

Att lyssna och tala; tala och lyssna

av Stefan Bálint

psykoanalytiker, Balintgruppleddare, ansvarig för den skånska Balintledarutbildningen

Bakgrund

Under många år har jag arbetat som privatpraktiserande psykoanalytiker och psykoterapeut i Malmö. För ca 30 år sedan bad professorn i Psykiatri, Lennart Kaij, mig att ta över en Balintgrupp, som i huvudsak bestod av onkologer och kirurger. Denna grupp fortlever fortfarande, men naturligtvis med andra medlemmar. Den gången arbetade jag som bitr. lärare i Psykiatri vid Psykiatriska Kliniken I Malmö och Lennart Kaij var min chef. Lennart var pionjär inom Balintverksamheten i Sverige. Han var själv utbildad vid Tavistock, var den som översatte Michael Balints bok, *The doctor his patient and the illness*, till svenska och skrev förordet till den svenska upplagan.

Den Balintgrupp jag blev ledare för bestod i huvudsak av erfarna onkologer och kirurger. Mötena, som sträckte sig över 4x45 min., innehöll kliniska seminarier, studier av psykoanalytisk litteratur samt Balintgruppsessioner. Efter hand lämnade de äldre gruppdeltagarna sina platser till yngre kollegor, som alla var onkologer. Vi behöll samma struktur med kliniska seminarier, litteraturstudier och Balintgruppsessioner.

Intresset för en mer formaliserad utbildning växte och möjligheten att utforma en s.k. Steg I utbildning, speciellt avpassad för onkologer, möjliggjordes när Cancerfonden erbjöd sig att bekosta en handledarutbildning. Pådrivande i denna process var en av medlemmarna Balintgruppen, överläkare Birgitta Berglöf, som var chef för den psykosociala enheten, vid Onkologiska kliniken i Lund. Birgitta är onkolog, psykiater och leg. psykoterapeut.

Vi utformade ramarna och stora delar av innehållet för utbildningen men lämnade öppet för förändringar under utbildningens gång. Deltagarna skulle kunna påverka innehållet utifrån deras behov. Utbildningen pågick under 3 år, mellan åren 2002-2004, med 8 kursdeltagare, de flesta onkologer. Jag bad några av mina psykoanalytiska kollegor att vara seminarieledare/föreläsare och två psykoterapeuter med gedigen erfarenhet att vara handledare. Rapporten över utbildningen finns publicerad: [Psykologisk handledning av vårdare i ... - Cancerfonden](http://www.cancerfonden.se/Global/.../psykologisk_handledning.pdf)

Några av doktorerna som deltog i kursen är nu Balintgruppleddare. En genomgår en utbildning till leg. psykoterapeut.

För en del år sedan bad en grupp allmänläkare, varav flera var mycket erfarna Balintgruppleddare, att få handledning på sitt Balintgruppleddarskap. Några av dessa läkare hade fått sin Balintgruppleddarutbildningen i Stockholm. Eftersom det inte funnits någon utbildning till Balintgruppleddare i södra Sverige, föreslog denna grupp att vi skulle starta en sådan. Lotten föll på mig att utforma utbildningen. Tursamt nog sammanföll detta med ett ökat intresse för kommunikationsutbildning inom läkarutbildningen, speciellt inom ST-utbildningen. Dr. Ola Björgell, chef för ST-utbildningen inom Region Skåne, stödde projektet, vilket innebar att Region Skåne kom att bekosta utbildningen. Utbildningen, som haft 8 deltagare, avslutades i juni i år.

Förhoppningsvis bidrar detta viktiga tillskott i Balintgruppleddarkompetens till ett ökat intresse för Balintgruppsverksamhet i södra Sverige.

Att lyssna och tala; tala och lyssna

Inom psykoanalysen har lyssnandet alltid varit i fokus. Hur upptäcker man tecken från det omedvetna? Sigmund Freuds teknik, ett tyst rum med minimalt med stimuli från omgivningen, regelbundna sessioner 4-6 ggr per vecka och psykoanalytikern sittande bakom patienten med fritt flytande uppmärksamhet på vad som försiggår inom patienten, mellan patienten och doktorn och inom doktorn tjänade till att öka möjligheten att lyssna med ett öppet sinne och höra det som annars vore ohörbart.

