

Ireneusz Kaflik<sup>1</sup>, Jan Łazowski<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Ośrodek Usług Psychologicznych, Częstochowa

<sup>2</sup> Akademia Wychowania Fizycznego, Wrocław

# Podstawy teoretyczne i praktyczne balintowskiego treningu grupowego

## Theoretical and practical bases of Balint Group Training

### STRESZCZENIE

BTG zwiększa efekty pomocy udzielanej przez lekarzy, psychoterapeutów, pracowników socjalnych i wykonujących inne zawody pomocowe. Sesję prowadzi uprawniony lider, ewentualnie z ko-liderem. W publikacji omówiono cechy relacji międzyludzkich, w tym relacji terapeutycznych, oraz wskazano potrzebę ich doskonalenia. Opisano formę pracy BTG, zasady i ograniczenia, podział ról uczestników. Najwięcej uwagi poświęcono przebiegowi treningu, który zaczyna się od przedstawienia trudnej relacji terapeutycznej i polega na znajdowaniu zaburzonych relacji i wyjaśnianiu występujących problemów. Obserwowane uczucia, motywacje i intencje są wskazówkami pozwalającymi dostrzegać ukryte przyczyny powikłań, umożliwiającymi podejmowanie prób ich rozplątania. Lider zna sposoby wzbogacania treningu i aktywowania grupy. W tekście przedstawiono również sposób kończenia sesji i podsumowywania.

**Słowa kluczowe:** Grupy Balinta, relacja terapeutyczna, rozwiązywanie problemów

### ABSTRACT

The BGT enhances the effects of assistance offered by doctors, psychotherapists, social workers and by other assistance professions. The training (session) is conducted by a competent leader, sometimes with the help of a co-leader. The article presents the characteristics of inter-human relations, including therapeutic relations, and the necessity of improving them. The BGT method of work was described, along with the principles and restrictions, and division of roles among the participants. Most attention was devoted to the course of the training which starts with presentation of a difficult therapeutic relation, finding an impaired relation and clarifying problems. The observed feelings, motivations and intentions are the guidelines that allow for perceiving the hidden causes of entanglement and attempting to solve them. The leader is familiar with the manners of enhancing the training session and activating the group. The paper also presents the manner of completing the training (session) and its recapitulation.

**Key words:** Balint group, therapeutic relation, problem solving

## Wstęp

Minęło ponad sześćdziesiąt pięć lat od wprowadzenia w Wielkiej Brytanii szkoleń zwanych Grupami Balinta (GB), których celem jest usprawnianie relacji terapeutycznych. Lekarz odpowiada za przebieg terapii, dlatego Balint zwrócił uwagę na sposób jego postępowania z pacjentem. Zbyt często terapia nie przynosi takich efektów, jakich można oczekiwać (Balint, 1968). Z tych powodów Sekcja Psychosomatyczna Polskiego Towarzystwa Lekarskiego (PTL) przyjęła propozycję Stefana Ledera i Bohdana Wasilewskiego do zapoznania swych członków z treningiem balintowskim. Pierwsze szkolenie odbyło się w roku 1989 w Warszawie. Polskie Stowarzyszenie Balintowskie (PSB) powstało w 1991 roku. Stowarzyszenie to propaguje idee ruchu balintowskiego, prowadzi liczne grupy treningowe, konferencje i szkolenia oraz przygotowuje kandydatów do samodzielnego prowadzenia treningów. Dzisiaj w Polsce ruch balintowski ma już ponad 35-letnią historię (Wasilewski, Kiliżek, 2011).

Początkowo przez wiele lat głównym polskim propagatorem idei i technik balintowskich w Warszawie był Stefan Leder. W Krakowie treningi typu balintowskiego prowadzili wtedy Maria Orwid, Jerzy Aleksandrowicz i Jacek Bomba. W Poznaniu Barbara Jugowar z zespołem prowadziła treningi balintowskie dla studentów kierunków medycznych, a Bogusław Stelcer również dla personelu opieki hospicyjnej. We Wrocławiu Jan Łazowski i Krystyna Kuchtyń szeroko propagowali idee Balinta. W Częstochowie Ireneusz Kaflik prowadził treningi i kursy balintowskie dla pracowników medycznych i konsultantów telefonów zaufania. Zainteresowanie treningami przejawiali głównie lekarze i pielęgniarki, a z czasem także psychoterapeuci, psychologowie, pracownicy socjalni, prawnicy, nauczyciele, fizjoterapeuci, studenci wydziałów lekarskich i studiów psychoterapeutycznych, duchowni, menedżerowie, konsultanci telefonów zaufania, zespoły wyjazdowe pogotowia ratunkowego, służby kryzysowe i inni reprezentanci

zawodów pomocowych (Czachowski, 2011; Jugowar, Skommer, 2003; Kaflik, 2013; Kilhorn, 2012; Luban-Plozza, 1993; Wasilewski, 2011; Zgud, 2011). Podejmowano próby zastosowania BTG w różnych obszarach i odmianach. Np. Luban-Plozza zapraszał do udziału w grupach Balinta także pacjentów i ich rodziny. Leder prowadził grupy Balinta dla zespołów lekarsko-pielęgniarskich Centrum Onkologii. Stopniowo zgłaszały zapotrzebowanie na prowadzenie treningów według standardów europejskich stowarzyszenia psychologiczne i psychiatryczne. Od dziesięciu lat w Polsce regularnie organizowane są konferencje i seminaria tematyczne oraz kursy ciągłe balintowskiego treningu grupowego (BTG), zimowe kursy w Częstochowie, wiosenne seminaria w Warszawie i jesienne w Krakowie. Również na konferencjach naukowych członkowie PSB prowadzą warsztaty utrzymywane w konwencji BTG w sesjach satelitarnych. Sporadycznie odbywają się również szkolenia w innych ośrodkach. Większość z nich z założenia służy kształtowaniu i poprawie relacji terapeuta – pacjent (klient).

