

## Läkares känslor – tillgång och belastning i den kliniska arbetsmiljön

Rikssymposium på Läkarstämman, Älvsjö 30 nov 2007

Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologi stod bakom detta Rikssymposium.

Lotti Helström var moderator

Juanita Forssell, psykolog och psykoterapeut med mångårig erfarenhet av Balintgrupparbete på sjukhus och i öppen vård talade om yngre läkares situation

Jan Björk, överläkare, gastroenterolog, Karolinska Solna, talade om hur Balintarbete hjälper honom att handskas med för honom känslomässigt komplicerade patienter (vilka skulle vara komplicerade för de flesta av oss)

Henry Jablonski, psykiater och psykoanalytiker, talade utifrån egna erfarenheter som Balintgruppleddare.

Juanita Forssells fullständiga text finns (på engelska) i Bulletinen för Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologi 2008:1 som finns på föreningens hemsida [www.sfmp.se](http://www.sfmp.se)

Här följer en förkortad presentation av Henry Jablonskis presentation.

### **”Utan tvivel är man inte riktigt klok”**

av Henry Jablonski

Över en 20-årsperiod har jag samarbetat med sammanlagt c:a 150 kollegor med var och en i 1-6 år som Balintgruppleddare. Jag kan inte påminna mig om att ha träffat *någon* som *inte* tyckte om att vara läkare. Så fast vi här tar upp problematiska, mörka och alltför ofta mörkade sidor, så är glädjen med yrket underförstådd i allt det jag har att säga. Att komma till tals med det problematiska är för seriösa läkare det bästa sättet att behålla arbetslusten, yrkesstoltheten och utveckla sig i yrket.

Vi läkare är precis som andra människor. Vi behöver uppskattning och bekräftelse. Vi är ängsliga för att bli kritiserade och aggressivt bemötta. Vi är rädda för att göra fel och skäms vid tanken att kollegor och patienter skulle ringakta oss eller tycka att vi är udda. Många av oss har en lättaktiverad skuldmedvetenhet, som förstärks av att vårt handlande gäller människors väl och ve. I en del specialiteter är frågan om liv och död dagligen närvarande. Ett visst mått av ensamhet är oundviklig för alla som tar eget ansvar och har en relativt självständig ställning. Men jag vill hävda att det finns en tendens bland läkare att göra sig

alltför mycket ensamma med de känslomässiga aspekterna i det kliniska mötet med patienterna.

Goethe säger: "Det man inte kan uppnå flygande får man halta sig fram till" (Was man nicht erfliegen kann, muss man erhinken). Men det är också mycket mänskligt att som läkare tro att man flyger fast man haltar - om man har en *alltför* präktig självbild. Tage D säger: "Utan tvivel är man inte riktigt klok". Så vad händer när en sån läkare upptäcker den haltande verkligheten? Eller är det bara hans patienter som haltar och kraschar?

Så finns också kollegor som underskattar sig själva och tror att de *ständigt* haltar sig fram fastän de gör ett gediget jobb. Med alltför mycket tvivel riskerar man också att förminska sin roll som doktor – att inte förstå sin betydelse för sina patienter.

Det är också viktigt att ägna en tanke åt vad patienterna betyder för läkaren.

Mötet med våra patienter har många bottnar. Det är oftast en *ojämnlik men ömsesidig relation* som kan vara adekvat men också kan innehålla:

- brist på normal lyhördhet
- irritation, osäkerhet, förvirring, hjälplöshet
- ångestdrivet eller skuldmedvetet agerande i st f lugn klinisk närvaro
- förtjusning och förälskelse
- medveten manipulation inkl. förförelse
- skuld och genans
- diffus olust

Detta kan vara tydligt för läkaren. Han/hon känner helt enkelt inte riktigt igen sitt normala professionella jag. Men det är också lätt att glida förbi dessa känslomässiga aspekter av mötet med patienten. Då ombildas de lätt till mer eller mindre förtäckta motreaktioner . . . . .

Om defensiva förhållningssätt tar *för stor* plats ser jag det som en tydlig varningssignal på skevhet i vårdkulturen, att känslor inte hanteras adekvat i den kliniska arbetsmiljön. Att känslor av sorg, besvikelse, kränkthet, ilska och att bli starkt berörd inte riktigt får finnas, inte tas på allvar, - och inte heller kan bli till nytta i det kliniska mötet. En sådan återhållsamhet riskerar att leda till psykisk deformation, (t ex en yrkesrelaterad karaktärsneuros.)

*Det är bra att ventilera sina problem!* Dorte Kjeldmands doktorsavhandling 2006, visar bl a i en kontrollerad studie att allmänläkare i Balintgrupp mår bättre och har större arbetstillfredsställelse. Kjeldmand har inte kunnat visa vilken effekt detta har på patienterna men det är rimligt att anta att detta också gör att patienterna får ett bättre omhändertagande.

Balintgrupparbetet är *fokuserat* på läkar-patient-relationen och det övergripande målet är att minska oklarheten om vad som pågår i behandlingsrummet så att läkaren ska kunna arbeta vidare på ett bra sätt med sina patienter. De flesta av oss har väl märkt, att kan man bara formulera problemen och ställa de rätta frågorna till en lyssnande omgivning, så ger sig svaren ofta nog av sig själva. En respektfull och kollegial diskussion kan göra att läkarens professionella manöverutrymme vidgas.

Grupparbetet leder oftast till både en ökad enskild integritet och ökad samhörighet. Allt detta tar man med sig tillbaka till sin mottagning.

Läkaryrkets många glädjeämnen kan också delas i en Balintgrupp. Och glädjen i sig att samarbeta med kloka, erfarna och engagerade kolleger.