

## БАЛИНТ ГРУПНИ ТРЕНИНГ – ТЕОРИЈА И ПРАКСА

Роса Шапић

Висока школа за социјални рад, Београд, Србија

## BALINT GROUP TRAINING – THEORY AND PRACTICE

Rosa Šapić

The College of Social Work, Belgrade, Serbia

## Сажетак

С обзиром на дугогодишњу сарадњу Балинт друштва Србије и Медицинског факултета у Београду (која је последњих година реализована једном промотивном Балинт радионицом за специјализанте опште медицине), сматрамо да би примена Балинт методе путем континуиране едукације допринела унапређењу професионалног рада лекара. Балинт едукација је показала одличне резултате за лекаре свих специјалности као и друге здравствене раднике и сараднике (психологе, спец. педагоге, социјалне раднике, дефектологе, медицинске сестре) који желе да унапреде свој однос са корисницима здравствене заштите, а нарочито помаже у стицању вештина за рад са „проблематичним корисницима” као и у превенцији синдрома сагоревања здравственог радника на послу. Примарни циљ рада је приказати и аргументовати важност едукација Балинт методологије која је усмерена на однос терапеут–корисник, а почива на психотерапијским основама. Секундарни циљ је унапређење свести о изузетном терапијском значају односа терапеут–корисник који се кроз рад у Балинт групама учи и чија се вештина тренира. Својим специфичним циљевима и методологијом едукација је корисна за терапеуте, за кориснике и за здравствену установу. Извршен је преглед литературе у којој су објављена досадашња истраживања на тему развитака, просперитета и динамике рада Балинт група и терапеута. Посебна пажња из тих истраживања је посвећена дискусијама које су се односиле на последице недостатака, али и предности у раду Балинт терапеута. Посвећена је пажња и питањима која се односе на недовољни обухват Балинт терапеута и група које примењују ту праксу едукацијом, као и помоћи коју добијају у свом раду. Сагледана је и ефикасност рада Балинт група, укључујући њихов допринос објављен у литератури, укључујући и препоруке за превазилажења ове проблематике у будућности. Оснивач ове методе, Михаел Балинт, психијатар, пре више од 70 година почео је са обуком лекара опште медицине, јер је сматрао да су они посебно оптерећени великим бројем пацијената и да би повећање знања лекара из области психологије олакшало њихов рад. Касније се ова обука раширила и постајала све присутнија и у другим гранама медицине. Данас је у многим земљама у Европи Балинт едукација саставни део специјалистичких студија за лекаре на психијатрији, гинекологији, ендокринологији, лекаре породичне медицине. Балинт групе су за практичаре који у свом раду препознају вредност развијања и продубљивања емпатичне емоционалне везе са својим корисницима. Помажу у унапређењу разумевања целокупног стања пацијента, што заузврат проширује креативне могућности лекара за ангажовање у терапијском процесу. Осим тога, групни процес доводи до смањења изолације професионалаца која превладава у здравству и која доприноси синдрому сагоревања у послу. Балинт едукација омогућава бољу повезаност међу практичарима различитих дисциплина који учествују у третману. Тиме учесници Балинт групе стичу искуство о важности савеза и сарадње у третману својих пацијената. Балинт група се обично састаје два пута месечно, током школске године, пружајући учесницима прилику да сазнају шта их омета да имају боље односе са корисницима

## Abstract

With regard to the many years of cooperation between the Balint Society of Serbia and the Faculty of Medicine in Belgrade (which, in recent years, has been realized through a promotional Balint workshop for GP residents), we believe that the application of the Balint method in continuous education would contribute to the improvement of doctors' professional performance. Balint education has shown excellent results for physicians of all medical specialties as well as for other healthcare professionals and associates (psychologists, special pedagogues, social workers, special education teachers, nurses) who want to improve their relationships with health care users, and it is especially helpful in the acquisition of skills necessary for working with "problem clients" as well as in the prevention of job burnout syndrome in healthcare professionals. The primary objective of this paper was to offer and present arguments on the importance of educational programs applying the Balint methodology, which is focused on the client-therapist relationship, and founded on psychoanalytic ideas. The secondary objective was to enhance awareness of the exceptional importance of the client-therapist relationship, which is of major therapeutic interest and essential to any treatment, and through participation and work in Balint groups, group members learn to understand and skillfully utilize the professional client/patient relationship. With its specific goals and methods, the education is beneficial to therapists, clients as well as health care institutions. A literature review was carried out regarding the previously published studies on the development, growth, and work dynamics of Balint groups and therapists i.e., counselors. Special attention was given to the discussions included in these studies, pertaining to the consequences of weaknesses, but also of strengths in the performance of Balint therapists. Attention was also paid to the issues related to the insufficient number of Balint groups and therapists that apply this practice in education, as well as to the support and assistance they are provided in regard to their work. The efficiency of Balint groups was also considered, including their contribution published in the literature, in addition to recommendations for overcoming this problem in the future. The founding father of this method, Michael Balint, a psychiatrist, started a training program for general practitioners (family physicians) more than 70 years ago, since he believed that they were specially overworked and burdened with a large number of patients and that improving doctors' knowledge in the field of psychology would facilitate their work. Later, this training program expanded, becoming more and more present in other branches of medicine. Today, Balint education is an integral part of medical studies and specialist training in psychiatry, gynecology, endocrinology, and family medicine in many European countries. Balint groups are intended for practitioners who professionally recognize the value of developing and deepening an empathic emotional relationship with their clients. These groups help doctors to reach a better understanding of a patient's overall condition, which in turn enhances the doctor's creative capacities to engage in the therapeutic process. In addition, the group process leads to a reduction in professional isolation that prevails among healthcare workers, contributing to the job burnout syndrome. Balint education enables a better connection between practitioners from different disciplines

и да изнађу аутентичне одговоре који ће смањити неразумевања. Бројна истраживања потврђују важност емпатичних односа са корисницима у пружању ефикасне здравствене заштите, а и стручњаци их сматрају најзначајнијим у њиховом раду. Фокус Балинт групе је на повећању разумевања преко бројних асоцијација, вођених Балинт водитељем, а не на давању готових решења проблема, што их чини применљивим на безброј ситуација у третману.

**Кључне речи:** Балинт група, однос лекар–пацијент, синдром сагоревања

participating in the treatment. Thus, the Balint group members gain experience on the importance of alliance and cooperation in the treatment of their patients. Balint groups usually meet twice a month, during the academic year, giving participants the opportunity to become aware of what prevents them from having a better relationship with their clients as well as to find authentic answers that will reduce misunderstandings. Numerous studies have confirmed the importance of empathic relationships with clients in the provision of effective health care, and professionals also consider such relationships essential to their work. Balint groups are focused on reaching a better understanding through various associations, guided by a Balint leader, rather than on presenting ready-made solutions to a problem, which makes them applicable to a myriad of treatment situations.

**Key words:** Balint group, patient-doctor relationship, burn-out syndrome

## Увод

### Однос лекар–пацијент

Однос између људи, са нијансама значења која једни другима преносе, важан је и у свакодневном споразумевању, дакле и изван сваке терапијске ситуације. Човек је и субјекат и објекат у свету и интеракција са другима је стална. Друштвени контекст је важан, јер се развија упоредо са другима кроз тај однос. Терапијски однос је и сусрет, онако како су тај појам још давно одредили егзистенцијалистички мислиоци [1]. Другим речима, он је обележен како својом актуелношћу, непоновљивошћу и пролазношћу, тако и, специфичније, јер је терапијски, узајамном бригом, аутентичном разменом искустава, која не искључују ни сукобљавање, ни борбу у љубави [2]. Овако идеализован однос треба схватити као нешто чему се тежи и што се никада у потпуности не остварује. Суштина терапијског односа не састоји се само у узајамном истраживању учесника у потрази за оним ретким и непредвидивим тренуцима, који се тешко описују а још теже заборављају, већ у упорном и континуираном раду на развијању терапијског споразума. Однос између терапеута и пацијента није никада чист однос између родитеља и деце, нити између пријатеља, нити је искључиво колегијални или неки други животни однос; он је све то помало и ништа од тога у потпуности. Пацијент и терапеут развијају однос за који је специфично то да један од њих тражи помоћ у решавању здравствених проблема, а други је пружа. Терапијски однос је највећим делом емоционални однос. У својој целовитости, он је отворен, недефинисан, тешко предвидљив и, што је битно, обојен је особинама личности које у њему учествују. Разлике, класне или слојне, између друштвеног положаја терапеута и пацијената често су узрок узајамних предрасуда, или упућености пацијената на то да прихвате нешто

## Introduction

### Patient-doctor relationship

Relationships between people, with the nuances of meaning they convey to each other, are also important in everyday communication, hence, beyond any therapeutic situation. A human being is both a subject and an object in the world, and interactions with others constantly occur. The social context is important, since it evolves concurrently with other aspects in this relationship. A therapeutic relationship is also an encounter, as the term was long ago defined by existentialist thinkers [1]. In other words, it is marked both by its topicality, inimitability and transience, and, more specifically, as being therapeutic, by mutual care and authentic exchange of experiences, which do not exclude either conflicts or struggle in love [2]. Such an idealized relationship should be understood as something to aspire to but also something never attained to the full. The essence of the therapeutic relationship comprises not only the reciprocal examination of the participants in search of those rare and unpredictable moments, which are hard to describe and even harder to forget, but also persistent and continuous work on the development of a therapy agreement. The relationship between a therapist and a patient is never a pure relationship between parents and their children, nor a relationship between friends, nor is it exclusively collegiality or any other relationship in life; it is a little bit of all of that and a little bit of none of that. The patient and the therapist develop a relationship that is characterized by the fact that one of them seeks help with solving health concerns, and the other provides the help. The therapeutic relationship is mostly an emotional relationship. In its entirety, it is open, undefined, difficult to predict and, what is essential, colored with the participants' personality traits. Differences, in terms of class distinctions or social strata, between the social status of the therapist

што им је у терапијском односу страна. О томе је писао и Ленг [3], према коме терапијски односи представљају „трајне покушаје појединаца да кроз узајамне односе поврате целину своје човечности”. Човек не заснива однос само са другим човеком, већ и са самим собом. Овој врсти односа се данас посвећује све већа пажња. Промене у савременом друштву утичу и на објективне односе, па и на објектне односе унутар нас самих. Код савременог човека самозаокупљеност је велика, а самим тим и нарцистична личност данашњице постаје честа тема. Као да постоји тежња многих људи да се задрже у оквиру свог унутрашњег психолошког простора, у својој унутрашњој, интимној драми, јер спољни свет није довољно инспиративан. Лаш [4] тако спомиње смањена ишчекивања у нарцистичкој савременој култури, покушавајући са мање или више успеха да анализира сложене односе између психолошког и социјалног у човеку.

У терапијском односу изражено је више врста односа. Из тога што за сваку особу постоје две реалности, унутрашња и спољашња, при чему се спољашња реалност формира на основу ранијих искустава, проистиче стално присутна тенденција да се садашњост види кроз искуство прошлости. Улога је терапеута да се приближи једној и другој реалности и њиховој сталној међуигри. Терапеут покушава да разуме несвесно пацијента, али и пацијент препознаје несвесно терапеута. Сваки терапеут саопштава пацијенту о себи много више него што се претпоставља. Бион [5] говори о анксиозности пред непознатим: „У сваком терапијском кабинету налазе се две анксиозне личности, пацијент и терапеут. Уколико то нису, значи да се не труде да пронађу нешто ново и актуелно, већ само оно што је већ познато”. Ако је терапеут у стању да издржи ситуацију у којој се сусреће са непознатим, уколико је у стању да чека, биће награђен учовањем нечега новог, што је важно за терапијски процес. Уколико се пак круто држи теорије, лако постаје слеп за неочекивано. Бион охрабрује терапеуте у покушају да своје знање и незнање уједине у ономе што се назива бинокуларна визија. Терапеут треба да научи да једним оком прати оне аспекте пацијента који му нису познати, а да другим учовава познато, и на тај начин постепено уклапа информације у знање које стиче и теорије којима влада. Тај процес терапеуту доноси узбуђење јер је праћен непрестаном креативном тензијом између познатог и непознатог. У развоју односа терапеут–пацијент јавља се и „анксиозност према странцу”, како је називају Грос и Балис [6]. Ови аутори наводе да је то последица сепарационе анксиозности коју пацијенти деле с терапеутом, а претпоставља се да је она код терапеута слабије изражена. Сепарациона анксиозност се изражава кроз страх

and that of the patients often cause mutual prejudices, or the patients' tendency to accept something that is foreign to them in the therapeutic relationship. According to Laing [3], who also wrote about this issue, the therapeutic relationship represents "an obstinate attempt of individuals to arrive at a recovery of the wholeness of being human through the mutual relationship." A person does not establish a relationship only with another person, but also with themselves. Nowadays, increasing attention has been paid to this type of relationship. Changes in modern society affect both objective relations and object relationships within ourselves. Modern man has become self-absorbed to a great extent, therefore, the narcissistic personality of our time is becoming a frequent topic. It is as if many people tend to stay within their inner psychological space i.e., to remain in their inner or intimate drama, since the outer world is not inspiring enough. Lasch [4] thus mentioned lowered expectations in the modern culture of narcissism, in his attempt to analyze, more or less successfully, the complex relations between the psychological and the social in humans.

Several types of relationships are contained and expressed in the therapeutic relationship. The ever-present tendency to view the present through the past experience arises from the fact that to each individual there are two realities i.e., internal and external, whereby the external reality is formed on the basis of previous experiences. The role of a therapist is to get closer to both of these realities and their constant interplay. The therapist tries to understand the patient's unconscious, but the patient also recognizes the therapist's unconscious. Each therapist communicates much more about himself to the patient than it is assumed. Bion [5] discussed anxiety with the unknown: "If there aren't two anxious people in the therapy room, the two being both the therapist and the patient, then there was not much point in turning up to find out what you already know." If the therapist is able to tolerate the situation in which he encounters the unknown, and if he has the ability to wait, he will be rewarded by perceiving something new, which is of relevance for the therapeutic process. If, on the other hand, he rigidly adheres to the theory, he easily becomes blind to the unexpected. Bion encouraged therapists in their endeavor to unite knowing and not-knowing in what is called a binocular vision. The therapist should learn to have one eye on those aspects of the patient that are unknown to him, and to view the known with the other eye, and thus gradually integrate the information into the knowledge he acquires and into the theories he has mastered. This process brings excitement to the therapist because it is accompanied with a constant creative tension between the known and the unknown. In the development of the patient-therapist relationship, "stranger anxiety," as referred

да ли је терапеут доступан, што се често проверава на разне начине. Корени ове анксиозности налазе се у искуству из пацијентовог детињства. На тај начин пацијент доприноси креирању терапијског односа, те се односи код зависних пацијената разликују од односа оних који држе ствари под контролом или еротизују однос, или пацијената чији је конфликт везан за задовољство у трпљењу, који од терапеута не траже олакшање већ саосећање. Овим се не исцрпљују стилови односа које пацијенти покушавају да наметну, а њихову упорност и изражену присилу понављања могу да објасне, пре свега, њихове карактерне промене.

Зрелији аспекти односа терапеут–пацијент омогућавају пацијенту да успешно сарађује у ситуацији лечења. О терапијском споразуму или радном споразуму као релативно рационалном, десексуализованом трансферном феномену, лишеном агресивности, писао је Гринсон [7]. То подразумева да пацијент треба да има добру мотивацију, свесну жељу да сарађује и способност да прихвати терапеута и прати његове инструкције. Он тврди да пацијенти не прихватају чак до 60% инструкција, сугестија и лекова. Прихватање терапијског споразума свакако смањује овај проценат несарадње.

## Метод

Извршен је преглед литературе из области досадашњих истраживања везаних за развитак, просперитет и динамику рада Балинт група и терапеута од зачетка оснивања Балинт методологије до сада. Посебна пажња посвећена је дискусијама о последицама недостатка и предности у раду Балинт терапеута и недовољног обухвата едукације и помоћи Балинт терапеутима и групама, затим сагледавању ефикасности рада Балинт група и доприноса литератури и давању препорука за будућа превазилажења ове проблематике.

## Резултати и увиди

### Питања са којима се срећу терапеути почетници

Када лекар заврши стажирање и почне да ради с пацијентима долазе до изражаја интеграција и примена онога што је научено. Лекари брзо схвате да су главно оружје за рад они сами – њихова лична животна искуства, систем вредности и хуманост. Сусрет са пацијентима обично је праћен извесним осећајем тескобе, која настаје због неизвесности поводом будућег рада, као и личне способности да се бави пацијентима. Лична издржљивост и толеранција терапеута такође су на тесту. Многи пацијенти говоре: „Мој Боже, било ми је боље пре него што сам почео са терапијом. Сад се осећам горе него раније. Можда сам био срећнији док сам

to by Gross and Balis [6], appears. These authors stated that this is a result of the separation anxiety that the patients share with the therapist, however, it is assumed to be less manifested in the therapists. Separation anxiety is characterized by the patient's fear of being separated from the therapist, which is manifested by the patients often checking, in various ways, whether the therapist is available or not. The roots of this type of anxiety can be found in the patient's childhood experience. In this way, the patient contributes to the creation of the therapeutic relationship, and the relationships of dependent patients differ from the relationships of those who keep things under control or who tend to eroticize the relationship, or patients whose conflicts are associated with pleasure derived from pain or suffering, who seek not relief but compassion from the therapist. The attachment styles that patients try to impose on in the therapeutic relationship are not hereby exhausted, and their persistence and expressed compulsion to repeat can be explained, primarily, by their personality changes.