PSB określiło zasady prowadzenia BTG oraz wymagania stawiane osobom upoważnionym do prowadzenia treningów, czyli liderom Grup Balinta. Od kandydata na lidera wymaga się wyższego wykształcenia medycznego, psychologicznego lub z innych nauk społecznych albo studiów podyplomowych z zakresu psychoterapii, psychosomatyki lub seksuologii, a także odbycia odpowiedniej liczby zajęć praktycznych (Wasilewski, Kiliżek, 2011).

Przez szereg lat doświadczeni liderzy GB z zachodniej Europy (Rita Kielhorn, E.R. Petzold, Hubert Speidel, Margeritte Stube, Jack Norell), prowadzący modelowe szkolenia i superwizje BTG, z uznaniem dla ich stylu prowadzenia grup, byli stawiani kandydatom na liderów jako wzór do naśladowania. Pierwsi polscy liderzy prowadzili grupowe treningi w ramach konferencji i sympozjów PTL Sekcji Psychosomatyki, kursów podyplomowych dla psychoterapeutów, szkoleń wewnątrz zakładowych, jak również pomagali w szkoleniach

na Ukrainie (Ireneusz Kaflik, Marian Lech, Jan Łazowski, Bogusław Stelcer, Bohdan Wasilewski) i w Rosji, czyniąc to ze świadomością misyjnej roli, jakiej się podjęli (Kaflik, 2013). W efekcie na Ukrainie działają samodzielni liderzy prowadzący treningi metodą Balinta. Czynione są tam starania utworzenia Ukraińskiego Stowarzyszenia Balintowskiego. Obecnie w Polsce dysponujemy zespołem kompetentnych liderów i superwizorów przygotowanych do samodzielnego prowadzenia BTG oraz szkoleń kandydatów na liderów.

### **Cel opracowania**

Celem opracowania jest zaprezentowanie teorii i techniki BTG, omówienie jego przebiegu oraz pokazanie, jak ogromne korzyści przynosi w pracy zawodowej i jakimi drogami można do nich dochodzić. Chcielibyśmy, aby ta publikacja pomogła we wprowadzaniu BTG do programu wyższych uczelni i szkół, a przede wszystkim, by służyła osobom pracującym w zawodach pomocowych, zainteresowanym doskonaleniem relacji z podopiecznym i pogłębieniem rozumienia swych własnych postaw. BTG pozwala bowiem na dokonanie ich korekty i poprawienie przeżywania nawiązywanych relacji, co pomaga osiągać znacznie lepsze wyniki. Zwiększa satysfakcję z pracy, redukuje zmęczenie, pomaga utrzymać stabilność emocjonalną i chroni przed syndromem wypalenia zawodowego.

Okoliczności i wymagania stawiane przed nami w trakcie wieloletniej pracy umożliwiły nam pogłębienie wiedzy o BTG (Kaflik, Łazowski, 2015), którą staramy się podzielić w przedstawionym poniżej tekście.

### **Czym jest balintowski trening grupowy?**

BTG narodził się z koncepcji psychoanalitycznej i z osobistej fascynacji Balinta działalnością i badaniami Sándora Ferencziego, znajdując w nich swoje podstawy. Drugim filarem BTG jest praktyka medyczna. Uprawiona jest więc teza, że jest on połączeniem medycyny i psychoanalizy, twórczo scalając

te dwie dyscypliny (Stelcer, 2015). W praktyce BTG korzysta w możliwie bezkolizyjny sposób z osiągnięć psychologii i psychoterapii, podążając za ideą psychoterapii integratywnej (Ostaszewska, 2015). Dostrzegamy, że w BTG uczestniczą z pożytkiem i zadowoleniem terapeuci różnych szkół i różnych nurtów psycho-terapeutycznych.

BTG polega na ćwiczeniu umiejętności rozumienia pacjentów oraz porozumiewania się z nimi. Dzięki temu następuje pełniejsze ujawnianie psychologicznych źródeł problemów i niejasnych sytuacji występujących w relacjach międzyludzkich. Te umiejętności pomagają w usuwaniu cierpień (w szerokim znaczeniu tego słowa) i stanowią wsparcie we wszelkich postępowaniach pomocowych. Trening ujawnia pojawiające się zjawiska przeniesienia i przeciwprzeniesienia, jakie zachodzą pomiędzy terapeutą a jego pacjentem (klientem); BTG nie jest psychoterapią, lecz wyposaża w umiejętności niezbędne w psychoterapii (Zgud, 2011). Uczestnicy BTG stwierdzają bardzo często, że towarzyszy mu klimat zaufania i ciepła, stanowiący jedną z sił przyciągających do udziału w opartych na nim szkoleniach. Niezamierzonym skutkiem udziału w nim bywa także rodzenie się przyjaźni i inspiracji do współpracy. Sprzyjają temu wzajemne rozumienie się i partnerski dialog.

