

BULLETTIN

Svensk Förening för Medicinsk Psykologi

I detta nummer:

**”Bilder från Ungern och Rörum”
– om Balintgruppernas framväxt
av Stefan Bálint och Jacob Engellau**

**Den nationella Balintkonferensen på temat ”Sorg”
i Växjö 18-19 sept 2021 – rapport och bilder
av Elsa-Lena Ryding**

**Inledningsföredrag från Växjö
”Om sorg och sörjande i sjukvården”**

**Program för nationellt Balintmöte
22-23 april 2022 i Stockholm
Tema: ”Etik och etiska konflikter i det kliniska arbetet”**

SFMPs och SLS KUFs Skrivartävlingar 2022 utlyses

SFMP Verksamhetsberättelse för 2020-21

Kalendarium

Nummer 1:2021

Årgång 54

ISSN 1653-3453

Kontakt: [info \(at\) sfmp.se](mailto:info@sfmp.se)

Hemsida: www.sfmp.se ; www.balint.se

INNEHÅLL

..... Presentation av föreningen och styrelsen	sid 3
..... Redaktören har ordet	sid 5
..... ”Bilder från Ungern och Rörum” – psykologisk handledning vid onkologiska och arbete i Balintgrupp av Stefan Bálint och Jacob Engellau	sid 6
..... Balintkonferensen i Växjö – en rapport och personlig betraktelse av Elsa-Lena Ryding	sid 11
..... Om sorg och sörjande i sjukvården av Henry Jablonski	sid 18
..... Program till nästa Balintkonferens i Stockholm 22-23 april 2022	sid 25
..... Inbjudan till 2022 års Skrivartävlingar	sid 26
..... SFMP Verksamhetsberättelse 2020-2021	sid 28
..... Kalendarium	sid 31



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.

Föreningen ingår i Svenska Läkaresällskapets sektion för Medicinsk Psykologi, tillsammans med den psykoanalytiska föreningen. Inom Föreningen anordnar regelbundet symposier, workshops och studiedagar i olika läkarkonferens-sammanhang. 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 vår tidskrift *Bulletinen* som utkommer med två nummer årligen eller ett dubbelnummer. *Bulletinen* och övrig information om föreningsaktiviteter, sektionsprogram, konferenser och möten här och på andra håll i Europa skickas till dig via email. Allt detta finns även på hemsidan www.sfmp.se eller www.balint.se som dock endast uppdateras några ggr per år.

Föreningsavgifter och uppdatering av uppgifter

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

Medlemskap för studerande, AT-läkare, PTP-psykologer och motsvarande är gratis. Likaså utgår ingen avgift för medlemmar i föreningen som helt upphört vara yrkesverksamma.

Om du ändrar e-postadress – anmäl detta via info@sfmp.se.

Styrelsen 2021-22 för Svensk Förening för Medicinsk Psykologi

Ordförande: Henry Jablonski, psykiater, psykoanalytiker, leg psykoterapeut, Stockholm

Vice ordförande: Carin Gram, allmänläkare, Malmö

Kassör: Anders Birr, onkolog, palliativ medicin, Bjärred och Helsingborg

Sekreterare: Jacob Engellau, överläkare, onkolog, leg psykoterapeut, Lund

Övrig ledamot: Björn Landström, allmänläkare, med dr, Tidän och Skövde

Revisorer: Dan Schilken och Christer Smeds

Valberedning: Charlotta Hagstam (sammankallande), Sonja Holmquist, Helena Thunander

Redaktören har ordet

Jag hälsade på Stefan Bálint på Österlen i juni/juli 2019. På väg hem därifrån på tåget kom ett mail från Stefan med en bilaga – en text han skrivit kring Balintarbetet i samarbete med Jacob Engellau på den onkologiska kliniken. Den skrevs 2012 – 30 år efter det att Balintarbetet startat på den onkologiska kliniken. Det är en mycket välskriven text. Jag kan inte tänka mig en bättre formulerad beskrivning av Balintgruppens möjligheter och utmaningar – så synd att Stefan inte skrev mer! Det är en glädje att kunna göra den tillgänglig för Balintintresserade här i föreningens Bulletin. Sprid den! Texten berör också framväxten av den metod som senare skulle komma att bära Michael Balints namn. För mig var det nytt att arbetet började redan i Budapest före kriget! – och att det var föremål för den ungerska säkerhetstjänstens intresse....

Vår nationella Balintmöte hade skjutits upp två gånger p g a Covid. Vi hade inte setts sen våren 2019. Denna gång blev antalet deltagare färre än normalt p g a reserestriktioner för vissa regioner. Ett stort tack till Carina Modeus och hennes make som tog emot oss så gästfritt på Sveriges vackraste biskopsgård, Östrabo. Elsa-Lena Ryding har skrivit en rapport och personlig betraktelse från detta stimulerande och lärorika möte i Växjö. Det innehåller ett utförligare referat av ett av föredragen, det av Inger Benkel, chefskurator på Palliativa Enheten, Sahlgrenska. Det andra föredraget (av undertecknad) återges i sin helhet förutom de kliniska vinjetterna, som av konfidentialitets-skäl har utelämnats

Vi aviserar vidare i detta nummer av Bulletinen

- programmet till föreningens nästa nationella möte i Stockholm 22-23 april 2022
- inbjudan till 2022 års skrivartävlingar
- Verksamhetsberättelsen för perioden 2020-2021 som godkändes på årsmötet i Östrabo, samt
- Kalendariet

Kom gärna med kritik, kommentarer och ändringsförslag.

Mycket läsnöje!

Henry Jablonski, redaktör för detta nummer av Bulletinen

Bilder från Ungern och Rörum

Psykologisk handledning vid Onkologiska kliniken och arbete i Balintgrupp

av Stefan Bálint och Jacob Engellau



Bakgrund

Läkare i allmänhet och kanske onkologen i synnerhet, möter inte sällan människor i en ytterst psykiskt belastande situation. Livet riskerar att förändras drastiskt. Kroppslig och psykisk katastrof hotar. De starka känslor som väcks går inte alltid att härbärgera. De läcker ut på olika sätt. Primitiva försvar som projektioner och förnekanden är vanliga, men också idealisering eller total nedvärdering kan förekomma. Mycket av dessa ”råa” känslor, som inte är uttryckta i ord, utan snarare går under huden, riktas mot läkaren. Hur skall läkare handskas med de känslor och föreställningar uppkommer i mötet med patienten under dessa omständigheter? Vi kan naturligtvis fråga oss om detta överhuvudtaget är ett problem? Det får anses vara ett välkänt faktum att läkar-patientrelationen är känslomässigt utmanande. Många läkare upplever sig psykiskt belastande av de starka känslorna som kan uppstå i mötet med patienter. Hur läkaren reagerar påverkar i hög grad läkar-patientrelationen. Om läkaren kan lyssna, förstå och använda sin förståelse för att fördjupa den professionella relationen till patienten, ökar patientens trygghet och compliance och därmed möjligheten att genomföra en effektiv behandling. Att lyssna och förstå kräver kunskap om egna reaktioner och hur de egna reaktionerna kan vara till hjälp i att förstå patienten. Att läkare reagerar känslomässigt på patienters känslomässiga reaktioner, och att dessa reaktioner kan vara medvetna, omedvetna eller ta sig psykosomatiska uttryck, vet vi. Tas läkarens reaktioner om hand och görs medvetna, kan det dels liknas vid en avgiftning, men ger också möjlighet ökad kunskap om

läkarens habituella reaktionsmönster. Genom denna ”psykiska metabolism”, blir läkaren befriad ifrån obearbetade känslomässiga spillprodukter, vilket ger ett ökat välbefinnande och ökad arbetsglädje. Kunskapen ger ofta ringar på vattnet så att även relationer till kollegor och annan personal inte påverkas av vad som annars belastar läkaren.Handledning och arbete i Balintgrupp är två metoder för att öka insikten om läkarens egna reaktionssätt i mötet med patienten då starka känslor är i spel, öka förståelsen för patientens upplevande och förbättra läkarens härbärgerande förmåga.

