# I GRUPPI BALINT: PRENDERSI CURA DI CHI CURA [[1]](#footnote-1)

#### Mario Perini

I Gruppi Balint sono un metodo consolidato di formazione del medico che ha lo scopo di aiutarlo a comprendere in profondità la natura e le vicissitudini della relazione di cura e a migliorare la comunicazione con il paziente e con il suo entourage, utilizzandola a scopo terapeutico, per gestire i conflitti e ridurre lo stress professionale.

L’ideatore di questo metodo, *Michael Balint*, nato a Budapest nel 1896, di origine ebraica, era figlio di un medico di famiglia e divenne poi medico egli stesso. Contrariamente ai desideri paterni, aveva mutato il proprio cognome da Bergsmann a quello meno connotato di Balint, e aveva abbandonato il giudaismo. Collaborando con il padre fin da giovane, egli ebbe modo di osservare attentamente i pazienti e la natura della relazione di cura. Nel 1914 iniziò il proprio tirocinio medico all’Università di Budapest, ma dovette interromperlo perché fu chiamato alle armi durante la Prima Guerra Mondiale. Fu inviato a combattere sul fronte russo, e in seguito anche in Italia. Essendo rimasto ferito venne rimandato a casa, poté riprendere gli studi, sposò Alice Székely-Kovàcs e nel 1920 conseguì la laurea in medicina.

Ma intanto nel 1919 era crollata l’effimera Repubblica sovietica ungherese di Béla Kun e con la restaurazione autoritaria di Horthy, il cosiddetto Terrore Bianco e l’ondata di antisemitismo che colpì il Paese nel 1920 Michael e Alice furono costretti ad emigrare a Berlino, dove egli trovò un impiego presso il laboratorio di biochimica diretto da Otto Heinrich Warburg, che avrebbe poi vinto il premio Nobel per la Medicina. Tuttavia già da qualche tempo stava emergendo in lui un particolare interesse per la psicoanalisi, stimolato da Alice: dietro suo suggerimento Balint aveva letto i “Tre Saggi sulla Teoria della Sessualità” e “Totem e Tabù” di Freud, ed era andato ad ascoltarlo già nel 1918 in occasione di una conferenza.

A Berlino i Balint iniziarono il training analitico con Hanns Sachs, mentre Michael si divideva tra un dottorato in biochimica e un lavoro part-time all’Istituto di Psicoanalisi. Dopo aver conseguito il dottorato rientrò a Budapest nel 1924, completò la propria analisi didattica con Sandor Ferenczi nel 1926, e fu uno dei suoi allievi più brillanti. Fino alla morte di quest’ultimo, egli fece parte del suo più stretto milieu professionale.

A Budapest Balint lavorò per qualche tempo come assistente alla Clinica di Medicina Interna dell’Università, affiancando il lavoro medico a quello psicoanalitico. Nel 1925, iniziò a pubblicare lavori di psicoanalisi e l’anno seguente divenne membro della Società Psicoanalitica Ungherese, assumendo ben presto funzioni di training. Nel 1930 partecipò alla fondazione, presso la stessa Società, di un centro psicoanalitico di consultazione per pazienti ambulatoriali, del quale fu vicedirettore dal 1931 al 1933, per assumerne poi la direzione alla morte di Ferenczi.

In questo centro organizzò per la prima volta incontri e seminari per medici di medicina generale, allo scopo di integrare nella medicina una prospettiva psicoterapeutica. Queste riunioni furono anticipatrici dei gruppi di casework che Balint avrebbe poi creato a Londra.

Durante questo periodo, i suoi interessi nell’ambito della psicoanalisi erano focalizzati - anticipando alcuni futuri sviluppi - sulla sessualità e sulla vita amorosa, sulle relazioni d’oggetto, sulla regressione e sull’intersoggettività nel trattamento psicoanalitico[[2]](#footnote-2).

A Budapest Balint svolse la professione di analista fino al 1939, poi nuovamente lasciò l’Ungheria per sfuggire alle persecuzioni razziali e si rifugiò in Inghilterra, a Manchester, con la moglie ed il figlio Janos. Rimasto vedovo pochi mesi dopo per la morte improvvisa di Alice, nel 1945 si era poi trasferito a Londra e nel 1948, ottenuta la cittadinanza britannica, era entrato a far parte dello staff della Tavistock Clinic, dove aveva conosciuto l’assistente sociale Enid Flora Eicholz, che in seguito avrebbe sposato. Con Enid organizzò a partire dai primi anni ’50 un primo ciclo di seminari di formazione e ricerca per assistenti sociali, ai quali fecero seguito negli anni successivi degli analoghi seminari di gruppo dedicati ai *general practitioner*, i medici di famiglia: seminari che si protrassero fino al 1955 dando vita ad una metodologia sperimentale che avrebbe poi raggiunto la notorietà col nome di “Gruppi Balint”. Dai risultati di questa ricerca originò il suo libro più importante, *The Doctor, his Patient and the Illness* (*Medico, Paziente e Malattia*), che vide la luce a Londra nel 1957, a cura della Tavistock Clinic e dell’editore Pitman Medical Publications.

Da allora la formazione dei medici di famiglia inglesi (e in seguito di quelli di molti altri Paesi) venne profondamente influenzata dal suo metodo, che era conosciuto anche come “medicina centrata sul paziente”.

Lasciata nel 1961 la Tavistock Clinic per limiti d’età, Balint proseguì tuttavia il proprio lavoro di formazione dei medici di famiglia ed anche degli studenti di medicina presso l’University College Hospital di Londra, e nel 1969 le sue ricerche trovarono ulteriore impulso con la fondazione della Balint Society, anche per opera dei vari medici che avevano partecipato ai suoi gruppi.

Dal 1951 al 1953 era stato segretario scientifico della British Psycho-Analytical Society, e poi presidente della stessa Società dal 1968 fino alla sua morte nel 1970. Dopo la sua scomparsa, e nonostante i suoi rilevanti contributi alla teoria e alla pratica della psicoanalisi[[3]](#footnote-3), la sua fama internazionale rimase legata soprattutto all’invenzione dei Gruppi Balint e a *Medico, Paziente e Malattia*, il libro che li ha illustrati.