### **Empatia i spontaniczne rozumienie czynności umysłowych (teoria umysłu)**

Zachowanie i zewnętrzne cechy są dostępne spostrzeganiu obserwatorów. Dużo łatwiej jest spostrzec i obserwować zewnętrzne cechy: zachowanie, wypowiedzi, ekspresję emocjonalną, wygląd, ubiór, sylwetkę, tembr głosu i inne. Cechy te stanowią zewnętrzny wyraz skomplikowanych i ważnych procesów umysłowych, niedostępnych bezpośredniej obserwacji. Natura wyposaża ludzi we wrodzoną zdolność rozumienia ukrytych procesów umysłowych na podstawie przejawów zewnętrznych. Zdolność ta jest znana od dawna pod nazwą empatii, a w ostatnich dziesięcioleciach poparta została tzw. teorią umysłu

(Premack, Woodruff, 1978). Potwierdza ona zdolność do poznawania intencji, zamiarów, stanu umysłu innych osób na podstawie ich zachowania. Zdolność ta u różnych ludzi jest nierówno rozwinięta; można ją doskonalić lub tłumić i wiele zależy od treningu tych umiejętności. Niedobór jej jest nazywany aleksytymią (Bilikiewicz, Strzyżewski, 1992). Pod tym terminem rozumie się niezdolność do rozumienia lub identyfikowania własnych emocji oraz ich nazywania i wyrażania. Naturalne zdolności rozumienia innych osób, choć nie są doskonałe, wystarczają do utrzymywania codziennych relacji interpersonalnych, lecz mogą nie wystarczyć lekarzom, terapeutom, liderom GB, konsultantom telefonów zaufania (Reszka, 2017). Kandydaci starający się o te funkcje powinni uzupełniać je odpowiednimi szkoleniami.

### **Relacja terapeutyczna**

Jednym z przykładów relacji międzyludzkich są relacje terapeutyczne. Celem budowania relacji terapeutycznej jest wspomaganie osoby potrzebującej pomocy. Relacja terapeutyczna jest szczególnym związkiem osób realizujących wspólnie ustalony cel. W klasycznej formie występują tu dwie osoby: terapeuta (lekarz/wspomagający) i pacjent (klient/osoba wspomagana). W relacji tej istotnym elementem jest dostrzeganie i rozumienie przez terapeutę swojego związku pomiędzy nim a pacjentem, który wyraża się interakcją emocjonalną i informacyjną, procesami przeniesienia i przeciwprzeniesienia, mechanizmami obronnymi, oporem oraz stosowną głębokością wglądu. Szczególnie istotne jest doświadczenie życiowe terapeuty, jego dystans, mądrość i refleksyjność w spotkaniu z doświadczeniem życiowym pacjenta. Istotną rolę odgrywają także emocje i motywacje, które często wynikają z nieświadomych sfer umysłu i są w znacznym stopniu autonomiczne stanowiąc trzon tożsamości.

Poznanie składników każdej indywidualnej relacji terapeutycznej nie jest łatwe także dlatego, że wiedza o tych relacjach jest

niepełna, a poglądy na jej temat wciąż są przedmiotem szerokiej dyskusji w kręgach terapeutów. W tym kontekście nie bez znaczenia pozostaje zdanie się na intuicję i wyobraźnię w wyjaśnianiu niepewności i wątpliwości, które są powszechnym elementem doświadczeń mających miejsce w grupach Balinta (Adler i in, 2007; Kielhorn, 2012; Łazowski, 2001).

### **Potrzeba doskonalenia relacji interpersonalnych**

Problemy wiążące ludzi do psychoterapii zwykle mają swe źródło w zaburzeniach relacji rodzinnych, partnerskich i innych relacji społecznych oraz tych, które towarzyszą zaburzeniom somatycznym. Naprawianie bądź usuwanie zaburzeń powstałych w kontaktach międzyludzkich dokonuje się również poprzez relacje, tyle że terapeutyczne, o których mowa w tym tekście. Niestety działania te są często prowadzone w atmosferze niedostatecznego porozumienia pomiędzy terapeutą a pacjentem. Z tego powodu w miejsce oczekiwanych dobrodziejstw dobrej relacji pojawiają się przykre uczucia, wzmagające dotychczasowe dolegliwości. Przyczyny niepowodzeń leżą w błędach uzgadniania znaczeń wypowiedzianych słów i zdań, ich wieloznaczności oraz w skrótach myślowych używanych przez obie strony. Inną przyczyną niepowodzeń jest sam wpływ emocji, zniekształcający proces odczytywania odbieranych komunikatów. Człowiek powodowany emocjami, działający pod wpływem afektu, zniekształca odbiór docierających informacji. Z tych nieświadomych błędów procesu porozumiewania się wynikają sprzeczności interesów, konflikty, a czasem głęboki ból emocjonalny (Łazowski, 2002; Łazowski, Jugowar, 2011).

Błędy występujące w relacjach terapeutycznych są bardzo podobne do tych, które są przyczyną cierpienia, z powodu którego pacjent trafia do terapeuty. Warto zwrócić uwagę na paradoksalną, lecz logiczną regułę: błędy interpersonalnych relacji życiowych leczy się interpersonalnymi relacjami terapeutycznymi. Zatem relacja pomagania, lecząca w swej

istocie, winna być szczególnie dokładnie i głęboko poznana, aby być skuteczną. Niestety nazbyt często stwierdza się występowanie nieświadomych błędów w relacji, która ma być terapeutyczna, a faktycznie taka nie jest. Fakt ten wskazuje na potrzebę aktualizacji wiedzy i doskonalenia posiadanych umiejętności terapeutycznych. Cel ten można osiągnąć między innymi przez udział w BTG. Trzeba pamiętać, że w relację terapeutyczną zaangażowane są intensywne emocje, które rodzą napięcia i konflikty, jeśli nie zostaną uświadomione.