Balintgruppens historia

Michael Balint (1896–1970) var en ungersk-engelska läkare, biokemist och psykoanalytiker, som redan på 1930-talet i Budapest intresserade sig för patient-läkarrelationen. Balint tog sin läkarexamen i Budapest, 1918, studerade biokemi och psykoanalys i Berlin och efter doktorsgrad i biokemi, återvände han till Budapest. Där fick han en ledande roll inom den expanderande psykoanalytiska rörelsen och tillsammans med kollegan och Sigmund Freuds nära medarbetare, Sándor Ferenczi, startade han grupper för allmänläkare. Detta försök kom till ett abrupt slut, när civilklädda ungerska poliser skulle sitta med i gruppen under dess sammankomster för att övervaka vad som skedde och sades.

Ett år före andra världskrigets utbrott, flyttade Balint till England och slog sig ner i Manchester. Ett par månader efter ankomsten avled hans hustru i ett brutet aneurysm. I slutet av kriget, begick föräldrarna, som var judar och var kvar i Budapest, självmord för att slippa bli arresterade av Gestapo. Michael Balint flyttade till London, där han erbjöds arbete vid Tavistock kliniken. Han gifte sig 1953 med psykoanalytikern Enid Eicholtz, som också arbetade på Tavistock kliniken, och det var tillsammans med henne han utformade vad som idag kallas Balintgrupper. Förutom det nydanande arbetet att tillämpa psykoanalytiskt tänkande i förståelsen av vad som försiggår mellan läkare och patient, som publicerades i boken *Läkaren, patienten och sjukdomen* (1955), publicerade Michael Balint en lång rad psykoanalytiska böcker och artiklar i vilka han utvecklade sina tankegångar om den analytiska relationen, och i synnerhet olika aspekter på beroende och regression. Vid hans död, 1970, var han president för den inflytelserika Brittiska Psykoanalytiska Föreningen. Enid fortsatte arbetet med Balintgrupper. Under paret Balints tid var det vanligt att två psykoanalytiker ledde Balintgruppen. Enid underströk allmänläkarens ”kulturkompetens” och menade att den ena av ledarna skulle vara allmänläkare. 1969 bildades den Brittiska Balintföreningen och 1972, IBF, den International Balint Federation. IBF har över 30 medlemsländer och vartannat år arrangeras en internationell konferens med teman som fokuserar på omständigheter som påverkar läkares förutsättningar att förhålla sig till patienters psykiska reaktioner, och hur detta påverkar Balintgrupparbetet.

Introduktion av Balintgrupper i Sverige

Lennart Kaij, (1924–1985) var professor i psykiatri i Malmö. Under 1950-talet, tillbringade han några månader vid Tavistock kliniken i London och deltog i en Balintgrupp som leddes av Michael Balint. Lennart Kaij fick Balints bok översatt till svenska och skrev förordet till den svenska upplagan. I början av 1980-talet startade Lennart Kaij en grupp bestående av läkare från olika specialiteter som arbetade med Balintgruppen som förebild. När Lennart Kaij insjuknade i mitten av 80-talet, bad han psykologen och psykoanalytikern Stefan Bálint, att överta ledningen av gruppen. Stefan Balint, har visserligen samma efternamn som Micheal Balint, även i viss mån en liknande historisk, geografisk bakgrund och yrke, som Michael

Balint, men något släktskap finns inte. Michael Balint var född Mihály Bergsmann, och ändrade sitt namn till Michael Balint, innan han flyttade till England.

”Balintgruppen” vid Onkologiska kliniken

Så började den ”Balintgrupp” som fortfarande idag existerar. Den ursprungliga gruppen, med beteckningen ”Seminarium för psykiska reaktioner på somatisk sjukdom”, började träffas en torsdagskväll i månaden hemma hos Stefan Bálint. Gruppen bestod av kirurger, onkologer, någon dubbelspecialist i onkologi och psykiatri, och en onkologisjuksköterska. En lätt måltid serverades, och till denna fördes ett samtal om aktuella problem inom vården och i världen. Därefter vidtog ett seminarium som ofta var diskussion i anslutning till en artikel eller bok. Litteraturen valdes utifrån önskan att förmedla grundläggande psykologisk och psykoanalytisk kunskap samt utifrån relevans för de problem läkarna var inbegripna i, i sin kliniska vardag. Därefter fokuserade gruppen på patient-läkarrelationen med utgångspunkt från ett patientfall. En av deltagarna gruppen presenterade en situation där läkaren på ett eller annat sätt hade svårigheter i relation till patienten.

Lite senare kommer vi att mer detaljerat beskriva hur arbetet i Balintgrupp går till. Efter hand lämnade medlemmar gruppen och nya kom in. Gruppen omvandlades mer och mer till att bli den ”onkologgrupp”, som den är i dag, och som således pågått i över trettio år! Av nuvarande sju medlemmar är sex onkologer. Av dessa är ett par dubbelspecialister i onkologi och psykiatri, och flera har vidareutbildat sig till psykoterapeuter och auktoriserade Balintgruppleddare.

Under arbetets gång visade det sig att Onkologiska kliniken hade ett ökat behov av handledare. Tillsammans med dr. Birgitta Berglöf, också en av deltagarna som startades av Lennart Kaij, planerades ett projekt i tre delar, i vilket en handledarutbildning ingick. Utbildningen, som var ”skraddarsydd” för onkologer, sträckte sig över 6 terminer, med teoretiska seminarier, kliniska seminarier, klinisk dagbok, behandling av patient i psykoterapi under handledning, orientering om olika psykoterapimetoder samt en skriftlig examination. Deltagarna var 5 läkare från onkologen i Lund samt 3 allmänläkare som arbetade inom ASIH i Kristianstad. Därmed fick Onkologiska kliniken ett utökat antal handledare för att möta det ökade intresset för psykologisk handledning som fanns inom kliniken. Att handleda läkare underlättas av att handledaren själv är läkare med erfarenhet av kliniskt arbete, och samtidigt har de speciella färdigheter inom psykoterapi som kan bidra till den fördjupning av förståelsen för känslomässiga aspekter i patient-läkarmötet som står i fokus i en Balintgrupp. Balintgruppen hos Stefan Bálint har fortsatt sitt arbete. Efterhand har det blivit mera fokus på att träna deltagarna i funktionen som Balintgruppleddare. Idag är många i gruppen auktoriserade Balintgruppleddare, och leder grupper inom en rad olika specialiteter.

Handledning och arbete i en Balintgrupp

Den psykologiska handledningen har flera funktioner. Det är en undervisningsform, där handledaren och gruppens diskussioner bidrar till att öka deltagarnas kompetens. Där skiljer den sig inte ifrån annan handledning. Dessutom är det en personlig utveckling, som gränsar till psykoterapi, men där syftet inte är en förändring av personligheten, utom där försvaren hindrar processen att förstå och förhålla sig till känslor som väcks i möten med patienter dvs, att medvetandegöra de psykiska försvar som försvårar och förhindrar upprättandet av relationen till patienten. Michael Balint benämnde arbetet i Balintgrupp ”research cum training”. Michael Balints tanke var att skapa en trygg grupp där deltagarna kan och vågar

lämna ut även sådant som inte är smickrande för dem själva. Därför är det viktigt att alla sitter i samma båt. Gruppen, som i allmänhet består av 6-8 läkare, har en eller två ledare, vars funktion är att skapa och hålla i ramarna för gruppens arbete, skapa trygghet, iakttaga processen och hjälpa gruppen om processen stannar upp eller kommer på avvägar. Frivilligt deltagande är sannolikt mycket viktigt för ett tryggt gruppklimat.

Obligatoriska handledningsgrupper måste alltid övervinna ett betydande motstånd mot att utlämna sig själv hos deltagarna. Ett Balintgruppmöte börjar som regel med att ledaren frågar vem som har ett fall. Fallet skall röra sig om ett upplevt problem i läkar-patient relationen. Det kan vara att läkaren har svårt för att känna empati för patienten, känner avsky för patienten, känner sig alltför engagerad eller totalt oengagerad i patienten etc. Vi kanske kan säga att det oftast rör sig om ”för mycket eller för lite” av engagemang, känslor, förståelse. Fallet kan vara helt aktuellt, eller ligga långt tillbaka i tiden, men fortfarande har aktualitet hos läkaren. Det är som regel en fördel om det finns förutsättningar för vidare möten mellan läkaren och patienten, men det är inte en nödvändighet. Den presenterande läkaren talar utan anteckningar till punkt. Gruppen kan ställa klargörande frågor om faktiska förhållanden. Gruppen arbetar sedan med den presenterade berättelsen som om den vore vars och ens egen upplevelse, dvs identifierar sig med ömsom läkaren och ömsom patienten.

