

DUBBELNUMMER av

BULLETIN

Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologi

De båda Skrivarpristävlingarna 2008 avgjorda!

De två vinnande bidragen:

”Pappas värsta otursdag!” av Åke Lasson

”Ett svek i tålamod” av Oskar Lundgren

Inför The 16th International Balint Congress 5-9 sept, Brasov:

Fyra svenska bidrag till världskongressen: Abstracts

Inledningsanföranden till

Israelisk-internationell Balintkonferens vid Döda Havet mars 2008

Holländsk-internationell konferens i Leiden oktober 2008

Föreningens verksamhetsberättelse 2008-2009

Protokoll från föreningens årsmöte 12 mars 2009

Kalendarium

Nummer 2: 2008 och 1: 2009

Årgång 42

ISSN 1653-3453

INNEHÅLL

Styrelsen	sid 3
Presentation av föreningen	sid 4
Ordförande har ordet.....	sid 5
Verksamhetsberättelse 2008-2009	sid 7
Årsmötesprotokoll	sid 10
De båda Skrivarpristävlingarna 2008 avgjorda! av Lena Svidén	sid 11
De två vinnande bidragen:	
”Pappas värsta otursdag!” av Åke Lasson	sid 13
”Ett svek i tålamod” av Oskar Lundgren	sid 19
De fyra svenska bidrag till Balint-världskongressen: Abstracts	
Anföranden på IBF-möten	
Israelisk-internationell Balintkonferens Döda Havet av Henry Jablonski	sid 24
Holländsk-internationell Balintkonferens Leiden av Henry Jablonski	sid 28
Fyra abstracts till 16th International Balint Congress i Brasov 5-9 sept 2009 av Dorte Kjeldman&Karen Glaser; Elsa-Lena Ryding&Henry Jablonski; Kjell Reichenberg; Anita&Anders Häggmark	sid 31
Kalendarium	sid 35

Styrelsen för Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologi 2009-10

Ordförande: Henry Jablonski, psykiater, ober. psykoanalytiker, Stockholm

Vice ordförande: Bengt Hamark, gynekolog, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

Kassör: uppgiften delas fn av ordf och v ordf

Sekreterare: cirkulerande

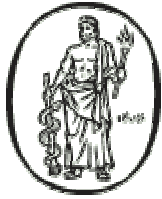
Övrig ledamot: Maud Sjöström, sjuksköterska, leg psykoterapeut

Övrig ledamot: Kjell Reichenberg, barnläkare, docent, leg psykoterapeut, Göteborg

Redaktör för detta nummer av Bulletinen: Henry Jablonski

Kontakt med oss i Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologi

Är du intresserad av att **bli medlem** i föreningen, gå in på hemsidan www.sfmp.se och klicka på **Kontakt**.



Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologi

The Swedish Association of Medical Psychology

Member of the International Balint Federation

Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologi har till syfte att främja den vetenskapliga utvecklingen av medicinsk psykologi och psykoterapi samt att verka för de psykologiska, psykosomatiska och holistiska aspekterna inom alla former av hälso- och sjukvård. Föreningen är öppen för alla intresserade. Den utgörs idag främst av läkare med varierande specialisering och till en mindre del av medlemmar med annan grundutbildning: psykologer, kuratorer, psykoterapeuter, sjuksköterskor och sjukgymnaster. Föreningen värnar särskilt om utvecklingen av dessa områden inom grund-, vidare- och fortbildning av läkare.

Studiet av relationen till patienten och förståelsen av patienten, såväl för läkare som för andra yrkesgrupper i vården, i s.k. Balint-grupper har sedan många år sin nationella förankring inom föreningen, som regelbundet arrangerar utbildning för balintgruppledare och konferenser för utveckling av denna arbetsform. Föreningen är medlem av The International Balint Federation som f n är under svenskt ordförandeskap.

Föreningen ingår i Svenska Läkaresällskapets sektion för Medicinsk Psykologi, tillsammans med Psykosomatikföreningen och de två psykoanalytiska yrkesföreningarna. Inom såväl sektionen som föreningen anordnas regelbundet halvdagssymposier, vanligen i Läkaresällskapets lokaler.

Vartannat år anordnar föreningen en skrivartävlan om det kliniska mötet ur etisk, medicinsk-psykologisk, teoretisk och/eller litterär synvinkel.

Som medlem i föreningen får du såväl vår tidskrift *Bulletinen* som sektionens tidskrift *Paraplyt*

Dessa publikationer och allt annat material från föreningen och sektionen skickas till dig via email.

Vill Du veta mera?

Gå in på vår hemsida www.sfmp.se! där aktuell info och tidigare publikationer är utlagda.

Ordförande har ordet

Förr om åren fick föreningens medlemmar fått sin Bulletin i brevlådan. Pga. av galopperande kostnader för tryck och distribution beslutade vi att fr o m våren 2008 att inte tillhandahålla Bulletinen och Paraplyt i pappersformat för att kunna bibehålla oförändrad medlemsavgift. Pappersdistributionen krävde ju också rätt mycket ideellt föreningsarbete – tid som styrelsen hellre ägnar åt medicinsk psykologi. Övergången till elektronisk tidning föll väl ut – endast en medlem har tackat nej till förändringen.

Denna Bulletin och tidigare års finns också tillgänglig på föreningens hemsida. Detta är alltså det andra dubbelnummret av föreningens Bulletin som nättidning. Det första 2007:2/2008:1 på 67 sidor var den mest omfattande Bulletin som ö h t publicerats.

Både Bulletinen och sektionens tidskrift Paraplyt kommer att ligga ute på föreningens hemsida www.sfmp.se någon månad efter utskick. På hemsidan hittar du också tidigare årgångar av dessa skrifter.

Besök gärna hemsidan! Och kom gärna med kritik, kommentarer och ändringsförslag. Vi uppdaterar den 2-3 ggr per år.

Meddela förändringar av e-postadress så att ni inte missar föreningens information. Gå in på www.sfmp.se/kontakt . Vi lämnar inte ut medlemmars e-postadresser!

I detta nummer finner du föreningens verksamhetsberättelse mars 08-mars 09.

Det gångna året har dominerats av Skrivartävlan. Juryn bestående av Lena Svidén, Maud Sjöström och Bengt Hamark har haft en intensiv och spännande uppgift att utse pristagare bland sammanlagt ett 30-tal bidrag. Vi publicerar juryns utlåtande och de två vinnande bidragen. Samtliga sammanlagt 7 prisvinnande bidrag finns på vår hemsida.

Det nordiska och internationella Balintarbetet har också varit intensivt.

Vi har samarbetat intensivt med Helena Nielsen, ordf i den danska Balintföreningen. Hon koordinerar Balintinsatserna för det Nordiska allmänläkarmötet i Köpenhamn i maj.

Förberedelserna för den 16:e internationella Balintkongressen i Brasov, Rumänien 5-9 september 2009 började i princip medan den lyckade Lissabonkongressen september 2007 ännu livligt fanns i våra sinnen. Däremellan har två mindre internationella Balintkonferenser hållits i samband med IBF:s halvårs hållna council meetings – den ena vid Döda Havet, Israel och den andra i Leiden, Holland. Jag hade äran och nöjet att få invigningstala på dessa konferenser. Ett sammandrag av dessa anföranden, som försöker belysa det kliniska arbetets vanskligheter ur Balint-perspektiv återfinns i detta nummer.

Som koordinator för den vetenskapliga kommitté som granskar papers för Brasovkongressen har jag kunnat glädja mig åt, att av de 30-tal (ständigt dessa 30!) bidrag som kommit in. så håller många ännu högre klass än tidigare kongressers – ett gott tecken på Balintarbetets fortsatta utveckling internationellt. Sverige är också denna gång väl representerat. I Lissabon presenterades fem svenska papers. I Brasov blir det tre helt svenska föredrag och ett svenskt-amerikanskt. Jag har kunnat följa rumänernas förberedelser för kongressen och är säker på att den kommer att bli minst lika spännande och rolig! som den våra portugisiska Balintvänner trakterade oss med. Trots att Euron blivit dyrare är kongresspriset med allt inklusive mycket facilt och kostnaderna för hotell låga! Se www.balintcongress2009.com .Följ också den internationella Balintverksamheten – på www.balintinternational.com.

Som vanligt välkomnar Bulletinens redaktion pressmeddelanden, artiklar mm om avhandlingar och forskning inom föreningens intresseområde. Du kan också anmäla dig för medlemskap via hemsidan

Förutom meddelanden i Bulletinen informerar vi fortlöpande om föreningsaktiviteter, sektionsprogram och information om konferenser och möten här och på andra håll i Europa via grupp-e-post.

Med vänlig hälsning
Henry Jablonski

Föreningsavgifter och uppdatering av uppgifter

Medlemsavgiften är 200:- (inkl. prenumerationsavgift för Bulletinen 150:-) och insätts på föreningens postgirokonto 651450-9. Ange yrke samt ev. specialintresse, t.ex. Balintgrupper, undervisning i medicinsk psykologi, psykosomatik, konsultation etc. Glöm inte att notera din e-mailadress på inbetalningskortet.