### Przebieg treningu

BTG odbywa się w grupach prowadzonych przez osobę znającą specyfikę kontaktu i komunikowania społecznego oraz posiadającą uprawnienia do samodzielnego prowadzenia balintowskich treningów grupowych, czyli mającą tytuł lidera grup Balinta. Do treningu zapraszane są osoby pracujące w zawodach pomocowych, na przykład lekarze, pielęgniarki, psychoterapeuci, psycholodzy, prawnicy, duchowni, nauczyciele. Wskazane jest tworzenie grup z osób pochodzących z odmiennych środowisk i różnych zawodów. Pozwala to na bardziej wszechstronną i bogatszą analizę prezentowanych przypadków. Grupa składa się z 8 do 12 uczestników oraz lidera i ewentualnie ko-lidera. Uczestnicy zasiadają w kręgu i zobowiązani są pozostać w nim do końca sesji. Jedna sesja trwa do 90 minut. Ponadlimitowi uczestnicy tworzą krąg zewnętrzny i obserwują pracę zasadniczej grupy. Lider w określonym momencie pozwala im zabrać głos (Novack i in., 1997; Stelcer, 2015).

### Zasady uczestnictwa w BTG

Zasady pracy grupy Balinta można wymienić w kilku punktach:

1. Grupę prowadzi uprawniony lider.
2. Istnieje dobrowolność udziału uczestników.
3. Istnieje swoboda wypowiedzi, bez nadawania im formy sporów, polemik, krytyki, rad i ocen. Każda wypowiedź służy do

przemyśleń, tworzenia i wypowiedzenia własnego sądu.

4. Uczestnicy skupiają się na pracy grupy.
5. Punktualność rozpoczęcia i zakończenia zajęć dotyczy każdego uczestnika.
6. Opowiadanie narratora, nazywanego także referentem, trwa od 4 do 10 minut.
7. Lider udziela głosu według kolejności zgłoszeń, mówi tylko jedna osoba.
8. Omawiane treści pozostają tajemnicą grupy i nie są komentowane poza nią.
9. Każdy z uczestników ma prawo zachowania odrębnego zdania.
10. Decyzja o udziale w grupie oznacza gotowość do przedstawienia swojej ważnej relacji z pacjentem (klientem).

### Praktyczne umiejętności lidera

Poza wiedzą teoretyczną od lidera oczekuje się praktycznych umiejętności, z których najważniejsze wymieniono poniżej. Są to:

1. inicjowanie pracy grupy, przestrzeganie reguł i czuwanie nad procesem grupowym
2. wprowadzanie jasnych poleceń i interwencji oraz klaryfikacji, które ułatwiają proces grupowy
3. wykorzystanie dynamiki podstawowej grupy oraz energii i zasobów dużej grupy
4. tolerowanie niejasności i ciszy
5. dawanie pierwszeństwa aktywności grupy, nienarzucanie swojej wizji
6. pełnienie roli lidera lub ko-lidera
7. wzbogacanie procesu grupowego i jego analizy
8. dostrzeganie i wykorzystywanie procesów przeniesienia, przeciwprzeniesienia, oporu i mechanizmów obronnych
9. czuwanie nad bezpieczeństwem emocjonalnym uczestników grupy
10. zakończenie treningu z wysłuchaniem narratora, komentarzy uczestników i podsumowanie spotkania.

### Rola ko-lidera

Udział ko-lidera w treningu jest pewnym luksusem. Nie jest konieczny, a jeśli lider go za-

prosił, to może on z dystansu obserwować aktywność grupy i postęp w wyjaśnianiu problemu. Uzupełnia lidera, gdy dostrzega jakąś bardzo istotną potrzebę, lecz go nie zastępuje. Wypowiada się bez naruszania wiodącej roli lidera. Na jego prośbę może komentować emocje panujące w grupie. Pomaga liderowi w panowaniu nad czasem trwania sesji. Jego wypowiedź może być inspiracją do rozważań grupy i powinna otwierać przestrzeń do dalszych interpretacji. Ko-lider zabiera głos raz do trzech razy w ciągu 90-minutowej sesji, na prośbę lidera lub z własnej inicjatywy oraz podczas kończenia sesji. Ko-lider bardziej czuwa nad dynamiką pracy grupowej, podczas gdy lider bardziej koncentruje się na procesie wyjaśniania problemów oraz procesie głębszego ich rozumienia. Niezbędną umiejętnością ko-lidera jest harmonijne koordynowanie swojego zachowania z wiodącą rolą lidera. Niekorzystne byłoby ocenianie pracy grupy czy osoby lidera. Ko-lider musi być doświadczonym uczestnikiem treningów lub liderem.

### **Narrator i jego opowieść**

Materiałem do pracy w grupie jest opowieść jednego z uczestników, którego tu będziemy nazywać narratorem, opowiadaczem lub referentem. Narrator jest jednym z uczestników treningu, który na prośbę lidera skierowaną do grupy zgłasza się i przedstawia z pamięci opowieść o swojej relacji z osobą, której niósł pomoc. Oczekuje się, że przedstawi on przyczyny i okoliczności udzielania pomocy pacjentowi, jego skargi, poda imię, wiek, opisz jego wygląd, status społeczny, środowisko, zachowanie, wypowiedzi (możliwie dosłownie), także swoje, z ekspresją emocjonalną. Opowieść dotyczy relacji z pacjentem z nieodległej przeszłości, która pozostała w pamięci narratora terapeuty z powodów emocjonalnych.

### **Uczestnicy grupy**

Uważnie słuchają narratora, zapamiętują jego wypowiedzi i obserwują jego zachowanie oraz ekspresję, będące tworzywem treningu.