Många andra psykoanalytiker har försökt beskriva det specifika i det psykoanalytiska lyssnandet och har format begrepp för att beteckna det. Wilfred Bion har sagt att vi skall närma oss varje session *"without memory, nor desire"*, (Grotstein, 2000) och han poängterar också vikten av *"reverie"*, (Ogden 1997) ett slags drömlikt tillstånd, i vilket analytikern får tillgång till mera perifera upplevelser, eller upplevelser på en djupare nivå. Bions tankegång är att vi inte bara drömmer nattetid utan drömmandet pågår ständigt och att drömarbetet hjälper oss att mentalisera/symbolisera medvetna och omedvetna känslomässiga upplevelser.

Den fransk-argentinska psykoanalytikern Haydée Faimberg talar om *"decentered listening"* dvs. att ändra fokus och att lyssna utifrån en annan vinkel. Hon använder sig också av begreppet *"Listening to Listening"*, (Faimberg, 1996, 1997) som jag skall återkomma till.

Som ni förstår, fäster psykoanalysen stor vikt vid lyssnandeprocessen. Lyssnandet är en aktiv process och om denna process kommer till ett för tidigt avslut, *foreclosure*, kanske hela budskapet går förlorat. Bion har kallat denna förmåga att stanna kvar i ovisshet och att inte dra förhastade slutsatser för *"negative capability"* (Bion 1970). Vårt lyssnande är naturligtvis färgat av våra medvetna och omedvetna grundantaganden, omedvetna,

identifikationer, känslotillstånd, överjagsstruktur, blinda fläckar, värde och trossystem, vanor, försvar, tankemönster etc. Detta är vad Michael Balint kallade ”*den Apostoliska Funktionen*”.

I läkar-patient relationen tenderar doktorn att forma patienten så att denne passar doktors egen apostoliska funktion, dvs. patienten skall anpassa sig efter doktors ideal.

Så vad är då problemet? Balint, som var utbildad av Sandor Ferenczi i Budapest, visste att om du har samma hållning till alla dina patienter, blir det problem. Om du vill ha en relation till din patient, kräver det olika hållningar till olika patienter.

Att lyssna i Balintgruppen.

När jag lyssnar i Balintgruppen till den som presenterar, lyssnar jag till den historia som efter hand tar form, försöker förstå vad doktorn vill förmedla, medvetet och omedvetet, med ord och bortom ord, hur patienten och relationen mellan doktorn och patienten levandegörs genom presentatören men också genom de olika gruppdeltagarnas associationer och handlingar och hur grupp-processen utvecklar sig. Naturligtvis håller jag ett öga eller öra mot mina egna upplevelser och känslor; känslor, fantasier, reveries, associationer eller kanske brist på allt detta och försöker att länka dem till vad som händer eller inte händer i gruppen.

Utgångspunkten är att inte veta, och jag försöker att bibehålla denna mentala hållning så länge som möjligt. Å andra sidan formas mer eller mindre explicita hypoteser i mitt inre, vissa mera koherenta och andra disparata. Jag försöker hålla dessa öppna för verifikation/falsifikation så länge som möjligt.

När gruppmedlemmarna kommer med sina tankar/känslor/ associationer, lyssnar jag på samma sätt: hur lyssnar denna gruppmedlem till vad som presenteras? Vilket perspektiv eller grundantagande präglar lyssnandet? Med vem identifierar sig gruppdeltagaren eller med vilken del av doktor-patient dyaden?

Michael Balint skriver: ”..... Vad som händer vid våra konferenser är ett doktorn blir medveten om – och i viss utsträckning kanske även förstår sin egen inblandning och personliga motstånd i relationen till patienten och till resten av gruppen. Här vill jag återigen understryka vikten av timing, d.v.s. att psykiater-ledaren måste var doktorerna behjälplig, hjälpa dem att komma underfund med den nivå av förståelse de har uppnått, *men han skall inte rusa i förväg*. Att ha ett teoretiskt försprång, spelar överhuvudtaget ingen roll. Att ha ett känslomässig försprång och visa det för tidigt, skapar en atmosfär av överlägsenhet-underlägsenhet i vilken undervisning tar sin början och känslomässig förståelse blir lidande.” (Balint 1957, s. 311)....