Medlemskap för studerande, AT-läkare, PTP-psykologer och motsvarande är gratis. Likaså utgår ingen avgift för medlemmar i föreningen som gått i pension.

Anmäl gärna förändringar via www.sfmp.se/kontakt eller info@sfmp.se

Verksamhetsberättelse 12 mars 2008 - 12 mars 2009

för

Svenska Föreningen för Medicinsk psykologi (SFMP)

SFMP har under verksamhetsåret, som en av fyra delföreningar i Sektionen för Medicinsk Psykologi, Svenska Läkaresällskapet, fortsatt sitt arbete för att främja utveckling av medicinsk psykologi och befördra intresset för psykologiska aspekter inom hälso- och sjukvård.

Styrelsen för SFMP har under verksamhetsåret haft följande sammansättning:

Ordförande: Henry Jablonski

Vice ordförande: Bengt Hamark

Sekreterare: vakant

Kassör: Göran Roth

Övrig ledamot: Inga-Carin Landerö

Övrig ledamot: Linus Mårtensson

Övrig ledamot: Maud Sjöström

Revisorer: Noomi Elander-Lindberg, Juanita Forssell

Valberedning: Dorte Kjeldmand (sammanställande), Lotti Helström, Tina Nyström Rönnås

Henry Jablonski har varit SFMP:s representant och Lena Svidén adjungerad i IPULS-frågor i sektionstyrelsen.

SFMP:s förra *årsmöte* avhölls 12 mars 2008. Vid detta möte avtackades avgående ledamöterna Lena Svidén och Anita Häggmark efter många års utmärkt arbete i styrelsen. Maud Sjöström hälsades välkommen i styrelsearbetet.

Föreningens styrelse har under året haft fyra protokollförda möten.

Föreningen har under året haft *c:a 125 medlemmar*, varav ca tio är hedersmedlemmar. Medlemmarna utgörs framför allt av läkare, de flesta allmänläkare och psykiatriker men även andra specialiteter och andra yrkesgrupper inom vården finns representerade.

Medlemsavgiften har varit oförändrad 200 kr. Pensionerade medlemmar betalar ingen avgift.

Föreningens *ekonomi* är i grunden stabil. På kraftigt höjda kostnader för tryck och distribution av *Bulletinen* och *Paraplyt* för såväl 2006 och 2007 beslutades att all kommunikation från föreningen från februari 2008 skulle ske per e-mail och via föreningens hemsida www.sfmp.se. Detta stadfästes på det förra årsmötet och meddelades per brev till samtliga medlemmar. Ett fåtal medlemmar begärde därvid utträde då de saknade tillgång till internet.

Föreningens tidskrift *Bulletinen* har utkommit med ett 60-sidigt dubbelnummer under 2008. Redaktörfrågan har inte lösts. Redaktörskapet för sektionens *Paraplyt* är också olöst och beslut har fattats om ett mellan ingående föreningar roterande redaktörskap.

Föreningens hemsida, www.sfmp.se har reviderats vid några tillfällen under året delvis med hjälp av extern hjälp – Johan Rhedin.

Föreningens skrivartävlingar har utlysts och väckt stort gensvar. Lena Svidén har ansvarat för den framgångsrika marknadsföringen av tävlingen och är också sammankallande i juryn. 25 bidrag har kommit in till den skrivartävling, som är öppen för alla, och fem bidrag till tävlingen för medicine studerande och AT-läkare. I juryn ingår - förutom Lena - också Bengt Hamark och Maud Sjöström. Resultaten kommer att offentliggöras under våren, publiceras bl a i Bulletinen, Paraplyt och finnas på föreningens hemsida www.sfmp.se. Flera av student-bidragen har också – i vissa fall med bistånd från föreningsstyrelsen - översatts till engelska och skickats in till den internationella schweiziskbaserade skrivartävlingen för medicine studerande - The Ascona Prize – till minne av Michael Balint. Prisutdelningen sker vid nästkommande världskongress, dit de vinnande författarna bjuds in.

På *AT-stämman* i april hölls en mycket uppskattad workshop om det personliga skrivandet. Underrubriken var ”Blir man en bättre läkare av att skriva?” Lena Svidén höll i detta tillsammans med Tina Nystöm-Rönnås och Nina Cavalli Björkman

Inom sektionen har föreningen vidare aktivt deltagit i planeringsarbetet för symposier på Läkarestämman, planering av en psykosomatisk utbildning samt i besvarandet av remisser i medicinskt-etiska frågor såsom bl a Socialstyrelsens råd och anvisningar om abort (genom Bengt Hamark), läkares agerande i livets slutskede, , den framtida psykiatrin mm. Föreningen deltog också i samband med AT-läkarestämman på Läkarsällskapets presentation av subsektionernas verksamhet.

Balintverksamhet

Det nordiska Balint-samarbetet har fördjupats under året. Möten och mail-kontakter mellan ordförandena för de danska, finska och svenska föreningarna har lett fram till ett Balint-program, som ska presenteras på det Nordiska Allmänläkarmötet i maj 2009, där vår förening representeras av Juanita Forssell och Henry Jablonski. Vi för också diskussioner om nordisk samverkan för fortbildning och kvalitetssäkring av Balint-arbete.

Föreningen har varit representerad vid de konferenser och International Balint Federation council meetings, som under året ägt rum vid Döda Havet, Israel i mars och i Leiden, Holland i oktober. Henry Jablonski var vid båda tillfällena inbjuden att hålla invigningstalet.

Inbjudan och Call-for-papers har skickats till Balint-världskongressen 5-9 september 2009 i Brasov (Transsylvanien) Rumänien, se www.balintcongress2009.co . Fem papers från föreningens medlemmar har kommit in till kongressens vetenskapliga kommitté. Inbjudningar har under året också skickats ut till, förutom de ovannämnda i Israel och Holland, till konferenser/utbildningar i Danmark (maj 2008), Dubrovnik (juni 2008) och Oxford (september 2008) samt till kommande amerikansk Balint-ledar-utbildning och IBF council meeting i Chicago 17-19 april, och till Balint School, Dubrovnik 1-5 juni 2009.

Fortlöpande information om internationella Balintkonferenser finns på
www.balintinternational.com

Under kursmomentet Professionell Utveckling (PU) vid Karolinska Institutet i Stockholm pågår balintliknade grupper på sjätte och sjunde terminen. Flera av gruppledarna har genomgått tidigare års balintledarutbildning och/eller är medlemmar i vår förening. Anita Häggmark är kursansvarig.

Stockholm 2009-02-15

Bengt Hamark, v ordf,

Henry Jablonski, ordförande, tf. sekr

PROTOKOLL ÅRSMÖTE

Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologi

Onsdagen den 12 mars 2008 kl 16.45-17.45 på Svenska Läkaresällskapet, Stockholm

1. Val av ordförande, sekreterare
Valdes Lotti Hlström till ordf, Henry Jablonski till sekr, och Noomi Elander-Lindberg och Lena Svidén att justera årsmötesprotokollet
2. Kallelseförfarande: Noterades att årsmötet var stadgeenligt utlyst
3. Fastställande av dagordning som godkändes.
4. Verksamhetsberättelsen föredrogs av Henry Jablonski och lades till handlingarna.
5. Kassaberättelse: Föredrogs av Henry Jablonski
Revisionsberättelse föredrogs av Noomi Elander-Lindberg
6. Fråga om ansvarsfrihet
Föreslogs godkänna den ekonomiska rapporten och att styrelsen beviljades ansvarsfrihet. Mötet beslutade enligt förslaget.
7. Motioner – inga har inkommit till årsmötet.
8. Fastställande av årsavgift: Föreslogs oförändrat till 200:- vilket godkändes.
9. Val av styrelse kommande verksamhetsår
Henry Jablonski, ordf, Bengt Hamark, v ordf, Maud Sjöström (samtliga omval) och Kjell Reichenberg (nyval). Sekreterarfunktionen är ambulerande och kassörsfunktionen delas av ordf och v ordf. som är firmatecknare. Uppdrogs åt styrelsens att lösa kassörs- och sekreterarfunktioner och att sträva efter adjungera ytterligare intresserade medlemmar till styrelsen.
10. Val av valberedning (
Dorte Kjeldmand sammankallande (omval), Lotti Helström (omval) och Tina Nyström Rönnås (omval)
11. Val av 2 revisorer : Noomi Elander-Lindberg och Juanita Forssell omvaldes
12. Val av representanter i styrelsen för Sektionen för medicinsk psykologi
Henry Jablonski och Bengt Hamark
13. Bulletinen, Paraplyt och hemsidan www.sfmp.se kommer att publiceras och uppdateras under våren med resultat skrivartävlan, abstracts av de svenska bidragen till Balint-kongressen i Brasov, Rumänien samt med en rapport från AT stämmans skrivarsymposium den 2 april.
14. Information om program. Lördagen 28 nov planeras Balinträff i Sthlm i samband med Riksstämman. Se verksamhetsberättelsen. Ett Rikssymposium med föreningen som arrangör är anmält . En utländsk gästföreläsare är föreslagen av föreningen.
15. Lena kommer att under AT-stämman våren 2009 fortsätter att arbeta med Skrivartävlan och som för sektionen, och Anita arbetar vidare med samtalsgrupper i Balints anda inom läkarutbildningen i Stockholm, vilket årsmötet uttryckte uppskattning för
16. Övriga frågor

Henry Jablonski, sekr

Lotti Helström, mötesordf

Justeras:

Noomi Elander-Lindberg

Lena Svidén

SVENSKA FÖRENINGEN för MEDICINSK PSYKOLOGIS BÅDA SKRIVARTÄVLINGAR 2008 AVGJORDA

Först vill vi i skrivarjuryn rikta ett varmt tack till alla som skickat in bidrag till Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologis fjärde skrivartävlan!