Även tankar och känslor som kan te sig ovidkommande eller perifera får komma till uttryck. Den presenterade läkaren håller sig i bakgrunden och lyssnar till gruppens associationer. Om gruppen helt identifierar sig endast med läkaren, kan ledaren gripa in och fråga om förståelsen för patienten. Arbetet går inte ut på att finna en lösning, erbjuda råd, handleda eller undervisa. Arbetets syfte är att öka förståelsen för processen mellan läkaren och patienten. Den presenterande läkaren ombeds efter hand, då diskussionen mognat, att återkomma till gruppen och delge sina upplevelser av det som förevarit i gruppen. Ofta ger den presenterande läkaren uttryck för stor lättnad och ny förståelse för vad som varit ett hinder i relationen. Därmed öppnar sig även en ny väg av ökad förståelse för såväl patienten som den egna rollen.

Balintgruppen i sjukvården

Balintgrupper har länge varit etablerade inom Allmänmedicinen, och det var ju där Michael Balint en gång startade sitt arbete med handledningsgrupper. Bakgrunden var då den utsatthet och ofta ensamhet som präglade allmänläkares kliniska vardag, där Balintgrupparbetet skulle medge en spegling av kollegor som delade en liknande arbetssituation. Fortfarande är det bland allmänläkare som flertalet Balintgrupper verkar. Onkologiska kliniken i Lund har dock efter hand blivit en kompetensbas inom Balintledarskap, och idag bedrivs Balintgrupparbete på bred front inom kliniken. Såväl specialister som läkare under utbildning deltar på frivillig bas i ett flertal grupper.

Även utanför kliniken är Balintledare, med hemvist vid Skånes Onkologiska klinik, verksamma. Det finns ett stort behov för denna typ av psykologisk handledning inom många specialiteter, och allmänkirurger, urologer, transplantationskirurger, barnonkologer, hematologer och akutläkare deltar i olika grupper som leds av en Balintledare från onkologen i Lund. Så som den kliniska vardagen utvecklats inom slutenvården finns särskild anledning att erbjuda psykologisk handledning för läkare som där arbetar. Kortare vårdtider, hög patientomsättning, allt mindre luft i en klinisk vardag bidrar alla till att utrymmet för reflektion kring upplevelsen av läkare-patientmöten försvårats. Där det tidigare funnits utrymme för detta är det som inte schemalagts idag svårt att ge utrymme för. Många gånger

då ett fall presenteras i en Balintgrupp ges det en diminutiv roll, ”jag har bara en liten sak jag tänkte ta upp”, men det visar sig oftast vara väldigt betydelsefulla skeenden som hanterats. Det som inte sällan förvånar deltagare i en Balintgrupp är i vilken utsträckning de egna känslorna som väckts i ett läkare-patientmöte påverkar beslut som tas, ställningstaganden som har stora konsekvenser för patienter, till och med livsavgörande.

I arbetet som Balintledare är det även tydligt att generella omständigheter i sjukvården återspeglas i de fallredogörelser och falldiskussioner som sker i Balintgrupper. Ett bristande hållande inom organisationen, med inslag av depersonalisering och anonymisering av medarbetarna-läkare, en schemaläggning utan hänsyn, ett cyniskt eller sarkastiskt tonläge inom kliniken får alla stora konsekvenser för hur enskilda patient-läkarmöten hanteras.

Detta återspeglas i Balintgruppen som svårigheter för deltagarna att känna empati med patienten, men även med andra medarbetare inom sjukvården, andra läkarkollegor, och, inte minst, med sig själv som läkare. Balintgruppen är i det avseendet ett mycket kraftfullt instrument för att tydliggöra sådana parallellprocesser. För deltagarna blir det en möjlighet att bli medvetna om hur deras kliniska arbete påverkas, och öppnar för dem att kunna förhålla sig som de egentligen vill vara som läkare i sitt arbete med patienter. På detta vis kan de vara mer äkta inför sig själva, och sannolikt undvika en känslomässig utarmning.

Copyright Stefan Bálint och Jacob Engellau 2012

Den nationella Balintkonferensen i Växjö 17-18 september 2021 – en rapport och personlig betraktelse

av Elsa-Lena Ryding



Temat för konferensen var: ”Hur kan vi förstå sorg - vår egen och andras - i möten med patienter och anhöriga”. Den började redan i förväg med utskickat material. Vi förberedde oss väl. Vi hann precis med att läsa artiklarna. Vi kanske inte hann det riktigt. På vägen till Växjö växte våra förväntningar. Redan när vi gick av tåget infann sig en känsla av kosläpp - vi hade ju inte setts på så länge! Framme vid Biskopsgården Östrabo möttes vi av vår ordförande Henry Jablonski och mötets värdinna, Carina Modeus, läkare inom palliativ vård och även biskopsfru.

Vi var nästan alla med på förkonferensen, då vi först fick ta del av en presentation av en kvalitativ studie om upplevelser och utveckling i fyra svenska Balintgrupper. Deltagarna i Elsa Lena Rydings och Anders Birrs studie* berättade om hur de fått hjälp att hantera sina känslor främst i patient-läkarmötet och att utveckla sin professionella identitet. Trots

* Ryding EL, Birr A. Becoming the doctor that you want to be. A qualitative study about participation in Balint group work. *Int J Psychiatry Med.* 2021. doi: 10.1177/00912174211042972.

skillnader i gruppammansättning och ledarstil tycktes de som stannat i en grupp i minst tre terminer vara övervägande nöjda och allt närmare att bli den doktor man gärna vill vara.

Diskussionen om de utskickade artiklarna var givande. En handlade om våra försvar mot vår egen hjälplöshet. Det går ju t.ex. inte att ge den sörjande sin anhörig tillbaka. En artikel beskrev hur vanligt det är vi som är verksamma inom vården sörjer våra döda patienter. Ytterligare en intressant artikel behandlade begreppet ”disenfranchised grief”, alltså sorg som inte är allmänt erkänd. Läkares sorg över förluster av patienter, men också förlusten av arbetsbetingelser som man uppskattat, kan räknas dit, och det kan bidra till utbrändhet. Vi kände igen oss i det. Vi är omorganiserade alltför många gånger.

Därefter fick vi vår första måltid på Östrabo. Den skulle avlösas av flera. Vi minns inte vad som stod på menyn, bara att varje tugga var en njutning. Den ovanligt goda maten adderade så fint till hela upplevelsen. Så inleddes själva den nationella konferensen men ett föredrag av psykiater och psykoanalytiker Henry Jablonski: ”Några reflektioner om sörjande, depression och upphävd affekt hos kliniskt verksamma läkare.” Att stänga av känslor kan vara nödvändigt i stunden i vissa kliniska situationer. Men den som inte alls har tillgång till dessa känslor kan påverkas ändå. Man kan se det som en kumulativ sekundär traumatisering, som på sikt riskerar att utarma läkaren både privat och som kliniker. (Henry Jablonskis föredrag finns i detta nummer av Bulletinen, red, anm).

Pandemin har medfört en ökad kompetens inom it. Vi fick ett zoom-föredrag av kurator docent Inger Benkel vid Palliativa sektionen på Sahlgrenska: ”Sorgen är en process med flera perspektiv. Ny forskning ger ny kunskap: att som vårdare möta sörjande - och att kunna förstå och hantera sorg.” Hon berättade utifrån sin forskning att den sörjande behöver:

- Få reagera på förlusten
- Få förståelse för det som hänt
- Få sammanfatta det gemensamma livet
- Finna det nya livet utifrån de nya omständigheterna
- Få använda sina strategier i sorgprocessen

Vi kom ihåg hur bra det kändes att en gång lära oss om krisens faser enl Johan Cullberg. En struktur att hålla sig till när vi mötte människor i kris och även sorg. Nu har man ju funnit att alla sörjer olika och kan befinna sig på olika steg samtidigt. Sorgen är en social och kognitiv process, inte bara en psykologisk, sa Inger Benkel. Vi fick höra om resilience och om patologisk sorg. Till slut talade hon om läkare som sörjer patienter, vilket är lite annorlunda. Det kan finnas en kumulativ effekt efter många dödsfall. Sorgen blir olika beroende på hur och varför döden inträffade och vilken relation man hade. Detta gäller förstås även anhörigas sorg.

