

# BULLETIN

## Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologi

Kallelse till föreningens årsmöte 17 mars 2010

Från Skrivarpristävlingarna 2008:

”Trons väg och Doktors” av Erland Svensson

”Rädsla och trygghet” Av Marie Fröberg

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

Inledningsanförandet av Henry Jablonski

Två av de fyra svenska plenarpresentationerna:

Dorte Kjeldmand & Karen Glaser

Kjell Reichenberg

Kalendarium:

Nummer 2: 2009

**Årgång 42**

ISSN 1653-3453

## INNEHÅLL

Styrelsen	sid 3
Presentation av föreningen	sid 4
Ordförande har ordet.....	sid 5
Kallelse	sid 6
Ur de båda Skrivarpristävlingarna 2008	sid 7
:	
”Trons väg och doktors” av Erland Svensson	sid 7
”Ett svek i tålamod” av Marie Fröberg	sid 11
Anföranden på 16th International Balint Congress sept 2009	
“From Budapest and Transylvania with Love and Wisdom” av Henry Jablonski	sid 17
“Gender and other predicaments in Balint groups” av Dorte Kjeldmand & Karen Glaser	sid 21
“Balint groups with hospital physicians “av Kjell Reichenberg	sid 24
Kalendarium	sid 27

---

---

**Styrelsen för Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologi 2009-10**

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

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

**Kassör: uppgiften delas fn av ordf och v ordf**

**Sekreterare: cirkulerande**

**Övrig ledamot: Maud Sjöström, sjuksköterska, leg psykoterapeut**

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

**Redaktör för detta nummer av Bulletinen: Henry Jablonski**

---

**Kontakt med oss i Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologi**

Är du intresserad av att **bli medlem** i föreningen, gå in på hemsidan [www.sfmp.se](http://www.sfmp.se) och klicka på **Kontakt**.

---



## *Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologi*

*The Swedish Association of Medical Psychology*

Member of the International Balint Federation

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

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

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

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

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

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

### **Vill Du veta mera?**

Gå in på vår hemsida [www.sfmp.se](http://www.sfmp.se)! där aktuell info och tidigare publikationer är utlagda.

## Redaktören har ordet

I *detta nummer* finner du kallelsen till föreningens årsmöte 17 mars 2010. Den kommer också att meddelas separat tillsammans med sektionens årsmöte.

I förra numret publicerade vi de två vinnande bidragen i Skrivartävlan 2008. Ni finner i detta nummer ytterligare prisbelönda bidrag: Marie Fröbergs *"Rädsla och trygghet"* och Erland Svenssons *"Trons väg och doktors"*

Samtliga 7 prisvinnande bidrag finns på vår hemsida.

Vi publicerar vidare två av de fyra svenska presentationerna och inledningsanförandet till den 16:e internationella Balintkongressen som avhölls i Brasov 5-9 sept.

I kommande nummer publiceras de två andra kongressföredragen, och ytterligare två prisbelönda essäer ur Skrivartävlan.

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

*Både Bulletinen och sektionens tidskrift Paraplyt läggs ut på föreningens hemsida [www.sfmp.se](http://www.sfmp.se) senast någon månad efter utskick. På hemsidan hittar du också tidigare årgångar av dessa skrifter – även från deras "pappersdistributionstid". De innehåller många intressanta artiklar och essäer!*

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

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

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

Med vänlig hälsning  
Henry Jablonski

## Föreningsavgifter och uppdatering av uppgifter

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

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

Anmäl gärna förändringar via [www.sfmp.se/kontakt](http://www.sfmp.se/kontakt) eller [info@sfmp.se](mailto:info@sfmp.se)

## KALLELSE TILL ÅRSMÖTE

### Svenska föreningen för medicinsk psykologi

Tid: Torsdagen den 17 mars 2010 kl 16.45-18.00

Plats: Svenska Läkaresällskapet

Klubbrummet, 3 tr

Klara Östra Kyrkogata 10

Stockholm

(obs! årsmötet för sektionen äger rum i anslutning till föreningens årsmöte kl.18-21 likaså i Klubbrummet, se bifogad separat kallelse och program )

#### Dagordning:

1. Val av ordförande, sekreterare, justeringspersoner för årsmötet
2. Kallelseförfarande
3. Fastställande av dagordning
4. Verksamhetsberättelse
5. Kassaberättelse
6. Revisionsberättelse
7. Fråga om ansvarsfrihet
8. Motioner
9. Fastställande av årsavgift
10. Val av styrelse kommande verksamhetsår
11. Val av valberedning (3)
12. Val av 2 revisorer jämte suppleanter
13. Val av representanter i styrelsen för Sektionen för medicinsk psykologi
14. Bulletinen och hemsidan
15. Information om vetenskapligt program
16. Övriga frågor

Välkomna!

För föreningen:

Henry Jablonski

Ordf.

# UR SVENSKA FÖRENINGEN för MEDICINSK PSYKOLOGIS BÅDA SKRIVARTÄVLINGAR 2008

I förra numret publicerade vi de två vinnande bidragen i Skrivartävlan 2008.

Ni finner i detta nummer ytterligare prisbelönda bidrag: Marie Fröbergs *”Rädsla och trygghet”* och Erland Svenssons *”Trons väg och doktors”*

Om Erland Svenssons bidrag skrev skrivarjuryn:

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

I juryns motivering till hedersomnämmande i studentpristävlingen för Marie Fröbergs *”Rädsla och trygghet”* hette det. ”En fängslande beskrivning som speglar invandrarproblematik och fördomar. Sjukvård i främmande land kan bli ödesdiger och skrämmande på grund av kulturskillnader och språksvårigheter. Vis av erfarenheten känner författaren ökad ödmjukhet inför livet och sin fortsatta yrkesutövning.”

Samliga sju prisbelönda bidrag finns tillgängliga på föreningens hemsida [www.sfmp.se](http://www.sfmp.se). När du klickar på bidragens titel så kommer texterna upp!

År 2010 blir det en ny skrivartävlan!

