

В. А. Винокур

**БАЛИНТОВСКИЕ ГРУППЫ:
история, технология, структура,
границы и ресурсы**

Учебное пособие

Санкт-Петербург
СпецЛит
2015

УДК 159.9.07
В49

Рецензенты:

В. А. Ташлыков — доктор медицинских наук, профессор;
М. М. Решетников — заслуженный деятель науки РФ,
доктор психологических наук, профессор

Винокур В. А.

В49 **Балинтовские группы: история, технология, структура, границы и ресурсы : учебное пособие / В. А. Винокур.** — Санкт-Петербург : СпецЛит, 2015. — 191 с.

ISBN 978-5-299-00694-0

Анализ работы балинтовских групп убедительно показывает их эффективность в развитии профессиональной коммуникации «врач / психолог—пациент». В монографии, первой на русском языке по этой тематике, изложен обширный и не описанный ранее в отечественной литературе материал об истории балинтовских групп, их задачах и целях, современных представлениях о принципах и технологии их работы, ресурсах и ограничениях. Описан потенциал балинтовской группы, который обеспечивает врачам и психологам эмоциональную поддержку коллег, способствует профессиональному росту и развитию, позволяет повышать у них профессиональную самооценку и степень удовлетворенности своей работой, способствуя тем самым предупреждению профессионального выгорания. В книге излагаются существенные характеристики балинтовской группы, этапы ее развития и основные критерии работы ведущего группы. Подробно описаны этапы пошаговой технологии и аналитический механизм работы балинтовской группы, ее «архитектуры».

Издание предназначено для врачей различных специальностей, психологов-консультантов, организаторов здравоохранения, преподавателей и студентов медицинских и психологических вузов, социальных работников.

УДК 159.9.07

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|--|-----|
| <i>Предисловие (М. М. Решетников)</i> | 4 |
| <i>Введение</i> | 6 |
| Майкл Балинт и исторические корни балинтовских групп | 14 |
| Современные представления о принципах и технологии работы балинтовских групп | 33 |
| Ведущий балинтовской группы и его роли | 63 |
| Феномены группового аналитического процесса в балинтовс- кой супервизии | 81 |
| Как развивается балинтовская группа | 90 |
| Анализ переноса и контрпереноса в балинтовской супервизии ... | 93 |
| Интерпретация текста и нарратив в балинтовской группе | 101 |
| Ирония и юмор в балинтовской группе | 114 |
| Балинтовская группа и развитие саморефлексии психотера- певтов и психологов | 119 |
| Существенные характеристики балинтовских групп и про- цесса их работы. Критерии Международной Балинтовской федерации | 129 |
| Этапный процесс анализа случая в балинтовской группе | 140 |
| Внутри и снаружи круга, или Немного об архитектуре группы | 146 |
| Негативная реакция и негативная обратная связь в балинтовс- кой группе | 158 |
| Как уверенно достичь неудачи в работе балинтовской группы? Что поможет сделать ее неуспешной? | 169 |
| Международное балинтовское движение | 174 |
| <i>Заключение</i> | 178 |
| <i>Литература</i> | 191 |

ПРЕДИСЛОВИЕ

До ознакомления с рукописью моего глубокоуважаемого коллеги профессора В. А. Винокура, давно и плодотворно внедряющего творческое наследие Майкла Балинта в российскую психотерапевтическую и супервизионную практику, мои представления о роли этого выдающегося венгерского ученого в развитии психоанализа были весьма ограниченными. Лет десять назад мне удалось просмотреть его самую известную книгу «Базисный дефект», написанную в 1968 г. (хотя этот термин был введен Балинтом еще в 1952 г.), но на русском языке книга появилась только в 2012 г. Это, безусловно, выдающееся произведение талантливого теоретика и практика, написанное чрезвычайно простым и доступным языком. Приведу слова, которыми Балинт начинает первую часть книги: «Давайте договоримся перед тем, как отправиться в путь, что все мы — и читатели, и автор — являемся достаточно компетентными и опытными аналитиками, не делающими элементарных ошибок... Договорившись об этом, мы могли бы, наверное, согласиться с тем, что иногда нашими *vis-à-vis* бывают трудные пациенты, которые вызывают у нас сомнения и замешательство». И далее автор на протяжении всей книги предлагает множество вариантов ответа на вопрос: «Почему это происходит?». Главный вывод, который последовательно обосновывает Балинт, состоит в том, что психоаналитикам следует преодолеть традиционные схемы мышления и ориентацию на жесткие терапевтические техники, применение которых в большинстве сложных случаев обречено на неудачу. Говоря о таких сложных случаях, автор акцентирует внимание на пограничных пациентах, источник страдания которых находится гораздо глубже эдипальных переживаний, а именно — в «базисном дефекте» самых ранних объектных отношений («первичной любви»).

