

ATT LEDA EN BALINTGRUPP

Referat av Ingrid Wermelin de Langes panelanförande vid SFMP:s årsmöte 15 mars 2006

En kort presentation: jag arbetar som leg. psykoterapeut med grupper och individuell psykoterapi sedan mitten av 1970-talet och med handledning sedan början av 1990-talet.

Jag deltog i den första utbildningen för Balintgruppledare 1998-2000 och har lett Balintgrupper på vårdcentraler och sjukhus. För närvarande har jag tre grupper med deltagare från Storstockholm, som kommer till min mottagning i centrala Stockholm.

Det är inspirerande, vitaliserande och en genuin upplevelse att arbeta med Balintgrupper. Modiga och sympatiska läkare deltar, som erkänner att de behöver hjälp, som vågar ifrågasätta och tycker att det är intressant att tillsammans med kollegor försöka finna lösningar på otillfredsställande möten mellan sig själva och patienterna.

De kan se **osäkerhet och tvivel som en tillgång**, och anammar Tage Danielssons ord:

Utan tvivel är jag inte riktigt klok.

Som gruppledare tar jag med mig från psykoterapin synen på **lekens nödvändighet** för att möjliggöra utveckling. En lek som på största allvar tar till sig problemet, en lek som kräver **närvaro och ärlighet, som i alla goda möten. Välvilja och vördnad** är andra viktiga ord jag gärna har med mig i arbetet.

Mitt övergripande ansvar som ledare

är att genom tydliga ramar skapa en trygg och säker gruppmiljö, där deltagarna kan uppleva en frihet att uttrycka sig

Jag betonar att det är ett engagemang som förpliktigar att delta i en Balintgrupp.

Jag stöttar deltagarna att prioritera sin närvaro d v s att prioritera sig själva. En del tar sin läkarroll på så stort allvar att egna behov - som att sätta gränser, få lasta av sig oklarheter och reflektera över ibland oerhört tunga patienter - ofta ställs åt sidan.

Noggrannhet med tider

Jag ber deltagarna att informera mig om de är sena eller inte kommer - inte för redovisning eller skapa skuld utan för att undvika kollegornas fantasier om deras frånvaro, göra gruppen till en trygg plats och lära ut gränser.

Det är viktigt med avslut.

Om någon slutar i gruppen i förtid ber jag dem att komma och avsluta med övriga deltagare. Det underlättar för gruppen att sluta sig i den nya konstellationen. Det är hälsosamt att göra tydliga avslut.

Genom tydliga ramar förstår deltagarna otryggheten de skapar om de inte har klara gränser utan är "försvinnande goda".

Sekretess/tystnadsplikt är naturligtvis självklart för ledaren och deltagarna, så att de har en plats där de kan få tala i ett "skyddat" rum.

Att stötta/skydda deltagarna - och då främst falldragande läkare.

Under arbetet ser jag till att **fokus stannar vid läkar-patient-mötet**. Jag förmedlar att vi är där för att undersöka vad som hänt mellan läkaren och patienten. Vi är aldrig ute efter att värdera eller döma.

Falldragande läkare får efter falldragningen sitta vid sidan av och få möjlighet att betrakta skeendet i gruppen. Nu när läkaren lastat över patienten på gruppen har hon/han möjlighet att tänka fritt om vad som hänt/ händer i konsultationen – eftersom en parallellprocess ofta utspelar sig i gruppen under diskussionen.

Gruppledaren får ibland företräda patienten så att hon förblir synlig och inte täcks över av sitt symptom eller en iscensättning av sitt personliga drama.

Fall:

En manlig läkare kände ångest och maktlöshet inför en kvinnlig, deprimerad invandrare. Läkaren ville helst inte ha patienten listad hos sig.

Patienten var oförmögen att arbeta och talade under konsultationen mycket om problem med sin utagerande tonårsdotter.

Gruppdeltagarna började diskutera. Det var som att ta sig genom en seg massa. Patientens försvann in i reaktioner på "ännu en sjukskrivning". Diskussionen blev allmän och kom att handla om att bli utnyttjad som intygsskrivare. Patientens försvann ur diskussionen. Jag efterlyste henne. Diskussionen fylldes nu av starka känslor av ångest och maktlöshet med smärtsamma associationer.