Oggi la formazione col metodo dei Gruppi Balint è diffusa in tutto il mondo e le esperienze svolte nei diversi Paesi hanno portato alla creazione di varie Associazioni Balint a livello nazionale (in Svizzera, Germania, Francia, Olanda, Inghilterra, USA, Italia, ecc.), per la maggior parte riunite nel network dell’*International Balint Federation*. Sebbene rappresenti per lo più una scelta spontanea dei singoli medici, la formazione col metodo Balint è diventata in molti casi parte del curriculum formativo universitario dei medici di famiglia o degli studenti in medicina, e in Germania i sanitari che avevano questa formazione fruivano del diritto a compensi ambulatoriali più elevati. (Ransom, 1995)

**Il metodo Balint**

L’origine dei Gruppi Balint risale sostanzialmente a tre fonti: a) i *casework seminars* della Tavistock Clinic per assistenti sociali, a cui Enid Eicholz aveva introdotto Balint verso la fine degli anni ’40; b) la psicodinamica dei gruppi che aveva appreso nel 1947 a contatto con le ricerche di Wilfred Bion; c) l’influenza dell’opera di Ferenczi, che fin dal 1921 parlava della “necessità per i medici generalisti di comprendere i vantaggi della psicoanalisi”. (Bànfalvi, 2006)

Le premesse concettuali del metodo sono le seguenti:

1) il *“farmaco”* più frequentemente prescritto è il *medico*, ma la sua farmacologia (l’azione terapeutica, la posologia, la tossicità, gli effetti collaterali, ecc.) è sostanzialmente sconosciuta;

2) sebbene un’ampia quota del lavoro del medico di famiglia sia assorbita da *casi “psicologici”* la formazione medica non prevede alcun tipo di preparazione specifica;

3) la medicina presta molta attenzione alla malattia e ai sintomi, molto meno alla persona malata, poco o nulla alla *relazione medico-paziente*, per quanto le vicissitudini di tale relazione siano così spesso causa di insoddisfazione e di ansietà per entrambi i partecipanti, oltre che fonte di frequenti errori diagnostici e terapeutici;

1. l’esperienza, il buon senso e la buona volontà non bastano a fare un buon medico;
2. il moderno sistema delle cure richiede al medico nuove *competenze emotive e relazionali*, senza le quali il suo lavoro rischia di diventare inefficace, rischioso e molto logorante

Rivolto in origine essenzialmente ai medici di famiglia, per la specificità del loro lavoro, basato su relazioni di cura di lunga durata e spesso di particolare intimità e intensità emozionale, questo approccio è stato esteso e proficuamente adattato anche a medici ospedalieri, infermieri, assistenti sociali, tecnici e professionisti sanitari, studenti in medicina, psicologi, educatori, magistrati, insegnanti, dirigenti di servizi e istituzioni sanitarie, socio-educative e di accoglienza residenziale[[4]](#footnote-4). In termini generali il metodo si è rivelato utile per tutte le professioni che implicano una relazione d’aiuto (le c.d *helping professions*) essendo centrato

* sull’***indagine della relazione*** (di cura, educativa o di sostegno) tra professionista e cliente;
* sull’***azione del gruppo*** come strumento facilitatore del pensiero;
* su un ***apprendimento basato sull’esperienza*** e non solo sulla conoscenza intellettuale.

***Quali sono gli obiettivi primari del metodo Balint?***

Gli obiettivi che il metodo Balint si propone possono essere riassunti in quattro punti

1. **Miglioramento della relazione di cura**

### **Manutenzione del ruolo curante**

1. **Protezione del benessere lavorativo del professionista**
2. **Addestramento al lavoro di gruppo**

Questi obiettivi sono tra loro strettamente interconnessi.

Infatti l’acquisizione da parte del medico di *maggiori competenze emotivo-relazionali* gli permette

1. un approccio al paziente più soddisfacente perché fondato più sulla relazione, sull’ascolto e sull’attenzione ai bisogni che sull’intervento e sulla prescrizione;
2. lo sviluppo di una speciale sensibilità che, aiutando il medico a comprendere meglio il paziente, le sue emozioni, il suo comportamento e il suo punto di vista sulla malattia e sul trattamento, riducono le tensioni nel rapporto e facilitano l’alleanza di lavoro;
3. una maggiore consapevolezza delle proprie reazioni emozionali in risposta ai comportamenti del paziente, con aumento della capacità di affrontare le ansie, evitando il ricorso ad atteggiamenti difensivi controproducenti, e lo sviluppo di relazioni di cura più efficaci, efficienti, governabili e gratificanti per entrambe le parti.;
4. una più chiara comprensione dei processi di gruppo, delle dinamiche organizzative e delle relazioni di rete che influenzano il lavoro del medico e il suo benessere lavorativo.

***Che risultati persegue una formazione col metodo Balint?***

I risultati attesi sono i seguenti:

1. **individuazione dei fattori emozionali** operanti nella relazione e riconoscimento del loro ruolo nei processi di diagnosi e cura (elementi di solito poco affrontati nei corsi di formazione);
2. **miglioramento della capacità di lavorare in gruppo**, ovvero a crescere professionalmente imparando dalle proprie esperienze e da quelle degli altri, e a cooperare attraverso la gestione delle differenze e il governo dei conflitti ;
3. **miglioramento della qualità della comunicazione**, particolarmente cruciale in un’epoca caratterizzata dal sovraccarico delle informazioni e dal trionfo delle tecnologie, a spese del “sistema umano di erogazione delle cure” e con una crescente disumanizzazione della medicina;
4. **miglioramento della qualità della vita lavorativa** dei curanti.

Il metodo Balint non si propone come uno strumento di management sanitario o di ottimizzazione delle risorse e nemmeno mira a trasformare i medici di famiglia in psichiatri o psicoterapeuti; tuttavia tra le ricadute positive che sono state osservate figurano anche vari miglioramenti nel sistema delle cure:

* nel **riconoscimento e gestione dell’errore** **e del rischio** (per effetto della riduzione dell’ansia e del miglioramento delle relazioni collaborative)
* nell’**utilizzo delle risorse economiche** (poiché una buona alleanza medico-paziente riduce la domanda di prestazioni e la medicina difensiva, ossia il ricorso a terapie farmacologiche e indagini diagnostiche inappropriate)
* nell’aiutare i medici a prendersi cura con più **soddisfazione** dei loro abituali pazienti, riducendo così i fattori di stress e di burn-out.

***Che cosa sono i Gruppi Balint ?***

Sono lo strumento basilare della formazione secondo il metodo che abbiamo descritto.

Sono piccoli gruppi, mediamente di 6-12 partecipanti, **centrati** non tanto sulle dinamiche gruppali ma essenzialmente **sul compito**, cioè sulla discussione collettiva di un caso clinico “problematico” presentato da un partecipante con l’aiuto di uno o due conduttori. La discussione non verte primariamente sugli aspetti tecnici del trattamento come nelle *clinical conference*, ma sull’esperienza emotiva della relazione di cura da parte dei suoi protagonisti.

