

20. Marcus R, Imrie K, Belch A i sur. An international multi-centre, randomized, open-label, phase III trial comparing rituximab added to CVP chemotherapy alone in untreated stage III/IV follicular lymphoma. *Blood* 2003;102(suppl) 28a (abstr 87).
21. Economopoulos T, Fountzilas G, Pavlidis N i sur. Rituximab in combination with CNOP chemotherapy in patients with previously untreated indolent non-Hodgkin's lymphoma. *The Hematology Journal* 2003;4:110-5.
22. Demidem A, Lam T, Alas S i sur. Chimeric anti-CD20 antibody sensitizes a B-cell lymphoma cell line to cell killing by cytotoxic drugs. *Cancer Biother Radiopharm* 1997;12:177-86.
23. Di Gaetano N, Xiao Y, Erba E i sur. Synergism between fludarabine and rituximab revealed in a follicular lymphoma cell line resistant to the cytotoxic activity of either drug alone. *Br J Haematol* 2001;114:800-9.
24. Huhn D, von Shilling C, Wilhelm M i sur. Rituximab therapy of patients with B-cell chronic lymphocytic leukemia. *Blood*. 2001;98:1326-31.
25. Ginaldi L, De Martinis M, Matules E i sur. Levels of expression of CD19 and CD20 in chronic B-cell leukemias. *J Clin Path* 1998;51:364-9.
26. Voso MT, Pantel G, Weis M i sur. In vivo depletion of B cells using a combination of high-dose cytosine arabinoside/mitoxantrone and rituximab for autografting in patients with non-Hodgkin's lymphoma. *Br J Haematol* 2000;109:729-35.
27. Schoutern HC, Kvaloy S, Sydes M i sur. The CUP trial: a randomized study analyzing the efficacy of high dose therapy and purging in low-grade non-Hodgkin's lymphoma (NHL). *Ann Oncol* 2000;11(Suppl 1):91-4.
28. Dreyling MH, Forstpointer R, Repp R i sur. Combined immuno-chemotherapy (R-FCM) results in superior remission and survival rates in recurrent follicular and mantle-cell lymphoma – final results of a prospective randomized trial of the German low grade lymphoma group (GSLG). *Blood* 2003;102(suppl) 103a (abstr 351).
29. Byrd JC, Murphy T, Howard RS i sur. Rituximab using a thrice weekly dosing schedule in B-cell chronic lymphocytic leukemia and small lymphocytic lymphoma demonstrates clinical activity and acceptable toxicity. *J Clin Oncol* 2001;19:2153-564.
30. O'Brien SM, Kantarjian H, Thomas Da i sur. Rituximab dose-escalation trial in chronic lymphocytic leukemia. *J Clin Oncol* 2001;19:2165-70.
31. National Institute for Clinical excellence (NICE). Final appraisal determination 2003. [<http://www.nice.org.uk/Docref.asp?d=81224>].

BALINTOVA GRUPA – POMOĆ U RADU LIJEČNIKA OBITELJSKE MEDICINE

BALINT GROUP – AID TO GENERAL PRACTITIONER

RAJKA ŠIMUNOVIĆ, VEDRAN BILIĆ, SUZANA KUMBRIJA, SANJA BLAŽEKOVIĆ-MILAKOVIĆ*

Deskriptori: Obiteljska medicina; Psihoanalitička terapija; Odnosi liječnik-bolesnik

Sažetak. Profesionalna edukacija liječnika obiteljske medicine uglavnom je usmjerena na biomedicinske aspekte liječenja somatskih bolesti, dok su psihološke sastavnice somatskih bolesti, kao i odnosa liječnik – pacijent većim dijelom zanemarene. Liječnik obiteljske medicine izložen je u procesu liječenja svakodnevno značajnim frustracijama u odnosima s pacijentima. Dio tih frustracija proizlazi iz neprepoznatih i zanemarenih psiholoških i emocionalnih aspekata somatskih bolesti koje se manifestiraju u odnosu liječnik – pacijent. Cilj ovog rada je pokazati da Balintova grupa može povećati profesionalnu sposobnost i zadovoljstvo liječnika obiteljske medicine, učeći ga kako prepoznati psihološke potrebe i probleme koje su sastavni dio somatskih bolesti, a isto tako i odnosa liječnik – pacijent.