The more mature aspects of the therapist-patient relationship allow the patient to cooperate successfully in the treatment situation. Grinson [7] wrote about the therapy agreement or working alliance agreement as a relatively rational, desexualized transfer phenomenon, devoid of aggressiveness. This implies that the patient should have good motivation, a conscious desire to cooperate and the ability to accept the therapist and follow his instructions. He claims that patients do not accept up to 60% of instructions, suggestions or medicines. By accepting the therapy agreement, this percentage of non-cooperation is certainly reduced.

## Method

A literature review was carried out in the field of previous research pertaining to the development, growth and work dynamics of Balint groups and therapists from the time of the conception of the Balint methodology until the present. Special attention was given to the discussions about the consequences of weaknesses and strenghts in the performance of Balint therapists and the inadequate scope of education and assistance provided to Balint groups and therapists, as well as to considering the efficiency of Balint groups and their contribution to the literature and to giving recommendations for dealing with and overcoming this problem in the future.

## Results and insights

### Issues faced by novice therapists

Once the doctor has completed the residency and started working with patients, the integration and application



мање знао”. Резултати заједничких напора терапеута и пацијента можда неће бити видљиви месецима (или чак годинама) након завршетка терапије. Једини начин да терапеут стекне веру у себе јесте да допусти себи да сумња у своје терапијске поступке. То повећава заинтересованост за пацијента и ток његове болести, а истовремено смањује тескобу, те се више пажње може посветити терапијском односу. Тескоба је саставни део посла, и важније је на који начин терапеут излази на крај с тим осећањем. Разговори с колегама и размена искустава добри су начини за превазилажење те тескобе. Лекари су склони претераној усмерености на оно што пише у књигама и на то како ће радити. Неки се скривају иза своје стручне фасаде (због нереалног очекивања да морају да покажу високопрофесионалност, намећу круте и чврсто одређене улоге у односу), док се други претерано труде да докажу да су људи (превише откривају себе, што је резултат њихових потреба, док пацијентове потребе остају у другом плану). Ни у једном од ова два примера терапеути нису своји, а за терапијски процес једино вредно јесте да сви буду оно што јесу. Иако се рационално добро зна да нико није савршен, емоционално људи често осећају да не смеју да греше. Ирационална уверења терапеута која се често јављају и ремете разумно размишљање и понашање јесу: „Морам да будем савршен терапеут, јер ако не будем, могу да наштетим пацијенту”, „Морам да знам све о својој професији, јер ако не знам, други ће ме сматрати некомпетентним/ом”, „Морам да будем у могућности да помогнем свакоме ко затражи моју помоћ. Ако некоме не могу помоћи, то само потврђује моју некомпетентност”, „Ако пацијенту није боље, то је мој неуспех”, „Погрешити је страшно, а свака грешка је кобна. Да сам стручњак не бих грешио/ла”, „Увек морам да зрачим самопоуздањем и не смем да сумњам у себе”. Без обзира на то да ли је у питању почетник или искусни терапеут, грешке ће се догађати. Ако енергију трошимо да представимо себе као савршено биће, остаће нам мало енергије да будемо присутни док смо с пацијентима. Од наших грешака важније је оно што из њих научимо. Корисно је бити искрен с пацијентом и понекада поделити с њим сопствена ограничења. Обично реакције пацијената потврђују да се више вреднује искреност од покушаја лажирања компетентности. Искрено признајући своја ограничења не само да нећемо изгубити пацијентово поштовање, већ ћемо га можда и задобити. Није реално очекивати да ћемо успети са сваким пацијентом. Током терапијског односа понекада наступи тишина. Она може да има многа значења. Пацијент може да: размишља о ономе о чему се раније расправљало и процењује неки увид до којег је дошао; чека да терапеут преузме вођство, а и терапеут може да чини то исто; осећа непријатељство

of what has been learned comes to the fore. Very soon, doctors realize that their main work tools are the doctors themselves - their personal life experiences, set of values i.e. integrity, and humanity. Encounters with patients are usually accompanied with a feeling of anxiety, which arises from uncertainty about future work, as well as the personal ability to deal with patients. The therapist's personal endurance and tolerance are also tested. Many patients say, "Oh dear, I had been feeling better before I started therapy. I feel worse than before. I think I was happier when I knew less." The results of the joint efforts of therapist and patient may not be visible for months (or even years) after the treatment has ended. The only way for the therapists to develop belief in themselves is to allow themselves to doubt their treatment actions. This increases their interest in the patient and the course of his illness, and at the same time reduces anxiety, so more attention can be paid to the therapeutic relationship. Anxiety is an integral part of the work, and how the therapist copes with this feeling is more important. Talking with colleagues and sharing experiences are good ways to overcome this type of anxiety. Doctors tend to focus too much on what has been written in the books and on how they will perform their activities. Some of them hide behind their external professional facade (due to the unrealistic expectations that they have to show high levels of professional skills and expertise, they impose rigid and strictly defined roles in the relationship), while others try too hard to prove that they are humans (they reveal too much of themselves, which is the result of their own needs, while the patient's needs fade into the background). In neither of these two examples, the therapists are not themselves, and the only thing of value for the therapeutic process is that everyone is who they truly are. Rationally, it is well known that no one is perfect, however, people often feel that they must not make mistakes. The therapists' irrational beliefs that often emerge and interfere with rational thinking and behavior are as follows: "I must be a perfect therapist, because if I am not, I can harm the patient," "I must know everything about my profession, because if I don't, others will consider me incompetent," "I must be able to help anyone who asks for my help. If I cannot provide help to someone, it will only confirm my incompetence," "If the patient does not get any better, it is my failure," "To make a mistake is a terrible thing, and each mistake is a fatal one. If I were an expert, I wouldn't make any mistakes," "I always have to radiate confidence and must not doubt myself." Regardless of whether the therapist is a novice or an experienced therapist, mistakes will always happen. If we spend our energy trying to present ourselves as perfect beings, we will have little energy left to be present while dealing with patients. What we learn from our mistakes is by far more important. Being honest with the patients, as well as occasionally sharing your own

према пацијенту. Понекада пацијент и терапеут могу да комуницирају и без речи. Добро је прихватити да је тишина присутна, а онда разговарати о томе шта она значи. У сусрету са захтевним пацијентима, због уверења да треба да буду што услужнији и да несебично дају себе (независно од тога колико су велики захтеви пацијената), терапеути могу да се преоптерете. Захтеви пацијената могу се манифестовати на различите начине на пример: честим позивима телефоном од куће у очекивању да ћете с њима водити дуге разговоре, жељом да се виђају с вама и ван ординације, жељом да их „усвојите” или да на неки други начин бринете о њима, преузмете њихове одговорности, или очекивањем да придобијете њиховог брачног друга, дете или родитеља да прихвати њихове ставове, захтевима да их не оставите и да непрекидно показујете колико вам је стало до њих, захтевима да им кажете шта треба да учине и како да реше проблем. Важно је да терапеут јасно укаже на своја очекивања и границе приликом првог сусрета или у тренутку док се представља. У раду са корисницима који на терапију не долазе добровољно, треба појаснити природу односа:

- Од чега се састоји терапија и чему служи?
- Које су одговорности обе стране?
- Како терапија може помоћи корисницима да добију оно што желе?
- Шта корисници могу учинити да допринесу позитивном терапијском искуству?
- Који су могући ризици и опасности терапије?
- Шта корисници уопште могу да очекују током третмана?

## Дискусија

### Досадашњи увид у динамику рада Балинт група и терапеута

Терапеути који пропусте фазу припреме и претпоставе да су сви пацијенти отворени и спремни на сарадњу и добробит од терапије, често изазивају отпор код њих. Понекада у терапију треба унети хумор. Терапијска сесанса је одговоран посао, али не мора да буде смртно озбиљан. Важно је имати на уму да смех и хумор током процеса лечења не значе да посао није обављен. Корисно је поделити одговорност с пацијентом, а погрешно је преузети потпуну одговорност за ток и исход терапије, јер се тиме она одузима пацијентима иако и њима припада. Многи од њих управо и траже „чаробан одговор”, који ће им помоћи да избегну тескобу коју изазива неизвесност приликом доношења сопствених одлука. Дакле, у терапијском процесу су важна три принципа: принцип уважавања здравља, принцип уважавања личности болесника и принцип свеобухватности. Принцип уважавања здравља као највише људске

limitations with them, can be useful. Patient reactions usually confirm that honesty is more appreciated than faking competence. By admitting our limitations, we may gain the patient's respect, but we will certainly not lose it. It is not realistic to expect that we will succeed with every patient. In the course of the therapeutic relationship, silence sometimes occurs. It can have manifold meanings. The patient might think about what was discussed earlier and evaluate some insight he/she has come to; wait for the therapist to take the lead, and the therapist can do the same; feel hostility towards the patient. Sometimes the patient and the therapist can communicate without saying a word. It is good to accept that the silence is there, and then discuss what it means. During encounters with demanding patients, the therapists can feel overwhelmed, due to their belief that they should be as kind and helpful as possible and commit themselves selflessly (regardless of how great the patient's demands are). Patients' demands can be manifested in different ways, e.g. frequent phone calls from home expecting that you will have long conversations with them, expressing a wish to see you outside the room, a wish to "adopt" them or to take care of them in some other way, or to take over their responsibilities, or expecting from you to persuade their spouse, child or parent to accept their views, or demanding that you stick with them and constantly show how much you care about them, or asking you to tell them what to do and how to solve their concerns. It is important that the therapist clearly states his expectations and boundaries during the first encounter or when introducing himself. When working with clients who do not attend therapy sessions voluntarily, it is necessary to clarify the nature of the relationship:

- What does therapy include and what is it for?
- What are the responsibilities of both parties?
- How can therapy help clients get what they want?
- What can clients do to contribute to a positive therapy experience?
- What are the possible risks and hazards associated with therapy?
- What can clients expect during the treatment?

## Discussion

### Previous insights into the work dynamics of Balint groups and therapists

The therapists who skip the preparation stage and assume that all patients are open and ready to cooperate and benefit from therapy often cause patient resistance. Sometimes you need to bring humor into the therapy. A therapy session is a responsible task, but it doesn't have to be deadly serious. It is important to bear in mind that laughter and humor present during the therapeutic process do not mean that the work is not done. It is useful to share respon-

вредности проистиче из етичких захтева струке, и подразумева борбу против болести, борбу за унапређење здравља, борбу за продужење људског живота, васпитање за здраве стилове живота и бољи квалитет живота појединца, породице и заједнице. Принцип уважавања личности болесника (човека) основ је за стицање узајамног поверења на којем се гради мотивација за даљу сарадњу. Сваки појединац је вредан и драгоцен и заслужује поштовање због своје јединствености и непоновљивости. Принцип свеобухватности – холистички приступ пацијенту, где се човек сагледава као целовито биће, са свим својим особеностима, навикама, веровањима, убеђењима, предрасудама, празноверицама, идеалима; са својим окружењем, психолошким и социјалним потпорним системом и свим осталим формалним и неформалним снагама човека.

Фокус интересовања и ангажмана лекара не сме бити само болест. Има много радова у којима се говори о томе колико је однос између лекара и пацијента значајан за боље поштовање препорука у лечењу које је лекар дао, као и за боље механизме подношења хроничних болести и општу добробит пацијента.

Из тога следи да лекар треба да има следеће вештине:

- буде емпатичан,
- пажљиво слуша и увек буде стрпљив,
- остави пацијенту довољно времена,
- пружи пацијенту осећај да увек може да рачуна на њега,
- буде свестан конфликта који стоје иза болести итд.

С друге стране, постоје и извештаји о превеликом изгарању доктора на послу, као и о разлозима, последицама и ризицима тог изгарања. Чињеница је да се мало пажње посвећује анализи проблема доктора и пацијентата, њихове интеракције и њиховог односа. Модерна медицина нема добар модел да разреши патњу, болна осећања, губитак наде, тугу, моралне дилеме. Понекада, саосећање као да не постоји. Научили смо да дајемо инсулин када третирамо хипергликемију, али нисмо научили да третирамо дистрес који прати дијагнозу. Научили смо да продужавамо живот канцерогеним болесницима, али нисмо научили да решавамо њихову патњу. Пацијенти са канцером често саопштавају да је њихов третман на онколошком одељењу након постављања дијагнозе био трауматско искуство. Било је потребно да прође дуго времена да би се уочила неопходност да се пацијент посматра и лечи као целовито биће, у свом биопсихосоцијалном јединству. То је суочило лекаре с потребом да у свакодневном раду, осим осталих облика терапије, користе бар неке видове психотерапијске помоћи. Психоанализа је дала велики до-

sibility with the patient, and assuming full responsibility for the course and outcome of the therapy is wrong, because responsibility is thereby taken away from the patients, and it should belong to them as well. Many patients are looking for a "magic answer" that will help them avoid the anxiety caused by uncertainty when making their own decisions. Hence, there are three principles that are important in the therapeutic process: the principle of respect for health, the principle of respect for the patient's personality and the principle of comprehensiveness. The principle of respect for health as the utmost human value stems from the ethical requirements of the profession, and includes the fight against disease, the fight to improve health, the fight to prolong human life, education for healthy lifestyles and a better quality of life for the individual, family and community. The principle of respect for the patient's (individual) personality is the basis for fostering mutual trust, on which the motivation for further cooperation is developed. Each individual is valuable and precious and deserves respect for their uniqueness and inimitability. The principle of comprehensiveness – a holistic approach to the patient, where an individual is seen as a complete being, with all their traits, specificities, habits, beliefs, convictions, prejudices, superstitions, ideals; including their environment, psychological and social support systems, as well as with all other formal and informal human strengths.

The doctor's interest and engagement must not be focused only on the disease. There are many papers dealing with how important the relationship between the doctor and the patient is for better adherence to the treatment recommendations given by the doctor, as well as for better coping mechanisms regarding chronic diseases and general patient well-being.

Accordingly, it follows that the doctor should possess the following skills:

- be empathetic,
- listen attentively and always be patient,
- give the patient enough time,
- make the patient feel that he can always count on the doctor,
- be aware of the conflicts underlying the disease, etc.

On the other hand, there are also reports about excessive occupational burnout among doctors, as well as about the reasons, consequences and risks in respect to this burnout. The fact is that little attention is paid to the analysis of the problems of doctors and patients, their interaction and their relationship. Modern medicine does not have a good model to deal with suffering, painful feelings, loss of hope, sadness, ethical dilemmas. Sometimes, compassion doesn't seem to exist. We have learned to give insulin

принос томе открићем значаја људских релација и њиховом примени у терапији. Према многим ауторима, емпатија и интуиција су важни извори информација о човеку, а продубљивање емпатичких веза подстиче развој терапијског односа и процеса. Човеку су капацитети за емпатију и интуицију урођени. Многобројна истраживања показују да људи у комуникацији мноштво информација емитују и примају преко мимике, модулације гласа, погледа, гестова или држања тела. Ови невербални канали комуникације обogaђују наше доживљавање других, наше односе с њима, а у терапији нам омогућавају да примамо „унутрашње значење” изнетог садржаја које је увек шире од уобичајеног значења речи које употребљавамо. Емпатичка повезаност карактерише сваки добар однос терапеута и пацијента. Терапеут улази у свет осећања друге особе, али остаје на довољној дистанци да може да одржи објективност. Он треба да је у стању да осети шта пацијент осећа, али истовремено мора да контролише и разликује сопствене „осећајне доприносе”. Док симпатија подразумева саглашавање и сажалење, и увек је управљена на личност, емпатија значи „бити заједно с другим” у неком доживљају, али увек као два посебна бића. Док се емпатија односи на емоционални аспект унутрашњег света, интуиција је непосредна спознаја садржаја, као и значења садржаја у тој комуникацији. То је спознаја која настаје изненада, брзо, као бљесак, и претвара се у непосредан доживљај јасноће значења нечег. Не зна се како се и на основу којих података долази до ових открића, па се по томе овај феномен приближава феномену стваралаштва. Људи се међусобно разликују у погледу развијености интуитивних способности. На питање: „Који су то квалитети добре медицине које нам пружа добар доктор?” одговор је: квалитет је када се уз лек прописују саосећање, брига, љубавност, способност да се пацијент саслуша с разумевањем, стрпљење, толеранција, преданост, поверење, лојалност, и све остале вредности које су део лекарске етике базиране на врлинама. Када се спаја Хомо сапиенс са Хомо емпатиком и долази до удруживања знања и саосећања, деловања и постојања (симболично, то је прописани лек с људском бригом). Сврха овог излагања је да пропагира алтернативну медицинску филозофију засновану на концепту излечења успостављањем доброг односа између лекара и пацијента. Да бисмо говорили о добром односу, прво морамо да се позабавимо питањима: шта је патња, шта је лечење, шта је однос и на који начин он лечи. Патња је суштински непријатан доживљај, узнемирујући, различит од бола, али може да се развије у осећање бола. Она настаје из перцепције предстојећег нарушавања индивидуалитета личности и наставља се све док дезинтеграција не прође или док се интегритет личности не

when treating hyperglycemia, but we have not learned to treat the distress that accompanies the diagnosis. We have learned to prolong the life of cancer patients, but we have not learned to ease their suffering. Cancer patients often report that their treatment at the oncology department after being diagnosed with cancer was a traumatic experience. It took a long time to see the necessity of observing and treating the patient as a whole being, i.e. biopsychosocial unity. This confronted doctors with the need to apply at least some types of psychotherapy in their daily work, apart from other forms of treatment. Psychoanalysis has made a great contribution to this end by discovering the importance of human relationships and their application in treatment. According to many authors, empathy and intuition are important sources of information about a person, and the deepening of empathic connections encourages the development of the therapeutic relationship and process. Humans have innate capacities for empathy and intuition. Many studies have shown that people while communicating transmit and receive a lot of information through facial expressions, voice modulations, gazes, gestures or body posture. These non-verbal channels of communication enrich our experience of others, our relationships with other people, and they enable us to receive the "inner meaning" of the presented content in therapy, which is always broader than the usual meaning of the words we use. Empathic connection is characteristic of any good therapist-patient relationship. The therapist enters the other person's world of feelings, but remains at an appropriate distance to be able to maintain objectivity. He should be able to feel what the patient is feeling, but at the same time he must control and distinguish his own "emotional contributions." While sympathy implies agreement and pity, and is always directed towards personality, empathy means "being together with another person" in some experience, but always remaining two separate beings. While empathy refers to the emotional aspect of the inner world, intuition is the immediate cognition of the content, as well as the meaning of the content in that communication. It is a cognition that occurs suddenly, quickly, like lightning, and turns into an immediate experience of the clarity of meaning. It is not known how and on the basis of which data these discoveries have been made, so this phenomenon is similar to the phenomenon of creativity. People differ from each other in terms of the development of their intuitive abilities. To the question: "What are the qualities of good medicine provided to us by a good doctor?" the answer is: quality is when compassion, care, kindness, the ability to listen to the patient with understanding, patience, tolerance, devotion, trust, loyalty, and all other values that are part of medical ethics based on virtues, are prescribed along with the medicine. When Homo sapiens merges with Homo empathicus, there is a union of knowledge and compassion, action and existence