Efter kaffet började arbetet i de tillfälliga Balintgrupperna. Vi funderade på en storgrupp med alla deltagare. Vi var nöjda med att få att arbeta i två mindre grupper under tre sessioner med en avslutande gemensam session. Vi fick träna på ledarskap. Vi drog fall. Vi deltog med våra tankar och känslor, precis som vi hade förväntat oss. Många av oss är Balintledare och kan verkligen behöva att också få vara gruppmedlem i lugn och ro.

Vi fick höra om biskopsgårdens långa historia och den intressanta konst som pryder representationsrummets väggar. Vi fick träffa en livs levande biskop som berättade om sitt

arbete. Miljön passade väl med vårt uppdrag inom Balintrörelsen där existensiella frågor måste få ta plats.

Vi tackar alla varmt värdinnan och personalen på Östrabo samt Svensk Förening för Medicinsk Psykologi för ett par fina dagar!

Mötet i Växjö innebar inte bara en kollektiv upplevelse utan också en personlig. Jag är pensionerad kvinnoläkare. Mitt arbete har varit fullt av glädje men har även inneburit många sorger och trauman. Vid tiden då jag danades som läkare var det viktigt att vara stark och klara av jobbet. Det satte sina spår. Förutom sargad av privata sorger, liksom så många, är jag också yrkesskadad.

Före och under vårt möte kom det upp minnen och drömmar om en för länge sen bearbetad sorg - en ung mammas död i samband med förlossning. Flera små barn blev moderlösa. Jag hade inte gjort något särskilt fel, men som Sonja Åkesson skrev: "Skulden har inget hem." Jag tog på mig hela uppföljningen av familjen, även om min dåvarande chef erbjöd hjälp. En av familjemedlemmarnas öde berörde mig mycket djupt av privata skäl. Det här var på sommaren. När min semester väl började måste jag ta första veckan mer eller mindre i sängen, utmattad och ledsen.

Det är så bra att vårdpersonals sorger och post-traumatiska stresstillstånd erkänns och får ta plats idag. Funderade över allt detta under mötet. Vid gruppssessionerna kände jag både lättnad och saknad över att inte längre ha egna fall att bidra med. När jag kom hem från Växjö ringde konstigt nog en av mina gamla patienter, som hade hittat mitt nummer. Det rör sig om en mycket udda person, som ingen inom sjukvården ville ha kontakt med. Utom jag då, för jag är ju yrkesskadad. Nåväl, jag var säkert viktig för henne under många år. Nu fick jag förklara varför jag inte längre kan hjälpa. Kände mig lite upprörd, men sedan pratade jag en stund med min inre Balintgrupp, och så var det bra med det.



Entrén till Östrabo, Sveriges vackraste biskopsgård



Jacob Engellau utbringar en skål till Stefan Bálints minne



Elsa-Lena Ryding skriver i sin konferensrapport att vi inte minns menyn, men att maten var fantastiskt. Den bar också syn för sägen.



Jessica Wihl, Jacob Engellau, Sonja Holmquist och Sofias von der Goltz



Vår värdinna, Carina Modeus i samtal med onkolog-kollegan och vännen Pia Dellson. I bakgrunden Markus Beland, Henry Jablonski och Pia Söderberg



Elsa-Lena Ryding i sampråk med Dorte Kjeldmand. Fredrik Mohlin, Helen Wahlgren och Sofia von der Goltz i bakgrunden



Om sorg och sörjande i sjukvården

av Henry Jablonski

(föredrag vid det nationella Balintmötet den 17 september 2021 i Växjö. Av konfidentialitetsskäl har de kliniska illustrationerna tagits bort)



Inför att skriva det här föredraget frågade jag en god vän – en erfaren barnläkare, som ägnat en stor del av sitt yrkesliv åt barn med svåra kroniska tarmsjukdomar: ”Vad tänker du om sorg och sörjande i den kliniska vardagen?” ”Det är ett svårt ämne”, svarade han eftertänksamt ”Det är inte bara sorg när patienter dör utan också sorg hos patienter och anhöriga över ett kvarstående handikapp.”

”Javisst, men nu tänkte jag på sorgereaktioner hos dig som läkare”, sa jag. ” Vad är det som triggar sorgereaktioner hos oss som kliniker? Vad gör vi av det? Hur lagras det i oss? Påverkar det vår inställning till livet?” undrade jag. Jag såg hur hans blick vek av inåt. Han behövde tänka fram en ny utgångspunkt. Men visst var väl det ett svar, som är representativt för många bra kollegor: Patienterna och deras anhöriga står i fokus.

Det finns inte mycket plats för läkares sorgereaktioner och sorgsenhet i klinisk vardag. De papers vi skickat ut talar om att det inte är något ovanligt fenomen – hur det än uttrycks eller undertrycks.

Vissa kollegor tycks ha avvärjningsmekanismer som knappt tillåter dem att snudda vid såna reaktioner. Det kan vara ändamålsenligt. Det ligger i sakens natur, att man som läkare bör ha koll på sina känslor anpassa och underordna dem till patientens och anhörigas behov. Men, om vi berörs i vårt inre – vad gör vi med det?

Här poppar många frågor upp i mig: Vad har de kumulativa erfarenheterna av den egna sorgen i det kliniska arbetet för påverkan på våra själsliv? Kan man bortse från på den enskilde doktors personlighet och de privata livserfarenheter, som vi för med oss in i våra yrkesliv? Hur ser våra försvar ut mot upplevd sorg? När är de ändamålsenliga? När blir

undertryckt sorg i den kliniska vardagen en potentiellt traumatiserande process? Hur ser vi och handskas med detta i Balintarbetet?

Först en mer allmän spaning: I det kliniska arbetet har vi i varierande grad egna behov av att bli bekräftade av våra patienter, av anhöriga och arbetskamrater. Det är så sammanvävt - en mix-up - av professionellt ändamålsenliga å ena sidan och mer personliga avsikter å den andra. Ömsesidig bekräftelse *är självklart* en viktig del av de flesta samarbetsrelationer. Utebliven bekräftelse kan slå olika hårt och även vara en källa till sorg, nedstämdhet och frustration.

Kan man tala om sorg och sörjande utan att tala om om anknytning, relation och kärlek? Under en sorgprocess kan de mest skiftande känslor uttryckas och de mest skiftande psykiska tillstånd uppträda. Flera kan benämnas med psykiatriska och psykologiska termer.

Inför det här föredraget listade jag många berörande erfarenheter, mest från Balintgrupperna, men också egna. Men varför ska jag öda er tid med dem? Ni har ju alla egna exempel – hur många som helst! Jag kommer bara ge ett par exempel efter det jag försökt beröra relation, sorg, depression ur psykoanalytisk synvinkel och vad jag uppfattar som återkommande tematan. (*av konfidentiella skäl utgår dessa exempel, red anm*)

Det jag har att säga är bara hälften av vad som var tänkt att ni skulle få höra, när vi bestämde temat för den här konferensen på våren 2019. Den andra halvan skulle ni ha hört från Stefan Bálint, som så plötsligt rycktes ifrån oss den sommaren. Vi hann inte jobba ihop oss kring detta så jag kan bara ana. Men ni hade fått höra Stefans eftertänksamma reflektioner som var så väl förankrade i hans väsen och i psykoanalytisk teori och praktik - och i hans erfarenhet som Balintledare. Stefan sa många kloka saker, men hade ett omvittnat motstånd mot att skriva. Flera av hans mångåriga samarbetspartners finns här idag, och är bärare av en ännu viktigare muntlig tradition. Så för oss som hade förmånen att samarbeta med Stefan så fortsätter vi ett gemensamt projekt

Jag ska börja med att presentera ett par psykoanalytiska tankegångar.

1. Michael Balints utgångspunkter för psykoanalytisk praktik och hans tankar om psykisk utveckling.
2. Freuds tankar om sorg, depression och tidiga trauma
3. Winnicott om *transitional objects* och *transitional area*

Vi får se om ni tycker att den har bäring på ert eget kliniska arbete, och på dagens ämne om sorgens traumatiserande potential.