-

## **Trons väg och doktors**

av Erland Svensson

### Scen 1

Inte så att Filadelfia varit så stora i det lilla samhället men de hade en vacker och rymlig bönesal, eller snarare ett kapell, visserligen inte lika ståtligt belägen som den riktiga kyrkan högst uppe på berget men ändå. Församlingsmedlemmarna blev allt äldre, och allt färre. Kapellet fick säljas. Först flyttade posten in men inte så länge, de behövde inte denna stora lokal. Flyttade vidare till en mindre bredvid konsum för att snart omvandlas till Svensk kassatjänst på Q8-macken. Kapellet omvandlat till sommar butik ”Tång och flärd” eller någon tillfällig sommar-boutique.

Till slut bestod församlingen av Gunborg 84 och Daga 93. Båda kända söndagsskollärare. Fortfarande lite sångstunder på servicehuset med gitarrhjälp från grannförsamlingen

De kom alltid tillsammans. Gunvor hade som vanligt bokad tid. Daga klagade åter över sina onda knän. Hon hade fått rullator, en av de nya modellerna. Men det brukade vara Gunvor som körde den. Daga började bli glömsk, och såg konstiga figurer på nätterna. Dåligt med

sömn och värkande knän. ”Å, om jag bara fick komma till min frälsare, jag längtar så, till Jesus.”

- ”Ja, ja ja ” väser Gunborg vänligt leende. ”Du får vänta. Vänta, det är inte dags än! ”

- ”Men jag vill inte vänta, å jag längtar så.”

Det blir som tidigare en spruta i vartdera knäet. Å så lite medicin för sömn och de skrämmande nattliga gestalterna. ”Tack, å tack doktorn, jag är så tacksam så. Tack tack.”

Så vandrar de iväg, snart ser han dom ute på gångstigen. Som alltid med stövlarna på, Fort går det, med rullatorn minst en meter före.

## Scen 2

Hon hade fått tid för axeln. Han tog in henne på rummet.

– Jag vill ha bort den där, den stör mig.

– Vilken?

– Den här på kinden

Han märker den knappt

- ”Jaha” sa han ”men var det inte axeln? ”

- ”Inte längre, det har skett ett under. Nog hade jag ont, ja rent förfärligt. Men jag fick plötsligt se texten ”Herren skall ständigt leda dig ” och det onda försvann

– ”Va bra, fantastiskt” sa han

- ”Nej, inte alls” sa hon ”jag tror vår Herre gör under”

Han noterade på britspappret: ”Herren skall ständigt leda dig”

- ” Var finner man denna text?”

– I Jesaja

– Men var exakt?

– Jesaja, jag minns inte.

Märket på kinden tas bort. Hon plåstras om.

Han går till sitt rum. Googlar texten på datorn och på 0,03 sekunder kommer svaret: ”Jesaja 58:9”

Han skriver brev till henne. Han lägger det i A-postkuvert.

På väg ut i korridoren frågar hon sköterskan: ”Han är visserligen snäll, ja han verkade intresserad, han skrev. Men är han religiös?”

Hon fick brevet nästa dag:

Bästa Gunborg, jag har hittat det: Jesaja 58:9: .....”Herren skall ständigt leda dig. Han skall mätta dig mitt i ödemarken och ge styrka åt benen i din kropp. Och du skall vara lik en vattenrik trädgård och likna ett källsprång vars vatten aldrig tryter”....

## Scen 3



Daga är död och fick äntligen möta sina frälsare. Gunborg har ärvt rullatorn. Springer in med den på läkarexpeditionen.

”Problem med blodcirkulationen” stod det på bokningen.

– Jag har problem med blodcirkulationen. Och ser han inte att det är svullet?

Hon visar anklarna. Han trycker och känner inget, ser inget.

– Jag har provat några ormsalvor men det gör ingen nytta. Jag har läst att Eucalyptos skall vara så bra för cirkulationen. Läs här vad det står. Jag vill att Svensson skriver ut det till mig.

– Nej det känner jag inte till.

– Det skall vara liniment med Eucalyptos!

– Har du frågat på apoteket?

– Ja, men dom hade inget.

Han funderar.

Frågar datorn: E-u-k-a-l-y-p-t... nej det stavas nog Eucalyptos + liniment.

– Se här vad jag hittat. Men det är för hästar. Tror du det kan fungera för dig.

– Nej, det tror jag bestämt inte, det blir nog för starkt.

Han ringer till Ringblommans hälsokost uppe i centralorten.

Jo visst, de har liniment som innehåller Eucalyptos.

– Men hur skall jag ta mig dit, det är lång väg.

– Men jag skall dit nästa vecka, jag kan köpa åt dig.

– Men Svensson, det får inte dröja länge, jag har ont i knän, i höfterna i ryggen, jag har inte tid, det skall grävas och planteras, det är bråttom.

– Jag hör av mig på torsdag”

På vägen ut får han se att rullatorns korg är full av sättpotatis.

– Det finns väl ingen trädgård bland era hyreshus?”

– Jo då, inga problem. Det finns planteringar. Men jag måste bli frisk för det är tung lerjord.”

Onsdag eftermiddag. ”Jag skulle köpa eukalyptus- liniment.”

– Är det Dr Svensson...som ringde? Jag vi har denna utmärkta liniment/muskelsalva som innehåller eukalyptus. 110 kronor.

Då han på torsdagens förmiddag ännu inte ringt henne kommer hon rusande i korridoren med sin rullator, ingen sättpotatis denna gång. Glad överlämnar han tuben till henne. ”Extra djupverkande. Används av terapeuter professionella terapeuter för behandling, på muskler, leder och ligament.” Och eucalyptos.

– Det borde väl passa dig.

Misstänksamt granskar hon. ”Aloe Vera, nej det tål jag absolut inte, det ger stora sår.” Hon lämnar tillbaka.

– Förresten skall jag säga Svensson det att han har fel. Det var inte ”Herren skall leda dig” som fick bort värken utan det var ”han skall ge styrka åt benen i din kropp”.

”Ja, ja, ja” tänker han, ”jag får försöka leta vidare.”

Hon springer iväg.