успостави на неки други начин. Тако патња укључује нефизичке димензије: социјалне, психолошке, културне и спиритуалне. Патња зависи од личног, индивидуалног и друштвеног испољавања и расте са значењем које дајемо догађајима. Видимо је свуда, у ратовима, тероризму, наркоманији, сексуалном и породичном злостављању, модерном ропству, егзилу, имиграцији, болести и неспособности. Углавном је повезана с губицима, тј. са смрћу вољене особе, патњом због прекида љубавне везе, напуштањем, губитком фертилности, потенције, губитком поштовања, губитком виталности тела и старењем. Патња је често повезана са осећањем бола у телу. Смештена је у несвесном и може да буде присутна и целог живота, па и да се пренесе на следећу генерацију (познат је синдром друге генерације преживелих жртава холокауста или сексуално злостављене деце). Али патње се можемо решити ако уклонимо претњу по интегритет пацијента, ако он/она осети олакшање и поново успостави интегритет. Искуства су показала да је немогуће уклонити сву патњу јер то превазилази моћи медицине. Патња се може залечити прихватањем, успостављањем нових веза са светом, проналажењем значења оваквог искуства. То се одражава у промени односа пацијента према болести, према другима у окружењу и према свету. Не може се поставити знак једнакости између лека и излечења. Превазилажење патње излечењем може се десити и независно од лека, оздрављења, продужетка болести или њеног погоршања и могућег лошег исхода. Излечење је „лично искуство превазилажења патње”. Задатак је да се патња залечи помоћу лека када је то могуће, да се она смањи када то лек не може да учини и да се пронађе смисао живота изван болести. У свом раду, „Аналима породичне медицине”, Скот и сар. [8] описују три основна процеса која су потребна да се створи и одржи терапијски однос, а то су: вредновање, одржавање равнотеже и континуитет. Вредновање подразумева да се разуме емоционална димензија тог односа (то је однос који не подразумева осуду, већ успостављање резонанце уз потпуно присуство у контакту са пацијентом, имајући увек на уму професионалност). Уважавање моћи равнотеже подразумева да се разуме моћ коју даје избалансиран однос (однос између пацијента и лекара је сам по себи асиметричан, јер је моћ на страни онога ко пружа помоћ тј. лекара, а његов задатак је да ту асиметрију усмери у корист пацијента). Битно је да се у потпуности схвати важност континуитета у одржавању поменутог односа (то подразумева временску димензију терапијског односа, тј. како да се одржи посвећеност пацијенту). Овако конципиран однос терапеут–пацијент има три исхода: поверење, наду и посебност. Поверење се развија када се прихвате сопствена рањивост и поремећај здравља и појави осећај да смо

(symbolically, it is a prescribed medicine with human care). The purpose of this presentation is to advocate for an alternative medical philosophy based on the concept of healing by establishing a good relationship between doctor and patient. In order to talk about a good relationship, we must first address the following questions: what is suffering, what is healing, what is a relationship and how does it heal. Suffering is an essentially unpleasant experience, disturbing, different from pain, but it can develop into a feeling of pain. It arises from the perception of an impending violation of the person's individuality and continues until the disintegration passes or until the person's integrity is established in some other way. Thus, suffering includes non-physical dimensions: social, psychological, cultural and spiritual. Suffering depends on personal, individual and social expressions and increases with the meaning we attribute to events. We can see it everywhere, in wars, terrorism, drug addiction, sexual and domestic abuse, modern slavery, exile, immigration, diseases and disabilities. It is mostly associated with losses, i.e. with the death of a loved one, suffering from the break-up of a love relationship, abandonment, loss of fertility or potency, loss of respect, loss of body vitality, and aging. Suffering is often associated with pain felt in the body. It is located in the unconscious and can be present throughout life, even being passed on to the next generation (the syndrome of the second generation of Holocaust survivors or sexually abused children is well known). But suffering can be eliminated if we remove the threat to the patient's integrity, if he/she feels relief and restores his/her integrity. Experience has shown that it is impossible to eliminate all suffering because it exceeds the powers of medicine. Suffering can be healed by acceptance, by establishing new connections with the world, by finding the meaning of this experience. This is reflected in the change in the patient's attitude towards the disease, towards others in the environment, towards the world, etc. There is no equality between medicine and cure i.e. healing. Overcoming suffering through healing can also happen independently of medicine, recovery, prolongation of the disease or its worsening and possible bad outcomes. Healing is a "personal experience of overcoming suffering". The task is to cure suffering with medicine when possible, to reduce it when medicine cannot, and to find the meaning of life beyond the disease. In their paper, *Annals of Family Medicine*, Scott et al. [8] describe three basic processes that are needed to create and maintain a therapeutic relationship, namely: valuation, balance maintenance and continuity. Valuation implies understanding the emotional dimension of that relationship (it is a relationship that does not imply judgment, but the establishment of resonance while being fully present in contact with the patient, always keeping professionalism in mind). Appreciating the power of balance implies understanding the power that a balanced re-

збринути и да ће обећања бити одржана. Нада је уверење да постоји нека боља будућност ван тренутне патње. Јединственост је када је пацијент свестан да је посебан за свог лекара. Болест одваја пацијента од света. Да би се ублажила та изолација, однос лекар–пацијент постаје важан инструмент (Балинтов концепт да је сâм доктор лек), који омогућава поновно повезивање пацијента са здравим светом. Терапијски контакт се одвија у емпатичном, топлим и искреном односу. Доживљај да смо „саслушани и прихваћени” превазилази интелектуално разумевање патње. У односу између лекара и пацијента развија се међуљудска повезаност која превазилази обичан однос између две особе. Терапијски однос потпомогнут емпатијом, која подразумева спремност лекара да разуме део патње пацијента, омогућава да управо то дељење патње постане кључни елемент у процесу излечења. Ако имате саосећање за патњу, онда сте увек ту за пацијента да га саслушате и разумете, да га волите и надате се с њим. Емпатија и разумевање су основа за успостављање чврсте терапијске везе, која заузврат помаже пацијенту да пронађе алтернативне начине за превазилажење болести и пут ка излечењу. Од самог рођења потребна нам је љубав да бисмо се излечили. Процес излечења чак и најобичније огреботине, ране или грознице укључује мамин пољубац, њену бригу и љубав. Деца која расту без мајке или без замене за мајку склонија су болестима, дуже се од њих опорављају, чак им је и стопа смртности већа. И када одрасту, људи теже оздрављају ако су сами. Обично постоји интернализована мајка која ублажава нашу нервозу и страхове или нека друга особа која нам помаже у процесу оздрављења. Процес оздрављења је заједнички подухват, а та друга особа може бити супружник, родитељ или наше дете. За религиозне људе вера у Бога може да олакша пут ка излечењу. За многе је та друга особа доктор, који је увек присутан и ставља пацијенту до знања да није сâм. Доктор је истовремено и пријатељ који га познаје, уважава његове жеље и уверења и брине се за њега. У атмосфери сарадње с помагачем, душа и тело ће напослетку наћи и скупити све неуро-имуно хуморалне елементе који су неопходни да би се догодио процес излечења.

Суштина филозофије излечења кроз однос који се успоставља између пацијента и лекара који је налик односу између бебе и мајке у првој години живота, има следеће карактеристике:

- успоставља се основно поверење да би се задовољиле основне потребе;
- однос прати процес учења како да реагујемо једно на другог;
- постоји мотивација родитеља, тј. лекара, да умањи патњу и фрустрацију детета, тј. пацијента,

relationship gives (the relationship between the patient and the doctor is itself asymmetrical, because the power is on the side of the one who provides help, i.e. the doctor, and his task is to direct this asymmetry in favor of the patient). It is important to fully understand the importance of continuity in maintaining the mentioned relationship (this implies the temporal dimension of the therapeutic relationship, i.e. how to maintain commitment to the patient). A therapist-patient relationship conceived in this way has three outcomes: trust, hope and uniqueness. Trust develops when one's own vulnerability and health disorder are accepted and there is a feeling that we are cared for and that promises will be kept. Hope is the belief that there is some better future beyond the current suffering. Uniqueness is when the patient is aware that he is special to his doctor. The disease separates the patient from the world. In order to alleviate this isolation, the doctor-patient relationship becomes an important instrument (Balint's concept that the doctor himself is a medicine), which allows the patient to become reconnected with the healthy world. Therapeutic contact takes place in an empathic, warm and sincere relationship. The experience of being "heard and accepted" goes beyond the intellectual understanding of suffering. In the relationship between the doctor and the patient, an interpersonal connection develops that goes beyond the ordinary relationship between two people. A therapeutic relationship supported by empathy, which implies the doctor's willingness to understand a part of the patient's suffering, enables this very sharing of suffering to become a key element in the healing process. If you have compassion for suffering, then you are always there for the patient to listen and understand him, to love him and share hope with him. Empathy and understanding are the basis for establishing a strong therapeutic relationship, which in turn helps the patient find alternative ways to overcome the illness and discover the path to healing. Since our birth we all need love to be healed. The process of healing a simple scratch, wound or fever involves a mother's kiss, care and love. Children who grow up without a mother or without a substitute mother are more prone to diseases, take longer to recover, and even have a higher mortality rate. And when grown up, people find it harder to heal if they are alone. There is usually an internalized mother who soothes our nervousness and fears or another person who helps us in the healing process. The healing process is a shared endeavor, and that other person can be a spouse, a parent, or our child. For religious people, faith in God can ease the path to healing. For many, that other person is the doctor, who is always present and lets the patient know that he is not alone. The doctor is at the same time a friend who knows him, respects his wishes and beliefs and cares for him. In the atmosphere of cooperation with the helper, the soul and body will eventually find and gather all the neu-

• однос је конзистентан, родитељи, тј. лекар, увек су доступни и приступачни за дете, тј. пацијента.

Обе особе у том односу уче једна од друге и ако је лекар свестан својих осећања и свог понашања, он почиње лично да се развија и побољшава. То је Балинтов концепт заједничке инвестиције у којем пацијент и лекар заједно сазревају јер боље упознају један другог. Лекари с таквим приступом дају више простора својим пацијентима и њиховим објашњењима, а мења се и садржај дијалога. Лекари више користе отворена него затворена питања. Реагују на „шлагворт” пацијента, чешће пратећи његов ток мисли а не само покушавајући да објасне своје идеје, да дају савете и убеђују пацијента. И даље су заинтересовани за соматски поремећај, али је у исто време повећан њихов интерес за емоционално и друштвено стање пацијента. Лекар добија више информација, а не троши више времена. Постајући свеснији сопствених осећања, лекар показује веће занимање за пацијента у целини, чиме успоставља контролу над целокупном радном ситуацијом. С друге стране, ови фактори доприносе да се спречи синдром изгарања код лекара. Емотивно сазнање разликује доброг лекара и искреног исцелитеља од лекара који га не користи. Интелектуална сазнања воде ка „чињењу”, а емотивна ка „постојању”. Оба су неопходна за умеће лекара, а када се успешно сједине, постају права мудрост. Када постоје стална опсервација и размишљање о сопственим емоцијама и понашању, расте и могућност за промену и модификацију понашања терапеута (што даље омогућава лакше излагање на крај са „тешким” и „лепљивим” пацијентима). Емотивна сазнања дају већу могућност да се регулише блискост или дистанца са пацијентом и лакше успостави оптималан однос. Од лекара се очекује да има довољно самопоуздања и да га пројектује на свог пацијента, затим да је емотивно зрео, самоорганизован, савестан и да има клиничко знање. За успешан терапијски рад кључном се сматра способност лекара да препозна, разуме и правилно каналише оно што је садржано у вишеструко сложеном и многозначном односу између лекара и пацијента. Управо у тој способности крије се оно што се уобичајено назива „лекарском вештином”. Лекар који препознаје своје емоције, несвесне реакције и одговоре, као и своје афективне одговоре на понашање и соматске симптоме својих пацијената моћи ће лакше, брже и боље да их разуме и препозна „скривено” (несвесно) у односу с њим. Лекари тако постају више емпатични, способни да пажљиво, активно и стрпљиво слушају пацијента, да му пружи осећај поузданости и сигурности. Такав приступ им омогућава да у свом раду буду ефикаснији и бољи за свог пацијента, али и способнији да заштите себе од синдрома сагоревања.

ro-immune humoral elements that are necessary for the healing process to take place.

The essence of the philosophy of healing through the relationship established between the patient and the doctor, which is similar to the relationship between a baby and a mother in the first year of life, has the following characteristics:

- basic trust is established to meet basic needs;
- the relationship follows the process of learning how to react to each other;
- there is motivation of the parent, i.e. doctor, to reduce the suffering and frustration of the child, i.e. patient,
- the relationship is consistent, parents, i.e. doctors, are always available and accessible to the child, i.e. patient.

Both people in that relationship learn from each other and if the doctor is aware of his feelings and his behavior, he begins to develop and improve personally. It is Balint's concept of joint investment in which patient and doctor mature together as they get to know each other better. Doctors with such an approach give more space to their patients and their explanations, and the content of the dialogue also changes. Doctors use open-ended rather than closed-ended questions. They react to the patient's "cues," more often following his train of thoughts and not just trying to explain their own ideas, give advice and convince the patient. They are still interested in the somatic disorder, but at the same time their interest in the emotional and social state of the patient has increased. The doctor gets more information, without spending more time. By becoming more aware of his own feelings, the doctor shows greater interest in the patient as a whole, thereby establishing control over the entire work situation. On the other hand, these factors contribute to preventing burnout syndrome in doctors. Emotional awareness distinguishes a good doctor and a sincere healer from a doctor who is not emotionally aware. Intellectual knowledge leads to "performance," and emotional knowledge leads to "existence". Both are necessary for the skill of the physician, and when successfully combined, they become true wisdom. When there is constant observation and reflection on one's own emotions and behavior, the possibility for changing and modifying the therapist's behavior also increases (which further makes it easier to deal with "difficult" and "sticky" patients). Emotional knowledge gives a greater possibility to regulate closeness or distance with the patient and more easily establish an optimal relationship. The doctor is expected to have enough self-confidence and to project it onto his patient, then to be emotionally mature, self-organized, conscientious and have clinical knowledge. For successful therapeutic work, the doctor's ability to recognize, understand and correctly

Да би особа поседовала оно што се данас назива „емоционална интелигенција”, она мора да остане смирена, повезана и фокусирана на интерперсонални однос, и да буде свесна свог и емотивног стања осталих који су укључени у тај однос. Према Гринспану [9], дете пролази кроз фазе развоја свог ега да би било у стању да ове функције правилно обавља.

Исте фазе могу се применити и на однос између лекара и пацијента, и то на следећи начин.

- Саморегулација – лекар мора да буде способан да одржи интеракцију с пацијентом на основном нивоу, не губећи притом равнотежу док мотивише пацијента на сарадњу. Уколико лекар постане преоптерећен, постоји ризик да се његов когнитивни процес наруши. (Уколико је породица присутна у ординацији и сви говоре истовремено, когнитивни процес неће се остварити на задовољавајући начин. Лекар који је у стању да самог себе регулише, моћи ће да успостави атмосферу смирености и сталожености чак и у тако хаотичним ситуацијама.)

- Ангажованост – односи са на способност да се створи и одржи емотивна повезаност. (Уколико породица не воли лекара и то изражава било вербално, било невербално, тешко је створити и одржати емотивну повезаност са пацијентом. Лекар који успе да се посвети пацијенту упркос негодовањима, моћи ће да с њим оствари и емотивну повезаност.)

- Усредсређеност – лекар мора да има способност да се сврсисходно и организовано понаша без обзира на разна емотивна стања пацијента. (Лекар може да остане релативно смирен или да саосећа с породицом. Ипак, може се десити да није у стању да води разговор како треба, јер је изгубио ток мисли када се пацијент наљутио на њега. Уколико хоће да остане усредсређен, мора да пронађе начин да и у таквим ситуацијама води разговор.)