Inte mindre än 25 bidrag från 22 författare har inkommit. Till studenttävlingen har vi fått 5 bidrag. De insända texterna har även denna gång haft goda litterära och/eller poetiska kvaliteter. Ämnesmässigt har de spånt över ett brett fält: filosofiska eller vetenskapliga diskussioner; kliniska möten alltifrån intensivvård till hemsjukvård; erfarenheter av sjukhusvård och psykiskt trauma. Starka kliniska vinjetter har skildrats, såväl allvarliga, humoristiska som ironiska och stillsamma poetiska betraktelser av klinisk vardag. Känslor av utsatthet, maktlöshet, meningslöshet men också glädje, återvunnen styrka och värdighet har beskrivits.

Vi i juryn har inte haft någon lätt uppgift, men det har varit roligt. I bedömningen har vi - förutom de litterära kvaliteterna - vägt in textens angelägenhetsgrad, hur den beskriver klinisk verklighet, viktiga vårdproblem och belyser människans existentiella villkor.

På grund av det stora antalet bra bidrag har vi beslutat att utöka antalet pristagare. Förutom ett första pris på 6000:- blir det hela fyra hedersomnämningar, vars författare får 1500:- vardera.

Första pris går till **Åke Lasson** för bidraget "*Pappas värsta otursdag*". "Vi får ta del av några oföreglömliga timmar på en akutmottagning. Det är en personlig, inkännande och tidvis smärtsam berättelse om människans sårbarhet - men också om hennes styrka. Miljöbeskrivningen är pricksäker och texten tydliggör också den professionella läkarrollens möjligheter och begränsningar."

Hedersomnämning får följande fyra bidrag - utan inbördes rangordning:

Sofia Trygg Lycke *Se till mig som liten är.* "En berättelse om en sjuksköterska som följer en ung människas insjuknande och död, gestaltad med en sådan språklig och psykologisk förmåga att läsaren som tårögt följer skeendet också känner hopp."

Marie-Louise Bergqvist *Jag väntade dig.* "En närgången och personlig skildring av sorgen över ett förlorat barn, där språket även i sin form gestaltar skeendet - stundtals i ett plågat staccato."

Urban Lööv *Den randige ängeln.* "En beskrivning av ett skräckscenario i en framtida kall, datoriserad sjukvårdsmiljö, där ekonomiska krafter tagit över. Trots frånvaro av medmänsklig kontakt, och hjälplöst utlämnad, får vi följa hur en patient ändå lyckas överlista vårdapparaten."

Erland Svensson *Trons väg och doktors* "En värmande beskrivning av en distriktsläkares möte med sina patienter. Denne har en självklar kännedom om det samhälle han verkar i och ett arbete som möjliggör improvisation, nytänkande, gränsöverskridande och mycket omtanke. Det är en bild av den allmänmedicinska vardagen när den är som allra bäst."

I studenttävlingen går

Första pris på 5000:- till **Oscar Lundgren** för bidraget *Ett svek i tålamod.* "En berättelse om den nya, unga vikarien och ett övergrepp i vården. En fin språkbehandling ger gestalt åt

människan bortom diagnosen. Med stark närvarokänsla skildras huvudpersonens själrranssakande vända över sin delaktighet.”

Hedersomnämmande och 1000:- får **Marie Fröberg** för *Rädsla och trygghet*. ”En fängslande beskrivning som speglar invandrarproblematik och fördomar. Sjukvård i främmande land kan bli ödesdiger och skrämmande på grund av kulturskillnader och språksvårigheter. Vis av erfarenheten känner författaren ökad ödmjukhet inför livet och sin fortsatta yrkesutövning.”

Vi i tävlingsjuryn gläds åt det stora intresse som visats tävlingarna och uppfattar att bidragen vittnar om att svensk sjukvård har många kloka och engagerade medarbetare!

Samliga prisbelönda bidrag kommer att under våren att finnas tillgängliga på föreningens hemsida www.sfmp.se. Du kan fr o m april läsa alla vinnande bidrag på nätet . När du klickar på bidragens titel så kommer texterna upp!

År 2010 blir det en ny skrivartävlan!

[Lena Svidén](#) [Maud Sjöström](#) [Bengt Hamark](#)

-

”Pappas värsta otursdag”

av Åke Lasson

Presentation av författaren: ” Jag är född 1948 och började läsa medicin 1968, dvs 1 år efter studenten. Under studietiden tänkte jag bli psykiatriker, men fick mitt 1:a läkarvikariat på kirurgen i Malmö. Gjorde AT i Karlstad, och har därefter arbetat som kirurg i Säffle, Kristianstad, Hässleholm och sedan 1980 på kirurgen i Malmö. Disputerade 1984 på biokemiska förändringar i blod och bukvätska på patienter med akut pankreatit. Har sedan dess sysslat helt med övre gastrointestinal kirurgi - innebärande cancerkirurgi på fr.a. magsäck, lever, pankreas, galla. Under tiden 1980 - 2005 har jag varit mycket forskningsaktiv, och fick väl utlopp för min skrivarlusta på så sätt under den tiden. Sista åren mindre forskning och då har min gamla ungdomsdröm om att skriva vuxit. Jag gick därför våren 2008 en skrivarkurs på Folkuniversitet (10 kvällar) och mitt bidrag som nu vann skrev jag där. Efter de kommentarer kursdeltagarna gav där har jag bearbetat bidraget till nuvarande form. Jag har ett tiotal liknande episoder i 1:a utkast och får väl se hur det blir med dem.”

Jag minns dem fortfarande så fasansfullt väl alla fyra, eller egentligen var de fem! Jag kan när som helst känna smärtan, otillräckligheten och vanmakten, trots att det är över 10 år sedan det hände. Samtidigt kan jag också känna glädjen och värmen över att ha fått lära känna dem i deras svåraste stund. Kanske är det framför allt den tappra mamman och ännu mer den lille 6-åringen som etsat sig fast i mitt minne.

Det var en helt vanlig vardagsförmiddag. Jag var jour på kirurgens akutintag på det stora sjukhuset. Larmet gick – trafikolycka på väg in med ambulans! Vi samlades lågmälda på det välutrustade akutrummet vid ambulansinfarten för att ta emot de skadade. Som vanligt var informationen diffus och sparsam. Två eller tre skadade. Oklart hur skadade? Alla förbereder sig både mentalt och praktiskt och väntar på första sirenen. Så kommer då första ambulansen i full fart med blåljus och sirenerna på! Adrenalinpådraget är maximalt! Ambulansmännen kommer springande med den första och sannolikt mest skadade – en man i 70-årsåldern med skador på bröstkorg, huvud och vänster ben. Vi arbetar intensivt på det ena akutrummet för att rädda honom. Andra får ta hand om de andra skadade. Narkosläkaren sköter andningen, syrgas kopplas, jag undersöker mannen, kläderna klipps upp i rasande fart, dropp kopplas, EKG kopplas. Efter runt 20 minuters hårt arbete iväg till röntgen, mannen mår nu relativt väl och har inga livshotande skador enligt röntgen. Han åker upp till intensivvårds-avdelningen

för fortsatt behandling, observation och senare operation av sitt brutna vänsterben, och jag går ned till akutintaget igen. Adrenalinet är ”helt slut” och tröttheten efter de intensiva 45 minuterna tar över, samtidigt som det som hänt rullas upp för mitt inre, med olika frågor, funderingar och omdömen.

Nere på akutintaget igen frågar jag hur det gick med övriga skadade. Skall jag ta över någon annan skadad? Nej, inte för tillfället. Den svårast skadade kom efter vår patient och var redan död vid ankomsten. Troligen hade han brutit nacken vid trafikolyckan, annars hade han inga andra skador att se enligt ambulanspersonalen. Men hans bil var ordentligt hopknycklad. Nu ligger han i det lilla rummet bredvid ambulansintaget, och man håller på att lokalisera hans anhöriga. Jag dikterar journal över det inträffade, och tar mig an nästa väntande akutpatient – en ung pojke med ont i magen. Det är inte så lätt att uppbåda mera energi för att ta sig an en ny akutpatient. Jag börjar fråga honom om hans symptom, men det är inte lätt att direkt ladda om till hans ganska banala symptom efter sista timmens intensiva och livräddande insats. Efter en kort stund kommer ytterligare en ambulans, nu med den döde mannens fru och två barn. Sjuksköterskan kommer in, ber mig komma ut i korridoren och säger att jag nu måste ta hand om frun och barnen till den döde. Jag frågar om de är helt säkra på att det verkligen är frun och barnen till den döde. ”Ja, helt säkra! Samma efternamn. Frun har också ett foto i portmonnän, som stämmer exakt med det körkort de hittat hos den döde.” ”Ta in dem på ett rum. Jag måste först se hur illa skadad den döde mannen är, för att se om jag kan gå in till honom med dem alla, eller bara med frun.” ”Skall du verkligen ta med barnen in till deras döda pappa, de är ju så små?” ”Ja, går det är det absolut det bästa för deras fortsatta sorgearbete och bearbetning, anser jag!” ”Tycker du verkligen det?” ”Ja, absolut!” Detta är förstås ingen lätt fråga med något rätt eller fel svar. Här måste man bilda sig en egen uppfattning, och min bestämda erfarenhet är att det alltid är bättre att se hur det är än att fantisera om hur förfärligt det kan se ut. Dessutom tror jag, mot bakgrund av mina tidigare erfarenheter, att det är viktigt att se att den nära käre verkligen är död, för att inte leva i någon slags dröm/förhoppning att han trots allt lever och att jag inte vetat riktigt eller inte talat sanning.