В настоящем предисловии нет нужды описывать жизненный и творческий путь Балинта — это достаточно подробно делает автор книги проф. В. А. Винокур. Но отмечу, что в современном психотерапевтическом сообществе особая известность Майкла Балинта связана преимущественно с понятием балинтовских групп. В 1949 г. Балинт начал проводить семинары для врачей общей практики, в процессе которых он знакомил слушателей с основами психоанализа, теорией объектных отношений и принципами психосоматического мышления. Дополнительной задачей этих групп была коррекция профессионального стресса, с которым сталкиваются все врачи, а также помощь в развитии эмпатии и формировании таких отношений в системе «врач — пациент», чтобы они способствовали более благоприятному течению болезни и выздоровлению. От врача, по Балинту, требует-

ся не только высокий уровень профессионализма, но и способность к «психологическому кормлению» пациентов.

В 1967 г. было организовано первое Балинтовское общество, в которое вошли участковые врачи и врачи общей практики, прошедшие как минимум годичный курс обучения в балинтовских группах. В настоящее время Международная Балинтовская федерация объединяет тысячи врачей из всех ведущих стран мира, а также специалистов других профессий, например психологов и социальных работников. В России балинтовские группы пока получили некоторое распространение преимущественно в психиатрическом и психотерапевтическом сообществах. Будем надеяться, что эта книга и постепенный рост психологической и психотерапевтической культуры населения и специалистов будет способствовать активному развитию этого направления.

М. М. Решетников,
ректор Восточно-Европейского института психоанализа,
заслуженный деятель науки РФ,
доктор психологических наук, профессор

ВВЕДЕНИЕ

Вот такая история служилась... Только теперь, по соображении всего, видим, что в ней есть много неправдоподобного... Но это страннее, что непонятнее всего, это то, как авторы могут брать подобные сюжеты... Во-первых, пользы отегеству решительно никакой; во-вторых... но и во-вторых, тоже никакой пользы.

Н. В. Гоголь

Все должно быть настолько простым, насколько возможно...

Но низуть не проще.

Альберт Эйнштейн

Во многих странах, где достаточно широко распространены идеи Майкла Балинта и в которых работают группы, основанные на предложенной им технологии аналитической супервизии, слово «**балинт**» уже многие десятилетия употребляется как имя нарицательное. Так же случилось, например, и со словом «гэллэп», которым сейчас в обиходной речи обозначают просто процедуру опроса общественного мнения, проводимую по определенной и хорошо всем известной социологической методике и являющуюся одним из наиболее надежных источников информации о состоянии общественного мнения. Когда имя человека отделяется от него самого и начинает определять целое общественное явление, это говорит о многом. Это, несомненно, можно считать одной из форм признания всем человечеством заслуг того человека, которому принадлежит это имя.

В литературе, посвященной анализу работы балинтовских групп, регулярно появляются различные трактовки слова «балинт», имеющего в понимании разных людей много различных смыслов и толкований и фактически уже живущего самостоятельной жизнью, в отрыве от фамилии человека, хорошо известного во всем мире. В 90-х гг. XX в. появилась и стала предметом активных дискуссий идея о том, что эпонимическая (производная от фамилии) форма названия того, с чем тесно связана работа многих людей во всем мире, уже не приветствуется в научной литературе, поэтому ее следует заменять акронимом или аббревиатурой. Один из таких вариантов предложила Sue Hopkins, в течение многих лет помощник редактора «Журнала Британского балинтовского общества»: **BALINT** она читает как акроним **Basic Analytic Learning In Normal-length Treatment** («базисное аналитическое обучение в процессе нормального по продолжительности лечения» (взаимодействия «врач — пациент»). — В. В.).