- Синхронизација – то је способност да се тачно протумачи и на прави начин одговори на емотивне знаке које нам пацијент или породица шаље. (Лекар може да помисли да је породица љута када даје неке знаке који могу да указују на то да су анксиозни или уплашени. Лекар који хоће да буде успешан у овој фази, успеће да правилно протумачи њихово понашање и правилно одреагује на било коју врсту емоције која се појави у комуникацији.)

- Вербално исказивање – могућност да се читав распон емоција у потпуности преточи у речи и идеје. (Лекар може инстинктивно да одреагује на љутњу и страх породице. Он можда неће моћи да преточи своје емоције у речи ако не промисли пре него што их изговори, и ако испољи љутњу или саосећање, а превиди какве ће то имати последице. С друге стране, ако се лекар с овим

channel what is contained in the multiple complex and ambiguous relationship between the doctor and the patient is considered crucial. It is precisely in this ability that what is commonly called "medical skill" is hidden. A doctor who recognizes his emotions, unconscious reactions and responses, as well as his affective responses to the behavior and somatic symptoms of his patients will be able to understand them faster and better and more easily, and to recognize the "hidden" (unconscious) in the relationship with the patient. Doctors thus become more empathetic, able to listen attentively, actively and patiently to the patient, to provide him with a sense of reliability and security. Such an approach allows them to be more efficient in their work and even better for their patients, but also to be able to protect themselves from burnout syndrome. In order for a person to possess what is now called "emotional intelligence," the person must remain calm, connected and focused on the interpersonal relationship, and be aware of his/her own emotional state as well as of the emotional state of others involved in that relationship. According to Greenspan [9], a child goes through the stages of ego development in order to be able to perform these functions properly.

The same stages can be applied to the doctor-patient relationship as follows.

- Self-regulation – the doctor must be able to maintain the interaction with the patient at a basic level, without losing balance while motivating the patient to cooperate. If the doctor becomes overworked, there is a risk that his cognitive process will be impaired. (If the family is present in the room and everyone speaks at the same time, the cognitive process will not be realized in a satisfactory way. A doctor who has the ability of self-regulation will be able to establish an atmosphere of calmness and composure even in such chaotic situations.)

- Engagement – refers to the ability to create and maintain an emotional connection. (If the family does not like the doctor and expresses this either verbally or non-verbally, it is difficult for the doctor to create and maintain an emotional connection with the patient. A doctor who manages to devote himself to the patient despite the complaints will be able to achieve an emotional connection with him.)

- Concentration - the doctor must have the ability to behave in a purposeful and organized manner, regardless of the various emotional states of the patient. (The doctor may remain relatively calm or sympathize with the family. However, he may not be able to have conversation properly because he has lost his train of thought when the patient got angry with him. If the doctor is to remain focused, he must find a way to have a conversation even in such situations.)

- Synchronization - it is the ability to accurately interpret



успешно носи, моћи ће да изрази своје емоције бира-ним речима.)

- Интеграција и синтеза – изналажење нових начина понашања, успостављање нове повезаности и стварање конструката за организовање нових начина понашања у будућности. (Лекар у овој фази може да изјави да га је породица наљутила и биће му тешко да ово стање генерализује и да на основу тога коригује своје понашање. Али лекар који превазиђе тај проблем, схватиће да је у ствари љут на самог себе.)

### Синдром сагоревања у струци

Појам „Синдром сагоревања” представља специфично психолошко стање у којем запослени пате од емоционалне исцрпљености, од осећања недостатка личног успеха и имају тенденцију деморализације других. Оно даље води ка погоршању квалитета здравствених услуга које пружају здравствени радници [10].

„Рад запослених у здравственој и социјалној заштити није лак. Запослени су изложени и притисцима од стране институција којима припадају, али и различитим емоционалним, најчешће болним и трауматичним искуствима корисника услуга које пружају. Оваква искуства често доводе до индиректне трауматизације здравствених радника, као и радника у социјалној заштити и различитих реакција као што су осећање исцрпљености и засићености послом, осећање беспомоћности и слично. Истраживања указују да је за превенцију оваквих стања у која могу доћи запослени важна подршка у виду интерне и/или екстерне супервизије, индивидуалне или групне супервизије, различитих облика искуствених група, где постоји простор за рефлексiju и размену искуства” [11]. Здравствени радници и сарадници који пружају здравствену помоћ своје проблеме с корисницима „носе кући” и настављају да размишљају о њима. Понекада је проблематичан корисник невидљиви део приватног живота лекара и терапеута и утиче на њега [12]. На тај начин квалитет живота стручњака долази у питање [13]. Директно суочавање с патњом, смрћу и слушање искустава о болу и бруталности велики су изазов за многе стручњаке, нарочито на почетку каријере [14]. Они имају визију посла на којем ће бити у служби болесних, слабих и озлеђених и на том путу здравственог радника желе да истрају, али их он често води до непријатног, стресног суочавања с реалношћу рада у систему здравствене заштите.

У Балинт групама, које се релативно дуго састају, учесници често откривају да су засићени професијом, да губе вољу да се ангажују и да код себе препознају симптоме психичког сагоревања. Лекари у тим ситуацијама почињу другачије да реагују, постају емотивни-

and properly respond to the emotional signs that the patient or family sends to us. (The doctor may think that the family is angry when they give some signs that may indicate that they are anxious or afraid. A doctor who wants to be successful at this stage will be able to correctly interpret their behavior and respond properly to any kind of emotion that arises in the communication.)

- Verbal expression – the ability to fully translate the entire range of emotions into words and ideas. (The doctor may instinctively react to the family's anger and fear. He may not be able to put his emotions into words if he does not think before he utters them, and if he expresses anger or compassion but overlooks the consequences. On the other hand, if the doctor copes with this successfully, he will be able to express his emotions in chosen words.)

- Integration and synthesis – finding new ways of behavior, establishing new connections and creating constructs for organizing new ways of behavior in the future. (The doctor at this stage may say that the family has made him angry and it will be difficult for him to generalize this condition and to correct his behavior based on it. But a doctor who overcomes this problem will realize that he is actually angry with himself.)

### Occupational burnout syndrome

The term "burnout syndrome" represents a specific psychological condition in which employees suffer from emotional exhaustion, from feelings of lack of personal success and tend to demoralize others. It further leads to the deterioration of the quality of health services provided by health professionals [10].

"The work of employees in health care and social care is not easy. Employees are exposed to pressures from the institutions they belong to, but also to various emotional, often painful and traumatic experiences from the users of the services they provide. Such experiences often lead to indirect traumatization of health professionals, as well as workers in social care and to various reactions such as feelings of exhaustion and being fed up with work, feelings of helplessness and the like. Research shows that support in the form of internal and/or external supervision, individual or group supervision, various forms of experience groups, where there is space for reflection and exchange of experience, is important for the prevention of situations in which employees may find themselves” [11]. Health professionals and associates who provide health care "bring their problems with clients home" and continue thinking about them. Sometimes the problem client is an invisible part of the private life of the doctor and the therapist and influences it [12]. In this way, the quality of life of professionals is brought into question [13]. Dealing directly with suffering, death and hearing experiences of pain and bru-

ји, непријатнији и понашају се увредљиво. Штавише, осећају се као да су их пацијенти испровоцирали, па и пацијенти почињу да реагују на исти начин. Пацијенти су често убеђени да њихова болест и целокупна ситуација оправдавају такво понашање и да су лекари (као и пацијентова породица) ту да служе као громобран и помогну им да се опораве од патње, огорчености и разочарања окружењем. Рационални аргументи су мање значајни јер њима доминирају снажне емоције, које лекар преноси на друге пацијенте и, коначно, на свој приватни живот. Када услед дугачких смена живот лекара постане неуравнотежен, он почне да осећа да његова породица и он трпе због тога, и свесно или несвесно развија непријатељство према пацијентима јер их доживљава као главни разлог за свој неуспех. Ту ситуацију најчешће прате и други симптоми синдрома психичког сагоревања. Један од начина њеног превазилажења је бежање у уску специјалност да би се смањио контакт с пацијентима. Зато је веома тешко пронаћи лекаре који су заинтересовани за општу праксу или хитну медицинску помоћ упркос финансијским и организационим подстицајима. Као саставни део друштва у којем живе, лекари нису само особе које обављају своје пословне задатке већ су, као и остали грађани, под утицајем истих друштвених околности и фрустрација. Они су и додатно изложени стресу због специфичности лекарске професије, што све индиректно утиче на њихов став о пацијентима [15]. То је нарочито изражено ако је мисија лекара да промени свет. Млади лекари опште праксе, који своју професију можда нису ни изабрали вољно већ под притиском родитеља или других околности, бачени у ватру, често искусе тешкоће када се нађу у новом свету. За лекаре опште праксе посебно је карактеристична учестала појава различитих симптома које изазива дугорочан стрес [16]. Пре свега, они имају ограничене могућности да класификују пацијенте за консултације по специфичности њихових болести, стварајући истовремено пријатне услове за дужи разговор с пацијентом којем то треба. Када је потребно, лекари се проблематичним пацијентима позабаве на веома једноставан начин – упуте их код лекара специјалисте, постану формални приликом сваког контакта, недружелјубиви, да би се смањила пацијентова превелика очекивања и пацијент обесхрабрио да често долази. Такво понашање, које је последица активирања психосоматских механизма, погоршава симптоме пацијентата и њихову агресију [17]. Једна од најчешћих метода које пацијенти користе јесу изазивање кривице код лекара и додатни захтеви за дијагностичким и терапеутским процедурама до мере која превазилази финансијске и организационе границе одређене здравствене установе. Лекари опште праксе, као и већина лекара специјалиста, раде без надзора, који би истовремено могао да

tality are a big challenge for many professionals, especially at the beginning of their careers [14]. They have a vision of a job in which they will be at the service of the sick, weak and injured, and they want to persevere on that path as a health professional, but it often leads them to an unpleasant, stressful confrontation with the reality of working in the healthcare system.

In Balint groups, which hold meetings for a relatively long time, participants often discover that they are fed up with the profession, that they lose the will to engage and that they recognize the symptoms of psychological burnout in themselves. In those situations, doctors start to react differently, they become more emotional, more unpleasant and behave offensively. Furthermore, they feel as if the patients have provoked them, so the patients begin to react in the same way. Patients are often convinced that their illness and overall situation justify such behavior and that doctors (as well as the patient's family) are there to serve as a lightning rod and help them recover from suffering, resentment, and disappointment with their environment. Rational arguments are less important because they are dominated by strong emotions, which the doctor transmits to other patients and, finally, to his private life. When a doctor's life becomes unbalanced due to long shifts, he begins to feel that his family and he suffer because of it, and consciously or unconsciously develops hostility towards patients because he perceives them as the main reason for his failure. This situation is usually accompanied with other symptoms of psychological burnout syndrome. One of the ways to overcome it is withdrawing into a narrow specialistic field in order to reduce contact with patients. That is why it is very difficult to find doctors who are interested in working in general practice or in emergency medicine despite the financial and organizational incentives. As an integral part of the society in which they live, doctors are not only persons who perform their work tasks but, like other citizens, are influenced by the same social circumstances and frustrations. They are additionally exposed to stress due to the specifics of the medical profession, which all indirectly affects their attitude towards patients [15]. This is especially pronounced if the doctor's mission is to change the world. Young general practitioners, who may not have chosen their profession willingly but under pressure from their parents or under other circumstances, once thrown into the deep, often experience difficulties when they find themselves in a new environment. The frequent appearance of various symptoms caused by long-term stress is particularly characteristic of general practitioners [16]. First of all, they have limited opportunities for classifying patients for consultations according to the specifics of their diseases, creating at the same time pleasant conditions for a longer conversation with a patient in need of it. When

им буде и подршка. Препуштени себи самима имају на располагању или да накупљену тензију ослободе код куће (што ремети породични живот), или да потисну своје емоције (на штету емотивне равнотеже) или – да преместе негативне емоције ка пацијентима [18]. То се може манифестовати на разне начине, нпр. претеривањем са информацијама о пацијентовој болести, што понекада прелази у безобзирност према њему. Односи између лекара и пацијената у којима доминира страх манифестују се на различите начине. Они варирају од тога да се пацијенти повуку у свет своје болести и развију симптоме депресије, до тога да губе поверење у лекара и постају агресивни према њему. Најчешћи примери ових поремећаја износе се на састанцима Балинт група јер такве ситуације оптерећују лекаре, којима често није јасно понашање таквих пацијента или их оно збуњује, осећају се негодно када треба да ступе у контакт с њима па желе да разјасне и продискутују с колегама случајеве које доживљавају као тешке.

Сукобљене улоге лекара огледају се у томе што с једне стране, требало би да он у складу са професионалном етиком учини све што је у интересу корисника (пацијента), а с друге стране, као представник здравствене установе, требало би да брине и о финансијској страни која се односи на трошкове неопходне за пружање здравствених услуга и да примењује оне здравствене услуге које дају најбоље резултате са најмање трошкова (лекар треба да брине и о „кост-бенефит” страни здравствене заштите). Самим тим лекар, особа којој пацијент верује, није у могућности да испуни његова очекивања јер постоје различита ограничења која он не би требало да открије пацијенту. Све више људи приписује лекарима божанске компетенције. Пацијенти су такође збуњени и разочарани понашањем лекара, износе му велики број информација које је немогуће обрградити и схватити за кратко време трајања прегледа. Те две међусобно сукобљене улоге у којима се лекари повремено налазе, такође су значајан извор стреса и додатних фрустрација. Осећај губитка контроле над сопственим животом и тренутном ситуацијом додатни је фактор стреса који изазива појаву снажних емотивних и вегетативних симптома. Осећај губитка контроле почиње да влада радом и животом лекара [19]. Да би се то спречило, лекар треба рано да се упозна с могућношћу обуке у Балинт групи и да крене да је похађа што пре. То ће му омогућити да унапреди своје вештине, освести сопствене емоције, дефинише их и изрази, као и да уочи слична осећања код колега који се суочавају са истим ситуацијама. Све ће му то помоћи да поврати контролу над сопственим емоцијама и развије стратегије за борбу против стреса. Грађење делотворних стратегија као вид превенције синдрома

necessary, doctors deal with problematic patients in a very simple way – they refer them to resident doctors, become formal in every contact, unfriendly, in order to reduce the patient's excessive expectations and to discourage the patient from coming often. Such behavior, which is a consequence of the activation of psychosomatic mechanisms, aggravates the patients' symptoms and their aggressive behavior [17]. One of the most common methods used by patients is inducing guilt in doctors and additional requests for diagnostic and therapeutic procedures to an extent that exceeds the financial and organizational limits of a particular health care institution. General practitioners, like most resident doctors, work without being supervised by anyone who, at the same time, could be their support as well. Left to their own devices, they have an option either to release the accumulated tension at home (which disrupts family life), or to suppress their emotions (to the detriment of emotional balance) or to transfer negative emotions to patients [18]. This can be manifested in various ways, e.g. by exaggerating information about the patient's illness, which sometimes turns into indifference towards them. Relationships between doctors and patients dominated by fear are manifested in various ways. They range from patients withdrawing into the world of their illness and developing depressive symptoms, to losing trust in the doctor and becoming aggressive towards him. The most common examples of these disorders are presented at meetings of Balint groups, because such situations burden doctors, who often do not understand the behavior of such patients or are confused by it, they feel uneasy when they need to come into contact with them, so they want to clarify and discuss with their colleagues the cases they experience as difficult.

The conflicting roles of the doctor are reflected in the fact that, on the one hand, they should, in accordance with professional ethics, do everything that is in the interest of the clients (patients), and on the other hand, as a representative of the healthcare institution, they should also take care of the financial side which refers to the costs necessary for the provision of health services and to apply those health services that give the best results with the least costs (the doctor even has to take care of the "cost-benefit" side of health care). Therefore, the doctor, a person whom the patient trusts, is unable to fulfill their expectations because there are various limitations that he should not reveal to the patient. More and more people attribute divine competence to doctors. Patients are also confused and disappointed by the behavior of a doctor, they present him with a great amount of information that is impossible to process and understand in the short time of the examination. Those two conflicting roles that doctors sometimes find themselves in are also a major source of stress and additional frustrations. The feeling of losing control over one's own

сагоревања тренутно је најважнији задатак организатора здравствене заштите [20, 21]. Професионално сагоревање је феномен који има и економски значај, јер утиче на квалитет функционисања читавог система здравствене заштите.