Jag går in till den döde mannen. Han ligger på en smal bår i ett litet kallt och mörkt rum, med en sjukhusfilt över sig. Jag lyfter sakta på filten. Han är fullt påklädd och till synes helt oskadd, arbetskläderna prydliga och utan vare sig blod eller revor. Lite ljus strilar in genom det lilla fönstret, där en liten grå gardin skärmar av det mesta ljuset. Jag tittar noggrannare på

den döde. C:a 50 år, ser svensk ut, nyrakad med ett litet sår på hakan, lite blek men fortfarande varm och inga andra synliga skador. Jag undrar om såret är från morgonens rakning eller från olyckan. När jag tar tag om hans huvud och rör det från sida till sida och undersöker nacken, känns det att den är helt av! Tänk att en enda, annars osynlig skada, kan räcka för att släcka ett människoliv! Jag tar ett litet kort och respektfullt farväl i det dunkla rummet. Det är alltid ett starkt och alldeles speciellt ögonblick att se på och vara den som konstaterar att en människa precis dött.

Väl ute igen pratar jag med syster. Jo, de har tagit in mamman, i 35-årsåldern, och hennes två pojkar på ett rum. Den litet äldre pojken är på väg från skolan, där man nu hämtar honom. Knack, knack! Jag tar ett djupt andetag, öppnar dörren och går in till dem – mamman och två av hennes pojkar. Så ung hon är, är min första tanke – säkert 15 år yngre än mannen. Så är vi helt ensamma – tre personer som vill veta hur det är med deras pappa och man - och jag som vet att han är död! Hur säger man det utan att känna sig som en bödel? Mamman gråter tyst och håller om sina två pojkar – den ene i 6-7 årsåldern, den andre i 8-9 årsåldern. Den äldre pojken gråter också stilla, medan den mindre frågar mamman vad som hänt. Nu är det min uppgift – att som total främling berätta för den lilla familjen att deras man och pappa är död. Att förklara hur han dött, visa honom för dem och göra det så fint och varligt som möjligt. Förstås en helt omänsklig uppgift! Deras värld kommer strax att slåss i spillror av mina ord, och erfarenhetsmässigt kommer de att för all framtid exakt ordagrant minnas en del av det jag strax kommer att säga. Jag måste alltså välja orden på ”guldväg”. Försiktigt börjar vi prata om hur de kommit till sjukhuset och vad de sett och hört. På något sätt måste vi komma litet i fas med varandra innan jag berättar vad jag vet. Mamman berättar först tyst och försiktigt, men efter hand tar de båda pojkarna över och blir alltmera ivriga och detaljerade. Pappan hade kört hemifrån till sitt arbete som vanligt på morgonen. Äldste pojken gick till skolan och mamma körde med de mindre pojkarna för att lämna 9-åringen i skolan och den mindre till dagis. När de körde ut på motorvägen såg de ambulanser och en brandbil. En trafikolycka. Två helt förstörda bilar, den ena nästan helt utbränd och en massa bildelar liggande på marken. Man kunde se att det varit en svår trafikolycka, och att de inblandade måste vara allvarligt skadade. Trafiken leds sakta förbi av några poliser. Plötsligt säger minstingen - ”men det är ju pappas jobbebil!!” Ja det är pappas bil. Men usch så krockad och hoptryckt den är! Mamma stannar bilen, går ur och får efter en stund prata med en av poliserna, som försöker mota bort henne och få henne att köra vidare. Vad är det som hänt? Jo, en trafikolycka med två skadade personer. De är redan på väg till sjukhuset. Hur skadade? Det

får de inte säga. ”Men det måste ni säga. Det måste varit min man i den ena bilen. Kan jag få se bilnumret? Ja, det är hans firmabil!” Polismannen blir med ens allvarlig, beskyddande och ber familjen att åka med i en av ambulanserna till sjukhuset. Under vägen dit berättar de två ambulansmännen litet mera om vad de sett och att de båda männen på olycksplatsen var allvarligt skadade, men inte att deras pappa faktiskt är död.

Så kommer 6-åringens spontana fråga ”var är pappa?” Och mammans - ”hur är det med honom?”

Jag hör mig själv – liksom på långt avstånd - säga: ”Tyvärr....., tyvärr har jag sorgliga saker att berätta (dvs ”Det lilla varningsskottet” jag lärt mig att man skall börja med i svåra situationer, så att deras sinnen blir litet förberedda på att det kommer ett hemskt besked). Det var precis som ni sade en mycket svår olycka för er pappa. Ni såg ju också själva att hans bil var helt förstörd.” Jag hämtar andan några sekunder så att de skall hinna med - ”Han blev så allvarligt skadad direkt vid krocken, att han inte klarade sig! Både polisen och ambulansmännen såg att han redan var död när de kom dit. Vi kunde tyvärr också se att de hade rätt när han kom till sjukhuset – han var död. Jag är så fruktansvärt ledsen!” Det blir alldeles tyst. Så tyst att varje andetag och rörelse hörs. Oh – om jag kunnat lindra det förfärliga jag sagt, kunnat hålla om dem alla och skydda dem från detta onda! Mamman gråter ännu mera och drar sina pojkar till sig. De blir en naturlig enhet, så tydlig att jag känner att jag inte skall hålla om någon av dem, inte bryta deras gemenskap. 6-åringen frågar mamman - ”vad säger doktorn? Är pappa sjuk?” ”Ja, min pojke pappa är sjuk. Så sjuk och skadad att han är död.” ”Död? Vad betyder det? Kan inte pappa följa med oss hem från sjukhuset nu?” Den större pojken gråter allt högre allt eftersom han börjar förstå vad jag sagt. ”Vad säger Du? Har Du sett att min pappa är död?” ”Ja, det är rätt. Det har jag tyvärr sett.” Plötsligt knackar det på dörren och sjuksköterskan kommer in med den äldre pojken, som ser ut att vara i 13-14 årsåldern. Han har börjat få litet mörka fjun på hakan, på väg att bli man. På något sätt känner man tydligt att han är på väg att växa till som familjens äldste, när pappa inte är hemma. Han kommer direkt från skolan, där polisen hämtat honom, ser sin gråtande mamma och frågar vad som hänt. Mamma drar även honom till sig, så att de fyra blir ett, och säger varsamt att pappa krockat på vägen till arbetet, att han skadades så allvarligt att han inte överlevt olyckan utan är död. Pojken bryter sig loss, gråter och skriker om vart annat, viker sig plötsligt helt dubbel av smärta, ulkar och kräks rakt ut över golvet. Vi håller om honom – ömsom jag, ömsom mamma – men han slår sig loss och springer ut ur rummet. En av ambulansmännen, som ännu inte åkt iväg, följer med honom ut tillsammans med en i personalen – så att han får

luft, kan kräkas och andas igen. En sådan fruktansvärd sorg! Och så tydligt att kropp och själ är ett! Efter en stund kommer den trygga ambulansmannen tillbaka med honom, och vi är åter ensamma. Vi fortsätter att prata, och så säger 6-åringen - ”Var är pappa? Jag vill träffa honom!” Jag välsignar tyst 6-åringens naturlighet och att jag sett pappan så att jag vet att vi kan gå in till honom utan att skrämna livet ur dem. Mamman frågar tyst om de kan få se pappa och om det är bra för barnen. ”Ja” säger jag - ”det är säkert bra att vi går in till honom alla fem. Han är så fin där han ligger”. Först vill 14-åringen inte gå med, men efter litet diskussion med mamman följer de alla med.

Vi går ut i den livliga korridoren på akutintaget och jag går sakta före dem, öppnar försiktigt dörren till pappans lilla rum och går in. Jag konstaterar tacksamt att ingen varit inne och flyttat mannen eller ändrat på något sedan jag var där. Mamman håller beskyddande om alla sina tre pojkar när de försiktigt närmar sig den döde. 6-åringen säger - ”men pappa är ju inte död, det ser jag ju! Han ligger bara och vilar sig. Pappa res dig nu och följ med oss hem” - men inget händer. Mamman gråter allt högre, smeker sin mans kinder, som nu kallnat litet och omfamnar sina tre pojkar. Den äldste kastar sig över pappans döda kropp och kvider ur djupet, vänder sig om och kräks igen. 9-åringen smeker sakta pappans döda kropp under filten.