I gruppi hanno cadenze prefissate, di solito settimanali o quindicinali, durano circa un’ora e mezza e si protraggono nel tempo in media per un paio d’anni. La partecipazione, preferibilmente su base volontaria, può essere subordinata a una qualche forma di preselezione. Il materiale di discussione è costituito dal libero resoconto (non occorre una relazione scritta o la cartella clinica) su un caso clinico recente che abbia presentato delle difficoltà o abbia creato disagio al medico. La continuità del gruppo permette di seguire l’evoluzione dei casi presentati e di verificare nel tempo le ipotesi diagnostiche e le scelte terapeutiche. Particolare importanza è attribuita alla creazione di un **clima di gruppo aperto e solidale**, capace di promuovere una libera comunicazione, assicurando ai membri sostegno e sicurezza, ma anche permettendo la franchezza e la critica. Il metodo di conduzione del gruppo e quello di elaborazione del materiale clinico derivano in larga misura dalla psicoanalisi.

In origine a composizione omogenea (ad es. solo medici di medicina generale), sempre più spesso gli odierni **GB** sono di tipo disomogeneo, rispecchiando i recenti modelli di lavoro basati su team e su interazioni **di tipo interprofessionale**.

***Chi sono i conduttori dei Gruppi Balint?***

Di solito sono due, uno psichiatra/psicologo con formazione psicoanalitica affiancato da un medico di famiglia o altro professionista sperimentato in questo metodo. Il ruolo del conduttore del Gruppo Balint è quello di un promotore del pensiero collettivo, tutore della coesione del gruppo ma anche della sua libertà di parola e di critica, regolatore delle crisi, interprete dei processi psicologici che si rendono visibili nella discussione dei casi. L’accento è messo sul suo **ruolo facilitatore**, ben diverso da quello di un docente che fa lezione o comunque dell’esperto che trasmette a dei non-iniziati un sapere precostituito. Il gruppo viene così addestrato ad **apprendere dalla propria esperienza**, a rinunciare alle spiegazioni rassicuranti e a tollerare il dispiacere di non riuscire a capire e di non sapere che cosa fare, almeno fino al momento in cui diventi possibile avere una più chiara comprensione della situazione. Questo è ciò che Balint ha chiamato “il coraggio della propria stupidità”[[5]](#footnote-5).

***Che cosa NON può fare un Gruppo Balint***

* Non dice ai curanti “come fare” il proprio lavoro
* Non fornisce ricette o facili risposte
* Non è in grado di risolvere tutti i problemi che i curanti hanno con i loro pazienti
* Non è una terapia di gruppo per operatori sanitari

***Che cosa può fare un Gruppo Balint***

* Offrire ai curanti l’opportunità di riflettere sulla propria attività
* Fornire uno sfogo e un contenimento alle ansie e alle frustrazioni generate dal lavoro
* Risvegliare l’interesse di un medico per un paziente fino ad allora sentito come “difficile”, disturbante o insopportabile
* Aprire la mente ad altre possibilità, sia nella diagnosi sia nella gestione quotidiana
* Fornire supporto e migliorare il dialogo con i pazienti, con le altre figure professionali e con le istituzioni implicate nel processo di cura
* Aumentare nei medici la soddisfazione lavorativa (*job satisfaction*) e nei pazienti la qualità percepita delle cure (*customer satisfaction*)
* Promuovere benessere organizzativo e contribuire alla prevenzione del burn-out.

Uno dei contributi più originali di Balint è stato l’aver introdotto nella psicoanalisi e, in generale, nella filosofia del processo di cura, un punto di equilibrio tra componenti biologiche e componenti sociali. In questo senso egli può essere considerato un precursore del moderno approccio integrativo alla salute che cerca di far dialogare psicosomatica, medicina sociale ed ecologia e a cui è stato dato il nome di “sociosomatica” (Morgan-Jones, 2010).

Il metodo Balint è presto diventato un movimento culturale, i cui sviluppi sono stati descritti in modo approfondito da Antonino Minervino nella sua Introduzione alla nuova edizione di *Medico, Paziente e Malattia* (Balint, 1957)[[6]](#footnote-6), e che diffondendosi in tutto il mondo ha creato un terreno fertile per la formazione psicologica dei medici di famiglia e per l’umanizzazione della medicina.

In Italia tuttavia, dopo un rilevante successo editoriale negli anni ‘60 e una seconda edizione nel 1970, *Medico, Paziente e Malattia* è gradualmente sparito dalle librerie e poi dai cataloghi fino a diventare introvabile, ormai da più di 20 anni, se non su e-Bay o in qualche biblioteca. Al contrario, nel mondo anglosassone il libro di Balint ha visto molte ristampe e riedizioni, l’ultima delle quali nel 2000, curata dal figlio John, gastroenterologo e professore di medicina negli USA, per l’editore Churchill Livingstone di Edinburgo.

Ma perché riproporne oggi una nuova edizione italiana?

Come ha ben documentato Francesco Benincasa nella nota editoriale la medicina attuale è profondamente cambiata, e ancor più sono cambiate l’organizzazione sanitaria e la filosofia delle cure primarie. Che cosa può offrire ancora ai medici e agli operatori sanitari (e ai pazienti) del XXI secolo un metodo vecchio di cinquant’anni?

Benincasa e Minervino hanno offerto a questa domanda molte convincenti risposte, ma io vorrei aggiungerne un’altra.

La medicina contemporanea accanto ai suoi indubitabili successi si presenta ormai come un terreno aspro e contraddittorio nel quale è assai difficile orientarsi, sia per chi la governa sia per chi ne fruisce, e soprattutto per chi quotidianamente ci lavora. I servizi sanitari, obbedendo sempre più spesso a logiche “low cost”, dietro la facciata dell’aziendalizzazione e dell’impiego avveduto delle risorse sono andati incontro a fenomeni di progressiva disumanizzazione e di crescente sordità ai bisogni delle persone; di qui lo sconcertante paradosso per cui mentre da un lato disponiamo di una sanità avanzata, mai come oggi dotata di tecnologie sofisticate e capace di prestazioni di elevata qualità ed efficacia, dall’altro nella collettività dei pazienti e nella pubblica opinione assistiamo al montare di proteste, insoddisfazioni e denunce mai prima d’ora così rivendicative e rancorose.