Одной из предпосылок необходимости создания балинтовских групп врачей и психологов служит анализ их профессионального «самочувствия», который показывает, что даже при их большом опыте и стаже работы необходимость в получении новой информации и квалифицированной обратной связи от коллег в различных неясных и трудных случаях достаточно велика. Выраженность этой потребности часто парадоксально зависит от величины профессионального стажа — более опытные врачи проявляют не только не меньшую, но даже большую заинтересованность в обмене опытом, в конструктивном обсуждении, и тем самым во внимании и поддержке коллег, чем врачи молодые.

Перефразируя Франсуа Жюста Ренуара (1761—1836), французского писателя и драматурга, члена французской академии, заметившего: «Что в искусстве главное — ответ на вопрос „Что?“ или „Как?“ Главное — „Кто!“», можно сказать, что во врачебной профессии существуют не только особые требования к личности и качеству подготовки специалистов. Это определяется характером их обучения, но вместе с тем существуют и высокие требования к последующей супервизии этих специалистов как процессу необходимому, неизбежному, постоянному и бесконечному. Вопрос «Кто?» всегда первичен, что можно проиллюстрировать давней шуткой:

« — У вас такие красивые фотографии. Наверное, у вас хороший фотоаппарат?

— У вас такой вкусный борщ. Наверное, у вас отличные кастрюли?!»

Аргументом в пользу такого метода групповой супервизии, профессионального самоусовершенствования и эффективного предупреждения выгорания, как балинтовские группы, служит то, что врачебная и консультативная деятельность имеют ряд специфических особенностей, в частности таких, как влияние и взаимодействие многочисленных постоянно меняющихся факторов, которые нередко невозможно формализовать, алгоритмизировать для анализа, внести в жестко структурированные схемы, а эффективность врачебных действий, особенно с точки зрения пациента, часто трудно оценить однозначно. Можно отметить и другие важные характеристики нашей профессии, определяющие необходимость супервизии врачебной и консультативной деятельности.

1. Специфика работы определяется в большей степени личностными особенностями самого профессионала, чем объектом труда.

2. Эмоциональная насыщенность межличностного взаимодействия в процессе работы.

3. Высокая степень ответственности (нередко понимаемая иррационально).

4. Необходимость постоянного креативного саморазвития вследствие отсутствия готовых программ и алгоритмов работы.

5. Высокая частота негативного переживания социального сравнения/сходства с пациентами.

Существует субъективный аспект этой проблемы — потребность врачей в повышении своей компетентности, умения использовать свои личностные ресурсы для оптимизации диагностического, лечебного и реабилитационного процесса. Это вполне созвучно идее, высказанной В. Hennessey (1988): «Люди в большей степени используют свой творческий потенциал не тогда, когда побуждением к работе является давление извне, а тогда, когда они получают от нее удовольствие и удовлетворение, когда они испытывают к ней настоящий интерес...»

Во врачебной профессии нередко в той или иной степени существует дефицит возможностей профессионального общения с коллегами, что, очевидно, затрудняет обмен знаниями и опытом и оказание друг другу эмоциональной поддержки, которая многими исследователями рассматривается как один из важнейших факторов предупреждения профессионального стресса. Поэтому понятно стремление врачей преодолеть разобщенность, перестать «вариться в собственном соку». Если этого не происходит, существенно возрастает вероятность искажения внутреннего образа своей профессиональной деятельности, самоидентификации врача, приводящей либо к разочарованию, неуверенности, социальной апатии либо к излишней самоуверенности, снижению критичности и саморефлексии, возрастанию своеобразной профессиональной ригидности.



«...На что опираться врагу в своей работе, если все нороят опереться на него самого».