Så naken smärta! Så grymt! Så fruktansvärt orättvist! Här ligger en trebarnspappa död, medan både hans fru och hans tre pojkar behöver honom! För en timme sedan var de fortfarande en hel familj. I det ögonblicket förbannar jag mitt yrkesval! Hur skall jag kunna lindra deras smärta? Vad kan jag säga? Absolut ingenting! Det finns ingen tröst att ge! Inget hopp! Jag kan bara vara närvarande i all smärta och sorg, otillräcklighet och vånda. Samtidigt ger denna stund en otrolig närhet till dessa människor jag aldrig träffat tidigare. Vi har på något sätt något ”heligt” tillsammans, en otroligt stark gemensam upplevelse. En upplevelse som för alltid binder oss samman! Känslan av samhörighet är så stark att hela jag blir varm. Så schizofrent – fasa och ödmjukhet och värme på samma gång! Hur kan man tvivla på en högre makt – om den kallas Gud, Allah, Buddha eller något helt annat – den måste finnas! Jag tycker mig få en kort skymt av något förmer just i denna stund.

Vi gör oss ingen brådska, de får själva bestämma hur länge vi skall stanna. I mitt inre tackar jag slumpen, som gjorde att min personsökare inte sagt ”beep-beep” under tiden – vid sådana stunder är det otroligt viktigt att inte bli störd. † ndå är vårt arbete så – man kan alltid bli sökt och störd, vad man än gör! När de fyra som ”blev kvar” gråtit, klappat, smekt och hållit om

pappan tillräckligt många gånger går vi tysta ut ur rummet, genom den livliga akutkorridoren och tillbaka till tystnaden där vi tidigare suttit. Under tiden har personalen ordnat fram kurator och barnpsykiatri-personal för det fortsatta svåra omhändertagandet av familjen. Men - först vill vi fem vara själva ytterligare en stund. Vi sitter tysta, som för att smälta det vi sett och pratat om. De två yngre pojkarna turas om att hålla pappas klocka, som man tagit hand om, och 6-åringen säger - ”vad den är fin, pappas klocka. Men – titta mamma, den har stannat. Det här var nog pappas värsta otursdag!” Vi gråter alla. Efter en stund säger 9-åringen - ”vad får han för straff, han som körde på pappa?” Och då det oerhörda – deras otroliga mamma som säger - ”men det var inte den farbrorns fel. Han kunde inte hjälpa att pappa och han krockade. Så får Du inte säga! Det var en ren olyckshändelse.”

Hur orkar hon i denna stund säga så? Vara så mänsklig? Ännu en gång känner jag den ödmjukhet för människans oerhörda storhet jag ofta upplever i livets svåraste stunder. Hon är en ”madonna”, ett ”sakrament” i denna stund. Hon inger oss alla en sådan trygghet och kärlek, att jag klart känner att hon och hennes tre pojkar tillsammans reder ut detta! Vi pratar och pratar, men jag minns inte mera om vad. Jag tror att vi alla ”eftersläcker” det som hänt den senaste timmen, för att på något vis orka gå vidare.

Efterhand känns det helt naturligt att ta in kuratorn, barnpsykiatri-personalen och en kvardröjande ambulansman för att de skall kunna fortsätta och ersätta mig. Jag har på något sätt gjort mitt, berättat det värsta som kan hända för dem, varit med dem när de sett sin döde pappa och man. Jag känner mig på något sätt ”förbrukad” - vi har upplevt döden, helvetet och himlen tillsammans – men jag förknippas troligen alltför mycket med döden och smärtan för att kunna hjälpa dem att komma vidare. Eller..., är det kanske min egen ångest och förtvivlan som gör att det känns så? Inte vet jag. Men – dessa fem, de tre pojkarna, deras döde pappa och deras fantastiska mamma finns för alltid kvar i mig! Till en början smärtsamma, men efterhand har det smärtsamma bleknat och ersatts av enbart varma känslor för familjen. De ”stör” inte! Inte alls. Tvärt om – ibland dyker mammans lugn, styrka och omsorg om sina pojkar upp, liksom den lille 6-åringens öppna, klara blick och - ”det här var nog pappas värsta otursdag”. Ändå blir aldrig livet och jag själv riktigt detsamma efter en sådan upplevelse – man blir litet mera allvarlig, mera ödmjuk och rädd om livet.

Copyright: författaren och sfmp 2009

Ett svek i tålamod

av Oskar Lundgren

Presentation av författaren: ”Jag bor i ett litet hus på landet några mil utanför Linköping, tillsammans med fästmo Cecilia, hund och häst. Nu under våren läser jag termin 10 på läkarutbildningen i Linköping och försörjer mig genom att arbeta 25 % som forskare i ämnet beteendemedicin. I min bakgrund finns 2,5 års psykologstudier varav två terminer på psykologprogrammet. Jag har också arbetat drygt 10 år som frilansskribent och vikarierande reporter; främst på Östgöta Correspondenten och en veckotidning som heter Östgötatidningen.”

Det första jag mötte när jag gick på mitt nattpass var skrik och gråt. En medelålders kvinna jag aldrig träffat tidigare stod i dörren till avdelningens kök och med tårarna rinnande från trötta ögon gjorde hon sitt yttersta för att förolämpa resten av personalstyrkan som stoiskt försökte dricka en kopp kaffe. Då arbetsplatsen i fråga var en sluten psykiatrisk avdelning gissade jag att vi hade fått in en ny patient.

Distraherad av min ankomst lämnade hon köksdörren och hälsade med ett ilsket,

”Vem faan är du då?”

Med ett lite krystat leende förklarade jag lugnt att jag var skötare, sommarvikarierande sådan och en del av nattpersonalen som snart skulle lösa av kaffedrickarna i köket.

”Ja ha, och hur gammal är du?”, sa hon och hade snabbt fått något vagt flirtigt i blicken.

Innan jag hann svara började hon skratta hysteriskt och tillade,

”Du är hur som helst för ung för mig... du påminner om min son Fredrik”, och så kom återigen tårarna.

När kvällsstyrkan gav rapport fick jag veta att kvinnan, som vi kan kalla Maria, hade kommit in sent på eftermiddagen tillsammans med två poliser. De hade tvingats plocka upp henne i en tobaksaffär där hon hade gjort sig osams med ägaren och ställt till en ordentlig scen innan polisen hunnit dit.

Vad som hade startat bråket var oklart men poliserna hade sagt att Maria hade hunnit hälla ut tre burkar lösgodis på golvet, spottat på butiksägaren och sparkat en annan kund på låret. Den inskrivande AT-läkaren hade kontaktat Marias 18-åriga son, som hade blivit lugnad av beskedet att hon nu var

intagen. Han hade insett att hans mamma varit på väg in i en manisk episod och hade vid tre tidigare tillfällen under veckan som gått pratat med öppenvården. Maria hade inte sovit på en vecka och sakta men säkert tappat fotfästet, igen...

När kvällsfikat serverades hade Maria lugnat ner sig och såg nästan lite skamsen ut där hon satt och fingrade på en ostfralla och drack ett glas mjölk. När de andra patienterna gick och la sig satte hon sig i en tv-soffa och småskojade med några av oss i personalen. Andra hade hon bestämt sig för att ogilla och de blev istället konstant provocerade.

Jag tillhörde uppenbarligen av de godkända skötarna och jag upptäckte att det gick att ta udden av ett annalkande vredesutbrott genom att skämta. Små sarkastiska eller ironiska kommentarer fick henne att spricka upp i ett leende och dra in taggarna en stund.

Timmarna gick och en av de mer rutinerade skötarna, en storväxt och ganska bitter kvinna, började tjata på Maria att det nog var dags att gå till sitt rum och försöka sova. Maria vägrade gång på gång och höll några gånger på att elda upp sig till nya tårar, och nya förolämpningar.

Maria blev allt tröttare och började nicka till i soffan. Där tyckte min bittra skötarkollega att gränsen gick, men efter ett nytt vredesutbrott (som jag fick lugna med en gemensam promenad till patienternas äckliga rökrum) blev det bestämt att vi skulle göra ett undantag och lämna Maria i fred, ljudligt snarkandes framför Tv:n.

Strax före tre vaknade Maria och var omänskligt kissnödig. Hon låg kvar på soffan och skrek på hjälp istället för att ta sig till en toalett. Rädd för en olyckshändelse i soffan lyckades den bittra skötarkollegan lura i Maria i en rullstol för omedelbar transport till närmsta toa.

Medan Maria skötte sina bestyr hade skötarkollegan gått för att hämta den manliga nattsköterskan som tidigare under kvällen inte visat sig ute på avdelningen. När hon kom ut från toan möttes hon således av en mindre patrull med en snorkig manlig sjuksköterska iklädd en för stor läkarrock i täten.

Maria trotsade som femåring i en mataffär och vägrade högljutt följa de order om att gå till sitt rum som sjuksköterskan mumlade fram genom sin mustasch. Detta blev droppen för den bittra skötaren som helt sonika började slita i Maria, som av någon anledning åter satt sig i rullstolen.