Come ha scritto Luban-Plozza, “la maggior parte dei pazienti ha bisogno innanzitutto di percepire un interessamento da parte del medico e poi anche di guarire” (Luban-Plozza, 2001). La medicina ipertecnologica è sempre più impersonale e non è quasi mai in grado di soddisfare questi bisogni psicologici dei pazienti. Perciò al medico non si perdona l’errore, perché il suo errore – come nel caso delle macchine o dei computer – non é sentito come un errore umano. Ciò che sembra essersi drammaticamente deteriorato è il ruolo sociale del medico, nella realtà concreta ma soprattutto nell’immaginario collettivo e in fondo nella mente degli stessi medici; la sensazione corrente è che in questo processo siano stati minati anche la rete solidale e il patto di alleanza che sostenevano la relazione di cura, e le conseguenze più evidenti di questo deterioramento sono l’irruzione della sfiducia reciproca nel rapporto medico/paziente, l’affermarsi di una *medicina difensiva* contro i rischi della persecuzione giudiziaria e mediatica, le aggressioni nei pronti soccorsi e, nell’esperienza soggettiva del medico, sempre più ansia, fatica, rabbia e malessere.

Con i suoi gruppi alla Tavistock Clinic Balint voleva offrire ai medici di famiglia un potente strumento per affinare le loro competenze emotive e relazionali, al servizio del compito della cura e dell’alleanza di lavoro con il paziente. Oggi tuttavia i medici (così come gli altri operatori sanitari e sociali) avvertono un nuovo e pressante bisogno: quello di reggere il peso del ruolo curante e di sopravvivere al senso di sovraccarico, allo stress e al logoramento che derivano dall’aumento tumultuoso della domanda di cura, dalle criticità organizzative del sistema-welfare e dalla crescente insicurezza sociale. I medici di famiglia in particolare, in quanto operatori di prima linea, si sentono ormai costantemente sotto assedio, pressati dalle ansie dei pazienti, dalle continue innovazioni cliniche e tecnologiche, dalle richieste burocratiche delle aziende sanitarie, da forme assillanti e non sempre coerenti del pur necessario controllo della spesa.

A queste crescenti pressioni essi tendono a reagire sostanzialmente in due modi:

1. Con la sterilizzazione dei rapporti, cioè mettendo tra sé e i pazienti una grande distanza emotiva, spersonalizzando la comunicazione, barricandosi dietro tecnologie e procedure, in pratica disertando psicologicamente dalla relazione curante.
2. Con l’identificazione e l’offerta sacrificale di sé, anticamera del burn-out e di altre forme di malessere, che recano presto o tardi un serio pregiudizio sia alle prestazioni di cura sia alla salute del curante.

I gruppi Balint, in quanto occasioni di condivisione di esperienze e di confronto/supporto tra pari, possono proprio per questo configurarsi come spazi di sollievo e al tempo stesso di riflessione (Lustig, 2003): in tal senso essi rappresentano non solo uno strumento per lo sviluppo professionale del medico ma anche un modo per migliorare la soddisfazione lavorativa, evitare il burnout, ridurre lo stress occupazionale e, in definitiva, per attuare una **manutenzione del ruolo curante** in relazione alle responsabilità della cura e agli obblighi verso l’organizzazione sanitaria.

Kjeldmand e Holmstrom, che hanno indagato gli effetti della partecipazione ai gruppi Balint sulla qualità della vita lavorativa dei medici, sono molto espliciti a questo riguardo:

“Il Gruppo Balint è stato descritto come uno spazio ricorrente per passare positivamente del tempo insieme con dei colleghi, un’occasione per prendere fiato in una situazione di lavoro altrimenti piuttosto solitaria. Nei termini usati da un intervistato:

*[Il Gruppo Balint è] un altro genere di contatto, di cui si ha bisogno perché si lavora tanto spesso da soli. Così è bello incontrare dei colleghi quando si sa che durante queste ore discuteremo questioni importanti.*

… I soggetti intervistati hanno riferito come le esperienze molto tristi e tormentate fossero spesso ardue da gestire senza la possibilità di condividerle con altri. Essi erano in grado di usare i Gruppi Balint per sgravarsi di queste pesanti esperienze.

*Avevo avuto alcuni incidenti molto seri, con giovani pazienti che erano morti, più giovani di me, ragazzi!… o giovani uomini che conoscevo. …. Quelle vicende mi avevano suscitato sentimenti veramente angosciosi, per i quali avevo ricevuto aiuto e supporto nel Gruppo Balint… in modo straordinario. Era una situazione così pesante, con emozioni così intense che avrei potuto smettere di fare il medico la settimana seguente. Mi sentivo completamente maltrattato nella mia professione. Ma ho potuto recuperare il piacere di lavorare… questo è stato molto importante; è stato l’evento più rilevante che ho portato nel Gruppo Balint.*

*… [Senza il Gruppo Balint]… avrei potuto essere imputato di malpractice, magari per avere prescritto troppi farmaci. O avrei avuto troppi pazienti e sarei finito nel burnout. Non sarei stato in grado di reggere il carico. Sarei stato ipersensibile alle critiche o nel caso in cui i pazienti si fossero arrabbiati per qualche motivo.*

Anche se nei Gruppi Balint venivano discusse gravi questioni, i gruppi non erano descritti come un luogo solenne. Al contrario, i soggetti hanno riferito di un’atmosfera creativa e vitale, con scherzi, risate, e il permesso di ricercare e trovare il piacere di lavorare come medici di famiglia.

*Io penso che sia più facile tener duro, sì, con il lavoro quotidiano, e persino vederne il lato affascinante. Non dovremmo dimenticare che, anche se sembra solo un modo per gestire le avversità, vediamo comunque qualcosa di nuovo…*

(Kjeldmand e Holmstrom, 2008)

Ma c’è un altro tipo di contributo che questo metodo può offrire al medico, l’aiuto ad acquisire maggiore **familiarità con i processi di gruppo**, che per lo più egli frequenta con timore, diffidenza e senso di estraneità perché la sua formazione non glieli ha mai insegnati (con la sola, parziale eccezione dell’addestramento chirurgico). Abituato da sempre a gestire il processo di cura all’interno della diade curante-paziente, il medico di famiglia sempre più spesso si trova a dover affrontare complicate e indocili dinamiche di gruppo nell’organizzazione moderna delle cure primarie: dalle équipe di distretto alla medicina di gruppo, dal dialogo impervio con gli specialisti ospedalieri alle complesse relazioni con i diversi soggetti, istituzioni, agenzie e reti di servizi con cui deve interagire per gli scopi della cura.