### **Балинт група као помоћ код синдрома сагоревања на послу**

Професија доктора медицине неодвојиво је повезана са психолошким трошењем, што је и разумљиво с обзиром на то да се одвија давањем и посвећивањем. На састанцима Балинт група неки лекари откривају трауме које су доживели пре десетину година. Овај временски оквир показује тежину терета који носе насмејана лица. То објашњава зашто су у целом свету Балинт групе радо прихваћене као делотворно оруђе подршке лекарима, а и као начин да се унапреди однос лекара и пацијента и пружи неопходна помоћ [22]. Резултати истраживања у вези са могућношћу спречавања синдрома сагоревања на послу учешћем у Балинт групама [23] објављени су још пре 25 година. Каталдо и сар. [24] истичу улогу Балинт група у развијању емпатије. Учесници Балинт едукације развијају вештине које су важне за квалитет медицинских услуга које пружају, имају бољи однос с пацијентима и унапређују вештине које им омогућавају да брже приметите и лече проблеме пацијената. Стечене вештине, с друге стране, смањују стрес на радном месту и тиме повећавају задовољство послом [25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32]. Истраживање спроведено на Универзитету у Упсали [18] такође показује да су лекари који су редовно учествовали у Балинт едукацији постали компетентнији у лечењу пацијената са психосоматским поремећајима и да су били задовољнији својим послом. Процењено је да је обука била корисна не само за лекаре који су учествовали, него и за остале чланове тима који су регистровали бољу пословну атмосферу. Исти истраживачки тим урадио је још једну студију у којој су спровели дубљу анализу претходно прикупљених интервјуа с лекарима који су редовно учествовали у групној обуци барем две године. Резултати су показали да су учесници Балинт групе вештији у смишљању стратегија да се изборе са тешким ситуацијама, способнији да смање претерано реаговање на стрес и спремнији за суочавање с различитим професионалним ризицима захваљујући искуству стеченом на едукацији о фрустрирајућим ситуацијама и емоцијама [22]. Систематско учествовање на састанцима Балинт групе једно је од најделотворнијих оруђа психолошке подршке и превенције сагоревања. Често се након само неколико састанака превазилази баријера неповерења и учесници описују тешке случајеве из прошлости искрено и отворено, чак и случајеве старе на десетине година који и даље буде снажне емоци-

life and of the current situation is an additional stress factor that causes strong emotional and vegetative symptoms to appear. The feeling of loss of control then begins to control the work and life of doctors [19]. In order to prevent this, the doctor should acquaint themselves in time about the possibility of education in the Balint group and start attending it as soon as possible. This will allow them to improve their skills, become aware of their own emotions, to define and express them, as well as to observe similar feelings in colleagues who are facing the same situations. All this will help them regain control over their own emotions and develop strategies to fight stress. Building effective strategies as a form of prevention of burnout syndrome is currently the most important task of health care organizers [20, 21]. Professional burnout is a phenomenon that also has economic significance, as it affects the quality of functioning of the entire health care system.

### **The Balint group as help with occupational burnout syndrome**

The profession of a medical doctor is inextricably linked to psychological wear and tear, which is understandable given that it is exercised through giving and dedication. At Balint group meetings, some doctors reveal traumas they experienced decades ago. This timeframe shows the weight of the burden that having to wear a smiling face brings. This explains why Balint groups are accepted all over the world as an effective tool for supporting doctors, and as a way to improve the doctor-patient relationship and provide the necessary assistance [22]. Research results regarding the possibility of preventing occupational burnout syndrome by participating in Balint groups [23] were published some 25 years ago. Cataldo et al. [24] highlighted the role of Balint groups in the development of empathy. Balint education participants develop skills that are important to the quality of medical services they provide, have a better relationship with patients and improve skills that allow them to more quickly notice and treat patients' problems. Acquired skills, on the other hand, reduce workplace stress and thereby increase job satisfaction [25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32]. Research conducted at the University of Uppsala [18] also shows that doctors who regularly participated in the Balint education programme became more competent in treating patients with psychosomatic disorders and were more satisfied with their work. It was estimated that the training was useful not only for the participating doctors, but also for other team members who registered a better work atmosphere. The same research team conducted another study in which they conducted an in-depth analysis of previously collected interviews with doctors who had regularly participated in group training for at least two years. The results showed that the participants of the Balint group are more skilled in devising strategies to cope with difficult situa-



је. Када један од учесника пробије баријеру, остали се охрабре да поделе са другима сопствена тешка професионална искуства из прошлости и дискутују о начинима да се изборе с таквим ситуацијама и емоцијама [28]. Враћање на тешке професионалне ситуације, рад на њима у Балинт групи и поновно грађење мреже подршке и поверења у професионалном кругу помаже лекарима да боље разумеју своје односе с пацијентима и неповратно уклоне трауму из прошлости [33]. Захваљујући анализи односа лекара и пацијента, учесници Балинт групе такође могу да се поистовете с пацијентима и проживе емоције које су они проживели приликом сусрета с њима. Објективно сагледавање тог односа и свест о одређеним околностима могући су у Балинт групама захваљујући феномену „огледала”, тј. лекари себе и свој однос са пацијентима могу да сагледају у одразима бројних „огледала”. То истовремено покреће емотивне реакције других учесника, чиме отвара могућности за различита тумачења презентованог односа лекар–пацијент. Чланови групе опонашају различите верзије реакција и понашања особе која излаже проблем, што дозвољава дистанциран и критички приступ [34]. Разумевање и подршка колега, поново остварени на Балинт групама, следећи су битни фактори у процесу лечења синдрома сагоревања на послу [35]. У Балинт групном тренингу један од механизма који доводи до ослобађања терета који потиче од неразјашњених емоција састоји се од враћања на ситуацију која их је изазвала, посматрања емоција које се том приликом поново активирају и суочавања с реакцијама других учесника [36]. Студије показују да Балинт едукација унапређује способност контролисања емоција и учи да се оне препознају и правилно именују. Учесници не само да добијају увид у сопствене емоције и начин на који их преносе на пацијенте, него и уче како те емоције утичу на њихово понашање [37, 38], што је посебно важно јер је у свакодневной пракси најчешћи механизам за превазилажење ових емоција суздржавање. Михаел Балинт и његове колеге потврдили су делотворан и дугорочан утицај групне дискусије на половину учесника групе коју је водио. Он је описао „ограничену али значајну промену у професионалном делу личности” [39]. Предност тренинга у Балинт групи показују и савремене опсервације и упоредне студије о дугорочном ефекту Балинт група [23, 32, 40, 41]. Стратегија рада са особом којој прети ризик од синдрома сагоревања на послу захтева постепену модификацију става те особе да би могла боље да се избори с професионалним ситуацијама које доводе до стреса. Изнад свега, рад треба да се прилагоди специфичностима њене личности [42]. Балинт групе испуњавају ове захтеве, а систематско учешће на групним састанцима неизоставно је потребно. Едукација у Балинт групи сигурно

tions, more able to reduce overreaction to stress and more prepared to face various professional risks thanks to the experience gained in education about frustrating situations and emotions [22]. Systematic participation in Balint group meetings is one of the most effective tools for psychological support and prevention of burnout. Often, after just a few meetings, the barrier of mistrust is overcome and the participants describe difficult cases from the past honestly and openly, even cases that are decades old and still evoke strong emotions. Once one of the participants breaks the barrier, the others are encouraged to share with others their own difficult professional experiences from the past and discuss ways to cope with such situations and emotions [28]. Recalling difficult professional situations, working on them in the Balint group and rebuilding a network of support and trust in the professional circle helps doctors to better understand their relationships with patients and irrevocably remove the trauma from the past [33]. Thanks to the analysis of the relationship between the doctor and the patient, the participants of the Balint group can also identify with the patients and experience the emotions that they had experienced during their meeting. Objective observation of this relationship and awareness of certain circumstances are possible in Balint groups thanks to the “mirror” phenomenon, i.e. doctors can see themselves and their relationship with patients reflected in numerous “mirrors”. At the same time, this triggers the emotional reactions of other participants, which opens up possibilities for different interpretations of the presented doctor-patient relationship. Group members imitate different versions of the reactions and behaviors of the person presenting the problem, which allows for an objective perspective and critical approach [34]. Understanding and support of colleagues, realized again at Balint groups, are the next important factors in the process of treating job burnout syndrome [35]. In the Balint group training, one of the mechanisms that leads to the release of the burden that comes from unresolved emotions consists of returning to the situation that caused them, observing the emotions that are reactivated on that occasion and dealing with the reactions of other participants [36]. Studies have shown that Balint education improves the ability to control emotions and shows the way to recognize them and name them correctly. Participants not only gain insight into their own emotions and the way they transmit them to patients, but also learn how these emotions affect their behavior [37, 38], which is especially important because in everyday practice the most common mechanism for overcoming these emotions is restraint. Michael Balint and his colleagues confirmed the effective and long-term impact of group discussion on half of the participants of the group he led. He described a “limited but significant change in the professional part of the personality” [39]. The advantage of training in the Balint group is also indicated

је значајно оруђе за пружање психолошке подршке помагачима у превенцији синдрома сагоревања на послу [32]. Треба напоменути да Балинт групу треба водити тако да се свим учесницима обезбеди осећај сигурности. Број особа које владају емоцијама и оних који су на граници декомпензације треба да буде уравнотежен. Стога се препоручује да састав групе буде коначан након индивидуалних консултација с водитељем групе или (у појединим случајевима) након спровођења индивидуалних консултација у прелиминарној фази рада групе. Понекада се дешава да се неким учесницима предложи да крену на индивидуалну психотерапију и врате се у групу у договору с терапеутом. Балинт групе нису терапеутске. Њихова улога је превенција синдрома сагоревања код оних који не испољавају симптоме психичких или психолошких поремећаја и не захтевају посебну терапију [43].

### Утицај Балинт групе на практичан рад

Балинт група се састоји од клиничара који су једнаки међу собом јер тако желе. Састају се редовно током дужег периода да би дискутовали и боље разумели сопствени клинички рад и сусрете с пацијентима. У оквиру групе одржавају се међусобне консултације. Да би се олакшао радни процес, чланови групе сарађују са спољним консултантом који има улогу водитеља групе. Ова особа мора добро да се упозна са условима рада чланова групе, као и да буде у могућности да допринесе психолошким аспектима који су релевантни за циљ рада Балинт групе [44]. Водитељ Балинт групе, за разлику од супервизора или клиничког едукатора, нема директну одговорност за третман пацијената о којима се дискутује у групи. Сваки учесник сноси пуну одговорност за сопствену медицинску праксу. Он или она само користи групу као место за консултације са себи једнакима (са својим колегама). У том погледу, већа је сличност између Балинт групе доктора и групе једнако искусних адвоката или психотерапеута који дискутују о својим случајевима у строгој поверљивости и дискрецији [44]. Михаел Балинт је описао јаз између регуларне медицинске едукације и клиничког рада лекара на следећи начин: постоје многе области у данашњој медицини где је наука од мале помоћи лекару и где он мора да се ослања најпре на свој разум [45]. Балинт је указивао на важност едукације лекара за психолошки третман пацијената, што не подразумева обучавање лекара за психотерапеута, већ процес стицања додатног знања из психологије које је потребно лекарима опште праксе [46, 47]. Педесетих година прошлог века Балинт је с правом уочио да то оправдано очекују и лекари и пацијенти. Балинт групе раде на постепеној промени квалитета њиховог односа. То се постиже већом интеракцијом између лекара и пацијента, која постаје видљивија,

by contemporary observations and comparative studies on the long-term effect of Balint groups [23, 32, 40, 41]. The strategy of working with a person at risk of job burnout requires a gradual modification of the person's attitude in order for them to be able to cope better with professional situations that lead to stress. Above all, the work should be adapted to the specifics of such a person's personality [42]. Balint groups meet these requirements, and systematic participation in group meetings is indispensable. Education in the Balint Group is certainly an important tool for providing psychological support to health providers in the prevention of occupational burnout syndrome [32]. It should be noted that the Balint group should be run in such a way as to ensure that all participants feel safe. The number of people in control of their emotions and those who are on the verge of decompensation should be balanced. Therefore, it is recommended that the composition of the group be final after individual consultations with the group leader or (in some cases) after conducting individual consultations in the preliminary phase of the group's work. Sometimes it happens that some participants are suggested to start individual psychotherapy and return to the group after an agreement with the therapist. Balint groups are not therapeutic. Their role is to prevent burnout syndrome in those who do not show symptoms of mental or psychological disorders and do not require special therapy [43].

### The influence of the Balint group on practical work

The Balint group consists of clinicians who are equal amongst themselves because they want to be that way. They meet regularly over a longer period of time in order to discuss and better understand their own clinical work and encounters with patients. Mutual consultations are held within the group. To facilitate the work process, group members cooperate with an external consultant who has the role of the group leader. This person must be well acquainted with the working conditions of the group members, and he must be able to contribute to the psychological aspects that are relevant to the goal of the work of the Balint group [44]. Unlike a supervisor or clinical educator, the Balint group leader has no direct responsibility for the treatment of patients discussed in the group. Each participant bears full responsibility for their own medical practice. He or she is just using the group as a place to consult with his or her peers (colleagues). In this respect, there is a greater similarity between a Balint group of doctors and a group of equally experienced lawyers or psychotherapists who discuss their cases in strict confidentiality and discretion [44]. Michael Balint described the gap between regular medical education and the clinical work of doctors as follows: there are many fields of medicine of today where science is of little help to the doctor and where he must rely firstly on his own reason [45]. Balint pointed out the impor-

као и повећаним разумевањем медицинског и psihолошког стања пацијента. Радећи са групама лекара опште праксе, Балинт је желео да им помогне да развију сопствени „здрав разум“ како би што адекватније могли да примене своје медицинско знање и искористе своје „професионално Ја“ на оптималан начин (унутар групе се сагледава како лекар користи своју „апостолску функцију“, које тешкоће и блокаде лекара онемогућавају да адекватније користи своју професионалну интуицију и медицинско знање). Захваљујући Балинт групи постајемо свесни онога с чим се у принципу сви слажемо – да лекари у клиничкој пракси потискују и поричу своја осећања. То су разлози који могу да покрену више или мање псеудореалистичне контрареакције: нпр. екстремну емоционалну дистанцу (објективизацију пацијента), недостатак дистанце, занемаривање, захтевање болних и непотребних прегледа и тестова, као и потенцирање продужене неизвесности поводом резултата лечења. Често се догађа да лекари нису свесни ових процеса. Као и многи њихови пацијенти, и лекари ће осетити недефинисану непријатност због које ће потражити савет од својих колега из Балинт групе. Дискусијом и осветљавањем одређених питања у оквиру групе лекари могу доћи до увида у вези с том ситуацијом и осетити да више нису емоционално и интелектуално заробљени сопственим емоционалним процесима и одигравањем неких давно неразрешених емоција као последица давно неразрешеног унутрашњег конфликта [48]. Такође, у Балинт групама се покушава да се шире сагледа оно што пацијенти нуде, да се препознају њихови скривени захтеви и жеље. Кажемо шире, јер у модерном друштву ови захтеви не стижу само од пацијента већ и од болница, клиника, канцеларија за социјални рад, фондова за здравствено осигурање. Дакле, постоје многе социјалне и културне конвенције нашег друштва које се удевају у позив лекара. Као представник здравствене установе лекар је често у ситуацији да себе подсећа на ту социолошку и психолошку чињеницу, али и да одржи улогу доброг службеника у установи где је запослен [49]. Однос лекар–пацијент није увек хармоничан, али је често прожимајући. Одједи раног односа родитељ–дете стално постоје у односу лекар–пацијент, а приликом прегледа се појачавају због страха од смрти и зависности. Понекада, *acting out* означава специфично одигравање, испољавање екстремног понашања са циљем изражавања мисли или осећања које је особа неспособна да искаже на другачији начин [50]. Налик брачном односу, дуготрајна фамилијарност лекара и пацијента може да учини сложенијим овај однос [51]. Када лекар изнесе случај пред Балинт групу, пацијент и лекар стижу у групу заједно. Док чланови групе слушају слободно излагање о случају, емоције лекара који излаже по-

tance of educating doctors for the psychological treatment of patients, which does not mean training doctors to be psychotherapists, but rather implies the process of acquiring additional knowledge in psychology that is needed by general practitioners [46, 47]. In the 1950s, Balint rightly observed that both doctors and patients justifiably expect this. Balint groups are working to gradually change the quality of this relationship. This is achieved through greater interaction between the doctor and the patient which becomes more visible, as well as through increased understanding of the patient's medical and psychological condition. Working with groups of general practitioners, Balint wanted to help them develop their own "common sense" in order to be able to apply their medical knowledge as adequately as possible and use their "professional self" in an optimal way (it is assessed within the group how the doctor uses his "apostolic function", which difficulties and blockages prevent the doctor from using his professional intuition and medical knowledge more adequately). Thanks to the Balint group, we become aware of what we all agree with in principle - that doctors in clinical practice suppress and deny their feelings. These are the reasons that can more or less trigger pseudo-realistic counter reactions: e.g. an extreme emotional distance (objectification of the patient), lack of distance, neglect, requesting painful and unnecessary examinations and tests, as well as emphasizing prolonged uncertainty regarding the results of treatment. It often happens that doctors are not aware of these processes. Like many of their patients, doctors will experience an undefined discomfort that will prompt them to seek advice from their Balint group colleagues. By discussing and clarifying certain issues within the group, doctors can gain insight into the situation and feel that they are no longer emotionally and intellectually trapped by their own emotional processes and the playing out of some long-unresolved emotions as a consequence of a long-unresolved internal conflict [48]. Also, in Balint groups, an attempt is made to take a broader consideration of what patients bring forward, to recognize their hidden demands and wishes. We say broader, because in modern society, these demands come not only from the patient but also from hospitals, clinics, social work offices, health insurance funds. So, there are many social and cultural conventions of our society that are intertwined with the profession of a doctor. As a representative of a health institution, a doctor is often in a situation where he has to remind himself of this sociological and psychological fact, but also to maintain the role of a good employee in the institution where he is employed [49]. The doctor-patient relationship is not always harmonious, but it is often all-pervasive. Echoes of the early parent-child relationship are constantly present in the doctor-patient relationship, and are amplified during the examination due to the fear of death and addiction. Some-

