

## QUELQUES POINTS DE REPÈRE DANS L'ŒUVRE DE BALINT<sup>1</sup>

**Annie Ramirez-Lévine**

Michael Balint est né à Budapest en 1896. Fils de médecin, il a fait, lui aussi, des études de médecine tout en s'intéressant très tôt à la psychanalyse. Il va à Berlin faire sa formation psychanalytique. Là, il fréquente Karl Abraham, Hans Sachs, Melanie Klein. En 1921, il épouse Alice Kovacs, fille d'un psychanalyste élève de Sandor Ferenczi. Alice a travaillé sur les relations précoces mère-enfant et Balint dira que ses travaux l'ont beaucoup influencé. De retour à Budapest, il devient membre de la Société de psychanalyse hongroise en 1925. Déjà à cette époque, il essaie de voir comment il serait possible d'appliquer la psychanalyse à la formation des médecins.

En 1938, le couple fuit la Hongrie et s'installe en Angleterre, à Manchester où Alice meurt brutalement.

Après la guerre, Balint s'établit à Londres où, de 1948 à 1961, il travaille à la Tavistock Clinic. Là, avec sa seconde femme Enid, il reprend ses travaux sur la formation des médecins. Parallèlement, il poursuit ses travaux psychanalytiques.

Original et indépendant, Balint l'aura été dans ces deux domaines, mais toujours conciliant, faisant des liens, jetant des ponts, évitant les ruptures.

### **Amour primaire et défaut fondamental**

Bien qu'ayant assuré la fonction de président de la Société britannique de psychanalyse, Balint a pris une certaine distance, tant par rapport aux théories classiquement admises que par rapport à la pratique. Par exemple, il a rejeté les concepts de narcissisme, de pulsion de mort, de stades libidinaux (oral, anal, oedipien), les considérant trop éloignés de sa vision clinique essentiellement humaine et optimiste.

Très tôt, en revanche, il a élaboré le concept d'amour primaire pour caractériser les relations du petit enfant à son environnement. Dans son ouvrage *Le défaut fondamental*, il oppose ce concept à la notion classique de narcissisme primaire selon laquelle, durant les premiers mois de la vie, l'enfant, sans communication ni échanges avec l'environnement, investirait toute sa libido sur lui-même. Balint, au contraire, en précurseur, suppose outre l'existence très précoce d'une expérience du monde interne, celle d'une harmonie, d'une osmose avec le monde environnant. Le bébé se vivrait comme une substance sans contours bien délimités, en interrelation avec un environnement fait, lui aussi, de substances molles, de réalités sensibles comme la chaleur, le mouvement, la consistance, sans caractéristiques précises mais

---

<sup>1</sup> **Pour citer ce texte :**

Quelques points de repère dans l'œuvre de Balint. Annie Ramirez-Lévine.  
*JE est un Autre* n° 2, 1997. *JE est un Autre. Pour un dialogue pédagogie psychanalyse*, Jacques Lévine, Jeanne Moll, ESF, 2001.

---

indispensables à sa survie, de telle sorte que les premiers moments de la vie sont « *un harmonieux mélange par interpénétration* ».

La notion d'harmonie est importante pour Balint qui en fait la caractéristique essentielle de l'amour primaire et la condition du bien-être : « *Un enfant sain et une mère saine sont si bien adaptés l'un à l'autre que la même action les gratifie nécessairement tous les deux* ». Dans cette zone, lorsque tout se passe bien, il y a une harmonie totale, c'est-à-dire : « *une parfaite identité des désirs et des satisfactions* ». Mais si un écart se creuse entre les besoins de l'enfant et les soins qu'il reçoit, cet écart crée un « *défaut* », un manque plus ou moins irréversible et traumatique que Balint a appelé le défaut fondamental. Toujours prêt à resurgir, le vécu de ce défaut premier réapparaîtra dans toute expérience de manque, de frustration, de solitude, d'abandon, avec plus ou moins d'intensité, de gravité et de capacité à le supporter. Les solutions élaborées par le bébé, sa capacité à négocier avec ses propres contraintes intérieures et les manières d'utiliser ou non l'environnement pour supporter la frustration, constitueront les premières ébauches de l'organisation de la vie intérieure et relationnelle future.