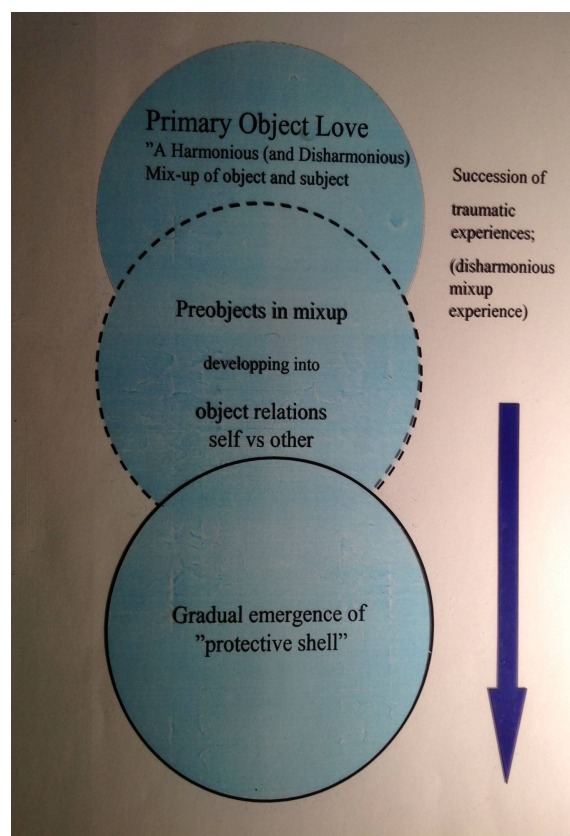
Det kan låta självklart, men det Balint formulerade är inte alls självklart - varken i psykoanalytisk eller medicinsk praxis:

att behandla patienter på ett kunnigt, interaktivt och välvilligt sätt. Han använde även i sina engelsk-språkiga texter tyskans *arglos*. Det översätts ofta som *non-intrusive*, men täcker inte på långt när *arglos*. På svenska kan vi försöka ringa in det som *icke störande, välvillig* - och det mitt tycke viktigaste - *sveklös*. I det läser jag in doktors dubbla åtagande att varken svika sina patienter eller sin egen professionalitet. Visst kan det bli konfliktfyllt ibland!

Freud hade förkunnat att psykoanalysen är en kärlekskur. Det förutsätter att det finns kärlek i patienten bakom de svåra psykiska och psykosomatiska symptomen, bakom lidandet, vanmakten, sorgen och raseriet. Det är inte så med *alla* patienter, men det utgör *oftast* drivkraften att söka psykoterapeutisk hjälp. Det gäller också psykoanalytikern/terapeuten och all klinisk professionalitet - att intuition, analytisk begåvning och kunskap genomsyras av en välvillig *arglos* avsikt, en tyglad passion som möjliggör en non-intrusive, sveklös undersökning av patientens tillstånd *i samarbete* med patienten. Balint kallade detta *a mutual investment company*. Såna egenskaper och professionella drivkrafter är som sagt inte självklara i klinisk praxis lika litet som att alla patienters hjälpsökande är godartat. Men som Balintledare märker man att detta förhållningssätt finns hos många hårt arbetande kollegor i den somatiska vården. Där finns det en också stor psykologisk begåvningsreserv - en ofta förbisedd och underutnyttjad klinisk resurs. Det är lätt att förstå varför Michael Balint ville samarbeta med såna kollegor. De vidgade hans perspektiv och öppnade nya områden för tillämpad psykoanalys. Det tyckte hans namne Stefan också. Så här är vi!

Balint myntade begreppet Primary Love – den tidiga mor-barn-relation – the harmonius mother-child mix-up – den tidiga arenan för mänsklig psykologisk tillblivelse, det fysiska och psykiska territoriet, så inbäddat i en stor ömsesidig illusion, genom vilken barnet upptäcker världen, sin egen kreativitet och utvecklar sin gradvisa självständighet. Dessa tidiga erfarenheter, djupt inbäddade i barndoms-glömskan, präglar oss i vuxenlivet.

Balint såg traumatiska erfarenheter som något som hotade Det Ursprungliga Kärleks-tillståndet och därmed något som skulle hindra det lilla barnet att utveckla sin egen kreativa och kärleksfulla potential. Mor-barnrelationens harmoniska mix-up, menade han, skulle hyggligt kunna härbärgera det plågsamma, överväldigande och skrämmande i världen och hjälpa barnet att successivt införliva och integrera världen och successivt utvecklas till en egen individ.



Schema psykisk utveckling – tidiga intryck, introjekt, differentiering, jagavgränsning

Balint var noga med att påpeka att varje psykoanalytisk teoretisk betraktelse, och definitivt hans egen, innehöll "A Basic Fault", en defekt, en grundbrist när man skulle pröva dess relevans mot klinisk psykoanalytisk erfarenhet. Det jag saknar hos Michael Balint är en diskussion om möjligheten av en Disharmonious Mother-Child Mix-up, och spädbarnets egen konstitutionella potential – t ex förmåga att "hantera" disharmonier i tidiga relationer.

Internalisering – införlivande av intryck, erfarenheter, relationer – är en process som börjar tidigt – förmodligen redan i moderlivet. Differentieringen mellan själv och objekt sker gradvis *Det är inte möjligt att sörja någon eller något utan att det finns representerat i ens psyke som ett objekt.*

Våra vardagliga psykiska liv kan sägas utspela sig i parallella själsliga rum. Hos de flesta av oss kan det läcka litet i gränserna mellan fantasi och verklighet. Man brukar märka det lättare hos andra än hos sig själv. Man kan förstå det som ett levande arv från vår psykologiska utveckling, som är mer eller mindre integrerat i det vuxna jaget. Michael Balints talade om ett *creative area*, som har stora likheter med D W Winnicotts begrepp, *intermediate area* - mellanterritorium. På liknande sätt som ett barn senare i utvecklingen (cirkel sen cirkel 2 och 3) för en dialog med t ex gosedjur eller snutte, så träder vuxna i intensiv relation till dramat, till gudstjänsten och till naturen. Och till varandra – det Martin Buber kallade för Jag-Du-relation. Kliniken är i den meningen ett sånt mellanterritorium/övergångsområde.

Är det fruktbart att väcka tanken, att vi som läkare ska räkna in, att vi också erbjuder den kliniska mötesplatsen med våra patienter som en personlig spelplan - en plats som vi spelar på, men också låter oss spelas på och spelas med? Mötet med en del patienter och vissa situationer tenderar att röra vid tidiga strängar – på gott och ont. Hur matchar de inre bilderna, de som läkare och patient har av varandra, med faktiska förhållanden? Hur berör vi varandra på ett mer eller mindre *harmonious* eller *disharmonious* sätt. Hur skyddade, hur oskyddade är vi i dessa möten. Vad har sorgen för plats?

Om Sorg

Freud betonar att sorg är ett psykiskt arbete kring en objektsförlust. Med depression är det liknande men annorlunda, mer om det snart. Sorgearbete är smärtsamt och mödosamt. Men det leder inte till någon *väsentlig* inskränkning i den sörjandes självkänsla. Sörjandet tjänar till att gradvis frigöra kärleken från det förlorade objektet. Låt oss säga att någon vi älskar är död. Verkligheten säger oss att vi inte kan vara där den döde är. Men kärlekens band är så starka att den sörjande understundom vägrar acceptera förlusten eller t o m vill följa den älskade i döden. I sorgprocessen återupplevs minnena av den döde med stark intensitet och kärleksbanden till det förlorade objektet kan på så sätt gradvis avlänkas. Tycker ni att analogin till värkarbete är för krystad? (Jag menade inte att vara rolig med den frågan när jag skrev). Fantisera om vad ett uteblivet värkarbete kring sorg skulle innebära. Jag ser olust och betryckthet materialiseras för min inre syn, som riskerar att stelna i en depression.

Skiljelinjen sorg – depression

En viktig skiljelinje mellan sorg och depression är möjligheten och ”den inre rätten” att frigöra sig från det förlorade objektet. Det är kopplat till vilka tankar och känslor (medvetna och omedvetna) vi har knutit till objektet. Den deprimerade tycks som ständigt leva i det förlorade objektets skugga, tänkte Freud.

Depression

Alltså, det depressiva tillståndet kretsar kring en objektsförlust. Det vet den deprimerade sällan något om. Kanske anar hen en bråkdel av skälen till tillståndet. I depressionen är känslan av sammanhang ofta bruten. Hopplöshet och meningslöshet dominerar känslolivet.