стају јасније, као и његове одбране или „слепе тачке” (грешке у посматрању). Балинт група нам нуди „трећу позицију” са које се може сагледати прави интерперсонални професионални однос [45]. Понекада се лекар идентификује с пацијентом, а понекада му је тешко да направи дистанцу. Као што је објашњено у Балинтовом истраживању „Студија лекара”: „Каква год да је психолошка дистанца, пацијент је увек присутан” [52]. Можда бисмо могли да кажемо да постоје три кључна повезана нивоа односа приликом рада у Балинт групи. Однос лекар–пацијент који се презентује у групи, однос који се развија између учесника у групи и презентујућег лекара током дискусије случаја и однос између лидера и целе групе [44]. Формално психоаналитичко знање, које често помаже приликом објашњења и ширења разумевања нејасне клиничке ситуације (чак и високоскептичним умовима), искључиво су конструкције, и ништа више [53]. Оно што је витално за креативни процес Балинт групе дефинисала бих на следећи начин: успешан учесник Балинт групе изнаћи ће и развити сопствене професионалне психолошке концепте. То ће бити синтеза или мешавина генералних концепата и личних сазнања. На себи својствен начин лекар ће покушати да опише и анализира ту неухватљиву али веома стварну и опипљиву игру између њега и пацијента. Још један резултат таквог рада јесте да ће лекар спремније приметити пацијенте који су приступачни и мотивисани за неку врсту психолошког или психијатријског третмана. На тај начин и његови упуту постају адекватнији. Они који раде или су радили у психијатријским клиникама знаће то да цене. Такође, Балинт групе се не баве решавањем административних или организационих проблема у домовима здравља. Ипак, неке презентације указују на тешкоће у ношењу с оваквим проблемима и мањком комуникације међу запосленима. У комбинацији с различитим типовима личности пацијената (а у екстремним случајевима чак и без таквог катализатора), овакви проблеми могу кулминирати ерупцијом у сусрету између лекара и пацијента. Неке презентације случајева откривају „слепило у кући” (*home blindness*) – лекар не увиђа дисфункционалну динамику у сопственој здравственој установи у којој ради. Сагледавање може да има за последицу то да лекар утиче на промену, а ако промена није могућа, разрада на групи и јаснији увид у ове теме доносе му олакшање уместо да се осећа као жртва чудног менталног феномена. То му даље помаже да прихвати ограничења свог рада [22]. За неке од лекара с којима сам радила Балинт група је била једина адекватна радна структура током радне недеље, тако да она може да послужи као модел на основу којег је дате структуре могуће учинити ефектнијим и пријатнијим. Ова идеја може се проширити на остале у здравственим установама и инспирисати и

times, acting out represents a specific performance, the manifestation of extreme behavior with the aim of expressing thoughts or feelings that a person is unable to express in a different way [50]. Similar to a marital relation, long-term familiarity between the doctor and the patient can make this relationship more complex [51]. When a doctor presents a case to the Balint group, the patient and doctor arrive at the group together. As group members listen to an open presentation of the case, the presenting doctor's emotions become clearer, as do his defenses or “blind spots” (errors in observation). The Balint group offers us a “third position” from which an actual interpersonal professional relationship can be observed [45]. Sometimes the doctor identifies with the patient, and sometimes it is difficult for him to maintain distance. As explained in Balint's research “A Study of Doctors”: “Whatever the psychological distance, the patient is always present” [52]. Perhaps we could say that there are three key interrelated levels of relationships when working in the Balint group. The doctor-patient relationship that is presented in the group, the relationship that develops between the participants in the group and the presenting doctor during the case discussion, and the relationship between the leader and the whole group [44]. Formal psychoanalytic knowledge, which often helps to explain and broaden understanding of an obscure clinical situation (even to highly skeptical minds), are purely constructions, and nothing more [53]. I define what is vital for the creative process of the Balint group as follows: a successful participant of the Balint group will find a way and develop his own professional psychological concepts. It will be a synthesis or combination of general concepts and personal knowledge. In his own way, the doctor will try to describe and analyze that elusive but very real and tangible game between him and the patient. Another result of such work is that the doctor will more readily identify patients who are approachable and motivated for some kind of psychological or psychiatric treatment. This way, the doctor's instructions will become more adequate. Those who work or have worked in psychiatric clinics will know to appreciate this. Also, Balint groups do not deal with solving administrative or organizational problems in health centers. However, some presentations indicate difficulties in dealing with problems such as these and a lack of communication between employees. Combined with various types of personality of the patients (and in extreme cases even without such a catalyst), these problems may culminate in an eruption during the encounter between doctor and patient. Some case presentations reveal “home blindness” - the doctor does not see the dysfunctional dynamics in the very health institution where he works. Comprehension may result in the doctor effecting a change, and if change is not possible, group elaboration and a clearer insight into these topics will bring him relief instead



друге запослене да структуришу посао на бољи начин.

Балинт група је место где се овај терет може умањити разговорима о проблему у односу терапеут–корисник и његовом анализом применом психолошких метода [54]. Када пружаоци здравствених услуга учествују у Балинт групи, њихови корисници нису физички присутни, али јесу у уму здравственог радника [55]. Балинт групе су данас институционализован метод едукације професија из области здравствене заштите као и професија здравствених сарадника у свету и саставни део наставе на студијама медицине, специјализацијама, као и континуиране медицинске едукације у многим европским земљама [56]. Назване су по свом оснивачу психијатру и психоаналитичару Михаелу Балинту (1896–1970), који је 1939. емигрирао из Мађарске у Енглеску и радио на познатој Тависток клиници у Лондону. Педесетих година прошлог века Балинт је започео групни рад са лекарима, након што су га замолили да ради као консултант. Његова друга жена Енид Балинт, иначе социјални радник, започела је такође групни рад са социјалним радницима да би их стимулирала да боље разумеју своје интеракције с корисницима. Други светски рат (1939–1945) оставио је дубоке трагове и довео трауматизоване пацијенте до лекара примарне здравствене заштите. Балинт је и сâм лечио пацијенте с ратним неурозама и психосоматским реакцијама на трауму. Психосоматска обољења окупирали су га као научника и био је заинтересован да друге пружаоце здравствене заштите подучава психоаналитичком размишљању [45]. Године 1957. Балинт је објавио књигу „Лекар, његов пацијент и болест”. Порука коју је његова књига слала брзо је изазвала интерес у Европи и шире. Лекари из многих европских земаља путовали су у Лондон да би разговарали са Михаелом и Енид и учествовали у њиховим Балинт семинарима. Балинтови су били позивани да демонстрирају свој групни рад на различитим догађајима као што су Психотерапеутске седмице у Линдау у Немачкој, Силсу у Швајцарској, затим у Француској, Белгији и Сједињеним Америчким Државама [39]. На састанке је долазило све више заинтересованих лекара. Тако је, осим мале класичне Балинт групе, створена и тзв. велика Балинт група. Први пут у Силсу, у Швајцарској, Балинт је радио са Балинт групом у унутрашњем кругу од 16 учесника – дискутујући о односу лекара и пацијента – док је истовремено био присутан и бројнији спољашњи круг, чији су чланови слушали процес који се догађа у унутрашњем кругу, без активног учествовања у било ком тренутку [45]. То је касније промењено, па је учесницима спољашњег круга дата могућност да коментаришу приказане случајеве и осврћу се на групну динамику у унутрашњем кругу, што се доживљавало као обогаћивање групног

of leaving him feeling like a victim of a strange mental phenomenon. This further helps him to accept the limitations of his work [22]. For some of the doctors I worked with, the Balint group was the only adequate work structure during the working week, so it can serve as a model on the basis of which it is possible to make the given structures more effective and pleasant. This idea can be extended to other professionals in healthcare institutions and inspire other employees to structure their work in a better way.

The Balint group is a place where this load can be reduced by discussing the problem in the client-therapist relationship and by analyzing it using psychological methods [54]. When healthcare providers participate in the Balint group, their clients are not physically present, but they are in the mind of the healthcare professional [55]. Today, Balint groups are an institutionalized method of education for professionals in the field of health care as well as the professional health associates worldwide and an integral part of the curriculum of medical schools, and specialty studies and training, as well as that of the continuous medical education in many European countries [56]. Balint groups are named after their founding fatherer, psychiatrist and psychoanalyst Michael Balint (1896–1970), who emigrated from Hungary to England in 1939 and worked at the well-known Tavistock Clinic in London. In the 1950s, Balint started working with groups of doctors after being asked to work as a consultant. His second wife, Enid Balint, a social worker, also started group work with social workers to stimulate them to better understand their interactions with clients. World War II (1939–1945) left deep scars and brought traumatized patients to primary care doctors. Balint himself treated patients with war neuroses and psychosomatic reactions to trauma. Psychosomatic illnesses occupied him as a scientist and he was interested in teaching other health care providers psychoanalytic thinking [45]. In 1957, Balint published the book “The Doctor, His Patient and the Illness”. The message that his book carried quickly generated interest in Europe and beyond. Doctors from many European countries traveled to London to speak with Michael and Enid and participate in their Balint seminars. The Balints were invited to demonstrate their group work at various events such as the Psychotherapy weeks in Lindau, Germany, Sils, Switzerland, then in France, Belgium and the United States of America [39]. More and more interested doctors came to the meetings. Thus, apart from the small classic Balint group, the so-called the large Balint group was created as well. In Sils, Switzerland, Balint worked for the first time with the Balint group in an inner circle of 16 participants - discussing the doctor-patient relationship - with a larger outer circle, whose members listened to the process taking place in the inner circle, also present, without actively participating at

рада. Велика Балинт група и данас се користи, нарочито у Немачкој и на интернационалним Балинт симпозијумима, као увод и демонстрација рада, али и у сврхе едукације, а и током обуке водитеља Балинт група, за посматрање и супервизију.

### Како је све почело?

Балинт је почео да ради с групом лекара опште праксе, коју је назвао „група за обуку/истраживање“, касније назване „Балинт групе“. Дискусиона размена између колега требало је да доведе до бољег разумевања пацијената, али и да истражи психолошку позадину његових симптома. У смислу истраживања, Балинтова циљ био је да испита „фармакологију лечења“, „ефекте и могуће нежељене последице лекара као лека“ [39]. Осим тога, био је сигуран да би сами лекари опште медицине могли да спроведу неопходно истраживање, али би посматрач у просторији за консултације сувише променио динамику интеракције да би се добили валидни резултати [52]. У Балинт групама лекари извештавају о тешкоћама које имају с пацијентима по сећању, без употребе медицинског картона. Због таквог приступа чланови групе, који слушају, стичу утисак о афективној резонанци излагача према свом пацијенту. Балинт је наглашавао не само важност материјала који се износи, него и оног који је заборављен или изостављен [45]. Излагач ће се суочити са својим пацијентом на другачији начин приликом следећег сусрета и, као што искуство показује и комуникационе науке објашњавају, пацијент ће такође променити свој став – као да је био присутан током дискусије групе, јер ће га лекар другачије перципирати. Често се догађа да лекар већ на следећим консултацијама пронађе излаз из „нерешиве“ ситуације; присутна је ревитализована заинтересованост за пацијента, а осећај беспомоћности нестаје или се смањује и јављају се нови импулси за дубље разумевање и третман. Основно питање које тражи одговор јесте: „Због чега веза између лекара и пацијента често није задовољавајућа, па је чак и несрећна, упркос знатном и искреном труду који улажу обе стране?“ [45]. Евидентно је да су често „улазна карта“ за ординацију поремећаји пацијентовог расположења или симптоми као што су бол, кашаљ, дијареја итд. Лекар, који познаје своје пацијенте, препознаје да је могуће да се иза присутних симптома скривају друге потешкоће. То нас поново подсећа на Балинтове речи: „Када би пацијент могао да посети лекара због свог конфликта, болест му не би била потребна“ [45]. У групним дискусијама примећује се да често лекарима највише потешкоћа или проблема узрокују пацијенти са психосоматским поремећајима. Када се један симптом санира, појављује се следећи. Такви пацијенти увек доносе нове болести свом лекару. Међутим, када обоје схвате који се конфликт

any time [45]. This was later changed, so the participants of the outer circle were given the opportunity to comment on the presented cases and reflect on the group dynamics in the inner circle, which was perceived as enriching for the group work. The large Balint group is still used today, especially in Germany and at an international Balint symposium, as an introduction and demonstration of work, but also for educational purposes, and during the training of Balint group leaders, for observation and supervision.

### How it all started?

Balint began working with a group of general practitioners, which he called a “training/research group”, later called the “Balint group”. The discussion exchange between colleagues was supposed to lead to a better understanding of the patient, but also to explore the psychological background of his symptoms. In terms of research, Balint's goal was to examine the “pharmacology of treatment”, the “effects and possible side effects of the doctor as a medicine” [39]. Furthermore, he was sure that general practitioners themselves could conduct the necessary research, but an observer in the consulting room would change the dynamics of the interaction too much to produce valid results [52]. In Balint groups, doctors report on the difficulties they have with patients by their memory, without using the medical record. Owing to such an approach, the group members who are listening, form an impression of the presenter's affective resonance regarding their patient. Balint emphasized not only the importance of the material presented, but also that which was forgotten or omitted [45]. The presenter will face his patient in a different way at the next meeting and, as experience shows and the communication sciences explain, the patient will also change his attitude - as if he had been present during the group discussion, because the doctor will perceive him differently. It often happens that the doctor finds a way out of a “complex” situation already at the next consultation; there is a revitalized interest in the patient, the feeling of helplessness disappears or diminishes, and new impulses appear for deeper understanding and treatment. The basic question that requires an answer is: “Why is the relationship between doctor and patient often unsatisfactory, and even an unhappy one, despite a considerable and sincere efforts invested from both sides?” [45]. What is evident is that the “entrance ticket” to the doctor's room is often disorders of the patient's mood or symptoms such as pain, cough, diarrhea, etc. A doctor who knows his patients will recognize that there may be other difficulties hidden behind the present symptoms. This brings us back to Balint's words: “If the patient could visit a doctor because of his conflict, he would not need the illness” [45]. In group discussions, it is noted that patients with psychosomatic disorders often cause the most difficulties or problems for doctors. As one symptom is resolved,

крије иза симптома, и када пацијент буде спреман да истражи другачији начин да се носи са животним тешкоћама и конфликтима, психосоматски симптоми ће се изгубити. Балинт описује да су неки чланови његове групе били убеђени да је исправно прегледати пацијента телесно док се не пронађе узрок болести, затим га третирати, а да ће неуротски симптоми сами престати. Ова грешка и данас је разлог за многе непотребне, скупе прегледе, бескорисне операције и медицинске третмане [45]. Изгледа да је најважнија реакција лекара опште медицине на присутне симптоме. Чак и када лекар већ зна „праву дијагнозу“ (психолошки проблем који се налази иза симптома), потребни су му време и стрпљење да би пронашао прави тренутак и убедљиве аргументе да би поделио своју хипотезу са пацијентом. Присутна соматска болест и даље треба да буде третирана ваљано (нпр. тонзилитис или гастритис или било која соматска болест), док се истовремено примењује холистички приступ и дискутује с пацијентом у одговарајућем тренутку. Слушање онога што људи имају да кажу помаже. Пацијент може да понуди објашњења, а шанса да ће сâм помоћи да се разјасни његова болест постаје већа ако запитате пацијента с гастритисом због чега је незадовољан, или пацијента с упалом крајника шта је ослабило његов имунитет. Одговор који добијете од пацијента кључан је за даљу анализу. Даље можемо разматрати да ли је пацијент способан и вољан да се упусти у разумевање своје болести ван телесног објашњења? И да ли је лекар довољно стручан и обучен да одговори на даља пацијентова питања? Уосталом, психотерапија није само питање здравог разума. Као што је Балинт истакао, неопходно је солидно претходно знање да би се третман спровео успешно, на сигуран и безбедан начин [45]. Да ли је вредно труда стећи те вештине и то знање? У Балинтово време око трећина пацијената која се обраћала за савет у примарној здравственој заштити са симптомима које су тада називали неуротичним, представљала је проблем лекарима опште медицине. Данас процењујемо да половина свих пацијената углавном има психосоматске болести које захтевају савете и третман у примарној здравственој заштити. Балинт је у своје време поставио питање која је опција економичнија, третирати неуроу и надати се да ће многи мањи проблеми следствено нестати, или третирати мање тегобе с марљивом бригом и игнорисати неуротичне симптоме јер „ионако не можемо да учинимо ништа у вези с неуротичношћу“. Балинт је изабрао јасан одговор, али је указао и на супротну бесмислицу „слања сваког случаја фрактуре ноге или богиња код психијатра“ [45]. У сваком случају, не треба занемарити чињеницу да ће пацијент са соматском болешћу такође бити психолошки оптерећен и да му је потребан третман и тела и психе да би оздравио. Данас

the next one appears. Such patients always come to their doctor with new illnesses. However, once they both realize the conflict behind the symptoms, and once the patient is ready to explore a different way of coping with life's difficulties and conflicts, the psychosomatic symptoms will disappear. Balint explains that some members of his group were convinced that it was right to perform physical examination of their patient until the cause of the illness was found, and then to treat him, while the neurotic symptoms would go away by themselves. This mistake is still the reason for many unnecessary, expensive examinations, useless surgeries and medical treatments [45]. It seems that the reaction of the general practitioner to the present symptoms is the most important thing. Even when the doctor already knows the "right diagnosis" (the psychological problem behind the symptoms), he needs time and patience to find the right moment and convincing arguments in order to share his hypothesis with the patient. The present somatic disease should still be treated properly (e.g. tonsillitis or gastritis or any somatic illness), while simultaneously applying a holistic approach and discussing with the patient when the time is right. Listening to what people have to say helps. The patient can offer explanations, and the chance that he himself will help clarify his illness increases if you ask a patient with gastritis why he is unhappy, or a patient with tonsillitis what weakened his immunity. The answer you get from the patient is crucial for further analysis. It is for further consideration whether the patient is able and willing to engage in a comprehension of his illness beyond the physical explanation? And whether the doctor is sufficiently skilled and trained to answer the patient's further questions? After all, psychotherapy is not just a matter of common sense. As Balint pointed out, solid prior knowledge is essential in order to carry out the treatment successfully, in a manner that is safe and secure. [45]. Is it worth the effort to acquire those skills and knowledge? In Balint's time, about a third of patients asking for advice in primary health care with symptoms that were then called neurotic, presented a problem to general practitioners. Today, we estimate that half of all patients mostly have psychosomatic illnesses that require advice and treatment in primary health care. At the time, Balint posed the question which option was more economical, to treat the neurosis and hope that many minor problems would disappear as a result, or to treat the minor ailments with diligent care and ignore the neurotic symptoms because "we can't do anything about neuroticism anyway". Balint chose a clear answer, but he also pointed out the opposite nonsense of "referring every case of broken leg or pox to a psychiatrist" [45]. In any case, we should not ignore the fact that a patient with a somatic disorder will also be psychologically burdened and will need treatment of both body and psyche in order to recover. Today, the lack of time and insufficient