La maladie organique peut être considérée, selon Balint, comme une manifestation du défaut fondamental.

Le stade de développement suivant se caractérisera par une distinction plus nette entre le soi et le monde extérieur, permise par l'apparition de l'objet dans le champ perceptif de l'enfant. Pour décrire ce stade, Balint a dû, là encore, inventer une nouvelle terminologie, car il n'adhère pas à la conception classique qui fait dépendre les relations d'objet de l'évolution libidinale. S'inspirant des fêtes foraines, car « *les besoins humains essentiels qu'elles satisfont doivent provenir de couches assez primitives du psychisme* » et des façons d'y vivre les plaisirs, divertissements, activités qui mettent en jeu la peur, les angoisses, les « frissons », la perte de la stabilité et le vertige, l'agressivité, etc., et qui sont comme autant d'illustrations de la manière dont on a vécu l'amour primaire et le défaut fondamental, il distingue deux grandes catégories d'individus :

- les sujets qui ne peuvent supporter sans peur le manque d'un objet sécurisant, qui ont besoin de s'agripper, de s'accrocher en permanence et pour lesquels une ébauche de séparation provoque un retour vers l'objet dans une sorte de réflexe de survie. C'est ce que Balint a appelé la tendance ocnophile ;

- à l'opposé, le philobate « *nourrit l'illusion de n'avoir pas besoin d'objet* », il se suffit à lui-même et vit dans une sorte de méfiance à l'égard des autres qu'il essaie de tenir à bonne distance, leur trop grande proximité menaçant sa sécurité.

Selon Balint, la plupart des êtres humains se situeraient entre ces deux positions. Ces deux notions n'ont pas eu beaucoup d'écho chez les psychanalystes, mais elles ont sous-tendu toute la conception des relations dans les groupes qu'on appellera Balint.

Balint a critiqué aussi la technique psychanalytique, reprochant la longueur, la lourdeur du dispositif et le fait que la cure classique ne peut s'adresser qu'à trop peu de monde. Inspiré par Ferenczi, il propose des modifications techniques concernant la place du corps et les interprétations. Mais surtout, critiquant le rôle trop important, omnipotent dans certains cas, pris par l'analyste, qui contribue à faire régresser le patient dans un univers ocnophile, il fait une description de ce qu'il appelle « *l'analyste discret* » qui accompagne son patient dans une régression dite « *bénigne* », nécessaire mais non nocive (par opposition à la régression « *maligne* ») en reconnaissant les besoins et

demandes de satisfaction du patient qui sont à la base du « *renouveau* » et permettent de guérir du défaut fondamental.

Mais surtout, animé d'un besoin d'efficacité, Balint a été amené à faire des recherches sur les psychothérapies focales. Pour raccourcir une thérapie, il faut déceler le problème nodal qui est au cœur de la pathologie du patient et s'y tenir, quel que soit le matériel apporté par la suite. Cette technique trouvera son application, dans les groupes, dans la technique du « flash » qui fera partie de ses dernières préoccupations. C'est dans les groupes de médecins que ces apports trouveront leur application et aussi leur notoriété.

## Les groupes Balint

La recherche de Balint avec les groupes de médecins a surtout pris forme à la Tavistock Clinic. Il faut savoir que cette clinique représente un contexte très particulier. C'était, à l'origine, une institution philanthropique destinée à soulager les misères des populations. Après la Seconde Guerre mondiale, dans le souci de répondre à une demande d'aide croissante, la recherche sur le travail en groupe s'y est beaucoup développée. Il est intéressant de noter qu'à cette époque la Tavistock s'est fait une spécialité de l'étude des relations humaines : Bowlby y a étudié les relations précoces mère-enfant et les conséquences de la séparation, Dicks a travaillé sur les relations conjugales ; les relations dans le monde du travail ont fait aussi l'objet de recherches.