Descriptors: Family practice; Psychoanalytic therapy; Physician-patient relations

Summary. Professional education of general practitioner is mainly focused on biomedical aspects of treating somatic diseases, while psychological components of somatic diseases, as well as doctor-patient relationship, are generally neglected. General practitioner is in healing process daily exposed to considerable frustrations in relationships with patients. Some frustrations stem from unrecognized and neglected psychological and emotional aspects of somatic diseases which manifest in the doctor-patient relationship. The aim of this work is to show that Balint group can enhance general practitioner's professional capability, as well as his professional satisfaction, teaching him how to recognize psychological needs and problems which are integral part of somatic diseases and doctor-patient relationship as well.

Liječ Vjesn 2004;126:311-313

Spoznaje psihosomatske medicine, medicinske psihologije, psihoanalize i liaison psihijatrije nedvojbeno upućuju na nedjeljivost some i psihe, odnosno na povezanost organskih bolesti s psihom i emocijama. Te su spoznaje nedovoljno integrirane u današnju biomedicinsku edukaciju koja ima krajnji cilj osposobiti liječnika za samostalan praktični rad s pacijentima.

Liječnik obiteljske medicine tijekom svoje stručne edukacije usvaja mnoga znanja o biomedicinskim aspektima liječenja somatskih bolesti. Međutim, u svakodnevnom radu s pacijentima nisu rijetke situacije u kojima je izložen značajnim frustracijama, iako ih s biomedicinskoga gledišta besprijekorno liječi.

Istraživanja provedena u SAD-u potvrđuju kako stresan posao i zanemarivanje sebe može imati tragične posljedice za liječnike. Broj samoubojstava među liječnicima dva puta je

veći nego u prosječnoj populaciji. Česti su depresija, alkoholizam i droga, kao i bračni problemi.¹

Tijekom pedesetih godina dvadesetog stoljeća Michael i Enid Balint² osnivaju Balintove grupe u kojima liječnici obiteljske medicine raspravljaju o svojim profesionalnim teškoćama. U tim se grupama biomedicinski pristup liječenju nasto-

* **Ordinacija opće medicine, Požega** (Rajka Šimunović, dr. med.), **Klinika za psihološku medicinu KBC-a Zagreb** (Vedran Bilić, dr. med.), **Ordinacija opće medicine, Zagreb** (Suzana Kumbrija, dr. med.), **Katedra za obiteljsku medicinu Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, ŠNZ »A. Štampar«** (Sanja Blažeković-Milaković, dr. med.)

Adresa za dopisivanje: Dr. R. Šimunović, Ordinacija opće medicine, Antuna Kanižilića 12, 34000 Požega

Primljeno 10. siječnja 2003., prihvaćeno 29. prosinca 2004.

jao obogatiti empatijom za pacijentove emocionalne potrebe. Glavna okupacija grupa bila je rasprava slučajeva. Cilj sastanka bio je omogućiti liječnicima bolje razumijevanje pacijenata i njihovih skrivenih potreba iznesenih u traženju pomoći od liječnika. U raspravama se pokušavala sagledati osobnost pacijenta i njegov stav prema bolesti.^{3,4} Balintova metoda rada na taj je način proširila primjenljivost analitičkog razumijevanja izvan područja psihoanalize i psihoanalitičke psihoterapije.^{5,6}

Do danas je cilj Balintovih grupa ostao u biti isti. Sudjelovanje u Balintovim grupama liječnicima obiteljske medicine s jedne strane omogućava svladavanje značajnih otpora u prihvaćanju novih, proširenih i 'dubljih' spoznaja, koje upućuju na ulogu psiholoških čimbenika u etiologiji, prevenciji, liječenju i rehabilitaciji somatskih bolesti, a s druge im omogućava prevladavanje stresa u liječničkoj profesiji.^{7,8}

'Teški' pacijenti su oni koji kod liječnika izazivaju negativne osjećaje. Negativne emocionalne reakcije liječnika, na primjer nelagoda i nezadovoljstvo značajno otežavaju održavanje dobrog međusobnog odnosa liječnika i pacijenta, kao i njihovu komunikaciju.^{9,10} Problemi koji se javljaju u teškim odnosima često iziskuju najhitnije rješavanje i zahtijevaju da se o njima govori, jer u suprotnom dovode do međusobnog otuđenja pacijenta i liječnika, što pogoduje produbljivanju bolesti kod pacijenta i povećanoj nelagodnosti i nezadovoljstvu kod liječnika.¹¹⁻¹³

Balintova grupa osigurava najprimjerenije okruženje za rješavanje takvih problema. U Balintovim grupama diskusija je usmjerena na odnos liječnik – pacijent, a ne analizira se osobnost liječnika.^{14,15}