Ex. Richard Bergs skildring av sin slädfärd med den djupt deprimerade Gustaf Fröding i det vackra vårvinterlandskapet.

Berg: "Fröding! Men visst är detta vackert!"

Fröding: "Jag minns det ha varit vackert".

Man kan se det som att Frödings hela väsen vägrar att åter utsätta sig för traumat. Han förhåller sig till den vackra naturen - inte som vore hon analog en levande, löftesrik, vacker, intressant, inspirerande, åtråvärd och svikande moder - utan som en död moder. Depressionens formel skulle kunna skrivas: Bättre att i fantasin aktivt förekomma än att i verkligheten riskera att (på nytt) bli passivt drabbad av övergivenhet.

Det leder till ett igenkännande utan närvaro, utan delaktighet!

En ”light-version” av denna försvarsmekanism är väl ganska vanlig i den kliniska vardagen?

Vad har psykoanalysen att säga om innehållet i de omedvetna föreställningar, som är verksamma i depression och annat psykiskt lidande? Jag vill väcka tanken, att också tidiga introjekt av osmältbara erfarenheter kan internaliseras och bli kvar som psykosomatiska symtom, kroppsligt bunden ångest och paranoia. Den Freudiska teorin binder samman psykosomatisk teori med vad som förr och fortfarande kan betraktats som demonisk besatthet. Han skrev också om sådana historiska fall.

Freud skrev (i sitt arbete "Bortträngning" (1915), att ett yttre stimulus kan internaliseras "t ex genom att äta sig in i och förstöra ett kroppsorgan." Med ett yttre stimulus kan man förstå introjicerade överväldigande plågsamma tidiga erfarenheter, sådana som inte kunnat härbärgeras och göras uthärdliga, bli i hägnet av en Harmonius Mix-up.

Ett sådant internaliserat stimulus kommer att verka likt en driftsimpuls: den skapar ett spänningstillstånd, ett obehag, en smärta. Freud tar upp temat smärta igen i Trauer und Melancholie, Sorg och depression (1917). Depressionen är något driftsnära som förtär den deprimerades självkänsla. I det psykoanalytiska arbetet kan vi i gynnsamma fall återväcka, återupptäcka och bearbeta traumatiserande objekt-relationer, ibland även sådana tillstånd som tycks sprungna ännu tidigare utvecklingsstadierna. Psykoterapeutiskt arbete med deprimerade är verkligen ett värkarbete.

Undertryckt sorg

Jag har under åren kommit att undra hur många läkare som går omkring och är kroniskt sorgsna eller kliniskt eller subkliniskt deprimerade för att de bär på introjicerade kliniska

erfarenheter som skaver. ”Var på VAS-skalan ligger ditt fall?” Det är ju ett av våra prioriteringskriterier för falldragning i Balintarbetet. Den som har fallet brukar oftast underskatta, medan de övriga kollegorna hör plågan oftast redan i den första meningens anslagston. Det inre läget för en kollega, som betryckt presenterar ett fall i en Balintgrupp kan ses som en återklang av depressivitet, där tvivel, förebråelser riktas mot det egna jaget i ett tillstånd av inre ensamhet. Bearbetningen underlättas av att gruppens medlemmar ställer sig till förfogande som levande närvarande objekt, som tillfälliga hjälpjag till falldragaren – ja hela gruppen kan ses som en tillräckligt trygg mix-up, genom vilken falldragaren kan hitta tillbaka till ett tydligare och bättre integrerat professionellt jag, som gör det möjligt att reflektera och tydligare se olika aspekter av läkar-patient-relationen. Därmed blir också det medicinska problemet tydligare.

I förlängningen får patienterna en mer tillgänglig doktor, precis som barn till den, som framgångsrikt arbetat i terapi, får en en mindre nedstämd och mer närvarande förälder. I en Balintgrupp – där en kollega presenterar ett fall som gör hen djupt förstämnd – så står vi inför en parallell utmaning. Precis som i en terapi.

Jämfört med en individual-terapeut har en välfungerande Balint-grupp den fördelen att det finns fler än en person som har potential att relatera till en plågad kollega på det djupa och exakta sätt som hens inre situation kräver. Någon lär sätta fingret på den dunkla ömma punkten. Ytterst är det gruppledarens uppgift.

Klinisk tillämpning

1. För många läkare är den professionella mognaden också och delvis en sorgprocess. Det förlorade objektet är här de ungdomliga idealen och visionerna. Den kliniska verkligheten är ”naken”. Möte med döende och svårt sjuka och deras anhöriga, patienters självdestruktivitet, social misär; okänslighet, cynism och brutalitet hos läkare och vårdpersonal etc.,
Detta kan ibland ta även mycket erfarna läkare ”off-guard”.
2. Skuldbördan är en viktig skiljelinje mellan sorg och depression.
Att inte ha levt upp till sig själv vare sig det är en realitet eller visar sig vara en fantasi som man tror är verklighet – och särskilt när det visat sig ödesdigert för en patient - är ofta ingång till depression, något som Balintarbete kan omvandla till sorgsenhet. Som ledare och Balintgruppmedlemmar har ni säkert hur många exempel som helst.
Man bör därför i Martin Bubers anda skilja på skuld, i meningen existentiell skuld å ena sidan och skuldkänslor å den andra. Skuld för ens handlingar som drabbat andra kan man aldrig ”terapera bort”. De måste erkännas med den skuld och sorg det innebär. Man lär sig också av fel och misstag om man *inte* sopar dem under mattan.
Men känsla av skuld, skuldkänslor behöver inte vara kopplade till egen existentiell skuld. Det kan ha att göra med att en läkare internaliserat, tagit på sig ofullkomligheter och brister i omgivningen, som man då själv också blir ett offer för. ”Objektets skugga faller på jaget”, ni vet.
Det är så härligt, en katartisk upplevelse, när en kollega efter en sådan presentation kan lämna rummet och säga att en *stor och mångårig tung börda lättat*. Men det kan ta längre tid att landa i ens egna djupt rotade egenheter som också påverkar det kliniska arbetet. Det är i mina ögon minst lika viktigt, ja faktiskt viktigare, i ett långsiktigt Balintarbete.

Sorg och depression kan utgöra påminnelser om oersättliga förluster – ibland hanterbart, andra gånger inte.

Finns det kollegor som valt läkaryrket för att försöka reparera något som inte går att reparera något i dem själva? Det som Balint kallade Basic Fault – grundbrist-nivån.

Exempel ur Balintgrupparbetet

(utgår av konfidentialitetes-skäl)

Avslutning

Många kollegor lider av att inte få positivt gensvar från patienterna och det påverkar ofta negativt deras i ensamhet gjorda självskattning av sin insats.

Det är en depressiv process, vars bärande primärprocessidé är *frånvaro av illusionen av känslomässig ömsesidighet*.

Att vara strukturerad och ”måttfullt avskärmad” kan vara en del av en professionell anpassningsstrategi på gott och ont.

Men kraven på att följa vårdprogram och standardiserade procedurer kan också vara konfliktskapande i det dagliga patientarbetet.

Vi står inför inför något hotande destruktivt om struktur och avskärmning blir ett hinder för att vara kliniskt närvarande, att i ett samspel med patienten finna ändamålsenliga lösningar.

Låt oss inte idealisera läkarkåren. En del kollegor saknar inre resurser att handskas med den här typen av professionella påfrestningar. En del försvar är därför lika rigida som nödvändiga för den enskilda läkaren. Men jag gissar att minst hälften av läkarkårens medlemmar klarar av de påfrestningar, som en kritisk och utvecklande granskning av egen klinisk praktik i en Balintgrupp eller motsvarande innebär. Ju längre man dröjer med en sån process desto svårare blir det. För vad doktorn än är gjord av så riskerar alltför många obearbetade intryck i den kliniska vardagen att leda till avtrubning. I det kliniska mötet finns fröet till mogen professionell hållning, men också fröet till destruktivt agerande. Det kan läkaren rikta såväl mot sina patienter som mot sin egen person. Sviktande professionell självkänsla och alienation, förvirring, dåligt omdöme, burnout, cynism och avskärmning – man kan se många av dessa uttryck som skydd mot ångest och sorg och svårigheten att införliva/internalisera de livets väsentligheter, som vi möter i klinisk vardag.