”.....Om möjligt skall målet vara att skapa en atmosfär där var och en får ta sin tid att tala medan de andra lyssnar med en fritt, flytande uppmärksamhet i vilken tystnad accepteras och det ges tid till var och en att ta reda på vad han egentligen menar eller vad han verkligen vill säga. Övriga saker kan ibland sägas och undersökas utan att det skapar dramatik medan de ibland ger upphov till munterhet, förvåning, genans och t o m smärta. Hur gruppens reaktioner än må vara, så måste de känslor som uppstår inom presentatören och gruppen, accepteras och undersökas. När doktorn känner sig så ledig att han kan betrakta, uppleva och slutligen lyssna under grupp-sessionen istället för att vara oroligt upptagen av att förstå psykodynamiken hos sina patienter, kan han börja lyssna även under sina konsultationer till överförings- och motöverföringsfenomen mellan patienten och honom själv.” (Min övers., Balint 1957 s. 311).

Det som beskrivs här kan tyckas enkelt och självklart men följer man Michael Balints recept får man en överraskande kraftfull och smakrik dekolt. Balint skisserar principerna för ramen och förutsättningarna för processen i Balintgruppen. Var och en skall få följa sina egna tankar medan de andra lyssnar inåt och utåt. Denna process skall inte störas i onödan och speciellt inte av för tidiga slutsatser. Ledaren skall avhålla sig från att bromsa upp processen med teoretiska inlägg, som ofta är defensiva och tjänar ledarens Apostoliska ”darlings”.

Den metod som idag kallas *tankevävsmetoden* (Norman & Salomonsson 2005) använde Balint redan på 50-talet och kanske redan i Budapest i början på 1930-talet.

The art of listening.

Vad är då ”the art of listening”? Man kan höra mycket genom att lyssna. Lyssna är att höra med intention och uppmärksamhet men det paradoxala, som jag tidigare pekat på, är att både intention och uppmärksamhet kan störa och förstöra lyssnandet.

När vi lyssnar till en annan människa, är det inte begränsat till hörseln. Vi använder alla sensoriska modaliteter för att ta in vad den andre förmedlar. Vi lyssnar bortom orden eller på undertexten. Vi lyssnar till det som inte sägs. Vi riktar inte bara uppmärksamheten mot den andre men också mot vårt eget känslotillstånd, fantasier, associationer etc. Vi kan benämna detta sätt att lyssna för ”*participant observation*” (Tuckett 2005). Jag kan rikta min uppmärksamhet mot patienten, mot presentatören, mot gruppen och samtidigt följa vad som pågår i

mitt inre. Att ha ett öppet sinne men arbetande sinne.

Alltså, verkar det som att *"the art of listening"* både är att lyssna med intention och uppmärksamhet och samtidigt låta känslor och tankar flöda utan en bestämd fixeringspunkt.

Hinder i lyssnandet

Vad är det för fall som presenteras i en Balintgrupp? Oftast sitter doktorn känslomässigt fast d.v.s. hans/hennes förmåga att utveckla sin känslomässiga förståelse för vad som pågår mellan doktorn och patienten, hindras.

En erfaren manlig doktor är frustrerad då hans patient, en 50 årig invandrare från Mellanöstern, som är en ganska framgångsrik affärsman och familjeförsörjare, vägrar att acceptera doktors rekommendationer för behandling för hans lymfom. Patienten vill fortsätta antibiotikabehandlingen, som om sjukdomen vore en förkylning. Doktorn, själv invandrare från ett utomeuropeiskt land, är arg och frustrerad och tolkar patientens motstånd som ett förakt mot hans etniska bakgrund.

Detta är något av denna doktors favorittanke. Men tanken leder inte vidare. Den hjälper inte doktorn att hjälpa patienten att känslomässigt genomarbete de livsavgörande förändringar han står inför. Att inte acceptera den av doktorn föreslagna behandlingen kan sätta patientens liv på spel och att skjuta upp behandlingen kan göra den mindre effektiv.

