrom u lékařů. *Prakt. Lék.* 2010;90(10):594-6.
2. Kruse J, Rosin U, Wöller W. Psychosomatika lékaře. In: Tress W. et al. *Základní psychosomatická péče.* Praha: Portál; 2008. 371-8.
3. Pačesová M. Lékař, pacient a Michael Balint. Praha: Triton; 2004.
4. Balint M. Lékař, jeho pacient a nemoc. Praha: Grada; 1999.
5. Balint M, Balint E. *Psychoterapeutic Techniques in Medicine.* Vol. 1. In: *Mind and Medicine Monograph Series,* Tavistock Publications. London: C. C. Springfield; 1961.
6. Kebza V, Šolcová I. Syndrom vyhoření. Praha: SZÚ; 1998.
7. Ornstein PH. Michael Balint then and now: a contemporary appraisal. *Am J Psychoanal.* 2002;62:25-35.
8. Lakasing E. Michael Balint – an outstanding medical life. *Br J Gen. Pract.* 2005;55:724-5.
9. Stewart H. Michael Balint: an overview. *Am J Psychoanal.* 2002;62:37-52.
10. Kratochvíl S. *Základy psychoterapie.* Praha: Portál; 2006.
11. Balintovská sekce České psychoterapeutické společnosti ČLS JEP ([www.psychoterapeuti.cz](http://www.psychoterapeuti.cz)).
12. Společnost psychosomatické medicíny ČLS ([www.psychosomatika-cls.cz](http://www.psychosomatika-cls.cz)).
13. International Balint Federation ([www.balintinternational.com](http://www.balintinternational.com)).