Pur conservando l’impostazione di fondo che aveva ispirato le esperienze di Michael ed Enid Balint negli anni ’50 e ’60, i Gruppi Balint sono andati incontro nel tempo a una rilevante *evoluzione*, dovendosi confrontare con i macroscopici cambiamenti della medicina, della struttura sociale, della cultura della salute e dell’organizzazione delle cure. La scomparsa dei ruoli medici tradizionali di tipo paternalistico-baronale, l’aumento delle conoscenze sanitarie diffuse, l’affermarsi di tecnologie sempre più sofisticate, l’accresciuta autonomia e contrattualità del paziente e, infine, l’irruzione della “managed care”, della cultura d’azienda e dei più svariati soggetti istituzionali nel cuore stesso dell’alleanza terapeutica hanno importato nella metodologia e nella pratica dei Gruppi Balint nuovi scenari e nuove esperienze. (J. Balint 1996)

Nel corso degli anni il metodo è stato esteso e successivamente adattato a figure diverse da quella del “general practitioner”, come medici ospedalieri, infermieri, psicologi, assistenti sociali, studenti in medicina, operatori di comunità residenziali, ed anche educatori, insegnanti, magistrati e avvocati dei minori e della famiglia: in pratica alla maggior parte delle cosiddette “helping professions”, le professioni d’aiuto.[[7]](#footnote-7)

Inoltre, accanto a gruppi che mantengono la struttura originaria, che prevede la partecipazione di figure appartenenti allo stesso profilo professionale, si sono gradualmente affermati dei g*ruppi Balint inter-professionali*, dove la relativa eterogeneità delle persone, delle discipline, delle culture e dei linguaggi di lavoro si giustifica

* per l’aderenza ai *modelli contemporanei di lavoro* basati sulle équipe multidisciplinari e sulla rete dei servizi;
* per la potente funzione di stimolo all’*apprendimento dall’esperienza* e al *confronto tra le diverse prospettive* svolta dalla formazione in gruppi disomogenei, come hanno dimostrato le esperienze condotte in tutto il mondo nell’ambito del cosiddetto “metodo Tavistock” delle relazioni di gruppo (Perini 2007).

Il *focus* non è cambiato: continua a insistere non sulla malattia o sul quadro clinico, ma sul paziente o, meglio, sulla relazione di cura. Oggi però tale relazione si rivela sempre più complessa perché deve confrontarsi non solo con il paziente e il suo nucleo familiare, ma con l’istituzione curante che ha in carico il paziente in determinate situazioni (un ospedale, una RSA, l’ADI, un hospice, l'ambulanza del 118); o in altri casi deve declinarsi come “case management” all’interno della rete dei servizi del welfare, oppure misurarsi con le dinamiche di gruppo e quelle multiprofessionali, o ancora interagire, negoziare e a volte entrare in conflitto con l’organizzazione sanitaria e con altre agenzie del territorio.

Il direttore di un’azienda ospedaliera tempo fa mi aveva chiesto a che cosa potessero servire i Gruppi Balint nel quadro tormentato della “managed care” e del controllo della spesa sanitaria. Gli avevo risposto, non senza qualche esitazione, che il metodo Balint non si proponeva come uno strumento di management sanitario o di ottimizzazione delle risorse, così come non cercava di trasformare i medici di famiglia in psichiatri o psicoterapeuti; ma avevo poi aggiunto che tra le ricadute positive che era in grado di produrre figuravano alcuni significativi miglioramenti nella gestione del sistema delle cure.

Riducendo l’ansia dei curanti e sviluppando le collaborazioni tra colleghi i gruppi Balint possono favorire una più efficace **prevenzione e gestione** **dell’errore** **e del rischio clinico**; d’altra parte, migliorando la qualità delle alleanze di lavoro con i pazienti, essi contribuiscono all’umanizzazione delle cure e a una medicina meno “difensiva”, e di conseguenza alla **riduzione della domanda di (e del ricorso a) terapie farmacologiche e indagini diagnostiche inappropriate**, con evidenti vantaggi nell’impiego delle risorse economiche; infine, aiutando medici e altri operatori sanitari a prendersi cura dei loro pazienti abituali con più soddisfazione e meno logoramento, i gruppi Balint entrano a pieno titolo tra le pratiche utili per la **riduzione dello stress occupazionale** e la **prevenzione del burn-out**.

In tempi in cui fare il medico o prendersi cura dei malati sta diventando sempre più complicato e logorante queste iniziative di “manutenzione” del ruolo possono ridurre il carico emotivo che grava sugli operatori sanitari, prevenendo i fenomeni di esaurimento, malessere e disaffezione (Perini 2011).

Quando tra qualche anno l’esercito dei sanitari nel nostro Paese si sarà ridotto – come certe proiezioni sembrano prospettare – di oltre ventimila unità, non sarà inutile essersi preparati ad avere più cura per quelli rimasti.

## Linee fondamentali

I gruppi Balint iniziarono verso la fine degli anni ’40 quando il Ministero della Sanità inglese, che stava varando il Servizio Sanitario Nazionale, chiese alla *Tavistock Clinic* e in particolare a Michael e a Enid Balint di fornire ai medici generici una formazione psichiatrica per compensare la grave carenza di specialisti della salute mentale. L’idea originale era quella di addestrare i medici di famiglia a gestire la cosiddetta “piccola psichiatria” ma il progetto si rivelò ben presto impraticabile.

Tuttavia da questo tentativo emersero alcuni importanti concetti. I Balint si resero conto che la comprensione del potenziale terapeutico (o viceversa iatrogeno) della relazione medico/paziente rispondeva molto meglio ai bisogni del medico di famiglia che non una formazione psichiatrica aggiuntiva. La personalità del medico – come scoprirono nei seminari alla Tavistock Clinic – era il farmaco di gran lunga più importante utilizzato nella cura, ma di questo farmaco (della sua dinamica e cinetica, della sua posologia e tossicità, dell’azione terapeutica e degli effetti collaterali) i medici sapevano in definitiva assai poco, essendo il loro approccio tradizionalmente basato più sui sintomi e sulla malattia che non sulla persona, e ancor meno sulla relazione tra il medico e il suo paziente. Balint sviluppò in modo approfondito questa concezione in *“Medico, paziente e malattia”* (Balint 1957), un libro che si è detto abbia “cambiato il volto della medicina inglese” (Sutherland 1971)

I *presupposti* dei Gruppi Balint sono rappresentati da quattro linee principali, la cui importanza attuale non sembra inferiore a quella che avevano alla fine degli anni ’40:

1. I problemi psicologici spesso si manifestano attraverso fenomeni fisici e d’altra parte la malattia fisica ha conseguenze psicologiche.
2. Il medico non è un osservatore neutrale e il paziente non è un “pesce isolato in un acquario”.
3. La medicina generale offre un terreno fertile per l’applicazione della riflessione psicologica.
4. Comprendere il paziente come persona e mostrare empatia nei suoi confronti hanno di per sé valore terapeutico.