Lider uprzedza referenta mówiąc, czego oczekuje się w jego opowieści, lecz nie egzekwuje tego, pozostawiając mu swobodę wypowiedzi. Co i jak zostanie spontanicznie powiedziane i niewypowiedziane, jest materiałem pracy grupy. Im bardziej szczerzy i spontaniczny jest opis, tym jego rozpatrywanie i wyjaśnianie jest bardziej wartościowe i wiarygodne. Bezpośrednio po zakończeniu opowiadania członkowie grupy mogą w kilku pytaniach prosić o uzupełnienie relacji tymi informacjami, których niedosyt odczuli.

### **Werbalizacja uczuć uczestników grupy**

Następnym etapem pracy grupy są emocje i odczucia płynące z ciała (wrażenia), doznawane przez jej uczestników w czasie słuchania opowieści (Brzoza, Rachoń, 2005; Łazowski, 2011). Jest to ćwiczenie w dostrzeganiu, nazywaniu swoich emocji i odczuć powstałych w odpowiedzi na usłyszaną opowieść. Aktywność grupy na tym etapie skupia się na tym, jak jej uczestnicy przyjęli i jak zareagowali na usłyszaną opowieść. Każdy winien zwerbalizować swe reakcje. Umiejętność ta nie jest łatwa, podobnie jak zdolność słuchania i zapamiętywania słów referenta. Są one jednak niezbędne przy udzielaniu pomocy, a ćwiczenie ich poznawania i werbalizacji jest jednym z celów BTG.

### **Identyfikacja relacji i problemów w opowieści narratora**

Rozpoznanie relacji i problemów ujawniających się w opowieści jest kolejnym zadaniem grupy. Identyfikujemy relacje między bohaterami opowiadania (*problemy pacjenta*), a następnie problemy w relacji terapeuty z pacjentem (*problem terapeuty*). Lider razem z grupą identyfikują w usłyszonej opowieści relacje między jej bohaterami. Wybierają tę, w której dostrzegają problem pacjenta, i podejmują się trudu rozpoznawania uczuć, motywacji i intencji związanych z problemem przeżywanym przez bohaterów opowiedzianej historii. W tym celu lider daje zadanie prowadzące

się często do słów samego Balinta: *Wejździe w buty bohatera i powiedzcie, co on czuje, jakie emocje przeżywa*. Dla pogłębienia identyfikacji lider może zalecić wypowiedzianie się w imieniu bohatera. Głos zabierają członkowie grupy. Mogą pojawiać się różne sądy, które się nawzajem przyczyniają do pogłębiania rozumienia problemu lub też odwrotnie – nie wnoszą nic do głębszego jego zrozumienia. Każda wypowiedź jest dobra i nie podlega krytyce. Każda też powinna zostać usłyszana przez pozostałych uczestników, nawet jeśli się nie zgadzają z jej treścią. Uczestnicy bez oceniania, krytyki i dyskusji podążają za tymi sądami, które wydają się im najbardziej wiarygodne. Rozważają problem i w swoich umysłach tworzą obraz sytuacji, pamiętając, że każdy problem może mieć nie jedno, ale wiele skutecznych rozwiązań. Czasem lider ostrożnie pomaga skierować dociekania grupy w określoną stronę, lecz najcenniejsza jest jej spontaniczna aktywność. Należy w tym miejscu wskazać, że nie wizje lidera mają się spełnić: analiza sięga tak głęboko, jak dalece uczestnicy grupy potrafią wniknąć w problem omawianej relacji. Uczestnicy motywowani swymi wyobrażeniami mogą odbiegać w wypowiedziach od sugestii lidera. I tu może on, lecz nie powinien, ograniczać pojawiające się wypowiedzi. Może wręcz podążać za aktywnością grupy w wybranym przez uczestników kierunku. Może dojść do wyjaśniania więcej niż jednego problemu i znajdowania więcej niż jednego rozwiązania z korzyścią dla procesu grupowego. Głębokość i treść analiz zależą od aktywności uczestników grupy, nie zaś od zdolności lidera do narzucania swej wizji uczestnikom. Lider facylituje, a nie narzuca.

### **Relacja narratora z jego pacjentem (klientem)**

Za najważniejszą w pracy grupy uważa się relację, w którą wchodził narrator ze swoim podopiecznym (pacjentem) lub jego rodziną, czy też innymi osobami odgrywającymi pierwsze role w opowieściach. Często problemem referenta są trudności w terapii lub brak sukcesu.

Ekspresja i wypowiedzi narratora pozwalają dociekać, jak przeżywa fakt publicznego opowiadania, jak przeżywa treść tego, o czym mówi. W jaki sposób porozumiewał się z pacjentem, jakie były ich interakcje emocjonalne. Czy się rozumieli i porozumieli. Czy jego obserwowalne zachowania, uczucia, odczucia z ciała, motywacje i intencje wchodziły w interakcje z takimiż stanami pacjenta. Czy zdawał sobie z tego sprawę? Obecne w relacji osobiste, niedostrzegane lub dostrzegane stany umysłu, znaczące zdarzenia z życia terapeuty i pacjenta wpływają na wyjaśnianie problemu i wtórnie na przebieg i rezultat terapii. Spostrzeganie tego, co wniosły sądy uczestników grupy do wyjaśniania omawianej relacji i problemu, może być ważne nie tylko dla nich samych, lecz także dla doświadczonego terapeuty. Referent dostrzega nowe aspekty swej historii, wzbogacając ją o treści usłyszane od uczestników grupy. Ich analizy zazwyczaj wnoszą nieznanne dotąd nowe możliwości interpretacji tego, co wydarzyło się w opowiedzianej historii.