Prva uloga voditelja Balintove grupe je stvaranje ozračja povjerenja, u kojem se sudionici osjećaju prihvaćeno i sigurno. Osim toga, on uspostavlja i održava grupne norme i usmjerava grupu prema izvršavanju grupnog zadatka, a to je rasprava o odnosu između liječnika i pacijenta. U svemu tome ima i njeguje svoj osobni stil.¹⁶

Edukacija za voditelja Balintovih grupa u Hrvatskoj sastoji se od kontinuiranog treninga u Balintovim grupama u trajanju od pet godina, sudjelovanja na najmanje tri međunarodne škole Balintove metode u okviru IUC-a Dubrovnik, temeljnih teorijskih znanja iz psihologije, opće psihologije i psihodinamike, kao i od dvije stotine sati supervizija vlastitih Balintovih grupa od strane edukatora Balintove metode.

Na seansi Balintove grupe jedan sudionik dobrovoljno ispriča svoj problem s pacijentom, objasni neke pojedinosti slučaja kolegama, a zatim je isključen iz diskusije. Tada kolege iznose svoja razmišljanja, ali i emocionalne odgovore na predstavljene problem, često stvarajući nove vidike i rješenja problema. Nakon diskusije, sudionik koji je ispričao problem ponovno se uključuje u razgovor.¹⁷

Period 'isključenosti' iz aktivne diskusije važan je sastavni dio Balintove grupe, jer potiče razvoj vještine slušanja i razumijevanja drugih, bez nametanja svog mišljenja, što je dragocjeno u radu s pacijentima.

Primjeri problema izneseni u Balintovoj grupi:

Primjer I:

U ambulantu preko reda (iako postoji sustav dogovaranja pregleda) ulazi 40-godišnja pacijentica, koja se ovdje liječi 18 godina. Pacijentica rijetko dolazi, i to uglavnom zbog akutnih respiratornih infekcija. Pacijentica pruža nalaz kolege koji radi u susjednoj ambulanti, specijalista dermatologije, kojemu je otišla bez dogovora s liječnicom. Bez obrazloženja svojih tegoba zahtijeva da joj liječnica hitno napiše od kolege preporučene lijekove, jer ima alergijski osip na koži natkoljenica koji joj se često javlja. Liječnica upozori pacijenticu da je ušla preko reda. Osim toga, ne želi joj napisati preporučene recepte, jer odlazak drugom liječniku nije s njom dogovoren. Preporučuje paci-

jentici da svoj karton prenese kolegi, jer se njemu prvomu obratila. U tome se trenutku bolesnica rasplače. Tada je liječnica pokušava umiriti i pita je o razlogu odlaska kolegi na pregled. Bolesnica kao razlog, plačući i dalje, navodi sitan osip po natkoljenicama uz koji ima lagan svrbež i objašnjava da je doktor kojemu se javila specijalist za kožne bolesti. Nakon toga je liječnica pregleda i propisuje joj terapiju po svom mišljenju. Bolesnica odlazi brišući suze. Nekoliko sati kasnije iz cvjećarnice donose veliki buket s potpisanim pisamcem u kojem piše: »Nadam se da smo izgledili nespornost.« Doktorica osjeća nezadovoljstvo i slučaj iznosi kao problem u Balintovoj grupi.

U grupi se javljaju pitanja: Zašto je liječnica bolesnici ponudila karton, koliko često susreće takve bolesnike u svom radu, kako inače rješava »teške« pacijente?

Članovi grupe raspravljaju o vlastitim osjećajima koji su potaknuti iznesenim slučajem i situacijama iz vlastite prakse koje su imali sa svojim pacijentima. Neki od članova grupe bi u takvoj situaciji upozorili pacijenticu da je prekršila pravila ponašanja u ambulanti, ali bi ipak napisali zatražene recepte. Drugi bi pacijenticu upozorili da ubuduće prvo dođe njima na pregled, pregledali bi je i zatim bi joj i oni propisali preporučenu terapiju. Neki bi odmah napisali recepte. Tijekom rasprave otvoren je i problem odnosa liječnika opće medicine sa specijalistom i problem timskog rada u zdravstvu, što je česta tema u Balintovoj grupi.

Nakon iscrpnog razmatranja vlastitih reakcija u sličnim situacijama poremećenog odnosa bolesnik – liječnik, voditelj je liječnicu koja je navela problem ponovno priključio raspravi i zamolio za njezin komentar onoga što je čula u grupi. Liječnica navodi da je uvidjela neprikladnost svoje reakcije i prepoznala vlastitu ljutnju, uvidjela je da svojom impulzivnom reakcijom nije riješila ni svoj ni pacijentičin problem. Shvatila je da se pacijentica osjetila »nevoljena« od nje te je zato otišla kolegi. Prepoznala je poruku pacijentice cvijećem umjesto riječima da ipak želi nju kao svog izabranoga liječnika.