La formazione sanitaria tradizionale, tutta centrata su una clinica nosologica, obiettiva e parcellizzata, e sugli aspetti tecnici e impersonali del trattamento, non offre al medico alcuno strumento per l’uso della soggettività né una prospettiva di tipo relazionale, e ciò a dispetto dell’evidenza che mostra come un’ampia quota del lavoro del medico di famiglia sia assorbita da casi e problemi psicologici; come le vicissitudini della relazione medico-paziente siano così spesso causa di insoddisfazione e di ansietà per entrambi i partecipanti, oltre che fonte di errori diagnostici e terapeutici; e come, in definitiva, la competenza tecnica, il buon senso e la buona volontà non bastino a fare un buon medico.

Ma allora che cosa sono i Gruppi Balint? che genere di formazione offrono?

Il Gruppo Balint *non è un seminario didattico, né una terapia di gruppo per medici*, bensì un “ambiente di apprendimento”, cioè un’istituzione formativa che offre ai medici l’opportunità di:

* esplorare e verificare continuamente la loro percezione dei fattori emotivi e di personalità – propri e dei loro pazienti – che giocano un ruolo nella malattia o interferiscono col trattamento o influenzano la relazione terapeutica;
* ridefinire il proprio ruolo di medici di famiglia (senza alcun bisogno di diventare psichiatri o psicologi), anche nella relazione più ampia con la rete dei servizi e le istituzioni sociali coinvolte nel processo di cura.

Gli *obiettivi* principali di questo approccio sono:

* una *maggiore sensibilità ai bisogni dei clienti* e una accresciuta capacità di comprendere e di affrontare le ansie e le difficoltà implicite nella relazione di cura, evitando il ricorso a sistemi difensivi controproducenti
* un *aumento del grado di soddisfazione* per il proprio lavoro e per la qualità della relazione e delle prestazioni professionali
* una più chiara *comprensione dei processi organizzativi* e delle relazioni di rete che influenzano il lavoro e il clima istituzionale, con conseguente *miglioramento del governo clinico e riduzione dei rischi di errore e di burnout.*

Più in dettaglio i *risultati attesi* sono:

* la capacità di maneggiare più agevolmente – cioè con meno ansia, dolore, rabbia o frustrazione – pazienti che precedentemente erano sentiti come intollerabili;
* la creazione di un repertorio più vario di strategie e stili personali adattabili ai diversi pazienti anziché l’uso difensivo di schematismi rigidi e immutabili (nell’intervista anamnestica o nella visita clinica);
* la possibilità di prendere la giusta distanza dalle pressioni esercitate dai pazienti per poterne esaminare il significato prima di dare una risposta, evitando così le risposte “reattive”, impulsive, a cortocircuito o a tipo acting-out;
* l’opportunità di analizzare criticamente “a posteriori” il processo della visita medica ponendo l’attenzione sulle proprie reazioni emotive alla condotta del paziente;
* lo sviluppo di uno stato mentale di “curiosità non-giudicante” riguardo ai comportamenti irrazionali dei pazienti;
* la consapevolezza che le emozioni generate durante l’incontro col paziente riflettono il suo stato mentale e i suoi processi e conflitti inconsci relativi all’immagine che egli ha di sé, della propria vita e della malattia (uso del transfert e del controtransfert);
* una migliore capacità di gestire le relazioni con i colleghi, quelle inter-professionali e quelle con i soggetti, le istituzioni e le agenzie con cui il medico deve interagire per gli scopi della cura;
* un’esperienza di sollievo e di supporto per il medico (sia per quello che porta il caso sia per i colleghi che lo discutono), anche se lo scopo del gruppo è lo sviluppo professionale e la *manutenzione del ruolo* piuttosto che la cura personale.

**Struttura, atmosfera ed evoluzione**

Nei Gruppi Balint un certo numero di medici si riuniscono regolarmente con un conduttore esperto (o due) per discutere la *relazione medico-paziente*. A turno un partecipante riferisce su un caso clinico attuale – con una preferenza per quelli che si sono rivelati problematici – e gli altri membri intervengono portando commenti, reazioni emotive e ipotesi di lavoro. Nella discussione emergono per lo più problemi connessi con la psicologia o la personalità del paziente, le interazioni che hanno luogo nella relazione di cura, il ruolo della famiglia, i rapporti del medico con i colleghi e con gli altri soggetti coinvolti nel processo, come l’azienda sanitaria o i servizi del territorio.

Le riunioni di gruppo non sono una piattaforma per la discussione delle tipologie dei pazienti o delle tecniche di trattamento di malattie “astratte”: al contrario del modello biomedico, che si basa sulla generalizzazione, questo approccio si occupa soprattutto delle differenze individuali che rendono “unico” l’incontro tra quel dato medico e quel suo particolare paziente. L’assunto di fondo che sottende il processo dei Gruppi Balint è che tutti i medici hanno i loro modelli abituali di risposta a particolari tipi di pazienti e di problemi, e che nella loro pratica ricorrono periodicamente domande, dilemmi e contraddizioni che dipendono da fattori ambientali come il contesto di lavoro, ma anche da elementi personali come l’età, il genere e la vita emozionale.

La discussione nei Gruppi Balint stimola i partecipanti a esaminare i loro approcci individuali alle diverse circostanze e ad esplorare modalità alternative di risposta. Il *ruolo del conduttore* non è quello di insegnare “contenuti”, né di dare consigli, bensì quello di aiutare il gruppo a pensare creativamente e ad arricchire il proprio repertorio per gestire le situazioni difficili. Il conduttore stimola i partecipanti a migliorare la loro comprensione della relazione di cura, attrae l’attenzione su dettagli che possono essere indizi importanti di processi relazionali e vigila sul clima di gruppo perché non diventi troppo aggressivo o al contrario troppo salottiero.