Kaoset var ett faktum och efter några diffusa hot om olika former av tvång, och ett halvhjärtat försök att släpa Maria till rummet, meddelade sjuksköterskan att alternativet var att få ytterligare en spruta.

Under hela denna förveckling hade jag förbluffat tagit ett steg bakåt och där hade jag stått och känt mig osäker på om jag borde säga åt min bittra kollega att sluta dra och slita i patienten.

Maria fick ett ultimatum och blev informerad om vad som väntade om hon inte ställde upp på sjuksköterskans krav. Storgråtande fortsatte hon att vägra gå till sitt rum och valde med en hjärtskärande beslutsamhet att ta konsekvenserna hon nyss fått förklarade för sig.

Det kom ytterligare två unga skötare från våningen under och assisterade vid insläpandet av Maria till hennes rum. Väl där fick sjuksköterskan ett fullt glas vatten hållt över sig när han erbjöd tabletter att sova på, och i väntan på att bakjouren skulle infinna sig satt vi tre stycken och höll fast Maria i hennes säng. Jag hatade varje sekund och frågade mig själv hur jag hamnat på det här bisarra stället.

Det som sedan hände kommer alltid förbli ett av mina mest obehagliga minnen från tiden som mentalskötare. Läkaren kom och förklarade för Maria att då hon hade vägrat att svälja de tabletter sjuksköterskan erbjudit var vi tvungna att ge henne en spruta. Jag fick hålla i ett ben medan sjuksköterskan drog ned Marias byxor och gav henne en spruta i den vänstra skinkan. Maria grät och bad uppgivet,

”Snälla... gör inte så här mot mig...”

Medan molekylerna i sprutan fann sina receptorer satt jag och en av de unga skötarna på varsin stol i Marias rum, och korta snyftningar från sängen var de ända ljud som bröt den tunga tystnaden.

När Maria somnat gick jag långsamt ut till köket där jag fann två kollegor som jag nu kände en djup avsmak för. Sjuksköterskan skyllde hela den problematiska händelse-utvecklingen på en alltför dålig intagningsmedicinering då Maria kom till kliniken.

”De här maniska patienterna måste få ordentlig hjälp att landa och de ska sprutas ordentligt när de kommer in så att de kan få sova”, sa han och försvann in på sin expedition.

Själv satte jag mig ett mörkt hörn i dagrummet, som nu hade blivit kusligt tyst, och försökte greppa vad det var jag egentligen hade jag varit med om. Av alla tusen tankar som for genom huvudet trängde många frågor upp till ytan: Hade vi gjort det rätta? Hade vi gett Maria en god vård? Visste hon inte sitt eget bästa? Vad kunde vi ha gjort annorlunda?

Det skulle inte vara svårt att rättfärdiga tvångsinjiceringen som nödvändig och korrekt, men jag kunde inte komma ifrån den besvärliga känslan att det inte hade behövts om de som förde befälet denna natt bara hade haft en liten gnutta tålamod. Jag hade hela kvällen sett en kvinna vars ögon skrek efter kontakt och närhet, som vädjade efter hjälp, och det var smärtsamt uppenbart att hon var livrädd för att sitta ensam i ett litet trångt rum med raslösheten, ensamheten och den avgrundsdjupa smärtan.

Den danska filosofen Kirkegaard har skrivit en ofta citerad dikt om att man för att hjälpa en människa måste möta henne precis där hon befinner sig. Den här natten misslyckades vi fullständigt med detta.

Jag har tänkt på denna natt många gånger och jag önskar att jag hade haft modet att säga åt min äldre kollega att sluta dra och slita i patienten. Men jag var en nykomling, en ung läkarstudent med några veckors erfarenhet av psykiatri jämfört med mina kollegors decennium. Jag var inte stark nog att sätta mig på tvären och fann mig inte tillräckligt snabbt för att göra något. Jag kommer inte undan mitt eget ansvar; jag var där och jag stod inte upp för patientens bästa. Samtidig kan jag se klart att det största sveket begicks av

mina äldre kollegor som uppenbarligen hade glömt bort de värden all sjukvård måste vila på om den inte ska bli ovärdigt, omänskligt och skada mer än den läker och tröstar.

Copyright: författaren och sfmp 2009

Three cities , three syndromes, three challenges for the doctor/therapist

av Henry Jablonski

Detta är ett anförande vid den internationella/israeliska Balintkonferensen vid Döda Havet i samband med IBF:s council meeting i mars 2008. Här deltog ett trettiotal internationella delegater och sjuttioital israeliska. Det ordnades även en grupp för intresserade anhöriga till Balintdeltagare! Det israeliska Balint-sällskapet är mycket livaktigt och dynamiskt vilket alla, som deltagit på de internationella kongresserna, har kunnat konstatera. Som framgår nedan hade ursprungligen ett IBF council meeting planerats till hösten 2006, men det fick ställas in pga kriget i södra Libanon under sommaren 2006 och den intensiva beskjutningen från Gaza mot södra Israel vid tiden för konferensen. Den gången deltog Heide Otten, Ernst Petzold, ytterligare en tysk kollega och jag i det årliga nationella Balintmötet. Det är till detta jag refererar i de första inledningsorden.

Dear Israeli Balint colleagues,

It is a great pleasure for me to address you at the opening of this conference and to share with you the satisfaction of having this conference here

We meant to hold the IBF council meeting at Zichron Yaakov together with your national meeting in the autumn of 2006 but it was cancelled. Those of you who were there may recall at the closing session you discussed with us, the four foreign participants, the possibilities for the next years. One of you with more than a touch of irony said "I'shana habaa It was an internal remark indeed, not meant for the ears of the visitors. But if so, it is not commendable to paraphrase a Passover saying. Maybe some of you thought a meeting like this would not take place.

Well, here we are. It did not take a miracle, it did not take 40 years but good work and the invitation of a very active and inspiring Israeli Balint society. To you, our hosts of this conference - well done and thank you for your invitation.

Dear Balint friends,

I suspect these words were Hebrew to you. To me too. But I had help. And I wish Albert Veress were here so I could assure him I will spare no effort to speak Hebrew in Hungarian and Romanian at our next world congress in Brasov next year.

I was expressing my delight in being here when I addressed our Israeli Balint friends in the opening of my speech.

The idea to hold an IBF council meeting has been on the agenda for about 4 years. It was scheduled for autumn 2006 but was cancelled. I am happy that it eventually materialised and that we have gathered here today. Coming to a place means also giving recognition to the people there. We know from our international congresses in recent years that the Israeli Balinters have contributed to and enlarged the scope of Balint work in a significant, stimulating and creative way. In my previous meetings with the Israeli crew I have been impressed by the intensity and high level of work. And here we will have a more thorough taste of the Israeli Balint flavour.

When we work in Balint groups we have a frame of time and space. But as we work on a case together we become oblivious of outer geography and time. As we meet in the groups at our international conferences it is quite clear that these discussions could take place anywhere on this planet and that clinical experiences can be shared regardless of national differences. Generally we have no problem in recognising ourselves in the clinical work of another

colleague no matter where it has taken place . This common ground makes for the vitality and spontaneity of our meetings. Indeed geography and ethnicity can be everything between a very important issue to a most minor one.

Still here, it is difficult not to think of the significance of geography. This tiny area is in focus for the entire Western cultural hemisphere. With a little imagination we could expect to see the Roman Legion led by Petronius coming down the road. The fleeing Essenes have just dropped their holy scrolls in some cavities nearby. A few decades before - in a tense but still peaceful period - Jesus may have been here to pray and have a religious dialogue with these very Essenes whom he no doubt was very close to, maybe even a member himself of their community. And a few decades before that we may see before our eyes king Herod with his court retiring for his winter stay here. And certainly Peter O'Toole could drop in here any moment.

Geography may affect some people. Let me dwell on this idea a little and discuss three syndromes connecting odd and overwhelming states and geography. I will try to connect these syndromes to our clinical practice and to Balint work. Not only patients but also doctors can be affected in a way that have a bearing on these three syndromes – The Jerusalem syndrome, The Stockholm syndrome and The Stendahl syndrome named after the French authour and early psychologist though that syndrome refers to a place in between Jerusalem and Stockholm – Florence.

The Jerusalem syndrome

It so happens that a person when visiting Jerusalem may become overwhelmed by confusing thoughts and feelings and develop a psychotic-like or psychotic state. Through a stage of anxiety and withdrawal the person comes to a state where strong urge to express a divine mission materialises, to give a speech at a holy place.

I will not burden you with the details and controversies about this syndrome. Let it be enough to say that it happens to people wether they had been psychotic before arriving into the holy land and the holy city *or* if they had idiosyncratic ideas or belonged to a religious sect that made them very susceptible *or* just were seemingly normal persons.

According to literature this state seems to be transitory in the classical cases and people turn to their normal selves after some time.