Primjer II:

U ambulantu svaki tjedan dolazi 55 godišnja pacijentica. Ona se jednom tuži na glavobolju i traži obradu, a nakon završene obrade dolazi zbog boli u trbuhu, zatim grlu i tako dalje. Kako svi nalazi i sve pretrage isključuju organsku bolest, pacijentica svaki put iz ambulante odlazi nezadovoljna, a liječnica osjeća nelagodu i ljutnju.

Ta je pacijentica počela češće dolaziti u ambulantu nakon umirovljenja, od kada joj se pojavljuju i tegobe. Umirovljena je početkom rata kao višak radne snage, a u isto vrijeme njezin sin jedinac odlazi živjeti u Njemačku. Pacijentica je do tada, nakon suprugove smrti, nekoliko godina živjela sama sa sinom. Sad živi skromno i usamljeno, a povremeno posjećuje sestru koja stanuje u blizini. Za svoj privatni život kaže da je u redu, da je zadovoljna i ne želi dalje o tome razgovarati, već se uvijek vraća na svoje somatske tegobe. Liječnica se kod svakog dolaska ove pacijentice osjeća neugodno, ne zna što dalje poduzeti te problem iznosi u Balintovoj grupi.

Članovi grupe usmjeravaju pozornost na pacijentičine psihološke probleme vezane uz brojne gubitke koje je proživjela. Govore kako bi pokušali uspostaviti bolji, bliskiji odnos s pacijenticom. Predlažu da liječnica s pacijenticom pažljivo pregleda njezine nalaze, upozori je da su uredni i pokuša je bez ljutnje potaknuti na razmišljanje o uzrocima tegoba i mogućem rješenju. Pojedini kolege navode da su slične pacijente pozivali svaki tjedan na razgovor, umjesto da im dopuste da dolaze kada hoće. U tim slučajevima, kad se uvjerio da liječnik ima vremena za njega, pacijent bi ubrzo počeo iznositi svoje psihološke tegobe, a somatske tegobe i pritužbe postajale su sve

rjeđe. Neki kažu da bi takvu pacijenticu uputili psihijatru, no dotična pacijentica je to izričito odbila. Liječnica prepoznaje da ju pacijentica ljuti, da prema njoj osjeća agresiju i otpor.

Slučaj je praćen u sljedećim seansama Balintove grupe. Liječnica se u ponovnim susretima s pacijenticom osjeća opuštenije i lakše s njom uspostavlja komunikaciju. Ljutnja i krivnja su nestale kad je prihvatila činjenicu da nije u stanju ukloniti sve pacijentične simptome i tegobe. Liječnica također primjećuje da se njezin odnos i razumijevanje drugih pacijenata, s kojima je ranije dolazila u sukob, poboljšao a iz ambulante odlazi zadovoljnija i smirenija.

Rasprava

Ponovljeni dolasci pacijenata koji se ne ponašaju kako to liječnik očekuje, na primjer, ne drže se dogovora ili ne pokazuju poboljšanje izvor su frustracija, što je bilo vidljivo i u prikazanom radu Balintove grupe. Takvi su pacijenti teški, jer kod liječnika izazivaju negativne reakcije, kao što su bespomoćnost, povrijeđenost, bijes, agresija, mržnja, tjeskoba, strah, povlačenje itd.

Liječnik koji u svom radu ne obraća pozornost na psihološko i emocionalno i (kao ni pacijent) nije u dovoljnoj mjeri svjestan činjenice da su psihološke komponente sastavni dio somatskih bolesti, tjelesnih simptoma i međuljudskih odnosa, izložen je značajnim frustracijama.

Bez sagledavanja psihološke podloge zahtjeva koje postavlja pacijent obolio od somatske bolesti i svog odnosa s pacijentom, lako se izgubiti na primjer u beskonačnim somatskim pretragama koje rezultiraju obostranim nezadovoljstvom pacijenta i liječnika.

