

## **BÁLINT, FERENCZI MUNKÁSSÁGÁNAK TOVÁBBVIVŐJE**

*Haynal André*

Írásomban szeretném felvázolni azt a folytonosságot, amely Ferenczi gondolkodását és Bálint munkásságát nézetem szerint összeköti. Nem hiszem, hogy Bálint ne lett volna önálló gondolkodó, és azt sem, hogy *a szó szoros értelmében* Ferenczi „tanítványa” lett volna. Nyilvánvaló, hogy nem erről van szó. Bálintot – az első időkben a magyar pszichoanalitikus társadalom és a Magyarországi Pszichoanalitikai Egyesület, később pedig az akkoriiban „független” csoportnak is nevezett brit „középső csoport” (middle group) tagjaként – a pszichoanalízis kiemelkedő képviselőjének tartom. Mindazonáltal gondolkodásmódja nyilvánvaló folytatása Ferenczinek, a Ferenczi által felvetett eredeti gondolatok nyomán halad. Olyan területeken is fel fogom hívni a figyelmet erre a folytonosságra, ahol az kevésbé nyilvánvaló, nehezebben megragadható.

Az általános orvoslás pszichológiai aspektusai iránt Ferenczi már a Freuddal való találkozására előtt érdeklődött; több cikke jelent meg e témában (Lorin 1983; Mészáros 1999). Az egyik legutolsó ilyen tanulmánya, az 1933-ban publikált „Freud hatása az orvostudományra” című írás (Ferenczi 1933), átfogó összefoglalása mindannak, amivel Freud az orvostudományt gazdagította. A posztumusz publikációk között fedezhetjük fel „A pszichoanalízis a gyakorló orvos szolgálatában” című jegyzetet (Ferenczi 1936). Ferenczi folyamatosan kutató hatékony módszerek után: „Idézhetünk itt néhány érdekes kísérletet, ami azzal a reménnyel kecsegtet, hogy a rendszeres pszichoanalitikus megfigyelésnek köszönhetően bizonyos szervi betegségek kimenetele kedvezőbb lesz.” (uo.). Felfigyelt rá, hogy „az orvos személyisége gyakran nagyobb hatással van a betegre, mint a felírt gyógyszer” (uo.). Ez a megfigyelés lett a kiindulópontja a Bálint által bevezetett orvosképzésnek.

Ferenczit erősen foglalkoztatta a kérdés, hogy az orvosok pszichológiája milyen módon hat a betegekre. „A pszichoanalízis megköveteli az orvostól, hogy fáradhatatlanul fogékony legyen a gondolatok, érzések és a beteg lelke

mélyén zajló tudattalan folyamatok között fennálló kapcsolatok iránt. Az orvos akkor tud megfelelni ennek a követelménynek, ha hajlékony és rugalmas pszichével rendelkezik, ami viszont csak úgy érhető el, ha maga is átesett analízisen. Hogyan szerezhet az orvostanhallgató ilyen alapos önismeretet? Nehéz erre a kérdésre válaszolni.” (Ferenczi 1933, 123.).

Bálint válaszképpen a magyar pszichoanalitikus képzés elvein alapuló „kiképző és kutatócsoportokat” szervezett általános orvosok számára. A berlini pszichoanalitikus intézetben kifejlesztett „három” alapú képzés rendszere előtt a budapesti iskola nem tett szigorú különbséget a képzés három formája (saját analízis, szemináriumok és szupervízió) között. Ilyenformán a magyar analitikus-jelöltek a saját analízisük közben szabadon asszociálhattak a náluk kezelésben lévő esetekről. Ebből a gyakorlatból kiindulva Bálint lehetségesnek tartott az általános orvosoknál egy „korlátozott, de mégis számottevő személyiségváltozást” (Bálint 1961a, 1231.) eredményező képzést, amely egyúttal az orvos-beteg kapcsolat jobb megértéséhez is hozzájárulna. Bálint abból a feltevésből indult ki, hogy valamennyi érzés, amelyet a beteg a kezelése során az orvosában kelt, a betegsége tünetének tekinthető. Az orvosi gyakorlatba általa bevezetett módszerekkel, az orvos és a beteg tudattalanjának felhasználásával feltárult az orvos-beteg kommunikáció – a kérdés és a válasz – valódi értelme.

Idevonatkozó munkái nagy részét (leszámítva 1926-os előfutár-írásait: Bálint 1926a és 1926b) Bálint az 1955-ben publikált „Az orvos, a betege és a betegség” című írásában (Bálint 1955b) mutatta be. Cikkének kibővített változata 1957-ben megjelent könyv alakban, azonos címmel (Bálint 1957). Az 1955-ös cikk az orvosra fókuszál, az orvos „apostoli küldetéséről” beszél, arról a szerepről, amit utóbbi az orvosi beavatkozásokkal és azzal, amit mond, beleértve a közlés pillanatát és módját is, betölt.