Balint a, quant à lui, constitué des groupes de recherche-formation avec des médecins pour étudier les implications psychologiques dans la pratique de la médecine. Au départ, ces groupes s'appelaient « séminaires de discussion sur les problèmes psychologiques dans la pratique médicale » et là, plusieurs constats ont été faits, constats qui constitueront les principes de base des groupes Balint.

### *Les constats*

- Le point de départ est probablement la question suivante, formulée par Balint : « *Pourquoi, en dépit d'efforts sérieux de part et d'autre, la relation entre malade et médecin est-elle si souvent insatisfaisante, voire malheureuse ?* »

La réponse n'est que partiellement médicale car, dit-il, « *le développement de la civilisation urbaine a eu pour résultat qu'un grand nombre d'individus ont perdu leurs relations familiales et sont des déracinés ; les familles nombreuses, avec leurs multiples liens intimes, tendent à disparaître, et l'individu est de plus en plus isolé et même esseulé. S'il a des ennuis, il n'a presque personne à qui demander un conseil, une consolation humaine, simplement une occasion de s'en délivrer. Il est de plus en plus renvoyé à lui-même. Nous savons que, dans la plupart des cas, sinon dans tous, un stress, une tension mentale ou émotionnelle se trouvent accompagnés de sensations corporelles diverses, ou bien encore en représentent des équivalents. Dans ces états – et surtout si la tension augmente – une solution possible et d'ailleurs fréquente est de voir son médecin et de se plaindre* ». C'est-à-dire que le médecin se trouve chargé de l'expression du problème qui dépasse sa formation.

- Un deuxième constat concerne le symptôme. Un des points d'étude des séminaires concernait l'incompréhension des médecins face à l'attitude du patient à qui on disait, après avoir, bien sûr, pratiqué tous les examens nécessaires, qu'il était en bonne santé, qu'il n'avait rien et qu'il pouvait rentrer chez lui tranquillement. Ils pensaient que cela devrait soulager le patient d'apprendre que sa douleur, ou son malaise, n'avaient rien

d'organique. Et le patient partait insatisfait et revenait deux semaines plus tard avec un autre symptôme, et ainsi de suite...

Un des grands apports de Balint a été de comprendre que la maladie, le symptôme n'étaient pas quelque chose d'isolé, mais qu'ils s'intégraient, non seulement dans l'histoire du patient, mais aussi dans la relation, que le malade offrait son symptôme au médecin comme un langage, comme ce qu'il pouvait énoncer à ce moment-là pour signifier une plainte. Si ce symptôme est pris comme tel, au pied de la lettre, et si le médecin ne comprend pas le discours sous-jacent, il n'entre pas dans la relation, mais reste cantonné à son rôle traditionnel de médecin qui fait un diagnostic et qui ne s'intéresse pas à la personne totale de son patient.

Quelquefois, il arrive qu'une mère offre au médecin la maladie de son enfant comme symptôme de son propre malaise.

Balint propose donc de remplacer le diagnostic superficiel par un diagnostic plus profond, plus large « *qui ne se borne pas à englober tous les signes et symptômes physiques mais qui essaie d'évaluer l'importance qu'il convient d'accorder aux symptômes dits « névrotiques », disons les facteurs psychologiques* ».

En établissant le type de diagnostic élargi qui considère la personne dans sa totalité, le médecin, même s'il distribue des médicaments, est lui-même, par la relation qu'il établit alors avec son patient, le remède. Cette découverte du médecin-médicament apparaît comme une conséquence des idées de Balint sur les relations primitives de l'être humain avec son environnement.

Le médecin-médicament, c'est une qualité d'accueil, une écoute, une ambiance dans laquelle le patient se trouve immergé. C'est une sorte de situation régressive qui est proposée au patient, où le médecin utilise sa propre personne, ses propres capacités de sentir, de comprendre, de communiquer, dans ce que Balint a appelé sa fonction apostolique.