L’*atmosfera* dei Gruppi Balint è centrata sull’ascolto, sulla valorizzazione delle emozioni come guida alla comprensione della relazione medico/paziente, su un clima di libertà di “dare-e-prendere”, dove ciascuno può portare un problema con la speranza di poter apprendere dal gruppo. E’ un approccio che non si occupa di concetti astratti – considera anzi le discussioni teoriche come delle difese intellettualistiche che operano contro il compito del gruppo – e che deve lottare contro la tentazione di idealizzare il paziente o la malattia o la medicina (o lo stesso gruppo Balint). Il *focus* della discussione è sui sentimenti, sulle fantasie e sulle vicissitudini delle relazioni interpersonali, non sulle “questioni mediche”; asse centrale è la risposta emozionale del medico al suo paziente.

Tra le *tipiche situazioni difficili* riportate nei Gruppi Balint figurano:

* Il paziente che sta morendo
* Il paziente a cui si deve comunicare una cattiva notizia
* Il paziente dalla cartella voluminosa (la “pila” di esami)
* Il paziente seduttivo
* Il paziente arrabbiato
* Il paziente pieno di pretese
* Il paziente dipendente e il paziente regredito
* Il paziente iper-ansioso
* Il paziente cronico
* Il paziente che “fa il suo gioco”
* Il paziente che non collabora (non-compliance)
* Il paziente depresso e il paziente suicida o potenziale suicida
* Il paziente manipolativo
* Il paziente “psicosomatico” o con marcate somatizzazioni
* Il paziente “matto”
* Il paziente alcoolista o tossicodipendente
* Il paziente che fa il giro degli specialisti
* Il paziente “capro espiatorio”, dietro la cui malattia si nascondono le altre patologie familiari
* Il paziente che è anche tuo vicino, conoscente, parente, amico, negoziante, funzionario della tua banca, insegnante di tuo figlio ecc.
* Il paziente che è anche un collega

Ma come funziona un Gruppo Balint?

Il Gruppo Balint è un *gruppo naturale orientato al compito* e come tale ha una sua vita con i relativi cicli di invecchiamento e rinnovamento. La sua durata non ha quindi un limite prefissato, ma l’esperienza ha dimostrato che i migliori risultati si ottengono quando i membri vi partecipano per un periodo che si aggira intorno ai due anni, e finché il gruppo è in corso vi possono essere partecipanti che lo lasciano e altri che si aggiungono o ne prendono il posto. Idealmente i gruppi comprendono da 6 a 12-15 membri che si incontrano per un arco di tempo di 2-3 anni; a seconda delle circostanze e dei vincoli temporali la durata degli incontri varia da un’ora a due ore e la loro cadenza da settimanale a quindicinale.

Pur conservando l’impostazione di fondo che aveva ispirato le esperienze di Michael ed Enid Balint negli anni ’50 e ’60, i Gruppi Balint sono andati incontro nel tempo a una rilevante *evoluzione*, dovendosi confrontare con i macroscopici cambiamenti della medicina, della struttura sociale, della cultura della salute e delle relazioni di cura. La scomparsa dei ruoli medici tradizionali di tipo paternalistico-baronale, l’aumento delle conoscenze sanitarie diffuse, la crescita dell’autonomia e della contrattualità del paziente e, infine, l’irruzione della tecnologia, della “managed care”, della cultura d’azienda e dei più svariati soggetti istituzionali nel cuore stesso dell’alleanza terapeutica hanno importato nella metodologia e nella pratica dei Gruppi Balint nuovi modelli e nuove esperienze. (J. Balint 1996)

Nel corso degli anni il metodo è stato esteso e adattato successivamente a figure diverse da quella del medico di famiglia (il “general practitioner”), come medici ospedalieri, infermieri, psicologi, assistenti sociali, studenti in medicina, operatori di comunità residenziali, educatori ed insegnanti, magistrati e avvocati dei minori e della famiglia, ed anche a gruppi inter-professionali. La flessibilità del metodo dipende soprattutto dal fatto di essere centrato

* sull’indagine della relazione (di cura, educativa o d’aiuto)
* sull’azione del gruppo come strumento facilitatore del pensiero
* su modalità di apprendimento basate sull’esperienza e non solo sulla conoscenza intellettuale,

elementi che non sono specifici della pratica medica ma appartengono a tutte le “helping professions”, le professioni d’aiuto.

Rispetto al modello originario, che prevedeva la partecipazione di figure provenienti dallo stesso ambiente lavorativo, nei *Gruppi Balint inter-professionali* la relativa eterogeneità delle persone, delle discipline professionali, delle culture e dei linguaggi di lavoro si giustifica

* per la sua aderenza ai *modelli contemporanei di lavoro* basati sull’équipe multidisciplinare e sulla rete dei servizi;
* per la sua valenza di stimolo all’apprendimento e al *confronto tra le diverse prospettive*, come dimostrano le esperienze formative condotte in tutto il mondo nell’ambito del cosiddetto “modello Tavistock” delle relazioni di gruppo (Perini 2007).

Il *focus* non è cambiato: continua a insistere non sulla malattia o sul quadro clinico, ma sul paziente o, meglio, sul rapporto che si instaura tra questo e il suo medico. Tuttavia oggi tale rapporto si rivela sempre più complesso perché deve confrontarsi con il nucleo familiare o articolarsi con uno staff curante che ha in carico il paziente in certe situazioni particolari (in ospedale, in RSA, nell’ADI, in un hospice, sull'ambulanza del 118) o declinarsi come “case management” all’interno della rete dei servizi oppure misurarsi con i processi gruppali nelle équipe di distretto, negli studi associati, nella medicina di gruppo, o ancora interagire, negoziare e a volte entrare in conflitto con le aziende sanitarie ed i loro funzionari. Allora l’attenzione nel Gruppo Balint non può più fermarsi solo sulla relazione diadica medico/paziente, ma deve espandersi su un vero e proprio *network*, un plesso relazionale che include i seguenti rapporti:

* Medico/paziente
* Medico/medico
* Medico di famiglia/specialista/paziente
* Medico/famiglia del paziente
* Medico/paziente/infermiera o personale di assistenza
* Medico/èquipe o colleghi dello studio
* Medico/paziente/istituzione (ospedale, ASL, assicurazioni, giustizia, servizi sociali ecc.)

e inoltre, naturalmente,

* Medico relatore/Membri del Gruppo Balint
* Medici del Gruppo Balint/Conduttore del Gruppo Balint

Di fronte a questo panorama, non proprio rasserenante, i medici spesso si chiedono (e chiedono agli organizzatori dei Gruppi Balint) perché dovrebbero impegnarsi in questa ulteriore impresa quando il lavoro è già così faticoso. Coerentemente con la complessità del quadro anche la risposta non è semplice. Si potrebbe parlare di *supporto al ruolo curante*, ossia dell’aiuto a gestire le relazioni di gruppo e in definitiva a migliorare il clima organizzativo e i rapporti di lavoro con il paziente e con tutto l'entourage che gli sta intorno, anche se tutto ciò può apparire a volte più come un carico aggiuntivo che come un alleggerimento.