Korai volna végleges mérleget vonni az Európában széles körben elterjedt Bálint-csoportokról, de úgy tűnik, hogy Bálintnak az az álma, hogy az orvosképzésbe behozza általa a pszichológiai dimenziót, csak részben valósult meg. Mellesleg, Freud álma sem jutott sokkal jobb sorsra: joggal kérdezhetjük, hogy vajon az analitikusok kihozták-e a maximumot Freud gondolataiból, például az analízis terápiás értéke vonatkozásában is. Bár a Bálint által javasolt képzés az általános orvosok egy részének számára lehetővé teszi, hogy személyes motívációikat és az orvos-beteg kapcsolat dinamikáját jobban megértsék, be kell ismerni, hogy a módszer magában hordozza az eredeti célkitűzéstől való eltérés veszélyét is; a Bálint-csoport sajátélmény-csoporttá, a rövid dinamikus pszichoterápiás csoport társadalmi változatává alakulhat.

Miután az pszichoanalízis megalkotta a pszichoanalitikus helyzetet, Bálint létrehozta azt a teret, ahol az orvos az analitikussal találkozhat.  gy gondolta, hogy a nem analitikusok vezetete csoportok nem jutnának ugyanarra az eredményre. Bálint tudományos gondolkodó volt. Távol állt tőle a dogmatizmus, és éppen ez tette lehetővé, hogy megkísérelje a pszichoanalitikus gondolkodót a tudományos orvoslás hagyományába integrálni.

Miért kell az orvosi gondolkodásmódot a pszichoanalitikus szemlélettel kibővíteni? Első gondolatunk az lehet, hogy a pszichoanalízis nyilvánvalóan hozzájárulhat az orvosi gyakorlat meg j l s hoz. Napvilágot látott olyan értelmezés is, miszerint Bálint Mihály – tudatosan vagy tudattalanul – meg akarta mutatni az apjának, hogyan kell az orvosi működést gyakorolni... Számomra  gy tűnik, hogy ez a kérdés lehatol egészen a keretek probl m j ig, amelyet Ferenczi, legalábbis első látásra, szinte teljesen figyelmen kívül hagyott. R.N.-t (n beteg t) naponta többször is látta, és mikor R.N. beteg volt, elment a lakására – ahogy azt egyébként Freud is tette a praxisa kezdetén. Mindazon l hiba volna túl gyorsan arra a következtetésre jutni, hogy a keretek kérdése fel sem merült.  gy gondolom, hogy Ferenczi szerint a keret lehet rugalmas, esetleg változó, igazodhat az egyedi gyakorlathoz és nem szükséges egyetlen merev megfontolásra korlátozni. Azok a „setting”-ek, amelyekben egyfelől a f kuszter pia, másfelől az orvos-csoportok zajlanak, jelentősen különböznek a klasszikusnak nevezett pszichoanalitikus settingt l. Utóbbi kereteit Freud (1912) a múlt század t zes éveiben a híressé vált *Tanácsok a gyakorló analitikus számára* című művében fektette le, hosszas kísérletezés, és tegy k hozzá, egyfajta szabadabb gyakorlat után. Történelmi tény, hogy a kereteket ő maga kodifikálta. Felmerül a kérdés, hogy vajon mely tényezők k szített k Freudot a keretek szabályozására, arra, hogy gyakorlatilag kötelezővé tegye az ismert settinget. Minden bizonnal a viszont tt telb l eredő problémákról volt szó. Ilyen problémákat vetett fel Sabina Spielrein  s Carl Gustav Jung, P los Elma  s Ferenczi, de Otto Gross  s Jung kapcsolata, továbbá sok más hasonló kapcsolat is. Másképp fogalmazva, szükség volt valamiféle v d korl tra a viszont tt tellel szemben. Ha viszont sokkal nyíltabban, expliciten kezelj k a viszont tt tet,  gy ahogy azt Ferenczi tette a *Klinikai naplóban* (Ferenczi 1932), akkor csökken a merev keret fontossága. Nem lesz rá akkora szükség. Egyedül a probléma ny lt kezelése szükséges. Ferenczinek (aki a *Klinikai naplóban* leirja páciensei kezelését) a betegeivel szembeni attitűdje és az általános orvosokat megszólító vagy a f kuszter pi val kísérletező Bálint attitűdje között folytonosság mutatkozik. A magyar pszichoanalitikusok képzési formája