#### *Les propositions*

Considérer le patient dans sa totalité, c'est-à-dire comme ayant une histoire, une famille, une personnalité, des souffrances réactivant le défaut fondamental, une psychologie et pas seulement un corps, écouter son symptôme comme un discours offert au médecin, telles sont les nouvelles fonctions du médecin selon Balint. Il doit pouvoir prendre en charge la partie psychologique et se transformer en psychothérapeute.

Pour Balint, c'est extrêmement clair. La formation a pour but de permettre aux omnipraticiens de devenir psychothérapeutes. « *On admet qu'au moins un quart à un tiers du travail de l'omnipraticien consiste en psychothérapie pure et simple. Mais, quelle que soit la proportion, il n'en reste pas moins vrai que la formation médicale actuelle ne prépare pas l'omnipraticien pour au moins un quart du travail qu'il est appelé à faire.* »

Il a donc fallu à Balint créer une nouvelle forme de psychothérapie, différente de l'analyse bien sûr, trop longue, nécessitant une formation que beaucoup ne sont pas prêts à envisager. Elle sera appelée psychologie médicale.

Même si les problèmes du patient sont en grande partie issus de troubles psychiques anciens, le médecin ne peut analyser tous ses patients. Par ailleurs, l'analyse, à l'époque de Balint, avait des indications beaucoup plus limitées que de nos jours.

En outre, la relation duelle établie entre analyste et analysant exclut les autres membres de la famille, les amis, l'entourage du patient. Or le médecin, surtout le médecin de famille, soigne souvent toute une famille.

Et aussi, le rapport au corps est fondamentalement différent. On le sait, la psychanalyse ne s'intéresse qu'au corps imaginaire et fantasmatique. Le médecin, au contraire, a un contact physique constant avec le corps de son malade.

Ces conditions suffisent à expliquer que Balint ait eu besoin de former les médecins à un type nouveau de psychothérapie tenant compte des conditions particulières de la relation médecin-malade.

C'est la technique de l'entretien prolongé qu'il a élaborée dans un premier temps qui aurait constitué l'équivalent de cures psychothérapeutiques sans en être le décalque exact.

Il s'agit d'une technique originale en trois étapes :

- l'écoute ;
- la compréhension ;
- l'utilisation de la compréhension en vue d'un effet thérapeutique.

Cependant, au sujet de cette technique, règne une assez grande confusion qui a incité certains médecins à pratiquer la psychanalyse.

C'est pourquoi, dans un second temps, Balint a entrepris des travaux sur le « flash », qu'il poursuivait encore au moment de sa mort. Il était en effet soucieux de réduire le temps thérapeutique et de trouver une méthode qui aurait permis aux médecins, par un flash, de sentir, de comprendre très vite la manière d'intervenir de façon efficace.

Le flash, c'est concentrer toute son attention sur ce que le patient, au moment précis de la consultation, essaie de communiquer ; c'est une manière de toucher juste qui permet d'atteindre à une compréhension de ce que le patient veut du médecin sans que cela entraîne dépendance ou attachement excessifs.

Cette maîtrise ne peut être obtenue que dans le cadre d'une relation de longue durée où médecin et malade sont associés de longue date dans ce qu'il a appelé une « *compagnie d'investissement mutuel* » et après la fréquentation assidue des groupes Balint.

#### *La pratique des groupes Balint*

Les groupes Balint fonctionnent autour de trois axes :

- la relation médecin-malade ;
- le contre-transfert du médecin sur le patient ;
- le rôle du leader.