När falldragande läkare fick ytterligare kommentera fallet fyllde han på med att patienten varit fängslad, blivit torterad och våldtagen i sitt hemland. Efter en stund kom någon på att patientens dotter nått samma ålder som patienten var, då hon var inspärrad. Patientens blev möjlig att förstå, och läkaren blev intresserad och empatisk mot den medmänniska han nu var förmögen att se.

Läkarna uppmanas att inte ge medicinska råd i Balintgruppen utan istället försöka vara lyhörda för egna reaktioner. Alla personliga känslor och tankar är viktiga för att försöka fånga det omedvetna skeendet i mötet mellan läkaren och patienten.

Exempel:

En deltagare kom in i grupprummet **efter** en falldragning av en patient med smärtor och svårigheter att röra sig. Deltagaren satt i fem minuter och hörde gruppens diskussion och sa sedan att han fick upp en bild av en springande man. Falldragande läkares förvåning var minst sagt stor. Hon frågade hur han kunde veta det. Hon hade ju inte ens berättat att en kollega sett honom delta i en löpartävling.

Jag ber deltagarna formulera om sina frågor till påståenden eller fantisera om svaren.

I en amerikansk medicinsk artikel berättades om läkarkandidater som fick - förutom den vanliga journalen - skriva en vid-sidan-av-journal, där de skulle ta upp känslor och tankar. De gick igenom denna journal varje vecka med sin handledare. Det låter som en bra träning i vaksamhet av omedvetna skeenden i mötet.

I nya grupper brukar jag fråga **efter känslor och tankar de haft under falldragningen**. Tankar och kategoriseringar brukar finnas i mängd. Jag brukar ofta i början efterlysa känslor.

Det finns alltid plats för återkoppling till gamla fall.

Det är en trygghet att kunna återvända och berätta hur det gått och kanske fortsätta diskutera fallet. Att ha en grupp med kollegor att dela tankar och känslor med kan ge en ökad tolerans att orka med osäkerhet och maktlöshet.

Jag påminner om **en reflekterande inställning** och om **lyssnandets konst**. Ofta dominerar frågor från läkaren och svar från patienten kring symtom. Små nyanser kan gå förlorade som kan vara nyckeln till patientens problem.

Det är dock inte alltid enkelt. John Salinsky, allmänläkare från England, sade följande på Balintkongressen i Stockholm:

”Att lyssna hörsamt till en människas berättelse kan väcka starka emotionella reaktioner och ofta värjer vi oss, orkar inte bära, inte höra. Dock skadar vi sannolikt både patienten och oss själva om vårt försvar är för starkt. För att bättre kunna hjälpa patienterna behöver vi ständigt vidareutveckla lyssnandets konst och vår förmåga att förstå och hantera det vi hör.”

Som ledare kan man förmedla att det **inte är farligt med starka uttryck och bereda utrymme att avlasta sig tunga bördor**.

Fall:

En läkare kommer och är angelägen att få tid för att tala om ett dödsfall som inträffat några dagar tidigare. Hon har inte kunnat sova sedan hon besökte hemmet där den döde hittats av anhöriga. Vid besöket hade de närvarande varit mycket samlade. Polis och ambulanspersonal var effektiva men ganska nonchalanta. Läkaren började gråta när hon berättade och sade sig inte alls förstå varför hon varså berörd. Stämningen i gruppen var mycket tung och det var svårt att greppa om vad som hände. Någon i gruppen formulerade att alla som avlider behöver ha någon som sörjer och att läkaren kanske tagit på sig alla de närvarandes känslor som inte kommit till uttryck. Då vände allt och läkaren kunde gå därifrån lättad.

Mötet får status i Balintgruppen

Vi behöver träna oss att vara i ett möte. En kommentar på Balintkongressen var:

”Vi möter oss själva i patienten.”

eller som Petrus i Korintierbrevet uttryckte det:

”Vi ser varandra dunkelt, som i en spegel, men en dag skall vi skåda klart.

En dag skall vi skåda ansikte mot ansikte.”

Vad är då det dunkla som skymmer siktet? Vad står mellan mig och patienten?

Några exempel:

Läkarens försiktighet, rädsla, ambition, kategoriseringar, fördom, projektion, brist på kunskap, brist på nyfikenhet, förväntningar, egen livssituation, att det kanske bara får finnas en människa närvarande i rummet.

Patientens idealisering, förnekande, tidiga störning som ageras ut i konsultationsrummet, t ex det finns ingen som står ut med mig.