се недостатак времена и недовољна финансијска накнада за разговоре с пацијентом често износе као аргументи да се лекари опредељују само за соматски преглед, иако су сагласни да је присутно занемаривање психолошких конфликта који се налазе иза соматских симптома. У сваком случају, и некада и данас, „свесна и подсвесна животна перспектива лекара је важан фактор у доношењу одлуке којим ће путем пацијент и лекар заједно кренути“ [45]. То је још једно запажање до којег је Балинт дошао у својој групи и описао га у књизи „Лекар, његов пацијент и болест“. Тај феномен он назива „апостолском функцијом“. Лекар има личне погледе, предрасуде, несвесне емоције, веровања на основу којих усмерава пацијента да ради оно што он сматра да је исправно за њега. Такође, он има убеђења о томе како болесна особа треба да се понаша, чему треба да се нада и шта треба да подноси, те ће покушати да убеди пацијента да прати његова правила. Балинт је овај „мисионарски“ положај сматрао узнемиравајућим и штетним за успех третмана. Према његовом мишљењу, таквим приступом провоцира се борба између две стране о правилима, перспективи, и „исправном начину живота“, на шта се троши огромна количина енергије. Балинту је било веома важно да његова радна група помогне лекару који презентује пацијента да се осврне на сопствену позадину и динамику живота и развије довољну удаљеност а истовремено и отвореност према пацијентовим ставовима о животу, његовој културолошкој позадини и религиозним веровањима. Од Балинтовог опажања ствари се нису много промениле. И даље је лакше придобити пацијента да употребљава лекове него га укључити у психотерапеутски разговор, отворен, са слободно поклоњеном пажњом оба саговорника. Али један од ефеката групног рада, који је уједно и највреднији, као што је рекао Балинт, јесте „ограничена али значајна промена у лекаровој личности“ која настаје после извесног времена. Његово искуство је показало да, иако су предавања о проблемима и методама психолошких процеса драгоцене, ништа не може да замени процес групног искуства и размишљања који лекари опште медицине добију на Балинт групама. Рад Балинт група и његов метод проширио се по целом свету последњих 70 година. Очигледно је да је још увек фасцинантно истраживати „лекара као лек“ („лечење човека човеком“ на чему се и заснива психотерапија) и обучавати их да то раде [45].

Успостављање „Балинт методе Балинт група“, вероватно је једна од најранијих метода стручне подршке која се обезбеђује професијама из области здравствене и социјалне заштите (лекарима, социјалним радницима, психолозима, педагозима, васпитачима). Нарочито је намењена оним стручњацима који у свом раду немају

financial remuneration for interviews with the patient are often presented as arguments for the doctors' opting only for a somatic examination, although they agree that the psychological conflicts behind the somatic symptoms are being neglected. In any case, both then and now, "the doctor's conscious and subconscious perspective of life is an important factor in deciding which path the patient and the doctor will take together" [45]. This is another observation that Balint came to in his group and described in the book "The Doctor, His Patient and the Illness". He calls this phenomenon "the apostolic function". The doctor has personal views, prejudices, unconscious emotions, beliefs based on which he directs the patient to do what he deems is right for him. He also has beliefs about how an ill person should behave, what they should hope for and what they should endure, and he will try to convince the patient to follow his rules. Balint found this "missionary" standpoint disturbing and detrimental to the success of the treatment. In his opinion, such an approach provokes a struggle between the two sides about rules, perspectives, and the "correct way of life", which consumes a huge amount of energy. It was very important to Balint that his working group help the doctor presenting the patient to reflect on his own background and life dynamics and develop sufficient distance and at the same time to develop openness towards the patient's views on life, his cultural background and religious beliefs. Things haven't changed much since Balint's observation. It is still easier to get a patient to use medications than to engage him in an open psychotherapeutic conversation, with the attention freely given by both interlocutors. Still, one of the effects of group work, which, at the same time, is the most valuable, as Balint said, is the "limited but significant change in the doctor's personality" that occurs after some time. His experience has shown that, although lectures on the problems and methods of psychological processes are valuable, nothing can replace the process of group experience and reflection that general practitioners receive in Balint groups. The work of the Balint groups and his method has spread throughout the world over the past 70 years. It is obviously still fascinating to explore the "doctor as medicine" (the "healing of man with man" which is what psychotherapy is based on) and train doctors to do so [45].

The establishment of the "Balint method of the Balint groups", is probably one of the earliest methods of professional support provided to professions in the field of health care and social care (doctors, social workers, psychologists, pedagogues, educators). It is especially intended for those professionals who do not have regular supervision or other form of support in their work, who feel that they are lonely and need support to process the psychological content generated in their work with clients [57]. Nowadays



редовну супервизију или други облик подршке, који осећају да су усамљени и да им треба подршка да обраде психолошки садржај настао у раду са корисницима [57]. У данашње време изузетно је тешко одржати емотивну свежину, ентузијазам и радост живота. Професије из области здравствене и социјалне заштите, као и сви остали, морају да брину о свом физичком, менталном и емоционалном здрављу, али често то не раде [58]. Циљеви групних сусрета су да они унапреде препознавање и разумевање сопствених емоционалних реакција које ће им помоћи у развијању стратегија за превенцију синдрома сагоревања на послу [59]. Самим тим, здравствени радници и сарадници раде на свом расту и развоју, и унапређењу квалитета сопственог менталног здравља [60]. Пратећи умеће психоанализе, Балинт је подстицао чланове групе да користе слободне асоцијације када разговарају о својим клијентима да би исказали емоције, фантазије или било коју мисао без икакве цензуре. Хтео је да чланови групе имају „свеже мисли” и „храброст и за оно што сматрају глупим” [45]. Да би полазници осећали слободу да спонтано реагују и коментаришу, атмосфера групе треба да буде отворена и пуна поверења. Уз повратну информацију од групе, излагач је могао да добије комплекснију и шареноликију слику о својој интеракцији с корисником, а и увид у свој допринос основној психодинамици. То омогућава разматрање проблема и увид у стање корисника из свежих, нових перспектива [48]. У почетку су водитељи Балинт семинара увек били психоаналитичари. Данас групу могу да воде стручњаци за ментално здравље из свих области. Без обзира на професију, свим Балинт водитељима потребни су едукација и искуство у примени специфичне Балинт методе. Иако су Михаел и Енид Балинт били психоаналитичари, њихов циљ није био да претворе породичне лекаре или социјалне раднике у психотерапеуте, већ да им помогну да постану психолошки свеснији [47]. Научити да с пажњом слушамо шта корисник говори била је једна од најважнијих вештина, коју су рани чланови Балинт групе могли да стекну – у периоду када је учење онога што данас називамо комуникацијским вештинама било непознато. Књига Михаела Балинта „Лекар, његов пацијент и болест” [45] постала је кључни текст у ренесанси британске опште праксе 60-их, а Балинтове идеје постале су познате и у осталим деловима Европе, па и у целом свету. Прва национална Балинт удружења основана су крајем његовог живота, у Француској 1967, Великој Британији 1969, Италији 1971, Белгији и Немачкој 1974. године. Балинт група се такође појавила у Америци почетком 90-их година прошлог века, када је формирана Америчка Балинт асоцијација. Године 1975. оформљена је Међународна Балинт федерација (IBF), чланица Савета Европе, са циљем да обједини и координира

it is extremely difficult to maintain emotional vigor, enthusiasm and joy in life. Health and social care professionals, like everyone else, need to look after their physical, mental and emotional health, but they often do not [58]. The goals of the group meetings are for them to improve their recognition and understanding of their own emotional reactions, which will help them develop strategies to prevent job burnout syndrome [59]. At the same time, healthcare workers and associates work on their growth and development, and on improving the quality of their own mental health [60]. Following the skills of psychoanalysis, Balint encouraged group members to use free-form associations when discussing their clients in order to express emotions, fantasies, or any thought without any censorship. He wanted the members of the group to have “fresh thoughts” and “courage even for what they consider stupid” [45]. In order for participants to feel free to react and comment spontaneously, the atmosphere of the group should be relaxed and trustful. With feedback from the group, the presenter could get a more complex and vivid picture of his interaction with the user, and an insight into his contribution to the basic psychodynamics. This enables consideration of a problem and an insight into the user's condition from a fresh, new perspective [48]. In the beginning, Balint seminars were always hosted by psychoanalysts. Today, the group can be led by mental health experts from all fields. Regardless of their profession, every Balint-group leader will require education and experience to apply the specific Balint method. Even though Michael and Enid Balint were psychoanalysts, their goal was not to turn family doctors or social workers into psychotherapists, but to help them become more psychologically aware [47]. Learning to listen carefully to what the client is saying was one of the most important skills that the early members of the Balint group could acquire - at a time when learning what we now call communication skills was unknown. Michael Balint's book “The Doctor, His Patient and the Illness” [45] became a key volume in the renaissance of British general practice in the 1960s, and Balint's ideas became known in other parts of Europe and worldwide. The first national Balint associations were founded towards the end of his life, in France in 1967, Great Britain in 1969, Italy in 1971, Belgium and Germany in 1974. The Balint group also appeared in America in the early 1990s, with the formation of the American Balint Association. In 1975, the International Balint Federation (IBF), a member of the Council of Europe, was formed with the aim of unifying and coordinating the work of national Balint associations, setting standards and criteria for the Balint education. [61]. In this region, on the initiative of Mr. Kulenović PhD MD, the then president of the Balint Society of Croatia, the Yugoslav association of Balint groups was founded in 1989, which existed for only one year due to the breakup of Yugoslavia [62]. Then, in 2003, the Balint

рад националних Балинт удружења, поставља стандарде и критеријуме Балинт едукације [61]. На овим просторима је на иницијативу проф. др Куленовића, тадашњег председника Балинт друштва Хрватске, 1989. године основано Југословенско удружење Балинт група, које је постојало само годину дана због распада Југославије [62]. Потом је 2003. основано Балинт друштво Србије, када су се стекли услови према пропозицијама Интернационалне Балинт федерације (ИБФ). Данас ИБФ чине 23 национална удружења: Аустралија и Нови Зеланд, Аустрија, Белгија, Кина, Хрватска, Данска, Финска, Француска, Немачка, Мађарска, Израел, Италија, Холандија, Пољска, Португалија, Румунија, Русија, Србија, Шведска, Швајцарска, Уједињено Краљевство и Сједињене Америчке Државе. Такође, постоје и индивидуални чланови из Бразила, Канаде, Грчке, Исланда, Норвешке и Венецуеле [32]. Балинт удружења постоје чак и у земљама које још нису заступљене у ИБФ, као што су Вијетнам, Индија, Иран, Турска и Египат. Иако свака земља има свој шарм и одређене особитости, проблеми који се свакодневно срећу у односу пацијента и лекара веома су слични, и с тим се срећемо на сваком интернационалном скупу. Михаел Балинт је преминуо 31. децембра 1970. године. Његова супруга Енид је са сарадницима наставила Балинтов рад и постала прва председница ИБФ. Наставила је да води Балинт групе у Енглеској, објавила значајне публикације и излагала о Балинт раду на семинарима и конгресима [55].

## Закључак

### Како Балинт група помаже?

Као резултат редовног учешћа у Балинт групама полазници ће:

- осећати да их други слушају, подржавају и разумеју када представљају свој рад с корисницима здравствених или социјалних услуга,
- постати толерантнији према „тешким” корисницима,
- постати саосећајнији, чак и када корисник показује негативна осећања,
  - постати свеснији сопствених осећања током саветовања па ће бити у могућности да их користе у процени својих корисника,
- својој природној знатижељи омогућити да се усмери према корисницима као људима,
- стећи увид у то зашто се неки корисници сматрају посебно тешким или узнемиравајућим [47].

### Колико су та очекивања остварива?

Урађено је истраживање у коме су чланови групе замољени да опишу своје утиске о Балинтовим сесијама [63], а неки од цитата који га илуструју дати су по тезама.

Society of Serbia was founded, when the conditions were met according to the propositions of the International Balint Federation (IBF). Today, the IBF consists of 23 national associations: Australia and New Zealand, Austria, Belgium, China, Croatia, Denmark, Finland, France, Germany, Hungary, Israel, Italy, the Netherlands, Poland, Portugal, Romania, Russia, Serbia, Sweden, Switzerland, United Kingdom and the United States of America. There are also individual members from Brazil, Canada, Greece, Iceland, Norway and Venezuela [32]. Balint associations exist even in countries not yet represented in the IBF, such as Vietnam, India, Iran, Turkey and Egypt. Although each country has its own charm and certain peculiarities, the problems that occur every day in the relationship between patient and doctor are very similar, and this is confirmed at every international meeting. Michael Balint passed away on December 31st 1970. His wife Enid continued Balint's work with associates and became the first president of the IBF. She continued to lead Balint groups in England, published major publications and lectured on Balint work at seminars and congresses [55].

## Conclusion

### How do Balint groups help?

As a result of regular participation in Balint groups, participants will:

- feel that others listen, support and understand them when they present their work with users of health or social services,
- become more tolerant towards “difficult” clients,
- become more empathetic, even when the client shows negative feelings,
  - become more aware of their own feelings during consultations and so will be able to use them when evaluating their clients,
- allow their natural curiosity to be directed towards clients as people,
- gain insight into why some clients are considered particularly difficult or disturbing [47].

### How achievable are these expectations?

A survey was conducted in which group members were asked to describe their impressions about the Balint sessions [63], and some of the illustrating quotations are given by theses.

1. Overcoming isolation. “It's good to know other people's opinions... so one may be able to deal with the problem. After shifts in hospitals, doctors feel very isolated in the clinics where they work. No one else notices the patient. It's frightening. It's good to talk to a peer group. Everyone feels exactly the same – it is a confidence booster” [64].
2. Clinical uncertainty. “My first concern in working inde-

1. Превазилажење изолације. „Добро је знати мишљења других људи... како бисте се с тим суочили. Лекари се након рада у болницама осећају врло изоловано у амбулантама у којима раде. Нико други не види пацијента. То је застрашујуће. Добро је разговарати с вршњачком групом. Сви се осећају потпуно исто – то подиже самопоуздање” [64].

2. Клиничка неизвесност. „Моја прва брига у самосталном раду била је како ћу се медицински носити. Колико ће људи умрети јер сам пропустила дијагнозу?” [65].

3. Однос корисника услуге и терапеута (пацијента и доктора). „Схватио сам колико је то важно. Зашто људи долазе? Не само због телесних проблема. Морамо знати више о томе како су се развијали. Важно је бити отвореног ума” [54].

4. Улога водитеља групе. „Желите да нас померите од медицинског приступа нашим корисницима. Усмеравајте нас према психолошком приступу. Да погледате шта стоји иза...” [66].

5. Прихватамо пацијента као људско биће. „Сада сам много стрпљивији. Група ми је помогла у томе. Јасније ми је о чему се уопштено ради. Важно је сетити се да тамо седи човек. Не долази да нас нападне, долази по помоћ. Осећам да имам више симпатија за своје пацијенте. Понекад делује збуњујуће, али увек постоји добар разлог зашто је пацијент дошао” [61].

6. Суочавање са страховима да ће нас сматрати некомпетентним. „Знају ли они ко смо ми? (чланови групе). Они само знају да смо млади. Често се дешава да су желели да виде лекара кога већ познају” [67].

### Имају ли Балинт групе трајни ефекат?

Професионалци који су учествовали у Балинтовим групама могу се поделити на:

1. оне који су имали кратко искуство, које им се није много свидело и од којег нису имали даље користи;
2. оне који су били у групи годину или више дана и никада јој се нису вратили, али свеједно то сматрају позитивним искуством;
3. оне који су се придружили Балинт друштву и наставили да учествују у раду Балинт група када год је то било могуће током њихове каријере било као чланови, било као водитељи група, или и једно и друго.

За прве две групе нема задовољавајућих квантитативних података. Они из прве групе можда су били у неадекватно вођеној групи или је једноставно за њихов темперамент неприкладан такав облик рада. Докази о другој групи засад су само анегдоте. Ипак, ти учесници су јавно признали да су имали трајне добробити од свог младалачког искуства у Балинт групи. Трећа група, чланови Балинт друштва, очито и даље виде Балинтов рад као важан део континуираног професионалног ра-

pendently was how would I handle situations medically. How many people will die because I failed to diagnose?” [65].

3. The relationship between the service user and the therapist (patient and doctor). “I realized how important this is. Why do people come to us? Not only because of physical problems. We need to know more about their development. It is important to keep an open mind” [54].