Doktorn känner sig värdelös, impotent och utan redskap för att handskas med den uppkomna situationen. Han skulle vilja säga till sin patient: Dra åt skogen! Ta ditt eget ansvar! Besvära mig inte mer! Dessa tankar uttrycks inte verbalt till patienten men till Balintgruppen.

Det vanemässiga sättet att tänka, är vad Michael Balint kallar den Apostoliska Funktionen. Denna doktor med denna patient är vid detta tillfälle inte kapabel att tänka vidare. Han känner ilska, impotens, hjälplöshet, känslor som patienten inte är i stånd att ensam härbärgera.

Doktorn tänker att om han vore en svensk läkare, så skulle patienten lyssna på honom. Han tänker att en svensk läkare inte skulle känna impotens, hjälplöshet och frustration och genom att inte länka dessa känslor till patientens situation kan han inte hjälpa patienten att påbörja en sorgeprocess och inte sig själv att förstå i vilken situation han befinner sig.

I den omtalade TV-serien, *Breaking bad*, i första säsongens första avsnitt, finns en scen som på ett underbart sätt visar på hur man kan höra utan att lyssna.

Serien handlar om mr. White, en medelålders kemist, gymnasielärare utan sjukförsäkring, med gravid hustru och en handikappad tonårsson. För att få ekonomin att gå ihop, arbetar mr. White extra på en biltvätt där han ramlar ihop under ett arbetspass. I ambulansen till akuten ber han akutläkaren att sätta av honom vid ett gathörn. Efter genomgångna undersökningar sitter han inför sin läkare som skall ge honom besked. Doktorn pratar och man hör bara ett mummel och mr. White fokuserar på en senapsfläck läkaren har på vita rockuppslag.

Dr. Mr. White? Mr. White?

P. Ja.

Dr. Du förstod vad jag just sa till dig?

P. Ja. Lungcancer. Inte möjlig att operera.

Dr. Förlåt, men jag måste försäkra mig om att du helt och fullt förstår.

P. Bästa scenariot, med kemoterapi, så lever jag ett par år till. Det är bara...att du har senap på din, där just där (pekar).

Mr. Withes fläckar på lungorna "försvinner" genom doktors senapsfläck på den vita rocken.

Detta är inledningen till hur mr. White bokstavligen fläckar ner tillvaron efter cancerbeskedet. Mer än så skall jag inte avslöja.

Denna doktor inser inte att ingen lyssnar till hans budskap. Kanske budskapet har en voltstyrka som patienten inte tål och/eller att doktorn i patientens upplevelse är någon som är ond och som hotar patienten.

När du sitter fast, när den relation som borde ha varit där inte är där, då är det första att göra att erkänna det och reflektera över vad som händer. Vanligtvis är vi angelägna om att förmedla ett *budskap*, ett *innehåll*. Vi tänker inte så mycket på *formen*. När patienten inte förmår att lyssna på *innehållet* måste vi rikta uppmärksamheten mot *formen*.

Den fransk-argentinska psykoanalytikern, Haydée Faimberg, har skrivit om vad hon kallar "Listening to listening". (Faimberg 1996). När jag säger något till patienten har jag en bestämd intention med vad jag säger. Patienten lyssnar till vad jag säger och omtolkar det, i enlighet med sin medvetna och omedvetna inre kontext. Denna omtolkning är vanligtvis tyst och omärklig och det krävs mycket uppmärksamhet för att upptäcka den. När patienten talar och reagerar på vad jag sagt kan jag få en aning om hur patienten har lyssnat till det jag har

sagt. Det har nu omformulerats till en retroaktiv mening, en ny mening utifrån patientens inre kontext. Utifrån detta skeende kan jag bilda mig en uppfattning om vad som pågår mellan patienten och mig på en annan nivå. Skillnaden mellan min intention, t.ex. att vara en bra och god doktor som hjälper patienten och patientens tolkning av min handling, detta miss-förstånd, är till stor hjälp för att förstå vad som pågår och därmed förhindra ett destruktivt missförstånd. Uttryckt på ett annat sätt. Vilken psykisk mat kan patienten smälta? Hur skall doktorn förbereda en rätt i köket som när den serveras är möjlig för patienten att smaka, svälja och metabolisera?