(А. Адлер)

Зигмунд Фройд, австрийский психоаналитик, автор идеи групп-анализа, предложил нейрофизиологическое описание групп нейронов, в которой функцию («поведение») отдельно взятого нейрона невозможно понять, изучая ее изолированно, без анализа и описания того, как функционирует целая группа других активных клеток, в которую он неразрывно включен, без понимания его сложных и многообразных связей с другими нейронами. Среди этих реакций есть и «зеркальные», когда один нейрон отражает реакцию другого, тем самым делая ее более понятной и доступной описанию. Это прямая анало-

гия с балинтовскими группами, в которых «поведение» профессионала, его реакции и переживания понимаются по реакциям других людей, с которыми он профессионально взаимодействует. Балинтовская супервизия работы врачей и психологов успешно реализует достаточно хорошо известную философскую идею: чтобы дать как можно более четкое определение некоему предмету или явлению, описать его сущность и тем самым понять его, нужно как можно корrekтнее описать пространство вокруг него, поэтому и начинать понимание явления нужно с описания этого пространства. Не существует человека без окружающей социальной среды, соответственно, действий и эмоций врача — без реакций пациента. И основной сущностью этого пространства «человек–среда» является его целостность. Каждое психическое состояние человека, чувствующего себя субъектом отношений, стремится найти определенное отражение в объекте этих отношений. Поэтому два человека, находящихся в процессе взаимодействия, важного для них обоих, уже не могут быть такими, какими они были до его начала. *«Встреча двух личностей подобна контакту двух химических веществ: если есть хоть малейшая реакция, изменяются оба элемента»* (К. Г. Юнг), поэтому в профессиональном взаимодействии врач в своих реакциях не существует отдельно от пациента, они вдвоем образуют новую коммуникативную целостность.

В ней происходит определенная коммуникация, проявляющаяся опытом установления границ между собою и социальной средой, их адекватного понимания и поддержания и, естественно, преодоления нарушений, когда они возникают.

Отношение человека к своему развитию является одним из главных инструментов успешности этого процесса вследствие необходимости сосредоточения внимания и поддержания на нем: «Никакой истинный импульс внимания не потрачен зря, даже если это не принесло видимого быстрого результата». Посвящая себя постоянному самосовершенствованию, мы ускоряем свое продвижение по этому пути. Это способствует тому, что составляет основу любых успешных отношений, в особенности профессиональных, — лучшему пониманию и осознанию себя. И этот процесс цикличен: знание себя помогает улучшать свою профессиональную деятельность, построенную на отношениях и взаимодействии с пациентами, и тем самым повысить ее эффективность, а это взаимодействие само по себе помогает более глубокому самоосознаванию и укреплению самооценки профессионалов, тем самым и улучшению их профессионального «самочувствия» и даже здоровья.

Несмотря на очевидный технический прогресс в медицине, мало что реально изменилось в том, что больной, по существу, всегда одинок в своем переживании болезни и ее последствий. Поэтому разо-

бщенность «миров» врачей и пациентов остается серьезной проблемой клинической практики, и это очень заметно по тому, как развивается «доказательная медицина». Это направление, возникшее в Канаде в конце 80-х гг. прошлого столетия и ныне общепринятое во всем мире, призвано повысить эффективность и улучшить качество медицинской помощи, сделать ее максимально доказательной и обоснованной. В настоящее время концепция качества медицинской помощи, предложенная экспертами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), помимо качества структуры медицинской помощи и качества ее процесса (соблюдения медицинских технологий и стандартов лечения), включает и качество результатов, где, кроме достижения клинических результатов, большое значение придается и удовлетворенности пациентов оказываемой им помощью. Поскольку во всем этом есть необходимость стандартизации медицинской помощи, то неявным образом это в итоге приводит к нивелированию психологических аспектов коммуникации врачей и пациентов, ее дегуманизации вследствие их психологического, прежде всего эмоционального, дистанцирования друг от друга.