In på nätet igen: ”*Eukalyptus liniment*.” Jo, men där fanns att köpa: ”Sportringen, liniment med mentol, Eucalyptos, lämplig för idrottare.” Stor flaska 69 kr. Fyller i en beställning och lägger i varukorgen. Det börjar blir dyrt det här, 169 kr med frakt och faktureringskostnad.

Efter några dagar kommer ett SMS. Paket finns att hämta på Q8-macken. Han öppnar. Jodå det var en tämligen stor flaska: ”Neosp. Liniment Classic 500 ml.”

På måndagen sitter hon ute i väntrummet och kräver att få tala med Svensson. Han tar inne henne på sitt rum överlämnar flaskan. Hon tar tacksamt emot; tar upp plånboken. – Nej, nej ingen betalning, jag bjuder.

Det öppnas och luktas, mentol och eucalyptos.

4 veckor sedan dagas för avstämning. ”Den gjorde underverk, det gjorde den verkligen. Tack skall han ha.”

copyright: förf och sfmp, 2009

## Rädsla och trygghet

*-en läkarstudents syn på vården från två håll*

*av Marie Fröberg*

*Den varma kvällsluften utgjorde en kontrast till det kalla betonggolvet i lägenheten med de blå fönsterluckorna nere vid stranden i den marockanska fiskebyn. Men idyllen, lyckan och paradiskänslan lamslogs på ett ögonblick när yrseln slog till, plötsligt och skoningslöst. Hjärnan arbetade febrilt, vad tusan var det som hände? Panikångest? Något ondskefullt virus? Hela rummet snurrade på ett sätt jag bara trodde var möjligt på film. Förmågan att gå hade helt övergivit mig. Jag kröp över golvet och fick tag på en telefon. "Vid stranden, de blå fönsterluckorna, snälla kom!" Världen blev allt avlägsnare, jag hörde att den fanns där men den tycktes så oändligt långt borta. Rädslan pulserade genom kroppen. Hur hände det här? Vad hade jag råkat ut för? När skulle det sluta? Av någon anledning kröp jag upp i en soffa, de verkade väl mer tilltalande än betongen. Sedan blev världen svart.*

*Vännen i telefonen hittade de blå fönsterluckorna och en låst dörr utan svar. Hon fick hjälp att ta sig in och ringa ambulans. Hon fann mig på soffan, jag tuggade fradga och krampade häftigt. De okontrollerade rörelserna av tunga, ögon och ansikte fick mig att likna Jabba de Hut i Star Wars när han stryps av Prinsessan Leia. Men det värsta var nog att min så kallade andning lät som någon blandning av hosta, kräkningar och kvävning.*

*Jag vaknade 45 minuter senare. Hela kroppen krampade okontrollerat, jag kunde inte ens lyfta armen på kommando, det var lättare sagt än gjort att andas. Ambulansen kom. Alla runtomkring mig pratade arabiska, jag låg på en bår utan att kunna röra mig. Jag fick syrgas på grimma, det var en stor lättnad för det hjälpte mig att fokusera på andningen. De fick även fram en pulsoxymeter, äntligen något jag kände igen! Jag stirrade på skärmen och hoppades på att finna någon form av trygghet i siffrorna men det visade sig att den inte fungerade. På vägen plockade vi upp en kille från ett knivslagsmål, han hade fortfarande sitt vapen i handen och var fullkomligt nerblodad. Jag låg på min bår utan att kunna röra så mycket som ett finger viljestyrt, jag har aldrig känt mig så utelämnad i hela mitt liv. Jag försökte fokusera på andningen men allt var så absurt att jag bara undrade när jag skulle vakna ur drömmen.*

*Akuten var full av blödande misshandelsoffer. Jag blev lagd på en brits i korridoren. Mannen längs väggen mitt emot dog framför mina ögon. Flera läkare kom förbi och pratade arabiska och franska med mig, tillslut fann de någon som kunde engelska. Han frågade mig om alla tänkbara droger, när jag nekat allt gick han sin väg. Därefter sa jag "Jag är inte knarkare,*

*jag är läkarstudent” på sludrig franska till alla vitklädda som kom i närheten. Tillslut drog de in mig på ett rum. Jag fick ett dropp, men vägrade låta dem koppla på det innan jag fått läsa på påsen; vanligt NaCl. Jag vet inte hur jag lyckades protestera genom språkbrister och kramper, men det gick. De visade mig en ampull med Stesolid, jag godkände. En intramuskulär spruta senare gav kramperna med sig och jag lades in över natten. Rummet jag skulle till låg i en annan byggnad och en sjukskötare körde ut mig. Jag kunde fortfarande inte lyfta mina ben och när jag upptäckte att vi var utomhus fick jag plötsligt för mig att han tänkte dumpa mig utanför sjukhuset. Men vi svängde snart in i en korridor igen och jag lugnade ner mig. Jag hade förväntat mig en sal men placerades i ett eget rum där jag somnade. När jag vaknade hade det mesta av droppet gått in och jag behövde ofrånkomligen kissa. Jag letade länge efter en larmknapp men det fanns inte. Jag tänkte att någon säkert skulle titta till mig och väntade i nästan två timmar, ingen kom. Då provade jag mina ben. Det gick, väldigt skakigt, men det gick. Jag tog det som var kvar av droppet med mig och tassade barfota ut i den mörka korridoren. Jag gick runt länge utan att hitta en själ men tillslut fann jag en toalett åtminstone. Nästa morgon drog jag mitt dropp och lämnade sjukhuset på eget bevåg.*

Några dagar senare återvände jag till Sverige och läkarutbildningens mikrobiologikurs. Den första föreläsningen morgonen efter jag kommit hem handlade om bakterietoxiner. Föreläsaren visade upp en tecknad bild på en tetanuspatient i brygga med stirrande blick och hårt sammanbitna tänder. Han kommenterade bilden: ”Såhär ser de ut innan de dör.” Jag kände då hur jag blev alldeles stel och kall, jag var säkerligen likblek i ansiktet. Den tecknade bilden var skrämmande lik den beskrivning min vän gett av mig under tiden jag var medvetslös. Upplevelsen hade varit otäck men först nu gick det upp för mig hur fruktansvärt nära döden jag varit. Jag började kontakta folk och forska i vad som egentligen hade hänt. Tillslut fick jag fram ett neurotoxin som stämde med symptomen. Det producerades av bakterier och alger, var värmeresistent och anföll först balansnerven, sedan skelettmuskulatur, dödligheten låg upp emot 70% på grund av andningsinsufficiens. Min lunch den där dagen bestående av friterade räkor och bläckfiskar visade sig vara mitt ödesdigra misstag.