Basic Fault och Mentalisering

För många år sedan kände jag en äldre kvinna som kom från de på den tiden fattigare delarna av Malmö. Hon hade obefintlig formell utbildning. Under hennes sista år reste hon ensam eller med en väninna till fjärran länder. Kina, Indonesien, Kenya etc. Hon reste med tåg eller lokala bussar. Eftersom jag visste hur bristfälliga hennes kunskaper i främmande språk var, frågade jag henne hur hon klarade att göra sig förstådd under resorna. Hon svarade. Jag pratar som vanligt men *saktare*.

För en del människor kan det hjälpa att tala *saktare*, men till en patient som inte kan lyssna, löser det inte problemet om doktorn talar aldrig så långsamt, eller upprepar sitt budskap.

Idag är begreppet "mentalisering" på modet (Rydén, G., Wallroth, P., 2008) En aspekt av mentalisering är att transformera psykiskt råmaterial till psykiska representationer. Med andra ord, förmågan att symbolisera. Michael Balint (Balint, 1968) talar om 3 mentala nivåer (areas of the mind), Oidipus Komplexet; Basic Fault; Creativity. På Oidipus Komplex nivå har individen förmåga till triangulering, ett subjekt och två objekt. Basic Fault nivån utmärkes av två- dimensionalitet, där det symboliserade språket inte kan förtås. På Creativity nivå finns det inget objekt.

Balint beskriver Basic Fault som "a fault in the basic structure of the personality akin to a defect or scar." (Balint 1968, s. 88). Två dimensionellt tänkande är ett antingen -eller tänkande, där det inte är möjligt att inta en tredje ståndpunkt. En ros är en ros är en ros.

En del människor fungerar vanligtvis på denna nivå av bristfällig symbolisering. De flesta av oss fluktuerar i vår förmåga att symbolisera och mentalisera. Att vara utmattad, vara under psykisk och/eller fysisk press, utsatt för trauma minskar vår förmåga att mentalisera. Vi tenderar då att tänka konkret och att handla istället för att tänka. "Jag tror att han inte tycker" om mig blir till "jag vet att han hatar mig".

Om *patienten* fungerar på denna nivå måste doktorn anpassa sitt tänkande och sitt sätt att bemöta patienten.

Om *doktorn* fungerar på denna nivå är det klokt att psykiskt och eller fysiskt försöka ta sig ur situationen för att kunna värdera situationen med friska ögon. Det är klokt att tala med en pålitlig kollega eller få supervision.

Att gå med i en Balintgrupp är naturligtvis det klokaste.

Referenser.

- Balint, M. (1957) The Doctor, His Patient and the Illness. Tavistock.
(1968) The Basic Fault. Therapeutic Aspects of Regression. Tavistock Publications.
Bion, W.R. (1970). Attention and Interpretation: A Scientific Approach to Insight in Psycho-Analysis and Groups. London: Tavistock.
Faimberg, H. (1995). Misunderstanding and Psychich Truths. Int. J. Psycho-Anal. , 76:9-13.
(1996). 'Listening to Listening` . Int. J. Psycho-Anal., 77:667-677.
Grotstein, J.S. (2000). Notes on Bion's "Memory and Desire". J. Amer. Acad. Psychoanal., 28:687-694.
Kutter, P. (2002). From the Balint Method Toward Profession-Related Supervision. A. J. Psychoanal., 62:313-325.
Norman, J., Salomonsson, B. (2005). 'Weaving thoughts`: A method for presenting and commenting psychoanalytic case material in a peer group. Int. J. Psycho-Anal. 86:1281-1298.
- Ogden, T. (1997). Reverie And Metaphor: Some thoughts On How I work As A Psychoanalyst. Int. J. Psycho-Anal., 78:719-732.
- Ryden, G., Wallroth, P. (2008). Mentalisering: Att leka med verkligheten. NoK.
- Tuckett, D. (2005). Does anything go? Towards a framework for the more transparant assessment of psychoanalytic competence. Int. J. Psycho-Anal., 86:31-49.