### **Wyjaśnianie problemu**

Rozpatrywanie relacji polega na poszukiwaniu jawnych i ukrytych powodów skarg i dolegliwości pacjenta oraz odsłanianiu interakcji uczuciowych, niezgodności intencji i motywacji ukrytych za emocjami i zachowaniami tak terapeuty, jak i pacjenta. Materiałem poszukiwań są wypowiedzi, zachowania, ekspresja uczuć narratora, bohaterów jego opowiadania i wszystkich uczestników grupy, a narzędziem – wiedza psychologiczna, doświadczenie i empatia połączona z intuicją. Ta ostatnia jest szczególnie istotna, gdy brakuje odpowiednich informacji i wyjaśnianie wymaga domyslenia się przebiegu brakujących fragmentów (Łazowski, 2011).

Sądy i opinie mogą być sprzeczne, odmiennie i nasycone lub wyczerpane emocjami. Każdy z nich ma znaczenie, albowiem może rzucić nowe światło, umożliwiając lepsze zrozumienie problemu pacjenta i osoby referującej. Tak więc każda opinia wypowiedziana w grupie ma znaczenie. Mówi się o nich, że wszystkie

są równie istotne, „leżą na środku koła” (grupa siedzi tak, by tworzyć koło). Uczestnicy biorą dla siebie to, co jest im bliskie i potrzebne.

Lider pozwala wypowiedzieć każdą inną myśl lub zdanie, nie dopuszczając do dyskusji, polemiki, ocen i krytyki odmiennych poglądów. Każda wypowiedź jest dobra i może być inspiracją dla innych uczestników. Treści sądów powinny dawać pogłębiony obraz zmierzający do wyjaśnienia problemów. Czasem rozpatrywanie otwiera dwa lub więcej innych rozwiązań problemu. To nie jest błąd. Lider winien dostrzegać to, co najważniejsze, czyli ich wartość wyjaśniającą. Gdy aktywność grupy staje się słabsza lub zanika, winien ją pobudzać i wspomagać wysiłek nastawiony na zrozumienie. W tym celu warto odwołać się do dostępnych technik wzbogacających trening balintowski. Rozjaśnianie może dotyczyć tylko części problemu i nie oznacza dążenia do pełnego rozwiązania. Sztuką jest wybór lidera pomiędzy: kontynuacją tematu, inicjowaniem innego lub przejściem do następnego etapu. Jego każdorazowa interwencja winna posuwać proces rozumienia referenta i jego pacjenta.

### **Wzbogacanie treningu**

Cenną pomocą są techniki wzbogacania treningu: krótkie scenki psychodramatyczne, pantomina i inne techniki, których jest wiele, a są rzadziej używane. Ilustrują, w porozumieniu z grupą, sytuacje w relacjach wskazane przez lidera. Profesjonalnie przygotowane wzbogacanie procesu grupowego inspiruje uczestników, przyspiesza i pogłębia wyjaśnianie problemów w relacjach. Zasadniczą wartością technik niewerbalnych jest wywoływanie naturalnych emocji poprzez przedstawienie problemu w postaci obrazu utworzonego przez uczestników. Pozwala to lepiej dostrzec emocje, w sposób naturalny przekazywane językiem komunikacji niewerbalnej.

### **Zakończenie treningu**

To lider daje grupie znak sygnalizujący zakończenie treningu, obejmujące problemy opo-

wieści i uzyskane wyjaśnienia. Może zadać uczestnikom na przykład pytanie: „Jak poprowadziłbyś następne spotkanie z tym pacjentem, gdybyś był na miejscu terapeuty?”. Po wykonaniu tego zadania prosi ko-lidera o skomentowanie pracy grupy i dynamiki panującej podczas jej pracy. Następnie oddaje głos referentowi, który po zakończeniu opowieści był zobowiązany do milczenia. Teraz wreszcie może on ujawnić, co i kiedy przeżywał w czasie pracy grupy i ewentualnie co dzięki tej pracy zyskał. Narrator porównuje to, co chciał powiedzieć, z tym, co zrozumiała grupa, określa, w jakim stopniu grupa pomogła mu wyjaśnić problemy oraz dodaje swoje komentarze.

W BTG następuje często odzwierciedlenie (niejako w równoległym procesie) relacji zachodzących pomiędzy terapeutą a jego klientem. Lider zabiera głos jako ostatni – podsumowuje pracę grupy i kończy trening. BTG to wspólna praca grupy osób nad relacjami i problemami ludzkimi przedstawionymi przez narratora. Wyłonione problemy omawiane są z różnych stron przez uczestników grupy. Podczas wymiany sądów i emocji następuje poznanie siebie i innych, co w końcu można nazwać studiowaniem swego życia.

### **Podsumowanie**

W ostatnim fragmencie opracowania jest miejsce na podsumowanie motywów stosowania BTG i korzyści zeń płynących. Sam Balint uważał, że najlepiej przedstawić jego metodę i efekty na przykładach. Opisał w swym podręczniku 28 takich przykładów. Idąc po myśli Balinta wielu autorów zainteresowanych efektami treningu balintowskiego – również pokazywało je na przykładach (m.in. Kaflik, Motyka, Luban-Plozza, Łazowski, Kilhorn, Zgud). Autorzy sami doświadczyli w okresie 25-letniej praktyki licznych korzyści z udziału w treningach balintowskich i mogą wskazać przykłady zmiany postaw i zachowań uczestników. Zamieszczamy dosłowną relację Uczestnika BTG na kursie w styczniu 2016 roku, przytoczoną za jego zgodą:



**(Uczestnik lat 36):** – *Co to panu daje...?* – tak właśnie zapytała mnie moja szefowa, kiedy poprosiłem o urlop szkoleniowy na kolejny trening grup Balinta. (...) Więc co daje mi Balint, czego doświadczyłem dotychczas, wiedząc (widząc, czując w sposób realny, doświadczając), jak działają relacje z moim pacjentem i innym człowiekiem (bo kształtowanie własnych postaw w sposób otwarty na drugiego człowieka nie dotyczy wyłącznie stosunku do ludzi chorych, lecz każdej osoby w moim otoczeniu. **To jest kolejny zmysł...**).