Si potrebbero elencare tutti gli *indicatori di evoluzione e di progresso* che si verificano nel corso dei Gruppi Balint:

* medici più capaci di “ascoltare” (lasciar parlare, cogliere i punti critici, ecc.) i loro pazienti;
* aumento dell’attenzione a dettagli che riflettono lo stato della relazione medico/paziente;
* riduzione delle “zone cieche” (aspetti “non visti” anche se evidenti, o “non considerati” anche se importanti)
* diminuzione delle discussioni puramente tecniche o intellettualistiche su aspetti medici o psicologici a favore di una comprensione orientata all’azione;
* riduzione degli errori diagnostici e terapeutici;
* partecipazione più ampia e più proficua alla discussione di gruppo, maggior coraggio nell’esporsi senza temere le brutte figure, maggior disponibilità a offrire i propri contributi al gruppo con modalità non esibizionistiche, maggior libertà di critica ma senza manifestazioni di disprezzo o distruttività;
* miglioramento della qualità delle osservazioni e delle relazioni sui casi (descrizioni più complete, più dettagliate e più “personali”);
* riduzione delle tensioni col paziente e dei fenomeni di “non-compliance”;
* attenuazione degli atteggiamenti “da detective” o di inflazione interpretativa;
* aumento della capacità di riconoscere le emozioni in gioco e le difese operanti (incluse le “difese di ruolo” legate allo status del medico o a quello del paziente);
* discorso sempre meno orientato sui sintomi e sempre più sulla relazione;
* aumento transitorio della durata delle visite mediche (fase cosiddetta “psicoterapeutica”) seguito da un ridimensionamento accompagnato da sentimenti di maggior soddisfazione nel lavoro;
* maggiore tolleranza delle situazioni di “incertezza” e di “ignoranza” come esperienze inevitabili nella pratica medica (e riconoscimento della natura difensiva delle “certezze” onniscienti)

Ma questi incentivi valgono soprattutto per chi già sta facendo l’esperienza. E agli altri, a chi non sa di che cosa si tratti, che cosa possiamo dire di convincente?

Forse semplicemente questo: che l’esplorazione della relazione curante tende ad attivare nel gruppo una *rete solidale di “sostegno tra pari”*. In tempi in cui fare il medico o prendersi cura dei malati sta diventando un compito sempre più complicato ansiogeno, misconosciuto e logorante i Gruppi Balint possono contribuire a *ridurre il carico emotivo della funzione di cura*, a prevenire lo stress, il burnout e la disaffezione e a far sentire i curanti un po’ meno soli.

**Riferimenti bibliografici**

BALINT, J (1996) “The Doctor, his Patient and the Illness re-visited*.* Forging a New Model of the Patient/Physician Relationship. *Journal of The Balint Society*; Vol. 24: 8-13

BALINT, M. (1957) *The Doctor, His Patient and the Illness*, London, Tavistock Publications (Tr.it. *Medico, Paziente e Malattia.* Feltrinelli, Milano 1961. - Nuova ed. Fioriti, Roma 2014)

BANFALVI, A. (2006) “Michael Balint”. Psychoanalytic Document Database - <http://www.padd.at> (tr.it.

G.Guasto - <http://digilander.libero.it/orpha/balint.html> – ORPHA, Gruppo di Letture Ferencziane)

KETS DE VRIES, M.F.R. - MILLER, D. (1984) *The Neurotic Organization: Diagnosing and Changing*

*Counterproductive Styles of Management*. San Francisco, Jossey-Bass. (Tr.it.: *L’organizzazione nevrotica*. R.Cortina, Milano 1992).

KJELDMAND, D. – HOLMSTROM, I. (2008) “Balint Groups as a means to increase Job Satisfaction and prevent Burnout among General Practitioners”. *Annals of Family Medicine*, 6(2):138-145.

LUBAN-PLOZZA, B. (2001) *Il Medico come Terapia*. Centro Scientifico Torinese.

LUSTIG., M. (2003) “Peer support: Balint groups as reflective space for GPs”. *PARC Newsletter* (Primary Mental Health Care Australian Resource Centre, Flinders University, S.A.), Oct. 2003.

MORGAN-JONES, R. (2010) *The Body of the Organisation and its Health*. London: Karnac.

PERINI, M. (2007) *L’organizzazione nascosta*. Franco Angeli, Milano.

PERINI, M. (2011) “Medici infelici”, *Torino Medica*, maggio 2011.

RANSOM, D.C. (1995) *Balint Group Training*. Sonoma County Medical Association Website.

SUTHERLAND, J.D. (1971) Obituary of Michael Balint (1896 – 1970), *International Journal of Psychoanalysis*, 52:331-333.

1. Parte di questo articolo è stata pubblicata sulla rivista *BergGasse 19,* 13, 146-162 (2015) [↑](#footnote-ref-1)
2. Cfr. “Analisi del carattere e ‘nuovo ciclo’” (1933); “Il fine ultimo del trattamento psicoanalitico” (1934); “Note critiche sull’organizzazione pregenitale della libido” (1935); “Primi stadi di sviluppo dell’Io. L’amore oggettuale primario” (1937); “L’amore genitale” (1948); “La conclusione dell’analisi” (1949) e altri inclusi nel volume *L’Amore Primario* (1952). E v. anche “Situazioni-brivido e regressioni” (1959) e “Il difetto fondamentale” (1968). [↑](#footnote-ref-2)
3. Rilevanti in particolare i suoi lavori sulla formazione analitica e sull’analisi didattica, temi riguardo ai quali Balint aveva espresso opinioni forti, chiare e non convenzionali (cfr. *L’Analisi Didattica*, 1965) [↑](#footnote-ref-3)
4. Recentemente i gruppi Balint sono stati impiegati persino con manager d’azienda e funzionari pubblici (Kets de Vries. [↑](#footnote-ref-4)
5. E che si avvicina al concetto bioniano di “capacità negativa” (Bion 1970) [↑](#footnote-ref-5)
6. La nuova edizione del volume è stata pubblicata nel 2014 dall’editore Fioriti di Roma, riveduta e aggiornata a cura di Francesco Benincasa e Mario Perini, con un’introduzione di Antonino Minervino. [↑](#footnote-ref-6)
7. Esistono persino applicazioni del metodo Balint alla formazione dei manager (Kets de Vries e Miller 1984) [↑](#footnote-ref-7)