Поэтому в мировом опыте формирования системы подготовки врачей уже много лет акцент делается на актуальности изучения и, соответственно, супервизии различных аспектов практической коммуникации с пациентами, компетентность в которой рассматривается как один из важнейших показателей профессионализма врачей и других медицинских работников. Так, например, опрос 1593 британских врачей показал, что самым важным в процессе обучения и супервизии они признают освоение навыков конструктивного взаимодействия с пациентами (Shoenberg P., 2005). М. И. Плугина (2009), анализируя достаточно большое количество научных публикаций, отмечает, что, как показывает терапевтическая и консультативная практика, далеко не всегда возникающие в ней трудности и проблемы связаны непосредственно с узкопрофессиональными знаниями и умениями. Профессиональный энтузиазм и чувство долга не отменяют психологической компетентности во взаимодействии с пациентами и внимания помогающих профессионалов к самим себе и не компенсируют дефицит этих знаний и умений.

Очень часто источник этих сложностей и барьеров на пути к успеху в работе находится в сфере эмоциональных состояний врачей, их низком уровне психологической компетентности, неумении управлять своим психологическим состоянием и конструктивно преодолевать психологические барьеры во взаимодействии с пациентами. По данным ряда исследований (Krupnick J. [et al.], 1998; Reichman M., 2007; Чуркин А. А. [и др.], 2009), профессиональная успешность врачей определяется в первую очередь уровнем их психологичес-

кой, в частности коммуникативной, компетентности, которая реализуется во взаимодействии с пациентами и коллегами, а успешно сформированные терапевтические отношения, хорошо развитые навыки понимания пациентов, так же как и понимания самих себя в этих отношениях, являются ключевым элементом в эффективном лечении широкого круга самых разных расстройств и в формировании удовлетворенности пациентов оказываемой им помощью. Применительно к психотерапии это можно сформулировать так: психотерапия — это не то, что терапевт делает с пациентом, а то, что происходит между ними.

Американские клинические психологи и психотерапевты М. McMinn и С. D. Campbell (2007), исследуя влияние различных компонентов психотерапевтического процесса на его эффективность, опросили тысячи пациентов, проходивших длительную психотерапию. Результат этого исследования можно представить следующим образом.

- 15 % успеха психотерапии создает вера в нее самого пациента;
- 15 % успеха терапии создают техники, которые использует психотерапевт, и их корректное применение в данном случае;
- 30 % успеха создает то, что пациент самостоятельно делает, помимо терапии в процессе своих изменений, его собственные усилия;
- 40 % успеха психотерапии создает атмосфера взаимодействия и отношения с терапевтом (его принятие пациента, уровень эмпатии, корректное совладание со своими реакциями на пациента и т. д.).

Многочисленные исследования оценки работы врачей на основе ожиданий пациентов показали, что наиболее высокую удовлетворенность у больных вызывают не профессиональные, а личностные качества врачей. В наибольшей степени пациенты оценивают эмпатию врача, его умение выслушать больного, проявлять интерес к личности пациента и строить взаимодействие на основе сотрудничества, что и создает общее позитивное восприятие взаимоотношений с врачом. Коммуникативная компетентность врачей, по мнению и самих специалистов, и опрошенных параллельно с этим их пациентов, входит в круг профессиональных качеств, наиболее значимых для эффективного осуществления врачебной деятельности (Лиманкин О. В., 2014). I. Johnson (2009) считает, что исследование проблем и сложностей во взаимодействии «врач—пациент» является сегодня не просто важной задачей в подготовке врачей и в повышении их квалификации в работе, это является самой важной задачей, что совершенно созвучно замечанию М. Балинта о том, что ситуации в нашей практике, когда взаимоотношения с пациентами становятся напряженными, нелегкими, истощающими, даже неприятными, являются отнюдь не редкостью. При этом навыки эффективной коммуникации не улучшаются просто с возрастанием продолжительности работы или профессио-

нального опыта, а нуждаются в постоянном развитии и совершенствовании в процессе супервизии. «Выписывать рецепты — довольно несложное занятие, но вот прийти к пониманию людей, с которыми работаешь, гораздо сложнее» (Кафка Ф. «Сельский врач»). Все это представляет собой серьезное предостережение от недооценки роли психологических факторов во взаимоотношениях врача и больного, которая, к сожалению, очень распространена в отечественной медицине. Это, наверно, имел в виду и Фрейд, когда в свое время писал о «невозможных» профессиях («Невозможно управлять людьми и невозможно их учить») и, соответственно, о лежащих в их основе «невозможных» желаниях. Психотерапию, в частности психоанализ, Фрейд помещает в эту же когорту «невозможных» профессий.