Det som slog mig först var meningslösheten. Om jag hade dött där och då, i januari 2007, 22 år gammal så hade min sista bedrift i livet varit att lägga mig på en soffa. Och vad hade jag lämnat efter mig annat än halvfärdiga projekt och ouppfyllda drömmar? Jag hade inte åstadkommit någonting. Alla mina drömmar, alla mina planer, allt jag skulle uppleva och

utföra skulle ha försvunnit med mig. I många år hade jag kämpat för att nå ett mål; läkarlegitimationen och efter 1,5 år på läkarutbildningen var jag långt ifrån där. Jag började ifrågasätta hela mitt liv, allt jag var och alla mina val. Jag ifrågasatte till och med valet att bli läkare, något jag varit tvärsäker på innan. Allt hade hela tiden gått ut på att jag skulle leva tills jag blev minst 90 år, jag tog mitt liv för givet. Jag kunde uppoffra mig och glömma bort livet ett tag nu för jag skulle ju få ut så mycket sedan när jag nått alla mina mål. Hela planen hängde på att jag var odödlig, med insikten om min egen dödlighet föll allt.

Nu ville jag inte plugga och leva under existensminimum på CSN-pengar längre. Jag ville leva, uppleva, åstadkomma, fånga varje minut. Världen blev som ett grått töcken, jag passade inte in i den, jag kände mig inte förankrad i verkligheten. Jag kontaktade studenthälsan och fick träffa deras kurator. Jag fick 45 minuter på mig att sätta ord på min upplevelse och känslorna runt omkring. Hon erbjöd mig en sjukskrivning med motiveringen att jag med största sannolikhet skulle gå in i väggen annars. Jag tänkte noga över erbjudandet, det var en möjlighet till tid att få klarhet i allt. Jag kunde åka tillbaka till Marocko, bli bohemisk författare och försörja mig på att guida turister genom Atlasbergen. Tanken var lockande, jag kunde lämna allt och börja om, se världen och leva livet. Men det skulle inte vara jag, och då skulle allt jag kämpat för verkligen vara förgäves och åren bortkastad tid. Jag är inte typen som ger upp, jag lämnar inget halvgjort, jag avslutar mina projekt och det tänkte jag göra även denna gång. Att bara ta en sabbatstermin var inte heller aktuellt, såväl min inkomst som min bostad var beroende av mina studier. Dessutom skulle det kännas som ett personligt misslyckande att behöva ta en time out. Jag hade ju alltid klarat allting och det skulle jag minsann göra den här gången också. Så jag skakade av mig det värsta obehaget och gick vidare, men tankarna lever kvar.

Jag tänkte på en läkarstudent jag läst om i tidningen som fått en hjärntumör och dött strax efter examen. Han nådde åtminstone målet men fick aldrig chansen att njuta av det. Jag undrade; om han hade vetat, hade han valt att leva sitt liv annorlunda? Hade han struntat i läkarstudierna och gjort något helt annat de där sista åren? Fast poängen är väl just att man inte vet, att man får göra sina val utifrån den information man har att tillgå vid varje givet tillfälle. Den informationen är att man som kvinna i Sverige har en förväntad, beräknad medellivslängd på över 80 år. Varför skulle något annat gälla för mig?

Det finns en självklarhet som hela vårt system vilar på: Du kommer att bli gammal. Samhället och våra egna sinnen gör oss mentalt odödliga. Det står i tidningen varje dag att vi inte är det men: "Det händer inte mig."

I Sverige är det inte bara en självklarhet att leva, det är en rättighet att leva och må bra. Denna rättighet ska infrias av oss läkare oavsett åkomma och orsak. Det spelar ingen roll hur man lever för sjukvården kommer fixa till det ändå, om man nu mot alla odds skulle drabbas av en sjukdom. Detta leder i vissa fall nästan till en nonchalans inför livet.

Självklart kan man inte gå runt och tänka på döden varje dag, det vore alldeles på tok för dystert. Men problemet är att när det väl händer får man ingen chans att göra om.

Tankarna gjorde mig frustrerad. Jag kände mig låst i min situation, jag som tidigare känt mig väldigt trygg i att ha en exakt plan för de närmsta tio åren ville nu vara fri från alla bestämda planer. Men trots att jag gick kvar på utbildningen så började jag leva mycket mer aktivt vid sidan av. Jag tog chanser och fångade möjligheter, jag gifte mig vilket tidigare varit ett enormt beslut som skulle ha krävt minst fem års betänketid. Men jag började också ta för mig mer, ta mer plats, säga ifrån och våga stå på mig istället för att sitta och vänta på att någon skulle upptäcka mig och mina känslor och åsikter. När jag ser tillbaka på det var upplevelsen en örfil som fick mig att vakna upp och ta för mig av livet istället för att bara flyta med och stilla vänta på min tur.

Tankarna har följt med och utvecklats under de kliniska terminerna. En randande onkolog jag hade som handledare berättade att de allra flesta människor som får en obotlig cancer förändrar sina liv, många förändrar dem drastiskt. Måste människor verkligen ha ett dödshot hängande över sig för att göra det de vill? Hur många känner inte någon som bestämde sig för att livet började vi pensionen och i ett årtionde planerade för allt som skulle ske efter den magiska åldern 65. Men då när tiden väl kom och allt skulle göras så tog livet slut istället. Varför är det så svårt att leva det liv man vill här och nu? Det finns alltid en massa ursäkter naturligtvis; jag hinner inte, jag har inte råd, det passar inte nu och så vidare. Men när det kommer till kritan, hur många av ursäkterna skulle vara faktiska hinder?