Som ledare vill jag **synliggöra alltför höga ambitioner och krav**, så att deltagarna kan **ta till sig rimliga förväntningar på sig själva i läkarrollen**.

Jag vill lära ut viss psykologisk kunskap kring fallen, inte för att läkaren skall bli psykoterapeut eller för att hon skall använda den psykologiska terminologin, utan för att erbjuda ett sätt att tänka och bemöta patienterna på och underlätta för doktorn att förstå svåra skeenden. Jag vill förmedla kunskap om att många känslor, som maktlöshet, meningslöshet, idealisering m m, kan vara patientens kommunikationsmedel som smittar av sig på läkaren.

I gruppen tydliggörs försvarsmekanismer och parallellprocesser när de utspelar sig vid falldragningar.

I mitt arbete som psykoterapeut har jag tagit för vana att **formulera en enda mening om första intryck av patienten**. Det är förunderligt så mycket man "förstår" redan efter några minuter. Jag tillämpar detta tyst för mig själv, även under falldragningen.

Ibland kan jag be gruppdeltagarna att namnge det "drama" som utspelar sig i rummet mellan läkaren och patienten. Några förslag som kommit är: "Den goda viljan", "Jag finns inte, i alla fall låtsas jag som om jag inte gör det!"

Jag brukar ibland använda **bild eller drama/skulptur** för att **synliggöra patientens situation och läkare/patientmötet**. Det är ett utmärkt sätt att återerövra empatin för patienten och åskådliggöra hur patients sociala situation påverkar mötet. Deltagande är frivilligt.

Ofta brukar deltagarna imponeras och bli berörda av hur många faktorer som spelar roll i en patients liv och hur en liten förändring - en människa flyttas närmare och blir medhjälpare eller avlägsnas - kan förändra och lösa upp en låsning mellan läkaren och patienten.

Jag försöker få in mer av psykosomatiskt tänkande i grupperna.

Tatjana Sivic, docent i psykosomatisk medicin i Göteborg uttrycker det så här:

"Själens och cellens aggressivitet, ängslan, depression och smärta leder förr eller senare till allas vår död. Alla våra känslor tillhör även cellens liv".

Avslutningsvis vill jag nämna André Matalons, allmänläkare från Israel, anförande på Balintkongressen i Stockholm. Han menade att intellektuell kunskap inte räcker att luta sig emot i praktiken. För att det skall bli goda möten krävs emotionell inläring/kunskap, som erövrar genom *trial and error*, genom växande erfarenhet, genom medvetenhet om känslor av smärta, ilska, hopplöshet, hjälplöshet, känslor av förnekande eller attraktion.

"Emotionell kunskap gör skillnaden mellan en bra läkare och en sann healer."

Jag anser att en sådan kunskap och ett sådant lyssnande lärs ut i Balintgrupper.

Djupt lyssnande

Att känna sig lyssnad till och förstådd är nog den största gåvan i livet
Ett sådant lyssnande är inte bara en teknik

**Det är en aktiv process av "att vara"
Det är att lyssna med hela sig,
av hela sitt hjärta och med all sin förmåga.**

**Det är att lyssna inte bara till orden, det som berättas.
Utan även till det som utelämnas.
Att lyssna inbegriper inte bara lyssna till innehållet
utan också till rytmen, röstens intonation,
till musiken bakom orden.**

**Slutligen omfattar lyssnandet också att
noggrant lyssna till den egna kroppens känslor
när den tar emot musiken och meddelandet.**

**Djupt lyssnande är förmågan och kapaciteten
att hantera svåra känslor som uppstår i möten
som rädsla, utplåningsskräck, förnekande, våld,
övergivenhet och förluster.**

**Och liksom med empati lär man sig att lyssna intensivt
från djupet av sig genom att själv bli lyssnad till.
Genom att upptäcka sin egen medvetenhet.
Det är känslomässig inläring.
Bara den som varit lyssnad till
kan bli en bra lyssnare.**

av Andre Matalon. Översättning Ingrid Wermelin de Lange

Ingrid Wermelin de Lange
Leg psykoterapeut
Dipl. Balintgruppledare i Stockholm

**NÅGRA PLATSER FINNS LEDIGA I EN BALINTGRUPP SOM TRÄFFAS
I CENTRALA STOCKHOLM ONSDAGAR JÄMNA VECKOR 15.30-17.00.**

ingrid.wermelin@minpost.nu Telefon 08-615 15 47