4. The role of the group leader. “You want us to shift from the medical approach to our clients. You are directing us towards a psychological approach. To see what is behind...” [66].

5. We accept the patient as a human being. “I am much more patient now. The group helped me with that. It is clearer to me what is it all about in general. It is important to remember that there is a person sitting there. They do not come to attack us, they come to ask for help. I feel that I have more sympathy for my patients. Sometimes it seems confusing, but there is always a good reason why the patient came” [61].

6. Facing the fear of being seen as incompetent. “Do they know who we are? (group members). They only know that we are young. It often happens that they wanted to see a doctor they already know” [67].

### Do Balint groups have a lasting effect?

Professionals who have participated in Balint's groups can be divided into:

1. those who had a short experience, which they did not like much and from which they did not benefit;
2. those who attended the group for a year and more and never returned to it, but still considered it a positive experience;
3. those who joined the Balint Society and continued to participate in the work of Balint groups whenever possible during their careers either as members, or as group leaders, or both.

There is no satisfactory quantitative data for the first two groups. Those from the first group may have been in an inadequately managed group or such a form of work is simply unsuitable for their temperament. Evidence for the second group is so far only anecdotal. Still, those participants publicly acknowledged that they had sustained benefits from their experiences as young doctors in the Balint group. The third group, members of the Balint Society, clearly still see Balint's work as an important part of continuous professional development.

### Research on the effectiveness of Balint groups

In recent years, serious attempts have been made to evaluate the effectiveness of Balint groups, and there has been evidence of changes in attitudes and values among those

звоја.

### Истраживања о ефикасности Балинт група

У последњих неколико година појавили су се озбиљни покушаји да се процени ефикасност Балинт група и евидентирани су докази о промени ставова и вредности код особа које су искусиле тај процес [12]. Такође, ради се на упоређивању развоја група професионалаца који су искусили тренинг у Балинтовым групама с онима који нису [68]. Ране фазе неких од тих истраживања презентоване су на међународним Балинт конгресима [32]. Користе се и квантитативне и квалитативне методе. Резултати истраживања указују на то да су пружаоци здравствених услуга који су прошли едукацију у Балинт групама, психолошки вештији и толерантнији према корисницима и свеснији својих осећања. Показују већи степен задовољства послом, способнији су да контролишу осећај беспомоћности и мање је вероватно да ће патити од синдрома сагоревања на послу [69]. Имају холистичкији приступ, позитивнији став према психосоматским поремећајима, веће задовољство послом [22].

### Предности и ограничења

Учешће у Балинт групама током рада или студирања захтева време и посвећеност. Ако се не нађе одговарајући број учесника (у идеалном случају 8–10), група неће бити одржива. Потребно је да постоје одговарајуће обучени и искусни Балинт водитељи и сви ће морати да се обавезу на редовне састанке у периоду од најмање годину дана. У идеалном случају, група има два водитеља, а може се одржавати и с једним. Балинт група је јединствена метода чији је главни циљ да омогући члановима групе да мобилишу своју емоционалну интелигенцију у свом интересу и интересу својих корисника [70].

who have experienced the process [12]. Also, work is being done to compare the development of groups of professionals who have experienced training in Balint's groups with those who have not [68]. Early stages of some of this research have been presented at international Balint congresses [32]. Both quantitative and qualitative methods are used. The research results indicate that health service providers who have undergone training in Balint groups are more psychologically skilled and tolerant towards clients and are more aware of their feelings. They show higher levels of job satisfaction, they are more able to control feelings of helplessness and are less likely to suffer from job burnout syndrome [69]. They have a more holistic approach, a more positive attitude towards psychosomatic disorders, greater job satisfaction [22].

### Advantages and limitations

Participation in Balint groups during work or studies requires time and commitment. If an adequate number of participants is not found (ideally 8–10), the group will not be practicable. There need to be suitably trained and experienced Balint leaders and they will all need to commit to regular meetings for at least a year. Ideally, the group has two leaders, though a group meeting can be held with one. The Balint group is a unique method whose main goal is to enable group members to mobilize their emotional intelligence in their interest and the interest of their clients [70].



## Литература / References

1. Corey G. & Arambašić Lidija. *Teorija i praksa psihološkog savjetovanja i psihoterapije*. Naklada Slap; 2004.
2. Jaspers, K. *Objectivierung des Unbewusstes*, Bern: H. Huber V; 1971.
3. Laing, R.D. *The Philosophy and Politics of Psychotherapy*. New York: Pantheon; 1977.
4. Lasch, C. *The culture of narcissism*. Warner Books; 1979.
5. Bion, W. *Bion in New York and Sao Paulo*. Perthshire: Clunie Press; 1980.
6. Gross, H., Balis, G. *Psychodynamic aspects of the Doctor-Patient Relationship*, u: Zilbergelds: *The Behavioral and Social Sciences and the Practice of Medicine*, Boston: Butterworth; 1978.
7. Greenson, R. *The technique and Practise of Psychoanalysis*. London: Hogarth; 1978.
8. Scott, J. G., Cohen, D., Diccico-Bloom, B., Miller, W. L., Stange, K. C., & Crabtree, B. F. Understanding healing relationships in primary care. *Annals of family medicine*. 2008; 6(4), 315–322. <https://doi.org/10.1370/afm.860>
9. Greenspan SI. An ethical framework for educating children with special needs and all children. *Nurturing Children and Families*. 2010;121–31. . <https://doi.org/10.1002/9781444324617.ch11>
10. Freudenberger, H. J. Staff burnout. *Journal of social issues*. 1974;30(1), 159-165.
11. Vulević, G., Despotović, T., Jovanović-Dunjić, I., Mitić, M., & Karleuša, M. *Pomoć pomagačima: priručnik za profesionalce*. Beograd: Save the Children UK. Harfa; 2002.
12. Airagnes, G., Consoli, S. M., De Morlhon, O., Galliot, A. M., Lemogne, C., & Jaury, P. Appropriate training based on Balint groups can improve the empathic abilities of medical students: a preliminary study. *Journal of psychosomatic research*. 2014;76(5), 426–429. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.03.005>
13. de Paiva, L. C., Canário, A. C. G., de Paiva China, E. L. C., & Gonçalves, A. K. Burnout syndrome in health-care professionals in a university hospital. *Clinics (Sao Paulo, Brazil)*. 2017; 72(5), 305–309. [https://doi.org/10.6061/clinics/2017\(05\)08](https://doi.org/10.6061/clinics/2017(05)08)
14. Yuguero, O., Marsal, J. R., Esquerda, M., & Soler-González, J. Occupational burnout and empathy influence blood pressure control in primary care physicians. *BMC family practice*. 2017;18(1), 63. <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0634-0>
15. Gaertner, H. *Okiem medyka*, u: M. Magdon, *Wspolodczuwanie w medycynie*, Universitas Krakow; 2002.
16. Fairhurst, K., & May, C. What general practitioners find satisfying in their work: implications for health care system reform. *Annals of family medicine*. 2006;4(6), 500–505. <https://doi.org/10.1370/afm.565>
17. Polak, K. *Concordance in Medical Consultations: A Critical Review*. Radcliffe Publishing; 2005. ISBN 10: 1857758412
18. Kjeldmand, D., Holmström, I., & Rosenqvist, U. Balint training makes GPs thrive better in their job. *Patient education and counseling*. 2004;55(2), 230–235. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2003.09.009>
19. Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. Job burnout. *Annual review of psychology*. 2001;52, 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
20. Sibbald, B., & Young, R. Job stress and mental health of GPs. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*. 2000;50(461), 1007–1008.
21. Bodenheimer T. Primary care--will it survive?. *The New England journal of medicine*. 2006;355(9), 861–864. <https://doi.org/10.1056/NEJMp068155>
22. Kjeldmand, D., & Holmström, I. Balint groups as a means to increase job satisfaction and prevent burnout among general practitioners. *Annals of family medicine*. 2008;6(2), 138–145. <https://doi.org/10.1370/afm.813>
23. Dokter, H. J., Duivenvoorden, H. J., & Verhage, F. Changes in the attitude of general practitioners as a result of participation in a Balint group. *Family practice*. 1986;3(3), 155–163. <https://doi.org/10.1093/fampra/3.3.155>
24. Cataldo, K. P., Peeden, K., Geesey, M. E., & Dickerson, L. Association between Balint training and physician empathy and work satisfaction. *Family medicine*. 2005;37(5), 328–331.

25. Scheingold L. A Balint seminar in the family practice residency setting. *The Journal of family practice*. 1980;10(2), 267–270.
26. Samuel, O. Aims and objectives and Balint training. *Journal of the Balint Society*. 1987; 15: 23–25.
27. Samuel O. How doctors learn in a Balint group. *Family practice*. 1989;6(2), 108–113. <https://doi.org/10.1093/famp/6.2.108>
28. Salinsky, J.V., Sackin, P., & Southgate, D.L. *What are You Feeling Doctor? Identifying and Avoiding Defensive Patterns in the Consultation*. London: CRS Press; 2000.
29. Maoz, B. Balint groups as a way to prevent burn-out in physicians: Proceedings of the 13th International Balint Congress, Berlin, Germany; 2003.
30. Elder A. The GP surgery as a secure base? patterns of attachment in primary care. *Psychodynamic Practice*. 2009;15(1):57–70. <https://doi.org/10.1080/14753630802614408>
31. Šapić, R., Đurđević, S. Balint metoda kao način sprečavanja „burn out“ sindroma kod stručnjaka koji rade sa dementnim korisnicima na rezidencijalnom smeštaju. u: *Zbornik radova Međunarodne konferencije ALOS 19*; 2019.
32. Stojanovic-Tasic, M., Latas, M., Milosevic, N., Artonovic Pribakovic, J., Ljusic, D., Sagic, R., Vucurevic, M., Trajkovic, G., & Grgurevic, A. Is Balint training associated with the reduced burnout among primary health care doctors?. *The Libyan journal of medicine*. 2018;13(1), 1440123. <https://doi.org/10.1080/19932820.2018.1440123>
33. Sandberg, J. *Undersanding the basics for competence development*, u: Velde, Christine. *International perspectives on competence in the workplace: research, policy, and practice*. Dordrecht London: Kluwer Academic Publishers; 2001. <http://www.loc.gov/catdir/enhancements/fy0821/00051444-t.html>
34. Johnson, A. H., Nease, D. E., Jr, Milberg, L. C., & Addison, R. B. Essential characteristics of effective Balint group leadership. *Family medicine*. 2004;36(4), 253–259.
35. van Gelder, M., van Veldhoven, M., & van de Voorde, K. Wellbeing in line managers during mandatory working from home: How work and personal factors combine. *Frontiers in psychology*. 2022;13:1041902. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1041902>
36. Pennebaker J. W. *Opening up: the healing power of expressing emotions*. Guildford Press; 1997. Retrieved March 9 2023 from: <https://archive.org/details/openinguphealing00penn>
37. Adams, K. E., O'Reilly, M., Romm, J., & James, K. Effect of Balint training on resident professionalism. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2006;195(5), 1431–1437. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2006.07.042>
38. Graham, S., Gask, L., Swift, G., & Evans, M.. Balint-style case discussion groups in psychiatric training: an evaluation. *Academic psychiatry: the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*. 2009;33(3), 198–203. <https://doi.org/10.1176/appi.ap.33.3.198>
39. Balint M. The structure of the training-cum-research-seminars. Its implications for medicine. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*. 1969;17(81), 201–211.
40. Johnson, A. H., Brock, C. D., & Zacarias, A. The legacy of Michael Balint. *International journal of psychiatry in medicine*. 2014;47(3), 175–192. <https://doi.org/10.2190/PM.47.3.a>
41. Wasilewski, B. W. *Szkolenie psychoterapeutow – Grupy Balinta, Psychoterapia. Integracja*. Warszawa: ENETEIA. 2010;317–338.
42. Schwartzhoffer, V. R. *Psychology of Burnout: Predictors and Coping Mechanisms*. Nova Science Publishers Incorporated; 2011. ISBN 1608760103, 9781608760107.
43. Lambie, G.W. Burnout Prevention: A Humanistic Perspective and Structured Group Supervision Activity. *The Journal of Humanistic Counseling Education and Development*. 2006; 45, 32-44. <https://doi.org/10.1002/j.2161-1939.2006.tb00003.x>
44. Elder A. Balint group leadership: Conceptual foundations and a framework for leadership development?. *International journal of psychiatry in medicine*. 2017;52(4-6), 355–365. <https://doi.org/10.1177/0091217417738939>

45. Balint, M. *The doctor, his patient and the illness*. 2nd edition. London: Pitman Medical Publishing Co Ltd; 1964.
46. Ghatti, C., Chang, J., & Gosman, G. Burnout, psychological skills, and empathy: balint training in obstetrics and gynecology residents. *Journal of graduate medical education*. 2009;1(2), 231–235. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-09-00049.1>
47. Mahoney, D., Diaz, V., Thiedke, C., Mallin, K., Brock, C., Freedy, J., & Johnson, A. Balint groups: the nuts and bolts of making better doctors. *International journal of psychiatry in medicine*. 2013;45(4), 401–411. <https://doi.org/10.2190/PM.45.4.j>
48. Brock, C. D., & Johnson, A. H. Balint group observations: the white knight and other heroic physicia roles. *Family medicine*. 1999;31(6), 404–408.
49. Hellín T. The physician-patient relationship: recent developments and changes. *Haemophilia: the official journal of the World Federation of Hemophilia*. 2002;8(3), 450–454. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2516.2002.00636.x>
50. Vulević, G. *Razvojna psihopatologija*. Beograd: Akademska knjiga; 2016.
51. Balint, M. *The Basic Fault: Therapeutic Aspects of Regression*. London: Tavistock; 1968.
52. Balint, M., Balint, E., Gosling, R. and Hildebrand, P. *A study of doctors: Mutual selection and the evaluation of results in a training programme for family doctors*. London: Tavistock Publications; 1966.
53. Kalof, L., & Fitzgerald, A. Reading the trophy: exploring the display of dead animals in hunting magazines, *Visual Studies*. 2003;18:2, 112-122. <https://doi.org/10.1080/14725860310001631985>
54. Borrell-Carrió, F., & Epstein, R. M. Preventing errors in clinical practice: a call for self-awareness. *Annals of family medicine*. 2004;2(4),310–316. <https://doi.org/10.1370/afm.80>
55. Elder, A. Enid Balint's contribution to general practice. *Psychoanal Psychother*. 1996;10(2):101-8.
56. Kjeldmand, D., & Holmström, I. Difficulties in Balint groups: a qualitative study of leaders' experiences. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*. 2010;60(580), 808–814. <https://doi.org/10.3399/bjgp10X532585>
57. Edwards, N., Kornacki, M. J., & Silversin, J. Unhappy doctors: what are the causes and what can be done?. *BMJ (Clinical research ed.)*. 2002;324(7341), 835–838. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7341.835>
58. Shorer, Y., Rabin, S., Zlotnik, M., Cohen, N., Nadav, M., & Shiber, A. *Harefuah*. 2016;155(2), 115–130.
59. Hojat, M., Mangione, S., Gonnella, J. S., Nasca, T., Veloski, J. J., & Kane, G. Empathy in medical education and patient care. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*. 2001;76(7), 669. <https://doi.org/10.1097/00001888-200107000-00001>
60. Johnson, A. H., Brock, C. D., & Zacarias, A. The legacy of Michael Balint. *International journal of psychiatry in medicine*. 2014;47(3), 175–192. <https://doi.org/10.2190/PM.47.3.a>
61. Salinsky J. The Balint movement worldwide: present state and future outlook: a brief history of Balint around the world. *American journal of psychoanalysis*. 2002;62(4), 327–335. <https://doi.org/10.1023/a:1021188731808>
62. Kulenović, M., & Blazeković-Milaković, S. Balint groups as a driving force of ego development. *Collegium antropologicum*. 2000; 24 Suppl 1, 103–108.
63. Otten, H. Balint work in Germany. *Journal of the Balint Society*. 1998;26: 16–19.
64. Wilson H. Challenges in the doctor-patient relationship: 12 tips for more effective peer group discussion. *Journal of primary health care*. 2015;7(3), 260–263.
65. Sajjadi, S., Norena, M., Wong, H., & Dodek, P. Moral distress and burnout in internal medicine residents. *Canadian medical education journal*. 2017;8(1), e36–e43.
66. Lichtenstein, A. Parenting and Balint leadership: raising emotionally intelligent doctors. In: 18th International Balint Congress; Heidelberg, Germany; 2013.

67. Pinder, R., McKee, A., Sackin, P., Salinsky, J., Samuel, O., & Suckling, H. Talking about my patient: the Balint approach in GP education. Occasional paper (Royal College of General Practitioners). 2006;(87), 1–32.
68. Bar-Sela, G., Lulav-Grinwald, D., & Mitnik, I. “Balint group” meetings for oncology residents as a tool to improve therapeutic communication skills and reduce burnout level. Journal of cancer education: the official journal of the American Association for Cancer Education. 2012;27(4), 786–789. <https://doi.org/10.1007/s13187-012-0407-3>
69. Mandel, A. and Kjelman, D. Papers delivered at 12th International Balint Congress; Portoroz, Slovenia; 2001.
70. Cataldo, K. P., Peeden, K., Geesey, M. E., & Dickerson, L. Association between Balint training and physician empathy and work satisfaction. Family medicine. 2005; 37(5), 328–331.



### Кореспонденција / Correspondence

Роса Шапић - Rosa Šapić  
[sapicdr@gmail.com](mailto:sapicdr@gmail.com)