I en fokusintervju i grupp, som Elsa-Lena Ryding gjorde med Balintgruppdeltagare, sa en erfaren narkos- och intensivvårdsläkare:

“Jag vet inte vad ni andra tycker men jag tror att det är bra för läkare att lufta sina bekymmer. På 1800-talet sa man: ‘Läkare och präster begraver sina döda tillsammans’.” Rätt bra!

Idag behöver vi också begrava våra sorger och svårighetertillsammans!

Copyright Henry Jablonski 2020 och 2021

Svensk Förening för Medicinsk Psykologi (SFMP)
inbjuder till
Nationell Balint-konferens i Stockholm 22-23 april 2022
Förfrågningar info@sfmp.se

Tema: "Etik och etiska konflikter i det kliniska arbetet"

Plats: van der Nootska Palatset

Föredrag, diskussion och arbete i parallella smågrupper
Läkarens roll – eller snarare roller - i modern sjukvård är komplex och kan generera etiska konflikter i den kliniska praktiken. Föredragen och diskussionerna avser att belysa detta för olika specialiteter samt undersöka hur Balintgruppen kan fungera som forum för att bearbeta dessa frågor. En grupp för Balintledarskaputveckling kommer att erbjudas intresserade

Program

Fredagen 22 april

10.00-11.45 Studiecirkel på konferenstemat och med fokus på Balintgruppens möjligheter att fungera som forum (artiklar för-distribueras)

12.00-13.00 Registrering och lunch

13.00-15.00 *Inledande föredrag och diskussion*

15.00-15.30 Kaffepaus

15.30-17.00 Arbete i Balintgrupper 1

17.00-17.10 Återsamling information

17.15-18.45 *Årsmöten för*

– Läkaresällskapets sektion för Medicinsk Psykologi och

– Svensk Förening för Medicinsk Psykologi

19.00 Festmiddag –

Lördagen den 23 april

9.00-10.30 Arbete i Balintgrupper 2

10.30-11.00 Kaffepaus

11.00-12.30-12.00 Balintgrupper 3

12.30-13.00-Återsamling, sammanfattande diskussion

13.15- -Lunch

Ev Em walking tour Söders höjder

Konferenskostnad som inkluderar lunch, middag inkl all dryck, samt kaffe/te:

Medlem SFMP med betald avgift 2021, 2022: 1400:- (1900:- efter 15 mars)

Medlem SFMP övriga: 1800:- (2300:- efter 15 mars)

Ej medlem SFMP 2400:- (2900:- efter 15 mars)

Efter den 12 april kan inga anmälningar tas emot

Betalning Svensk Förening för Medicinsk Psykologi

Plusgiro/Nordea 651450-9

Använd den anmälningsblankett som finns på hemsidan www.sfmp.se, där också ytterligare information står att finna. Skicka ifyllt blankett till info@sfmp.se

Inbjudan till Skrivartävling 2022

Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologi inbjuder till 2022 års skrivartävling för all personal inom hälso- och sjukvården

Texten ska beröra det medicinskt-psykologiska området. Vi välkomnar alla slags bidrag som personliga berättelser, skönlitterära texter, filosofiska, human- eller samhällsvetenskapliga reflektioner. Det väsentliga är att texten på *ett angeläget sätt belyser vårdrelationer, praktiskt kliniska situationer, etiska och kulturella frågeställningar inom vård och behandling* i en tid, som ställer krav på såväl omprövning och förändring som på att bevara det goda och konstruktiva i befintliga former.

Bidragen får ej tidigare vara publicerade i litterärt eller vetenskapligt sammanhang. Författaren ges stor frihet i ämnesval och utformning av sitt bidrag, som dock inte får överstiga 8 sidor, (1,5 radavstånd).

Priset för det vinnande bidraget är 6 000 kr. Ytterligare 1-3 bidrag kan få hedersomnämning och pris om 2 000 kr. De vinnande texterna publiceras i bl a *Bulletinen för Medicinsk Psykologi*, läggs ut på föreningens hemsida och kan komma att publiceras i andra facktidskrifter samt presenteras i professionella fora, t ex *Framtidens Specialistläkare*. Författarna kommer givetvis att erbjudas medverka för att framföra sina texter vid sådana tillfällen.

Bidragen i *word-format* ska vara registrerade via föreningens hemsida www.sfmp.se senast den 30 september 2022. Vi räknar med att juryn kan meddela resultatet vid årsskiftet. Ytterligare upplysningar fås genom info@sfmp.se. På www.sfmp.se finns också tidigare skrivartävlingsresultat publicerade.

Välkommen med ditt bidrag!
Skrivarjuryn

**Svenska Läkaresällskapetets Kandidat- och Underläkarförening
och
Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologi inbjuder till
2022 års skrivartävling
för medicine studerande/kandidater och AT-läkare**

Läkarutbildningen innehåller möten och kliniska situationer som påverkar och formar den blivande läkarens syn på sig själv, sina patienter och sitt yrkesval. Vi inbjuder dig till en skrivartävling på detta tema.

Texten ska innehålla en känslomässigt och intellektuellt betydelsefull klinisk erfarenhet under utbildningen eller i arbete inom vården. Det kan också inbegripa ”dubbla erfarenheter”, t ex av att vara patient eller anhörig och samtidigt (blivande) läkare.

Du har säkert också reflekterat över vad du upplevt. Vilken betydelse har denna erfarenhet haft för dig och om, och i så fall hur, har du bearbetat den? Vad har erfarenheten eller upplevelsen betytt för din syn på läkaryrket och din egen personliga utveckling?

Du kan som författare välja i vilken mån du vill diskutera detta i din text eller låta det framgå mellan raderna.

Bidragen får ej tidigare vara publicerade i litterärt eller vetenskapligt sammanhang. Författaren ges stor frihet i ämnesval och utformning av sitt bidrag, som dock ej får överstiga 10 sidor, (1,5 radavstånd).

Priset för det vinnande bidraget är 8 000 kr, för andrapriset 4 000 kr. Ytterligare 1-3 bidrag kan få hedersomnämning och pris om 2 000 kr. De vinnande texterna publiceras i bl a Svenska Läkaresällskapetets SLS-aktuellt och i Bulletinen för Medicinsk Psykologi samt läggs ut på respektive hemsidor. Så som skett tidigare år kan texter komma att publiceras i andra facktidskrifter samt kan komma att presenteras i olika professionella sammanhang, t ex i föreningens skrivarsymposier, på Framtidens Specialistläkare och AT-stämman. Författarna kommer givetvis att erbjudas medverka för att framföra sina texter vid sådana tillfällen.

Vinnarna i denna tävling kommer också att föreslås och ges stöd i att delta i *the Ascona Prize* som är en internationell skrivartävling riktad till medicine studerande.

Bidragen i *word-format* ska vara registrerade via föreningens hemsida www.sfmp.se senast den 30 september 2022. Vi räknar med att juryn kan meddela resultatet vid årsskiftet. På www.sfmp.se finns också tidigare skrivartävlingsresultat och texter publicerade. På www.balintinternational.com, hemsidan för International Balint Federation som Svensk Förening för Medicinsk Psykologi är ansluten till, finns information om *the Ascona Prize*.

Ytterligare upplysningar info@sfmp.se och/eller ordforande@slskuf.se

Välkommen med ditt bidrag!
Skrivarjuryn

Verksamhetsberättelse 24 april 2020-17 september 2021

Svensk Förening för Medicinsk psykologi (SFMP)

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

Styrelsen för SFMP har under verksamhetsåret haft följande sammansättning:

Ordförande: Henry Jablonski, psykiater, psykoanalytiker, leg psykoterapeut, Stockholm

Kassör: Anders Birr, onkologi, specialist i palliativ medicin, Helsingborg

Sekreterare: Jacob Engellau, doc, onkolog, leg psykoterapeut, Lunds Universitetssjukhus

Övrig ledamot: Carin Gram, specialist allmänmedicin, Malmö

Övrig ledamot: Björn Landström, specialist i allmänmedicin, Skövde

Revisorer: Juanita Forssell, Christer Smeds, rev. suppleant Noomi Elander-Lindberg,

Valberedning: Charlotta Hagstam (sammanställande), Sonja Holmquist, Kjell Reichenberg

Under året har Juanita Forssell och Noomi Elander-Lindberg meddelat att de pga hälso- respektive åldersskäl lämnar sina förtroendeuppdrag och aktivt föreningsliv. Juanita har gjort viktiga Balintinsatser såväl nationellt som internationellt. Tillsammans med Dorte Kjeldmand och undertecknad lade hon grunderna för Auktorisationskommittéen och representerade SFMP på flera Riksstämmor och internationellt. Hon var bl a den första revisorn inom IBF. Noomi har varit medlem i SFMP i c:a fyrtio år och verkligen månat om föreningens utveckling och överlevnad – en viktig ljusstråle när det var som kärvast. Noomi och Juanita, stort tack för era insatser och för fint samarbete!