Przerabiałem nabyte doświadczenia w moim rodzinnym domu podczas trudnych sytuacji, w związku z chorobą mojej teściowej. To ja prowadziłem trudne rozmowy z moją żoną, teściem i mamą mojej małżonki. Pierwsze rozmowy w podobnej sytuacji, jak pamiętam, prowadziłem kilka lat temu z koleżanką żony i jej rodzicami – to była porażka. Moja porażka, ponieważ nie radziłem sobie z własnymi emocjami. Byłem bez doświadczenia w zakresie ukierunkowania się na relację w traumatycznym momencie, istotnym punkcie życia, w którym następuje zwrot w kierunku lęku, niepewności, panicznego strachu przed rakiem. Jak więc teraz prowadziłem rozmowę? Starałem się w sposób najbardziej przystępny omówić fakty. Na szczęście, była to wczesna faza choroby nowotworowej. Niemniej jednak schorowany starszy człowiek w lęku postrzega tylko negatywne strony siebie i swego życia. Dla teściowej był to szok. Pozwoliłem się jej wypłakać, zaakceptowałem jej strach i nie tamowałem żadnych reakcji. Utwierdzałem tylko w tym, że zawsze może na nas liczyć, na całą naszą rodzinę i że niezależnie od tego, co się wydarzy... *będziemy zawsze z mamą...*

**Zdobyta wiedza i sposób jej wykorzystania poprawiły relacje pomiędzy mną a teściami.** Trening Balintowski umocnił moją samoświadomość, dostarczył nowych narzędzi w zakresie empatii, otwarcia się na trudne relacje, a także wzbogacił wachlarz asertywnych zachowań.

Kiedy zdarzają się w mojej pracy sytuacje, nazwijmy to graniczne, wynikające bądź to z wypalenia zawodowego, bądź zmęczenia

materiału – stawiam sobie przed oczyma scenkę, w której uczestnicy odgrywają tę sytuację, w której właśnie biorę udział. I to działa...

Dzisiaj przećwiczyłem taki trening grupowy bez grupy. Było mi wstyd, ponieważ zobaczyłem siebie, jakby spoza „układu”. Poczulem reakcję innych osób, „dośpiewując” na koniec puentę. **Dlatego scenki podczas treningu są takie ważne!** Balint to także dawanie siebie innym. Stajemy się swoistym medium. Pozwalamy sobie na to, by dopowiedzieć czyjaś historię z „własnych butów” poprzez „cudze buty”. To pewna wartość dodana, którą każdy może zabrać i stale nosić przy sobie. Tak więc, pani kierownik... to właśnie daje mi Balint.

PS Że nie wspomnę o kwestiach zarządzania zespołem w pracy).

Poza posługiwaniem się przykładami, w ocenie BTG stosuje się inne metody, kwestionariusze, testy psychologiczne, statystyczne, bilanse finansowe, bilanse czasu. Dowodzą one wyraźnych korzyści płynących z BTG, które ujawniają się w dłuższych okresach (Engel, Wasilewski, 2011; Jugowar, Skommer, 2003; Jünger i in., 2001; Novack i in., 1997).

Warto zwrócić uwagę na czas przeznaczony dla pacjenta. R. Kielhorn (1993; 2012) dostrzega konieczność poświęcenia sporego czasu zarówno na trening balintowski, jak i na słuchanie chorego. W efekcie pojawia się satysfakcja ze spotkania z pacjentem, zdobyciem jego zaufania oraz z efektów pracy. Jest również korzyść z zadowolenia pacjenta. Niezadowolony pacjent odchodząc od lekarza, zabiera jeszcze czterech innych. Niemieccy lekarze dostrzegają korzyści z pracy balintowskiej i płynącej stąd zmiany relacji z pacjentem. Pomimo wydłużenia czasu pojedynczego spotkania stwierdzają mniej wizyt u innych specjalistów, mniej badań dodatkowych, mniej leków, większą skuteczność i mniejsze koszty bezpośrednie leczenia (Jünger i in., 2001). Lekarz działa jako lekarstwo.

Wg B. Wasilewskiego (2011), doświadczenia i badania izraelskie wykazały, że treningi balintowskie poprawiają relację pacjenta z lekarzem, uczą terapeutę uważnego słuchania, wchodzenia w „buty” pacjenta, radzenia sobie

ze stresem, chronią przed nadmiernym zmęczeniem i wypaleniem zawodowym.

*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* (Stelcer, 2015, s. 235).

*Przy wszystkich wysiłkach o lepsze relacje z naszymi pacjentami mamy także obowiązek pamiętać o sobie i dbać o swoje zdrowie psychiczne. A tego też można się nauczyć w treningach balintowskich* (Kielhorn, 2012).

Wyrażamy nadzieję, że ta publikacja pomoże w popularyzacji w Polsce BTG jako sprawdzonego i skutecznego narzędzia poprawiania relacji Lekarz/Pielęgniarka/Psycholog – Pacjent oraz przyczyni się do profilaktyki wypalenia zawodowego w środowisku medycznym.