Att ignorera saker och ting är ett effektivt sätt att döva rädslan för sin egen dödlighet, men det gör chocken så mycket större när man plötsligt upptäcker kroppens begränsningar och sårbarhet, den dagen man blir allvarligt sjuk eller skadad.

Som 19-årig feriepraktikant på operation på ett mindre sjukhus upplevde jag ett scenario som fortfarande gör mig ledsen när jag tänker på det. Det var en multisjuk pensionär som kom in till akuten med buksmärta. Han mottogs av en AT-läkare som felbedömde läget men ändå skickade honom på CT tillsammans med narkosteamet. Jag minns inte hennes arbetsdiagnos men i CT:n upptäcktes ett brustet aortaaneurysm varpå patienten kördes direkt till operation. Där hade alla planerade operationer avslutats och mängder av människor fanns till hands för att ordningsställa operationen, det fanns minst två uppsättningar av alla personalkategorier i rummet. Patienten förstod inte alls vad som hände och blev uppskrämd av allt spring och alla stressade människor som plötsligt kretsade omkring honom. ”Vart är jag och vad gör jag här?” frågade han. ”Du är på operation och du ska sövas nu” blev svaret, sedan sövdes han. Det var hans sista ord i livet, han överlevde inte operationen. Trots att alla i rummet var 95% säkra på att han inte skulle klara sig var det ingen som tog sig tid att ens förklara situationen för honom. Det fanns tid, kärkirurgen behövde flygas in från ett större sjukhus och var inte på plats ännu när patienten sövdes och det fanns så gott om folk att någon kunde ha tagit sig an uppgiften. Han fick inte veta vad man funnit på röntgen eller möjligheten att lämna en hälsning till dottern som lämnats kvar nere på akuten.

Jag tror det är lätt att bli överkörd som patient, man är utelämnad i händerna på sina vårdare och fruktansvärt sårbar. Att vara sjuk är skrämmande i sig, att inte förstå vad som händer med en själv och runt omkring en förvärrar känslan avsevärt. Att vinna tillit hos patienten på ett tidigt stadium tror jag är viktigt för att inte stressa upp denne ännu mer. Litar patienten på sin vårdgivare kan alla åtgärder inge en ökad trygghet istället för en ökad rädsla.

Att de missbedömde mig som droganvändare gjorde att jag var övertygad om att de skulle ge mig en felaktig behandling och varje aktiv åtgärd spädde på min rädsla. I slutfasen av min vistelse på akuten fanns en ung underläkare som var den första som reagerade på mitt skråll om att jag var läkarstudent och inte knarkare. Han frågade mig vilken termin jag gick och det var även han som såg till att jag fick se läkemedel och dropp innan det gavs till mig. Han frågade om mitt namn och var jag kom ifrån, det var helt och hållet hans förtjänst att jag inte försökte motsätta mig alla deras försök till behandling, utan honom hade jag sannolikt blivit vettskrämd när de gav mig sprutan. Det betydde oerhört mycket. De andra fokuserade på diagnosen, problemet och lösningen. De glömde bort mig och eftersom de inte kunde kommunicera med mig ordentligt baserade de sin diagnos på fördomar och förutsatte att jag var en drogintoxikation. Jag kan förstå det, jag var turist och bodde i en fiskeby som är ett

känt tillhåll för drogliberala surfare, många européer nyttjar också droger när de är i Marocko. Det vanligaste är ändå det vanligaste, men för mig var deras resonemang förnedrande och bidrog till min otrygghet.

Jag har full tillit till vården i Sverige och min erfarenhet hade säkerligen blivit väldigt annorlunda om den inträffat här av flera skäl. Språk, rutiner, mina egna förväntningar och fördomar är viktiga beståndsdelar i upplevelsen. Men givetvis finns det flera patienter som inte alls har min tilltro till den svenska sjukvården och det finns också många invandrare som hamnar i nästan samma situation som mig; i ett främmande land med ett okänt språk och kanske dessutom med dåliga erfarenheter av sjukvården i bagaget.

Jag har lärt mig den hårda vägen att jag ska vara lyhörd mot mina patienter, att visa att jag lyssnar på dem och finns där för dem för att de ska känna sig trygga. Kommunikationen är avgörande. Jag finns ändå där för patienterna i första hand, det är min uppgift att få dem att må bra och känna sig trygga lika mycket som att ta hand om dem rent fysiskt.

Utan språk är man ännu mer utsatt men även om man är fullt kapabel att kommunicera är man fortfarande beroende av att vården tar sitt ansvar att informera och det finns tyvärr inga garantier för det. Det är så viktigt att inte glömma bort människan i kroppen man jobbar på att rädda.

Det jag upplevde i Marocko för två år sedan skakade om hela min värld och fick mig att ändra hela min livsinställning och till viss mån även min personlighet. Jag har lärt mig att ta till vara på livet och de möjligheter som erbjuds mig. Jag har också fått tillfället att uppleva sjukvården från andra sidan, genom patientens ögon och fått förståelse för mina patienters utsatta situation och hur beroende de är av mig och mitt agerande. Hur små saker som lätt glöms bort kan göra skillnad som natt och dag i deras upplevelse av sjukvården och allmänna välbefinnande. Jag hoppas att denna erfarenhet kommer ge mig ett rikare liv och att den gett mig en ödmjukhet inför livet och människan som gör mig till en bättre läkare.

Copyright: Författaren och sfmp 2009



# SVENSKA BIDRAG TILL THE 16<sup>TH</sup> INTERNATIONAL BALINT CONGRESS I BRASOV 5-9 SEPT 2009

Vi publicerar här två av de fyra svenska presentationerna och inledningsanförandet till den 16:e internationella Balintkongressen som avhölls i Brasov 5-9 sept.

I kommande nummer publiceras de två andra kongressföredragen

Följ också den internationella Balintverksamheten – på [www.balintinternational.com](http://www.balintinternational.com).