Надеюсь, что знакомство с этой книгой не приведет читателя к невежеству третьей степени — «знать, но не то, что нужно», а поможет осуществить принцип успеха, сформулированный Козьмой Прутковым: «Делай правильно, и ты никогда не ошибешься». Слегка перефразируя известное изречение выдающегося врача начала XX в. Уильяма Ослера в отношении роли книг в изучении медицины, скажем, что постижение технологии балинтовских групп без всяких книг подобно плаванию в море вообще без карты, но изучать эти книги без практической работы в таких группах — значит не отправляться в плавание вообще.

И последнее замечание, связанное с применяемой в этой книге терминологией, которой мы воспользовались вслед за Майклом Балинтом: там, где речь идет о профессионалах, называемых врачами, с полным основанием и без всякого ущерба для смысла можно иметь в виду и психотерапевтов, и психологов-консультантов, и социальных работников, и других специалистов «помогающих» профессий.

Завершая это введение, хочется искренне поблагодарить своих многочисленных коллег, врачей различных специальностей и психологов, российских и зарубежных, с которыми мне посчастливилось работать в разных балинтовских группах и посвященных их ведению методических семинаров на протяжении почти 20 лет, которые великодушно делились со мной своими знаниями и опытом, идеями и чувствами, которые помогали лучше понять многие сложные вопросы, заключенные в нашей профессии, на некоторые из них удавалось найти ответы. Мои коллеги часто являлись для меня настоящими учителями в нашей совместной работе в балинтовских группах, и, уверен, мне повезло встретиться с ними на этом пути. Они активно и требовательно стимулировали к тому, чтобы эта книга была написана, поддерживали во мне вдохновение и даже удовольствие от процесса ее написания. Их можно по праву считать моими соавторами. В этой книге, мне кажется, реализовалась хорошо известная идея

о том, что, когда хочется прочесть что-то интересное и действительно важное для себя самого, для своих коллег и пациентов, а такой книги еще нет, выход один — сесть и написать ее. Это вполне согласуется с представлением Фридриха Ницше о том, что нелегко отыскать книгу, которая научит нас столь же многому, как книга, написанная нами самими. При этом также вспоминается принадлежащая Милану Кундере идея о том, что любая достойная внимания книга всегда глубже своего автора. Видимо, и настоящая книга не исключение. Она может быть хорошей иллюстрацией к предложению одной из героинь популярного телесериала: «Лучший способ избавиться от лишних знаний — передать их кому-то другому».

Высказанные в этой книге мнения и взгляды автора могут не совпадать с мнениями и взглядами читателей. А могут и совпадать...

Майкл Балинт и исторические корни балинтовских групп

*Sed quis custodiet ipsos custodes?
(Кто позаботится и поможет тем,
кто сам оказывает заботу и помощь?)*

Ювенал. Сатиры

Нелегко указать на кого-либо, кто стал бы несчастливym от того, что был невнимателен к происходящему в тужой душе. Но неизбежно будет несчастливym тот, кто не следит за движениями своей собственной души.

Марк Аврелий. Наедине с собой

Психоанализ, с которым были тесно связаны вся жизнь и творчество Майкла Балинта, всегда подчеркивает важное значение индивидуальной истории человека, поэтому кажется вполне оправданным и целесообразным начать описание современного понимания работы балинтовских групп с истории жизни самого Майкла Балинта. У древних греков память об истоках событий была закономерной частью повседневного опыта людей, поэтому они считали необходимым как можно полнее знать и помнить первопричины всего, что их окружало, знать основателей, творцов и героев прошлого. Они были убеждены, что история — это важная часть современности. Берн Дибнер («Герольды науки», 1955) также отмечает, что хорошо понимать суть и значение любого важного открытия можно, только зная его динамичную историю. Перефразируя замечание Г. Эббингхауза в отношении истории психологии, можно сказать, что у балинтовских групп тоже достаточно короткая история, но очень длинное прошлое.