Den gångna verksamhetsåret har helt präglats av Covid-epidemin. Det planerade nationella mötet i Växjö fick ställas in såväl i april 2020 som april 2021.

Henry Jablonski (ordinarie) och Ulf Sundequist (suppleant) har varit SFMP:s representanter i sektionsstyrelsen. Ulf Sundequist har varit adjungerad som dess kassör. Henry representerade sektionen på SLS fullmäktigemöte på Zoom i maj 2020 och har fortsatt samordna sektionens inställning till Sällskapets förslag om förändring av anslutningsform till SLS inkl. kravet på obligatoriskt medlemskap i SLS för enskilda läkarmedlemmar.

Se vidare verksamhetsberättelse för sektion MP. Styrelsen föreslår årsmötet att godkänna, att vi tills vidare avbryter ansökningsprocessen om att bli medlemsförening i SLS och att vi tillsammans med SPAF fortsätter kvarstå inom Sällskapet som sektion.

Samarbetet med Svenska Psykoanalytiska föreningen har varit begränsat. Vi föreslog SPAF ett gemensamt projekt för Wennborgsdagarna i Helsingborg jan 2021/2022 på temat Michael Balint som psykoanalytisk teoretiker och Balintgruppens utveckling och en redovisning av det forskningsprojekt som Wennborgska stiftelsen lämnat bidrag till. Tyvärr avböjde SPAF samarbete, och erbjöd inte heller SFMP utrymme för egen presentation.

Anders Birr representerade föreningen på ett IBF council meeting maj 2021.

Föreningens styrelse har under året haft fyra zoom-möten och ett fysiskt möte.

Antalet registrerade intresserade på utskickslistan är stabilt c:a 110,

Antalet inbetalda medlemsavgifter för 2020 varit under tio. Vi har sett detta som frivilliga bidrag, då verksamheten legat nere. Medlemmarna utgörs framför allt av läkare, de flesta allmänläkare och psykiatriker men även andra specialiteter och andra yrkesgrupper inom vården som sjuksköterskor, psykologer, sjukgymnaster finns representerade. Kontakten med Balint-aktiva i hela landet sker genom våra möten och genom vår hemsida, via vars kontaktformulär ett antal förfrågningar från Balintintresserade i hela landet besvarats.

Medlemsavgiften har varit oförändrad 200 kr. Pensionerade medlemmar som *helt* upphört med yrkesverksamhet samt medicine och psykologie studerande är fortsatt avgiftsbefriade.

Föreningens ekonomi är stabil pga. av de fonderingar som gjorts tidigare.

Föreningens tidskrift Bulletinen har inte utkommit..

Föreningens hemsida, www.sfmp.se och email-lista till medlemmarna fungerar tillfredsställande.

Föreningen evaluerar och prövar auktorisation av Balint-ledare i Sverige Auktorisationskommittéen bestod av Jacob Engellau, Carin Gram, Henry Jablonski, Sonja Holmquist och Dorte Kjeldmand 19 november 2019 Jacob Engellau och 22 februari Carin Gram och Sonja Holmquist. Auktorisationskriterierna har tidigare kompletterats för en kategori ”Ledare på väg mot auktorisation”.

F n finns 20 auktoriserade gruppleddare.

Uppföljning av 2019 års skrivartävlingar (resultaten och prisvinnande texter är publicerade på hemsidan.)

Som meddelats i fg årsberättelse så ordnade vi en workshop med sex författare genomförd 6 mars 2020 Södersjukhuset. leddes av Pia Dellson, Henry Jablonski och Sonja Holmquist. Förutom författare och seminarieledare deltog ett tiotal åhörare. Mötet var uppskattat, diskussionerna kring texterna engagerade och mångsidiga.

Vi hade fått tid för ett skrivarsymposium på den FSL kongress i september som ställdes in. I den senarelagda och bantade Framtidens Specialistläkare (FSL) 2021 fanns det inget utrymme för ett skrivarsymposium enligt Balintmodell.

Styrelsen och skrivarjuryn (Pia Dellson, Katarina Bernhardsson (litteraturvetare) och Sonja Holmquist) har beslutat att avvakta med att utlysa nästa skrivartävling.

Balintverksamhet

Det årliga Balintmötet sköts upp till våren 2021 och fick då åter ställas in pga smittskyddsläget. Nu tredje gången gillt.

En ökad efterfrågan på Balintledare har tydliggjort en brist på handledarkompetenta ledare. Två initiativ har tagits under denna period:

1. Jacob Engellau har tagit fram ett programförslag för hur en organisation och utbildning av fler Balintledare skulle kunna se ut. Denna har i dagsläget presenterats för chefsläkare på Skånes Universitetssjukhus, och för sjukhusfacklig representant för Läkarförbundet och med förvaltningsledningen. Utan en sådan förankring är det svårt att skapa, genomföra och varaktigt understödja ett tillskott av fler handledarekompetenta Balintledare. I skugga av coronapandemin har inga beslut fattats, och det är oklart hur detta projekt kan utvecklas.
2. Sonja Holmquist, Pia Söderberg och Henry Jablonski anordnar en studiedag 28 aug 2021 i Stockholm för inbjudna Balinterfarna kollegor ”norr om Skåne” som skulle vara intresserade av att bli Balintledare. Om intresset tillräckligt stort kan detta utvecklas till en regelbunden seminarieverksamhet och handledning för utbildning till auktoriserad ledare. Åtta deltagare har anmält sig.

Samarbetet med SFAM kring Balint-frågor och skrivartävlingarna har fungerat bra. Sonja Holmquist och Dorte Kjeldmand är Balintrepresentanter i SFAM. Balint finns numera i SFAMs kurskatalog med angivna CDU-poäng. Sonja Holmquist har skrivit en utmärkt kort och sammanfattande text för SFAMs hemsida. SFAM och tidskriften AllmänMedicin har också hjälper oss fortlöpande att marknadsföra våra nationella Balintmöten och skrivartävlingar.

Vi gjorde 2018 rundfråga till samtliga auktoriserade Balintledare om pågående gruppaktivitet och fick 100%-igt gensvar. Under 2020 planerades en ny nationell inventering av samtliga aktiva Balintgrupper. Denna har inte blivit gjord.

Det allmänna intrycket är dock att många Balintgrupper och alla kamrathandledningsgrupper för Balintledare har fortsatt under epidemin – antingen på zoom eller irl. Behovet av kollegialt utbyte för professionell hållbarhet och utveckling är stort, och har knappast minskat under Covid-epidemin. Tvärtom!

Balintforskning

Den kvalitativa forskningen om Balintgrupper i Sverige leds av Elsa-Lena Ryding. Studien är slutförd och omfattade intervjuer med fyra grupper. Forskningsstudien Ryding EL, Birr A: "Becoming the kind of doctor that you want to be. A qualitative study about participation in Balint group work." är antagen för publicering i The International Journal of Psychiatry in Medicine. Samma artikel refuserades av LT. Dock publicerade LT ett kortare referat.

Filminspelning av Balintgruppsessioner hade planerats för detta möte i Växjö men får skjutas upp till nästkommande.

Stockholm i augusti 2021
För styrelsen
Henry Jablonski, ordförande

KALENDARIUM för 2022

Nästa svenska nationella Balintmöte äger rum i Stockholm 22-23 april 2022 på van der Nootska palatset, se program i denna Bulletin och på hemsidan www.sfmp.se; www.balint.se

Inbjudan till SFMPs och SLS Kandidat- och Underläkarförenings skrivartävlingar 2022, se denna Bulletin och hemsidan.

**IBF International Congress i Bryssel 31 aug-4 sept 2022
se www.balintinternational.com**

Framtidens Specialistläkares konferens, FSL, äger rum i Malmö i september 2022, se www.sls.se