## OPENING SPEECH

### **Balint work: From Budapest and Transylvania with Love and Wisdom**

Henry Jablonski MD, MSc - President of the International Balint Federation

*In Romanian:*

*Dear Romanian hosts and colleagues,*

*On behalf of the International Balint Federation I wish to say how pleased we are to be here. Many thanks to the members of Romanian Organising Committee for their work creating this environment for our meeting and for preparing the extensive scientific and social programme.*

*In these four days, people from all over the world who have gathered here, will be offered the challenge, inspiration, excitement and comfort to share and discuss Balint projects and and medical educational experiences. We will have the opportunity in the Balint groups running throughout the conference to cultivate our clinical senses in the discussions of down-to-earth clinical experiences and to develop the relations between each other*

*In this way the congress will be another milestone in a continuous process of developing and promoting Balint group work.*

*We know the Romanian Balinters as active partners of the International Federation and look very much forward to make a deeper acquaintance with you during this congress.*

*So, dear Romanian Balint colleagues, many thanks for hosting the Balint congress here in Poiana Brasov! Thank you very much!*

In short: on behalf of the IBF I expressed our thanks to all the members of the Romanian Organising Committee. We in the IBF who have been part of the extensive preparatory work for the congress share their delight setting out on our 4 days congress journey. It is really wonderful to be here. Thank you so much!

Dear delegates to the 16<sup>th</sup> International Balint Congress, ladies and gentlemen

The old Greeks already knew that being a good enough doctor is not only about finding out the disease and its cure. It is equally important to know who is the patient suffering from the illness. But it seems every new generation of doctors has to make this old wisdom come alive again. This is *one* important aspect of Balint work. The other – and even more difficult one – is: What kind of doctor and person am I and how does it affect my relations to my patients?. Michael Balint, the founder and inspirator of the training method carrying his name, already, 60 years ago advocated the idea that the doctor has to be trained to integrate the medical technical aspects on the one hand, with the personal understanding of the patient, the interplay between the doctor and his patient on the other. Balint envisaged a health care system in which the wise, committed and competent GP/ family doctor is at the centre of the health

service. Since then, quite a few nations have successfully implemented this idea in their health care systems. Balint work is not a political movement But by its focus on the doctor-patient relationship – intrinsically and quite unintentionally – it does have a political twist since the way the various national health systems are designed clearly affects the doctor-patient relationship.

There are many interesting places in life. But there are very few places like the doctor's consulting room. Here you will find such density of all kinds of hope, joy, relief, human dignity, ordinary and strange pleasures, respectful intimacy and suspiciousness, all kinds of despair and anxiety, human pettiness, uncertainty and awe about life and about disease and threatening death. That is what makes work so fascinating and challenging. That is also what can make it so difficult and exacting and bring people to exhaustion and burn-out.

One of the themes of our congress is "Writing a prescription is easy – understanding your patient is not so easy" and we will hear more about this soon, and we will work on it in during the congress. But you could just as well see it from the perspective of the patient: "Receiving a prescription is easy but understanding what the doctor actually meant by it is not always so easy".

The patient may ask after he/she has left the consulting room with the prescription. "What was this all about? Does the doctor understand my problem, does he care?"

Even if you are a person in a strong social position, you may ask yourself these questions – and you might add: " Does he dare taking the risk relating to me as a good doctor should to an *ordinary* patient? Or is he governed by exaggerated respect maybe even fear? Does he think I will sue him, or file a complaint to the Medical Board, or strip him off his privileges?"

I am pretty sure that all of us *the day we ourselves become patients* wish to have a doctor who is in touch and professionally careful and independent. This is what we primarily are trying to maintain and develop by Balint group work.

Though the cathexis found in doctor-patient relationship is very special it is certainly not unique. Michael Balint knew about intense clinical relations from his own experience as a dedicated psychoanalyst. That is why he was able to highlight this aspect of doctoring to his GP colleagues. There are also other professions in which you will find highly cathected human relationships: clegymen, nurses, teachers, physiotherapists, social workers, lawyers, managers and human relation officers of companies and organisations, policemen in democratic societies etc etc. In all such areas Balint group work can be very useful for professional development and maintainance of professional standards.

You have chosen a beautiful and dramatic place for our congress. We are surrounded by a landscape and an ancient culture that make you humble. Two years ago – in Berlin when we decided to have the Congress here, by coincidence, in a jazz club of all places, I heard a melody from Transylvania which moved me deeply and has stayed with me even stronger since I learnt the meaning of the words.

The song is many many hundred years old, maybe 500, maybe even more. It says something important about life and also about the conditions that we have to recognise in our work.

Love, love,  
You are like a curse  
Love, love,

You are like a curse

Szerelem, szerelem  
Átkozott györtrelem  
Szerelem, szerelem  
Átkozott györtrelem

(Love!) Why do you not blossom from every tree  
from every tree  
From every leaf of the cedar tree?

Miert nem virágostál  
Minden fa tetejen  
Minden fa tetejen  
Cédrus fa levelen

There is no rose  
That blossoms in a (too) small garden  
There is no rose like the one  
When you love one another

Haj de nem az a rósza  
Ki kis kertben nyilik  
ha nem as a rósza  
ki egy mást szereti

This is a song out of the longing for love. The unknown author of these lyrics tells us about true love and caring, which needs mutuality to develop. He or she also was painfully aware of that love can be severely inhibited by the tyranny of family and social rules (no rose can blossom in too small a garden).

So many of our patients come to us with diffuse symptoms and complaints. As doctors we meet many patients who suffer from love deficits and love disappointments. Human individuals are more or less vulnerable to lack of love and care. People have - deeply imbedded in their souls and bodies - various experiences from being loved and cared for OR the reverse - being neglected or abused. These experiences may be recent or belong to the remote past of the patient. And our bodies are a timeless carriers of drives and memories. Thus they are preserved, thus they are hidden from us and thus they cause us discomfort. But thus - by being encapsulated as symptoms in the body - the individual can carry on in everyday life without being overwhelmed. Until it becomes too much. That is when many people pay a visit to their doctor.