In a metaphorical sense this state is connected to what Balint called the apostolic function of the doctor. Mind you, Jesus of Nazareth started his mission as a Healer and preacher. One aspect is that our patients endow us with an apostolic mission. They wish us to heal them and to say something relieving etc. But the apostolic function is also an inner drive in the doctor to cure, rescue from pain and distress, and to tech/preach to the patients. Balint was very keen to point out that every doctor ought to explore for himself/herself how we preach our health gospel to our patients. . Are we as doctors idiosyncratically, obsessed by certain ideas that we wish to preach to our patients? – yes I think many of us are; or do we adapt our preaching to the needs of the patients? – yes I think many of us do. Another aspect in a time of revival of traditional religiosity and New Age creeds is that the doctor is challenged through his patients with other gospels of health. How do you cope when your patients ask you for remedies and methods that you do not believe in yourself and that might even be harmful? Or when a patient wants to define the consultation in religious terms that come into conflict with your own basic standards?

The Stockholm syndrome is named after the robbery of a Stockholm bank in the 70'ies in which the bank robbers held bank employees hostage for 6 days. The victims became intimately emotionally attached to their victimizers. The hostage even defended their captors after they were freed from their six-day ordeal. Of course this is nothing new. It can be seen as a special case of identifying, lining up with the aggressor –a solution to handle fear, excitement by surrendering to and sharing another persons reality in a strange and threatening situation.. By adapting the vicitim/hostage gets a sense of security, which exists between a loyal person and his abductor.

Now, does this not happen to the doctor from time to time with certain patients? The doctor may report in his Balint group that he felt strange, did comply to things he would never do with other patients. Indeed there are patients who can take many a doctor as hostage and there are also particular types of patient to which a certain doctor can be very vulnerable. Fears of setting boundaries, of loosing the sympathy of his patients, fears of expressing adequate self-assertion. Those of you who have heard me preach my gospel know that I stress the importance of trying to come a little to terms with these situations and these personality traits in oneself which may make the individual doctor susceptible to being taken hostage. Being held hostage takes a lot of mental energy which the doctor badly needs for other patients, and for his private life. In most cases not even the patient's true interest is promoted by such forced often subconscious compliance. It only gives the patient a false sense of control and a carte blanche for abuse and self destructiveness. Once the doctor starts realting to hiis patient in a new way, in order to free himself f rom the hostage situation the outcome will be most varied. Some are very beneficial for the doctor-patient relationship – but some reveal the severe psychotic-like disturbance of the perpetrator-patient, which unfortunately may rule out any reality based doctor –patient relationship.

The Stendahl syndrome or the **Florence syndrome** consists of a variety of psychosomatic symptoms rapid heartbeat, dizziness, [confusion](#) and even [hallucinations](#) when an individual is massively exposed to [art](#), in a single place [Stendhal](#) described such a personal experience during his [1817](#) visit to [Florence](#), . The term can also be used to describe similar reactions e.g. being overwhelmed by a natural scenery or by music.

When I read about the psychiatric description of this syndrome I have some reservations. It sounds to plain to say it is solely due to a massive exposure of beauty. Indeed you may be overwhelmed estetically but I would rather suspect it is *also* the profound and most varied human expressions found in the masterpieces that make for the overwhelming emotional impact. Just as with music. Walking in the Uffizis and Accademia you will be moved. The expression of a face in a painting or the force of a Michelangelo body making its way through a rough rock is not only beauty. it communcates something, that we may rrelate to from within ourselves and it can touch something deeply burried in our souls which comes to our consciousness and overwhelms us.

The doctor may at times have similar experiences in the surgery. We meet with and are exposed to a lot of patients and situations which are unique. If we are sensitive they may affect us,, and at times shake us in a profound way. Our patients may tear down barriers of psychological defences that we usually have, and produce the most varied polysymptomatology just as to the visitor to Florence. But these meetings if we allow ourselves stay reasonably sensitive and manage the overwhelming quality, for instance by bringing it to our Balint group,- may bring new perspectives to life, open our minds, and remind us of something important but forgotten about ourselves,.

This is what I like about my own work as a psychoanalytic therapist. And I notice in my Balint groups with very experienced somatic doctors that they are still open to such meetings,

So with reference to these three places J,S and F and the three syndromes, I would conclude, that in Balint work we have to work alternately

- to keep up our aim to stay connected but at the same time trying to stay professionally independent from our patients – in other words to avoid the fallacy of being the hostage of our patient, - Stockholm
- with our own apostolic function: firstly to accept that it is a part of good doctoring, secondly to adapt our preaching to what the patient wishes and demands and is able to cope with - Jerusalem
- with how to cope with the emotional impact that our patients make on us and which at times can be overwhelming and confusing - Florence
- finally, we have to work against the resistances against recognising all these states in ourselves. It is easy to protect yourself, to become mechanistic – to convert I-Thou to I-It relations, - - if you have a large work load and feel constantly under pressure to produce.

On behalf of the IBF Board and the council representatives here I wish to thank and congratulate the organisers for their excellent work and the Israeli Balint Society for hosting this conference and having us as your guests. I am looking very much forward to these two days of Balint training and the exchanging of ideas between us.. Thank you very much.

Copyright Henry Jablonski 2008

Coping with the impossible half of the job

av Henry Jablonski

Den holländska Balintföreningen har sedan några år återuppstått efter att ha varit avsmnad under många år. På 70-talet hade Balintgrupper varit allmänt förekommande i Holland. Men efter denna blomstringsperiod hade allt av oklar anledning fallit i träda. Idag finns ett femtontal gruppledare över hela landet och verksamheten är klart i växande. Anförande vid den internationella och holländska Balintkonferensen i samband med IBF Council Meeting i Leiden Holland 17 oktober 2008. Till denna konferens kom ett 20-25 tal utländska besökare och ett 50-tal Balintintresserade holländare.

It is a great pleasure to be here to keep up and promote Balint work and at the same time share the revival of Balint work in Holland and hopefully also to stimulate it. It is the second time in less than a year that I take part in a Balint meeting here. I have a feeling that there are good prospects indeed for the future development of Balint work in the Netherlands. We congratulate you to your revival and wish you success with your work. We are also happy for your active participation in the IBF. You contribute to our mutual sharing which we need since we generally on a national level are small societies.

Sigmund Freud once wrote that there are three impossible professions: The teacher's, the priest's and the psychoanalyst's. He did not mention the General Practitioner. Michael Balint however, who psychoanalytically was the nephew of Freud, indeed had the GP in mind.

But I do not think that Balint ever thought that being a GP fully ranks among impossible professions. I would suggest that half of the job is greatly rewarding and uncomplicated. But as for the "impossible" half, Balint work offers a help to a most stimulating challenge – to prove that an impossible profession is possible both for the doctor and for his patient.

Medical problems, on the one hand, and "body as expression of the mind"- problems on the other hand are strongly interwoven in GP practice. The sorting out requires a broad and simultaneous awareness and knowledge on the part the GP about medical and psychological issues.

As we know, Freud's ideas were widely spread. I think today they are more read about rather than actually read in the original. He was a profound thinker and explorer of the human soul and as such many of his essays and books are still worth reading also for a GP. And for those of you who master German it is also a great literary experience – he was awarded the Goethe-prize. Unfortunately the literary quality is lost in the translation into English. An amazing failure by adherents to the famous Bloomsbury group.

Now, Michael Balint – except for *The Doctor, His patient and the Illness* - has **always** been too little read. In contradistinction to Freud who had a more pessimistic outlook on life and civilisation, Balint's thinking and practice is steaming with life and love. This Weltanschauung, view of the world is more congenial, I think, to the attitude of the clinically committed, family and community oriented GP who –although he may be very tired and feel it is just too much – still is concerned with the well being of his patients, tries to stay in touch with his patients, and also has come to like and respect quite a few of them.

So let us say 50% of the work of a good GP is a blend between these three "impossible" professions – the teacher, the priest, the psychotherapist. These aspects are included in what Balint called "the apostolic function of the doctor".

Balint realised and made himself the apostle of the idea, that the doctor has to be trained and encouraged to work out for himself a synthesis of the medical technical aspects on the one

hand and with the teacher-priest-psychotherapist aspects of the job on the other. To us Balintians this seems self-evident – but it is a health political statement which is not shared by everyone. Even those who with their lips confess to it do not always act in accord to it. Michael Balint already in the fifties envisioned a health system where the wise and competent GP/ family doctor is at the centre of the health service for the citizens. It is nice to see that some national health systems have moved in that direction since the fifties.

Balint work aims at helping the doctor becoming wiser and personally more confident by presenting his clinical experiences in a group of equals. By learning from mistakes and not denying anxiety provoking situations most doctors improve professionally and personally. Sometimes - not always immediately - but certainly in the long run it will make the doctor more comfortable and adequate. Dorte Kjeldmand's dissertation paper in a controlled study has verified this scientifically. The job of the Balint group leader is to promote a process in the group which makes such sharing possible. How come then that there are not more doctors that are interested in such a project?. Should we perhaps add the Balint group leader to the list of impossible professions?

There are a few important obstacles:

Doctors are human beings and have defensive patterns. They like any normal person instinctively do not like to have their psychological defences challenged and even torn. It creates anxiety. So it is crucial that the Balint group is made a safe place for gradually opening up.

This brings us to the group composition and the processes between group members. It takes a wise and caring group leader to stimulate openness and to handle – not to cover up - emotionally difficult situations that might emerge. As leaders we make mistakes, we do not sense what is going on, we have drop-outs, some groups fail in various ways. And we have to learn from that as leaders.