*« Au début, je soupçonnais qu'il se passe beaucoup plus de choses entre le malade et le médecin qu'on ne le dit », mais « lorsque nous avons commencé, il n'existait aucune méthode adaptée aux médecins praticiens pour les former au diagnostic psychologique et à la psychothérapie ».*

Le but des groupes Balint est - l'auteur l'explique dans *Le médecin, son malade et la maladie* - « d'aider les médecins à augmenter leur sensibilité à ce qui se passe, consciemment ou inconsciemment, dans l'esprit du patient lorsque médecin et patient sont ensemble. [Cette façon d'écouter diffère beaucoup du] « relevé de l'anamnèse »

*[qui] se préoccupe presque exclusivement des événements objectifs ou des événements qui peuvent facilement s'exprimer par des mots [...].*

*Les événements dont nous nous occupons sont très subjectifs et personnels, souvent à peine conscients, et même entièrement au-delà du contrôle conscient : il n'existe également bien souvent aucune manière de les décrire verbalement sans équivoque. Néanmoins ces événements existent et de plus ils influencent profondément l'attitude des gens envers la vie et plus encore leur attitude envers le fait de tomber ou d'être malade, d'accepter une aide médicale, etc. [On peut dire que ces événements] sont largement motivés par des patterns presque automatiques, ayant leur origine principale dans l'enfance, mais influencés par les expériences émotionnelles plus tardives. Notre première tâche a consisté à susciter chez les médecins une prise de conscience de ces patterns automatiques, puis de leur permettre d'étudier d'une manière de plus en plus détaillée l'influence qu'ils exercent sur l'attitude du patient envers sa maladie et la façon dont ils colorent et même dont ils déterminent la forme de ses relations avec toute personne et, en particulier, avec son médecin.*

*La réponse du médecin, elle aussi partiellement régie par des schèmes automatiques, est un autre facteur qui affecte le développement de la relation du patient et de son médecin. L'interrelation de ces deux groupes de patterns, la possibilité et la manière qu'ils ont de « s'accrocher » l'un à l'autre, déterminent dans une large mesure l'efficacité de n'importe quel traitement. »*

Afin de pouvoir mieux « accrocher » et avec un plus grand nombre de patients, le médecin doit pouvoir disposer d'une large gamme de réponses, c'est-à-dire qu'il doit prendre conscience de ses propres *patterns* automatiques.

*« L'enseignement intellectuel [...] n'a guère d'effets sur ce processus ». En revanche, l'étude du contre-transfert du médecin envers son patient est un outil de travail fondamental.*

*« Nous avons établi un principe selon lequel, si le médecin ressent quelque chose tandis qu'il soigne son malade, il ne doit en aucun cas agir d'après ses sentiments, mais s'arrêter et les considérer comme un symptôme possible de la maladie de son patient. Dans ce cas, le fait que le médecin éprouve de tels sentiments signifierait que le patient les suscite et les provoque et que le médecin pourrait être une victime – peut-être consentante – qui ne pourrait s'empêcher de répondre ainsi à son patient. »*

Pour Balint, l'outil utilisable par le groupe est donc le contre-transfert du médecin ou encore la fonction apostolique qui tient compte du choix du cas rapporté, de la manière dont il est raconté, des émotions, des blancs dans le discours, des oublis... du ton de voix.

*« Tout cela, dit Balint, raconte une histoire semblable au récit d'un rêve et les interventions des membres du groupe seraient comme des associations libres. De plus, si on accepte l'idée que le contre-transfert est l'élément pivot de la relation médecin-malade, et si le médecin peut changer son contre-transfert pour le rendre plus efficace thérapeutiquement, la situation tout entière peut changer assez rapidement. »*

C'est cela l'acquisition de l'aptitude psychothérapeutique qui « ne consiste pas seulement à apprendre quelque chose de nouveau, mais implique aussi inévitablement un « changement limité mais considérable » de la personne du médecin ».



Le contre-transfert du médecin est tridimensionnel :

- médecin-patient ;
- médecin-leader du groupe ;
- médecin-groupe.