It is not a new thought, yet meaningful for the caring clinician to consider the relevance of love deficit or love conflict expressions. But this idea is not to be trivialised - something to be "known" in a smug way as some psychotherapists tend to do. And we cannot prescribe love, adequate family and social relations which will cure our patients - though some of us might have tried. But we can learn to relate to our patients and treat them with a deeper understanding, adequate care and with respect - and also with respect for our own limitations. In this way we learn something about ourselves too. In my own experience this is the most difficult but at the same time the most rewarding challenge of both doctoring and being a psychotherapist.

People who suffer from severe and incomprehensible symptoms have a hidden agenda. Mostly it is also more or less hidden to themselves.

Doctors who treat such patients also may have corresponding hidden agendas. Such patients can be abused (again!) by doctors – consciously or unconsciously – i.e. when they take extreme measures to rule out, investigate etc etc though they do not believe it is meaningful. Such patients can also abuse doctors and push them to do things they do not want to. But if we are to compare the health service to a cedar tree forest – it does happen that such patients meet with a doctor – a blossom of the cedar tree - that manages to care for the patient medically and humanly, and thus helps the patient to make life a little bit more endurable, yes, miracles of improvement do also happen.

Does not the last phrase of the song

There is no rose  
That blossoms in a (too) small garden  
There is no rose like the one  
When you love one another

say something about the conditions for the medical profession too?. If we are to minimise the risk for mechanical treatment and working too far from the state of our art, then we as doctors must try as much as possible to free ourselves from those aspects of the system that threaten to undermine the doctor-patient relationship and medical ethical standards. Such skews exist to a varying degree in all health care systems.

I phrased some of them as questions in my address on the congress homepage.

In short: Do diminishing social barriers tempt the doctor to become the friend, lawyer or even accomplice of his patients? Does the social welfare system or an authoritarian system transform him into a representative of the social authorities? Do the drugs available today and the way they are marketed, combined with the work load and lack of clinical presence of the doctor tempt him to prescribe a more or less standardised, too often inadequate (and costly) medication to his patients? Does the privatisation of the previously publicly organised health care turn him into a businessman rather than a doctor? Will evidence based treatment programmes for various diseases make us lose the assessment of the patient as a whole person? How is the relationship affected when doctors and patients come from vastly different cultural backgrounds?

All these issues can also be addressed in a personal way by doctors relating to each other in a Balint group. It will not solve all the problems but it will be helpful in increasing the awareness and sensitivity of the doctor. In this way tea-spoon by tea-spoon our clinical work can be improved. Tea-spoon by tea-spoon such issues can also be brought into the administrative and political process of health care. One first administrative step is to make the time for regular Balint group work available.

I am looking forward to exchanging thoughts, listening to papers, and to participating in vivid discussions about the doctor-patient relationship, about the development of the Balint method as an important supportive tool for all clinically engaged professionals, and about values in contemporary medicine.

And again, many thanks to our Romanian hosts.

Copyright: förf och International Balint Federation 2009

# **GENDER AND OTHER PREDICAMENTS IN BALINT GROUPS**

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

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

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

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

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

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

Facilitate a 'playful' atmosphere (Balint)

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

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

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

But what of the leader herself?

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

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

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

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

## Scenario 1 – Gender

A Balint group led by a female MD and comprised of many women practitioners and one man. The male felt that the group had a 'female psyche' and that the women were softer and more inclined to write sick leaves for patients. He did not gravitate towards this philosophy in general and was uncomfortable and disappointed with the group. The leader expressed the

opinion that Balint groups are best for female physicians and maybe not ‘good’ for surgeons who are supposed to ‘assault’ people by operating on them. She felt that some medical specialties would be handicapped by empathic physicians.

#### Scenario 2- Culture

A Balint group led by two women (MD and PhD) comprised of family medicine residents of Pakistani and Asian descent along with a majority of Caucasian men and women. There was initially great resistance on the part of the Pakistani woman and Asian man (the former quite vocally and the latter by his sustained silence) to the ideas of the Balint group and the necessity for the ‘sharing’ and attention to empathy in the doctor/patient relationship.

This group, because the rest of the members were attuned and the leaders managed to keep a ‘gentle hand on the tiller’ rode out these complications. One day the Asian physician asked a fellow trainee to cover for him so that he could attend the Balint group.

He wanted, after some 10 to 15 years, to discuss a family tragedy that had taken place that he had never spoken about – even within the family constellation. The leaders acknowledged that this was not a ‘Balint’ case but that certainly the group would hear his issue. The group was seen by him as a ‘safe’ place to explore the complex aftermath of his family tragedy.

At the end of the year, the Pakistani woman, who by then had begun to see the value of Balint work and was an active presenter, declared the experience one of the most useful to her as a beginning practitioner. She even went further in wanting to begin a Balint group for physicians at her new practice.

#### Scenario 3- Individual group member dysfunction/leader countertransference

A Balint group led by a female MD had many members from the country of residence and one member from a part of the world that engendered some bias from the leader. This member was seen (and perhaps was!) as very concrete, not given to Balint type insights and somewhat dismissive of patients’ emotional issues “they should just talk a little to a counselor” but this is not the purview of the physician. The leader often felt that it would be a relief if this member had left the group (ahh- a relief to have the patient quit the practice). With the ability to tolerate her countertransference and allow for more time to ‘get it’ the group member finally did seem to catch on to how Balint works. This transformation took about three years of group work. One wonders how an individual who does not seem to understand or appreciate the process, hangs in there for three years until finally she is able to move forward with this growth.

#### Scenario 4- Individual group member with mental health diagnosis

A Balint group led by a female PhD was a small group, mixed gender and ethnicity. About halfway through the term of the group’s tenure (1 year) one of the members of the group presented a patient with bipolar disorder and then disclosed that he also carries this diagnosis. Does the leader then begin to ‘track’ issues or cases brought up by this individual? What are the possible tacit issues of countertransference on the part of the group leader as a result of this disclosure?