## Bibliografia

- Adler R.B., Rosenfeld L.B., Proctor II R.F. (2007). *Relacje interpersonalne. Proces porozumiewania się*. Poznań: Rebis.
- Balint M. (1968). *The Doctor, His Patient and the Illness*. London: Pitman Medical Publishing.
- Billikiewicz A., Strzyżewski W. (1992). *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: PZWL.
- Brzoza M., Rachoń P. (2005). *Słownik uczuć i emocji*. Katowice: KOS.
- Czachowski S. (2011). Grupy Balinta w praktyce lekarza rodzinnego. Wasilewski B., Engel L. (red.), *Grupowy trening balintowski. Teoria i zastosowanie*. Warszawa: Eneteia, 129–140.
- Engel L. (2011). Michael Balint – życie i dzieło. Wasilewski B., Engel L. (red.), *Grupowy trening balintowski. Teoria i zastosowanie*. Warszawa: Eneteia, 15–21.
- Jugowar B., Skommer M. (2003). The Effectiveness of Balint Training courses for medical students. *Proceedings of the 13. International Balint Congress in Berlin*, 104–109.
- Jünger S., Ludwig-Becker F., Petzold E. R. (2001). Ansätze zur integrierten Balint-Arbeit. Deter H.Ch (red.), *Psychosomatik am Beginn 21. Jahrhundert*. Bern: Hans Huber, 311–316.
- Кафлик И. (2013). Переживания врача и пациента в психотерапевтическом контакте. *Экзистенциальная традиция: философия, психология, психотерапия*, 1/ (22), 105–116.
- Kaflik I., Motyka M. (2011). Metody pracy grup balintowskich dzisiaj. Wasilewski B., Engel L. (red.), *Grupowy trening balintowski. Teoria i zastosowanie*. Warszawa: Eneteia, 91–104.
- Kaflik I., Łazowski J. (2015). Training for candidates for Balint Group Leaders according to Częstochowa model. Wasilewski B., Engel L. (red.), *Balint group training. Theory and Application*. Warszawa: Eneteia, 118–134.
- Kielhorn R. (1993). Między pragnieniami a rzeczywistością. *Biuletyn Dolnośląskiej Izby Lekarskiej*, 9,10, 8–22.
- Kielhorn R. (2012). *Relacja terapeutyczna – efektywność i ograniczenia*, wykład na 3. konferencji balintowskiej w Krakowie i na Uniwersytecie we Lwowie, maszynopis w posiadaniu autorów.
- Luban-Plozza B. (1998). Model askoński – doświadczenia trzydziestu lat. *Sztuka Leczenia*, 2, 9–14.
- Łazowski J. (2001). Relacja lekarz–pacjent i jej redukcjonistyczne zaburzenia. *Sztuka Leczenia*, 3, 59–66.
- Łazowski J. (2002). Balintowskie treningi grupowe. *Polska Medycyna Rodzinna*, 4, 1, 31–38.
- Łazowski J., Jugowar B. (2011). Lekarz, jego pacjent i choroba – przełomowe dzieło Balinta. Wasilewski B., Engel L. (red.), *Grupowy trening balintowski. Teoria i zastosowanie*. Warszawa: Eneteia, 23–52.
- Łazowski J. (2011). Emocje w relacjach pomocowych i terapeutycznych a grupowy trening balintowski. *Telefon Zaufania Nasza Gazeta*, 42, 6–12.
- Novack D.H., Schuman A.L., Clark W., Epstein R.M., Najberg E., Kaplan C. (1997). Calibrating The Physician, Personal Awareness And Effective Patient Care. *JAMA* 278, 6, August 13, 02–509.
- Ostaszewska A. (2015). *Psychoterapia integratywna w podejściu chrześcijańskim*. Gdańsk: GWP.
- Premack D., Woodruff G. (1978) *Behavioral and Brain Sciences*. 1 (4), Cambridge: University Press, 515–526.
- Reszka P. (2017). *Mali bogowie*. Warszawa: Wyd. Czerwone i Czarne.
- Stelcer B. (2011). Grupy Balinta w opiece terminalnej. Wasilewski B., Engel L. (red.), *Grupowy trening balintowski. Teoria i zastosowanie*. Warszawa: Eneteia, 179–188.
- Stelcer B. (2009). Humanistyczny wymiar relacji lekarz–pacjent. Wawrzyniak J. (red.), *Etyczny wymiar komunikacji interpersonalnej w praktyce klinicznej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, 35–47.

- Stelcer B. (2015). Grupa Balinta jako narzędzie doskonalące relacje z niepełnosprawnym pacjentem. *Przegląd Badań Edukacyjnych*, 2, 21, 233–246.
- Wasilewski B. (2011). Grupy Balinta w profilaktyce wypalenia zawodowego. Wasilewski B., Engel L. (red.), *Grupowy trening balintowski. Teoria i zastosowanie*. Warszawa: Eneteia, 161–176.
- Wasilewski B. (2011). Pułapki i zagrożenia w relacji lekarz–pacjent. Wasilewski B., Engel L. (red.), *Grupowy trening balintowski. Teoria i zastosowanie*. Warszawa: Eneteia, 189–210.
- Wasilewski B., Kiliszek E. (2011). Ruch balintowski w Polsce i na świecie. Wasilewski B., Engel L. (red.), *Grupowy trening balintowski. Teoria i zastosowanie*. Warszawa: Eneteia, 253–262.
- Zgud J. (2011). Grupy Balinta w szkoleniu psycho-terapeutów. Wasilewski B., Engel L. (red.), *Grupowy trening balintowski. Teoria i zastosowanie*. Warszawa: Eneteia, 151–160.