На фото: Майкл Балинт (август 1968 г., Guy Lavallée photos)

Майкл Балинт (Michael Balint), ставший впоследствии человеком, хорошо известным в разных уголках мира, и знаменитым психоаналитиком, родился 3 декабря 1896 г. в Венгрии. Примечательно, что именно в этом году Зигмунд Фрейд впервые в одной из своих статей, описывая работу с истерическими расстройствами,

употребил и тем самым ввел и в научный лексикон, в клиническую практику и в обыденную речь миллионов людей слово «психоанализ». Майкл Балинт родился в семье выходцев из Германии и при рождении получил имя Mihaly Maurice Bergmann. Сменить фамилию ему пришлось после распада Австро-Венгерской империи в 1918 г., когда в Венгрии, совсем недавно образовавшейся как независимое государство, стала активно проводиться политика «мадьяризации» имен и фамилий, поэтому он стал Балинтом, взяв фамилию, очень распространенную в Венгрии. Точная дата этого события неизвестна даже биографам Майкла Балинта, с которыми автор этих строк имел возможность неоднократно встречаться и беседовать, собирая материалы из истории жизни Балинта. Тем не менее можно предположить, что это произошло до 1921 г., когда Балинт переехал в Берлин, поскольку его научная статья по биохимии, опубликованная там, уже подписана им этой фамилией.

Его отец был врачом общей практики (семейным врачом) в тихом предместье Будапешта. Еще ребенком Майкл часто сопровождал его к больным и имел возможность наблюдать за работой отца. Возможно, уже тогда у него сложилось представление о важности понимания того, что происходит во взаимодействии врача и пациента и что может его столь разнообразно и непредсказуемо осложнять для обоих участников этого процесса.

Уже с детства вся жизнь Балинта оказалась тесно связанной с психоанализом множеством живых и разнообразных нитей. Так, его младшая сестра Эмми училась вместе с несколькими известными в будущем психоаналитиками, среди которых стоит прежде всего отметить Маргарет Малер. Среди них была и Элис Ковач, ставшая впоследствии женой Балинта. Именно Элис познакомила его в 1917 г. с книгой Фрейда «Тотем и табу».

Это может показаться парадоксальным, но сам Балинт в детстве мечтал быть инженером и очень рано увлекся техникой, однако по твердому настоянию отца, человека импульсивного, вспыльчивого, авторитарного и жесткого, временами даже деспотичного, стал изучать медицину. Впоследствии Майкл Балинт отмечал, что эта профессия сначала казалась ему совершенно чуждой, возможно, отчасти потому, что выбор в пользу медицины был в значительной мере связан с его очень напряженными, нелегкими и, по воспоминаниям самого Балинта, даже «болезненными», причинявшими ему немало страданий, отношениями с отцом. Они практически не общались, многие годы живя не просто в одном городе, в Будапеште, но даже по соседству, и их отношения оставались очень сложными и напряженными, не став мягче даже перед эмиграцией Балинта в Великобританию в январе 1939 г.

Владимир Александрович Винокур

**БАЛИНТОВСКИЕ ГРУППЫ:
история, технология, структура, границы и ресурсы**

Учебное пособие

Редактор *Тимаева П. А.*
Корректор *Борисенкова А. А.*
Компьютерная верстка *Габерган Е. С.*

Подписано в печать 10.08.2015. Формат 60×88 ¹/₁₆.
Печ. л. 12,0. Тираж 500 экз. Заказ №

ООО «Издательство „СпецЛит“».
190103, Санкт-Петербург, 10-я Красноармейская ул., 15
Тел./факс: (812) 495-36-09, 495-36-12
<http://www.speclit.spb.ru>

Отпечатано в типографии «L-PRINT»,
192007, Санкт-Петербург, Лиговский пр., 201, лит. А, пом. 3Н

ISBN 978-5-299-00694-0



9 785299 006940