Mais seul le contre-transfert médecin-patient est utilisé dans une certaine mesure. « *Nos interprétations ne concernent presque jamais les motivations cachées du comportement thérapeutique du médecin, sphère que nous en sommes venus à appeler son « transfert privé ». Ce qui nous intéresse, c'est son « transfert public », c'est-à-dire l'aspect de son travail professionnel qui, à travers son rapport du cas et sa participation à la discussion, est peu à peu connu de tous les membres du séminaire.* »

Donc, objet principal des groupes Balint : l'étude du contre-transfert du médecin comme transmetteur et facteur modifiable de la relation médecin-patient.

Un autre point important est le rôle du psychiatre ou psychanalyste. Doit-il être éducateur ou leader d'un groupe de recherche ?

Pour Balint, étant donné que le médecin, lorsqu'il s'adressera à son patient, aura en tête la manière qu'a le leader d'animer le groupe, si celui-ci se conduit en éducateur, le médecin aura tendance à reproduire dans la relation au malade une relation reproduisant une hiérarchie, une supériorité et imposant un supposé savoir-faire à un supposé ignorant.

Il préconise au contraire que le psychanalyste joue le rôle d'un leader, c'est-à-dire qu'il ne soit pas celui qui va pratiquer la psychanalyse sur les membres du groupe, mais celui qui a la même écoute que celle que le médecin aura envers son patient. Il doit permettre à chacun d'être lui-même, en attendant pour parler que l'on attende véritablement quelque chose de lui, en permettant le plus possible aux médecins de découvrir par eux-mêmes la bonne technique à adopter pour traiter le problème du patient. Il enseignera plus par son exemple que par toutes les autres méthodes.

## **Balint après Balint**

Après Balint, s'est posée en Angleterre la question des leaders : doivent-ils ou non être psychanalystes ?

Il semble qu'une solution de compromis ait été trouvée : le leader doit être psychanalyste, mais le co-leader, s'il y en a un, peut être médecin non analyste, à condition qu'il ait une longue pratique du groupe Balint comme participant.

Les continuateurs de Balint en France appartiennent à plusieurs tendances.

Pour les uns, il s'agit de faire bénéficier les médecins des découvertes de la psychanalyse (Gendrot, mort en 1975).

Pour d'autres (Sapir), les groupes Balint ont été l'occasion de développement vers la psychosomatique.

Pour d'autres encore, qui se rattachent à Lacan, les groupes se rapprochent de l'analyse individuelle des médecins participants. Cette mise en cause des membres du groupe a

provoqué quelques remous dans les milieux balintiens français. Mais cela a été considéré par les Balint comme une intéressante voie de recherche.

D'autres, enfin, soulignent le divorce total entre psychanalyse et médecine.

Actuellement, la Société médicale Balint, qui s'est fondée sur une déclaration d'indépendance des médecins par rapport aux formateurs psychanalystes, semble être à la recherche de compromis.

Le mouvement Balint, et cela est encourageant, est encore en pleine recherche et évolution.

*On peut retrouver d'autres articles d'Annie Ramirez-Lévine dans JE est un Autre :*

*n°6, pp. 67-76 :*

*« Pour qu'un bébé devienne un être humain. Hypothèses sur le processus originare »*

*n°9, pp. 6-16 :*

*« Aux sources de la parole. Parabole de la boule et des tiroirs »*

---

**Pour citer ce texte :**

Quelques points de repère dans l'œuvre de Balint. Annie Ramirez-Lévine.

*JE est un Autre* n° 2, 1997. *JE est un Autre. Pour un dialogue pédagogie psychanalyse*, Jacques Lévine, Jeanne Moll, ESF, 2001.

---

**Note d'information sur les droits d'auteur**

Les documents mis à votre disposition sur le site de l'AGSAS sont gracieusement fournis par les auteurs, sur une base non commerciale, uniquement pour un usage strictement personnel. Les droits d'auteur, de commercialisation et d'indexation à des fins commerciales sont conservés par les auteurs et qui de droit malgré le fait que leurs travaux sont accessibles électroniquement. Toutes les personnes et organismes faisant une copie électronique de ces documents s'engagent, par le fait même de faire cette copie, à respecter les droits d'auteurs et droits de distribution associés.