There is also a structural obstacle. To find the time and space for doctors in the health system of today for regular meetings. It is a statement with two faces. Yes, it is a real problem (the work load is often heavy) But it is also a part of a collective defense mechanism in our medical culture to run through the day in a hypomaniac-like way to prevent reflection. This can be sustained by the organisational structure of work. And to my mind this hypomaniac attitude – too prevalent in the health care culture - is very costly and inefficient for the society and its citizens. And it does not do justice to the true capacity and quality of many doctors.

When it comes to developing Balint group work there are two aspects, one external and one internal:

1. We really must find efficient ways to spread the gospel of Balint work among doctors and medical students. Otherwise we risk becoming a living fossil. We are not so good at this yet but we can improve.

2. We also need continuously- and I think we are quite good at this - to share between us, and in a friendly critical way, try out and discuss both theoretical ideas, and different methods and practices. No phenomenological theory can by definition ever be complete. The paper by Tom Main a British independent psychoanalyst inspired the research work of the British GP Balinters resulting in *What are you feeling doctor?* This demonstrates how mutually rewarding a meeting can be at the intersection of clinical medicine and psychoanalytical psychology. But there are other meetings at other junctions. We have to critically discuss and try out ways of working with Balint groups to make for a learning and experiencing optimum for its participants. And that is why we are here today.

Opnieuw wil ik heel graag de Nederlandse Balint vereniging bedanken, die voor deze bijeenkomst van de IBF als gastheer/gastvrouw optreedt. Jullie hebben deze conferentie in zo'n mooie en vriendelijke sfeer georganiseerd en ik hoop dat velen van jullie- vooral degenen die nooit naar een eerdere bijeenkomst zijn geweest van de IBF-tot zondagochtend zullen blijven om beter een idee te krijgen wat er in onze "global village" omgaat. Ik verheug me erg op deze twee dagen. Jullie allen dank ik voor jullie aanwezigheid.

Copyright Henry Jablonski 2008

SVENSKA BIDRAG TILL THE 16TH INTERNATIONAL BALINT CONGRESS I BRASOV 5-9 SEPT 2009

ABSTRACTS

*Här nedan följer fyra abstracts av svenska föredrag som accepterats för
presentation på kongressen*

GENDER AND OTHER PREDICAMENTS IN BALINT GROUPS

D Kjeldmand MD PhD, University of Uppsala, Department of Health and Caring Services,
Section of Health Services Research, Uppsala, Sweden

and

K Glaser PhD, Associate Professor, Family and Community Medicine
Associate Professor, Psychiatry and Human Behavior
Jefferson Medical College
Thomas Jefferson University
Philadelphia, Pennsylvania, USA

Where to begin if we were to consider the fundamental question of the Balint group leader's countertransference simply to the group as a whole?

The role of the Balint group leader is suggested to follow a few, very tasteful and humble parameters:

Apply a gentle touch to the tiller (Salinsky) to keep the group on course and focused

Allow for participation and 'safety' of all members in the group

Facilitate a 'playful' atmosphere (Balint)

Risk some empathy for the patient - encouraging the participants to think about things from the patient's perspectives

Weather the skepticism.....(Glaser) especially with resident groups

These are all universally accepted group process tasks of the leader.

But what of the Leader herself?

What does the leader bring by way of unconscious biases and countertransference towards the group members and where are these feelings accounted for?

Are there things in the unconscious that should remain there?

Many group leaders work with co-leaders, partly to facilitate more effectively in the group itself and also to process the group sessions afterward to keep track of the process and leader interventions.

We offer several case scenarios (based on experienced interactions in groups with identifiers changed to protect confidentiality of group members) and invite your participation to consider how and where the transference moves.

These scenarios depict issues related to gender differences, ethnicity and dysfunctional individual group members. They will be our points of departure for discussion of contingent issues in the Balint leadership.

REFLECTIONS FROM THE BATTLEFIELD - FROM MISSION IMPOSSIBLE TO POSSIBLE

An evaluation of Balint Group Work for junior doctors in Obstetrics and Gynaecology at the Karolinska University Hospital

E L Ryding, Karolinska Institutet, Department of Woman and Child Health & H Jablonski, psychoanalyst and psychiatrist in private practice, Stockholm, Sweden

“We are soldiers fighting at the front!” one of the young doctors said about their everyday working situation. The title of our presentation links to this expression.

The authors present the problems and challenges about starting up and running a Balint group at the Dept. of Obstetrics and Gynaecology at Karolinska University Hospital in Stockholm. The conclusions were made after a discussion between the authors who were the co-leaders of the group. These were mainly based on the analysis of the answers to a questionnaire which was filled in after each session during four semesters by both the group members and the leaders.

The authors conclude that starting a Balint group for junior doctors in a surgical speciality requires a good preparation to reach a stable working group situation. The main topics of the sessions were

- singular dramatic encounters with patients,
- to be exposed to impossible demands, and the lack of human support of superiors and work-mates (midwives).

The most important processes were

- the recovery of professional self-esteem and the development of self-knowledge.

The contents of the sessions were those of a traditional Balint groups, though a quite some time was spent on working on organisational problems in connection with the cases presented. The evaluations by the group members of the sessions were positive especially from their personal point of view. The leaders generally rated somewhat lower both on various estimations of contents and on evaluation of sessions, but still decisively on the positive side. A combined leadership with a psychoanalyst and a specialist in the current speciality seems to be a good choice for a Balint group of junior doctors in a somatic hospital.

BALINT GROUPS WITH HOSPITAL PHYSICIANS.
K. REICHENBERG, The Nordic School of Public Health, Göteborg, Sweden.

The development from a newly graduated doctor into a hospital specialist consists not only of improvement within one's own subject and enhancement of practical skills. The individual doctor becomes responsible for representing their own speciality at other clinics. Organisational changes mean doctors must also represent the medical profession in discussions and disputes with other professions about leadership and they must learn to exchange views with the hospital administration.

In many cases, their period of clinical training coincides with research education and, later, responsibility for leading independent research projects. The process of becoming a self-reliant hospital doctor often occurs at a stage of life when marriage and other changes in family situation are taking place.

This paper analyses a summary of discussions held in 5 Balint groups of hospital doctors consisting of 4-8 doctors who met for 1½ hours every second week. Participants were invited to reflect upon how their personal situation affected their professional duties as doctors and, conversely, how their professional duties touched upon personal issues and development. The study includes 27 doctors, 22 women and 5 men, who have been meeting for between 1 and 4 ½ years, between 18 to 65 times in each group. Our material consists in total of 171 sessions.

The analysis is carried out following grounded theory method. Coding has been performed using everyday terms such as "stress", "responsibility", "professional gratification", "inadequacy", "competence", "solidarity", "appreciation" etc. The code words are combined to concepts whose meaning is described using quotations from the analysed text.

**AN EXCEPTIONAL POSSIBILITY OR A MISSION IMPOSSIBLE?
About obligatory reflection groups during the first clinical year of a brand-new curriculum.**

A. Häggmark, Karolinska Institutet, Center for family and Community Medicine
Anita Häggmark, Psychoanalyst in Private Practise, Stockholm, Sweden

Since the autumn 2007 the curriculum of the medical education at Karolinska Institutet, Stockholm is essentially revised, partly to be adapted to the recommendations of the EU.

We are involved in two different fields concerned: Primary Care and groups for reflection included in Professional Development.

The reflection groups take place during the students' first clinical year – the terms of Internal Medicine – and we will focus upon the learning situation during this rather challenging year.

It is obvious that there are obstacles for the students to utilise the training in Primary Care as well as the reflection groups. Is the timing the right for reflecting upon the doctor- patient

relationship ? There are so many strictly medical facts that have to be learned during this year. We will give examples of different situations and discuss about them.

Concerning the organisation of the medical education – what is facilitating and what is impeding for the professional development of the students?

Is this the phase when the student might lose his/her capacity for empathy? If so – have we got an exceptional possibility or a mission impossible?

KALENDARIUM

- 1. IBF Council Meeting Chicago och Balintkonferens : Leadership Intensive course 17-19 april 2009**
se www.balintinternational.com
- 2. Nordiskt allmänläkarmöte Kbh13-16 maj 2009**
<http://www.gp2009cph.com>
Balintsamordnare Helena Nielsen helena.g.nielsen@gpract.ku.dk
- 3. Balint School, Dubrovnik 1-5 juni 2009**
stanislava.stojanovic-spehar@zg.htnet.hr
- 4. 16th IBF World congress 5-9 sept 2009, Brasov, Rumänien**
www.balintcongress2009.com
- 5. Wonca Basel 16-19 sept 2009, Balintprogram kommer att aviseras**
www.congress-info.ch/wonca2009
- 6. Franskt Balintmöte, Strasbourg 16-17 okt 2009 info via**
www.balintinternational.com
- 7. Läkarnas Riksstämman Stockholm 25-27 november 2009**
Föreningens och sektionens symposier och föreläsningar kommer att aviseras i särskilda utskick. www.svls.se/
- 8. Reservera lördag den 28 nov för en Balintstudiedag i Stockholm,**
meddelande/inbjudan kommer efter sommaren.