'Apostolska uloga'¹⁸ liječnika također predstavlja veliko psihološko opterećenje, jer potiče nezdravi narcizam i liječnika gura preko njegovih realnih granica i okvira liječenja. Liječnik tada ne doživljava svog pacijenta kao jednako vrijednog suradnika u procesu liječenja, nego osjeća kako je sva odgovornost za liječenje na njemu. Narcizam opterećuje nesvjesnom prisilom da se uvijek mora sve najbolje znati, uspješno izliječiti svaku bolest, učiniti sve za pacijenta i riješiti svaki pacijentov problem. S druge strane, od pacijenta se očekuje da ima ulogu poslušnog izvršitelja liječnikovih uputa. U takvom odnosu je teško razumjeti koji pacijentovi zahtjevi su realne prirode, a koji proizlaze iz njegovih regresivnih emocionalnih i psiholoških potreba. Liječniku obuzetom 'apostolskom ulogom' također je teško prihvatiti pomoć i suradnju drugih kolega u liječenju.

Balintova grupa je u opisanim primjerima liječnici omogućila uspostavljanje boljih odnosa s pacijentima i kolegama. Na primjer, u Balintovoj grupi je u periodima 'isključenosti' iz diskusije vježbala slušanje i razumijevanje. Također je vidjela kako se isti problem može sagledavati na puno različitih načina te je spoznala da u liječenju često nema jednoznačnog idealnog rješenja.

Kasnije je s pacijentima lakše uspostavljala pozitivan odnos, jer ih je bolje razumjela. Umjesto 'apostolske uloge' i uloge svemoćnog liječnika, više je vremena posvećivala razgovoru s pacijentima. Slušanjem pacijenata postepeno je razvila empatiju za psihološku i emocionalnu podlogu njihovih zahtjeva i žalbi.¹⁹ Tako je pridonosila boljem i ugodnijem ozračju liječenja, a dobar odnos s pacijentom pomaže liječniku u izboru najprikladnije terapije.

Zaključak

Balintova grupa poboljšava skrb o pacijentima, kao i zadovoljstvo liječnika svojim poslom, odnosima i samim sobom. Rad u Balintovoj grupi obogaćuje biomedicinski model liječenja povećavanjem empatije za psihološke sastavnice somatskih bolesti i odnosa liječnik – pacijent.

LITERATURA

1. Miller NM, McGowen R. The Painful Truth: Physicians are not invincible. *South Med J* 2000;11(10):75–8.
2. Balint M. The Doctor, His Patient, and the Illness. New York, NY: International University Press; 1972.
3. Horder J. The first Balint group. *BMJ*; December 2001;1038–9.
4. Harper Hart H. The Psychological Formation of the Doctor. *Beginning from Michael Balint. Psychoanal Q* 1973;42:467.
5. Balint M, Balint A. On transference and counter-transference. *Int. J. Psychoanal*; 1939;20:223–30.
6. Balint M. The Basic Fault: Therapeutic Aspects of Regression. London: Tavistock, 1968.
7. Balint E. Before I Was I. Edited by Juliet Mitchell and Parsons. London: Free Association, 1993.
8. Walker EA, Unutzer J, Katon WJ. Understanding and caring for the distressed patient with multiple medic unexplained symptoms. *J Am Board Fam Pract* 1998;11(5):347–56.
9. Anderson R. The cry for help and professional response. *Int. R. Psychoanal* 1984;11:240–2.
10. Hass LJ, Sanyer ON, White GL. Caring for the Frustrating Patient. *Clinician Reviews* 2001;11(10):75–8.
11. Hahn SR, Thompson KS, Wills TA i sur. The difficult doctor-patient relationship: somatization, personality and psychopathology. *J Clin Epidemiol*. 1994;47:647–57.
12. Owens H. The difficult patient: medical and legal approaches. *Can Fam Physician* 1989;35:1797–802.
13. Simon JR, Dwyer J, Goldfrank LR. Difficult patients; *Emergency Clinics of North America* 1999;17(2):353–70.
14. Clarke D, Coleman J. Balint groups. Examining the doctor-patient relationship. *Aust Fam Physician*. 2002;31(1):41–4.
15. Ferrer R. The physician-patient relation through a Balint group. *Aten Primaria*. 1993 Oct 31;12(7):386–8,390–2.
16. Jonson AH, Nease DE, Milberg L, Addison RB. Essential Characteristics of effective Balint Group Leaders. Thirteenth international Balint Congress Berlin. 2003;152–9.
17. Kulenovic M, Blazekovic-Milakovic S. Balint groups as driving force of ego development. *Coll. Antropol* 2000;24 Suppl 1:103–8.
18. Brock CD, Johnson AH. Balint group observations: the white knight and other heroic physician roles. *Fam Med* 1999;31(6):404–8.
19. Brock CD, Salinsky JV. Empathy: an essential skill for understanding the physician-patient relationship in clinical practice. *Fam Med*. 1993;25(4):245–8.