

då känner man det som sin egen känsla. Men när man kliver utanför sig själv och berättar om patienten ser man obehaget som väcks också hos andra. Den känslan ger viktig information om patienten. Den kan jag använda för att hjälpa henne. Men jag behöver min egen kropp, mitt eget känsloliv för att fånga den.

Effekten av träningen sitter i ännu efter sex år, säger Lotti Helström.

Men nu är det dags för ytterligare en Balintomgång, tycker hon. Hon försökte ordna en grupp när hon kom till Karolinska sjukhuset för fem år sedan. Men det var svårt att få stöd.

Egentligen borde Balintarbete vara obligatoriskt i fortbildningen, det är en varsam metod som bör passa alla, säger hon.

– I gruppen talas det uteslutande om mötet med patienten, inte om egna personliga tillkortakommanden. Dessutom berättar man ju bara om de patienter man själv vill.

Birgit Wilhelmson

birgit.wilhelmson@lakartidningen.se

Så jobbar en Balintgrupp

■ En grupp om åtta à tio läkare träffas regelbundet, vanligen en dubbeltimme var 14:e dag, under en längre tidsperiod. Hur länge gruppen träffas bör göras upp i förväg – två år kan vara lämpligt.

Gruppledare är ofta en psykoanalytiker eller en psykoanalytiskt skolad somatiker.

Vid varje möte presenterar någon eller några ett eget fall: Kanske en patient som är missnöjd, ständigt återkommande med diffusa symtom; en patient som väcker svåra, kanske förbjudna, känslor – skam, skuld, ilska – inom läkaren.

I gruppen nystas dessa känslor fram, verbaliseras och diskuteras. En förutsättning för arbetet är inbördes tystnadsplikt.

Processen i Balintarbetet kan indelas i tre stadier, enligt John Salinsky (mångårig sekreterare i den internationella Balintfederationen och redaktör för Journal of the Balint Society).

Det första stadiet karakteriseras av en

lättnad att höra att andra i gruppen känt samma maktlöshet, trötthet och irritation inför en patient.

Under nästa stadium börjar gruppen, med ledarens hjälp, bli nyfiken på patienten, t ex: »Vad är det här för kvinna, hur lever hon sitt liv, vad hände innan hon blev sjuk?» Ibland väcker detta en massa idéer i gruppen. Ledaren kan bli tvungen att värna den som presenterat fallet så att vederbörande inte blir bombarderad av förslag – det är viktigt att behålla reflektionsutrymmet.

Under det tredje, sista, stadiet fokuserar deltagarna på patientmötet: »Vad händer med mig när hon säger så, blir jag irriterad, går det att vända?»

För att nå detta sista stadium – att tala om sina innersta, knappt erkända känslor – krävs en trygghet inom gruppen. Och det tar tid, därför är en tvåårsperiod en lämplig första kontraktstid som eventuellt kan förlängas. •

Bo Lindberg, överläkaren som startade Balintgrupp – och själv var med

■ Bo Lindberg var den som initierade den Balintgrupp som Lotti Helström (se intervjun härintill) deltog i. Han var då överläkare vid kvinnokliniken på Akademiska sjukhuset i Uppsala och kände ett behov att fördjupa sina kunskaper om patientmötet.

– Läkare i min generation fick ingen utbildning i patient-läkarrelation, i att hantera »besvärliga« patienter.

En internatkurs i slutet av 1980-talet om patient-läkarrelationer, för framlidne psykiatriprofessorn Gerdt Wretmark, gav inspirerande aha-upplevelser.

– När jag kom hem tillämpade jag det jag hade lärt men kände att det inte räckte.

Gerdt Wretmark hade på kursen nämnt Balintgrupper. Bo Lindberg startade en grupp som emellertid dog ut efter något år.

Nu slumpade det sig så att Bo Lindberg var god vän med Elisabet Olander, överläkare i psykiatri och då nybliven pensionär – och dessutom erfaren Balintledare. Hon engagerades som ny gruppleddare, och gruppen drog igång. Detta var 1992.

Han var själv med under de första åren. Så blev han chefläkare vid Akademiska sjukhuset fram till sin pensionering 2000 och hade då inga patienter, grunden för Balintarbete.

– Men det var många, mycket svåra patienter som jag nog inte hade klarat utan gruppen. Det konstiga var att när jag berättat om en patient fick jag ibland lösningen själv, bara genom att sätta ord på det jag funderat över.

De »besvärliga« patienterna försvann!

– De blev i stället väldigt roliga utmaningar som jag visste att jag inte var dålig på att hantera.

Det handlade om att han lärde sig sätta gränser, tror han.

– Vi kroppsläkare är dåliga på att sätta gränser för patienterna. Vissa åter ju nästan upp en, vill man vara snäll doktor spelar man med i spelet. Men det är inte patienterna hjälpta av, de blir ännu mer förvirrade.

Han tycker att alla läkare som arbetar med mer komplicerade patientfrågor bör få chansen att gå i Balintgrupp.

– Men då krävs stöd från ledning och överordnade, det är absolut nödvändigt. Som chefläkare har han själv stött att flera grupper inrättats på sjukhuset, dessutom har några av sjukhusets läkare deltagit i en handledarkurs (se artikeln på sidan 1424).

De »besvärliga« patienterna försvann! I stället blev det väldigt roligt – en utmaning – att möta dessa patienter på ett professionellt sätt. Det handlar om att lära sig sätta gränser, säger Bo Lindberg som också poängterar att Balintarbete kräver stöd från ledning och överordnade.

Just brist på gruppleddare är en orsak till att Balintarbete inte är mer utbrett, poängterar han. En annan är okunskap.

– Många vet inte vad Balintarbete är, många tror att det är flum. Men det är ingen privat psykoterapi, utan just diskussioner kring knepiga fall. Många förstår heller inte att detta är till förmån för patienternas skull.

Birgit Wilhelmson