#### Scenario 5- A group with a ‘rigid’ doctor – how to achieve balance

A Balint group led by a male MD had a group member who was extremely rigid and defensive. This was a voluntary group so here was an individual who seemed to be the antithesis of the empathic Balint practitioner and yet he was voluntarily participating in a Balint group. The individual was a senior physician and the group contained members at all stages of their career. The leader was concerned about this individual’s effect on younger practitioners and yet certainly for this individual, any exposure and opportunity to discuss

empathy for patients would be considered a benefit. How to balance the effects of a Balint group for one individual and for the group members as a whole?

Scenario 6- Balint groups at brief intense meetings: the Congress, Leader Intensives and the like

A Balint group led by a female MD and a male psychologist at a conference concerned itself with a case about the issue of sexuality. The presenter of the case was assumed to be gay but this was not overtly discussed at any time during the response to the presentation of the patient case. This was an issue of preoccupation for the leader: 'Is that information relevant to the case discussion?' Is it relevant for the process of the case by the group? Is it 'legal' to raise that question in a group? How does the brief intense nature of such groups alter the process? How do the leaders facilitate new understanding in the group while keeping the frames of the group and protecting its members?

Our questions, for your consideration about the Balint process are as follows:

How does a Balint group deal with one member's dysfunction?

Is it the role/responsibility of the group or the leader to cope with this?

How does a Balint leader cope with his/her own transference to a group member she does not like? (Balint leaders are human too....)

What might be the hidden motives of the leader to lead Balint groups and how do these motives interfere with the above mentioned rules of leadership?

Is there a way to safely explore cultural biases in a Balint Group?

Are there things in the unconscious that should remain there?

After all, these defense mechanisms serve a purpose - denial and repression can be life saving at times.....

We invite you to consider your own Balint 'dilemmas' as a group leader and to think about how and when the leader herself uses the opportunity of countertransference.

*Copyright: förff och International Balint Federation 2009*

# **BALINT GROUPS WITH HOSPITAL PHYSICIANS.**

Kjell Reichenberg

The Nordic School of Public Health, Göteborg, Sweden.

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

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

The object of this paper is to contribute to the understanding of how hospital physicians together reflect upon issues arising in their clinical encounters and upon challenges in their roles as members of staff in the hospital and clinical teams.

## **Methods**

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

As a supplementary source allowing more detailed presentation of the processes that emerge from the analysis, reference is made to 150 instances in which 2-4 supervisors in the Balint groups have considered the developments within the discussion groups and under supervision. These references range from 200 to 1,000 words in length.

The author of the paper was the Balint leader of the studied groups. He participated himself as a member in a supervisory group serving the hospital Balint leaders. The author is a paediatrician who has training in psychodynamic and systemic therapy. He has experience of counselling ill children and their families and of conducting research in families that are coping with chronic illness.

The analysis is carried out following a qualitative methods tradition with the aim of forming concepts useful for describing the process of becoming and being a hospital specialist. Coding has been performed using everyday terms such as "stress", "responsibility", "professional gratification", "inadequacy", "competence", "solidarity", "appreciation" etc. The code words are combined into concepts whose meaning is described. An iterative approach is used, by which is meant that comparisons between previous theory, such as that of transference and



counter-transference, are used alternately with reading of the field notes and forming new groupings of concepts and conducting discussions with research colleagues. The discussion following this presentation is part of the analysing process.

## **Results**

In a preliminary analysis the levels of contexts, triggers, themes of reflective discussions and temporal process are used. The concepts of the first three levels are reproduced from a previous published study (1).

### *Contexts*

The contexts of the presented material were: limited freedom to decide and take responsibility in critical matters of patient care, the tribulations of struggling with members of other professions, the joy of developing clinical skills and theoretical understanding and the need to reflect upon the interaction between privacy and profession.

### *Triggers*

Events that triggered presenting cases – episodes from professional life or private experience were: appreciation of the varied experiences of patients and their families, personal reactions in clinical encounters that were difficult to understand, being disregarded by superiors, being tasked with acknowledging non-physician staff's abilities and demands from family members to participate in family life.

### *Themes of reflective dialogue*

Themes grouped according to content were: bewildering patient stories, similarities between the Balint group members' understanding of their situation, the struggle between professional demands and personal needs, building professional identity, feeling uneasy in the hospital organisation and a wish to understand personal reactions.

### *Temporal process*

With time, the members of the group moved from training and organisational matters to questions of personal reactions and contributions in the clinical encounter.

## **Discussion and conclusion**

The hitherto preliminary analysis yields categories and processes similar to those reported from a resident training programme for residents in Canada (2): participants moving from a wish to discuss optimal training chances to reflecting on, in psychoanalytical terminology, transference and counter-transference.

What are the differences between the way in which hospital physicians reflect in a Balint group setting to that of general practitioners? How can these differences be explained?

While general practitioners are prepared to utilize the Balint case approach, hospital physicians seem to require a number of initial sessions for discussing what constitutes good clinical training. They need to discuss their own situation of being subordinates and being

given roles to support the professional demands of other groups before being able to reflect upon their own and the group members' personal reactions in clinical encounters. A similar process is reported from a group of residents training to become general practitioners [2].

Hospitals are hierarchically organized and doctors have simultaneous duties as both medical specialists and team-workers with other professionals. This situation, together with feelings of limited influence over leadership, means that attention in the Balint groups with hospital doctors is mainly focused upon transference and counter-transference in the working group and the organization rather than upon these phenomena in interactions with patients and their relatives.

Hospital physicians lack the general practitioner's tradition with its attention to one's own personal importance in interaction with patients. Thus far there has been no movement equivalent to that of general practitioners' new professionalism (3). This new professionalism comprises "nice work", which is characterized by a toning down of vocational training, putting to rest the idea of the role of doctor as a calling and an ability to enter into dialogue with patients in a less paternalistic manner than before.

## References

1. Torppa MA, Makkonen E, Mårtenson C, Pitkälä KH. A qualitative analysis of student Balint groups in medical education: contexts and triggers of case presentations and discussion themes. *Patient Education and Counseling* 2008; 72: 5-11.
2. Smith M, Anandarajah G. Mutiny on the Balint: balancing resident developmental needs with the Balint process. *Family Medicine* 2007; 39: 495-7.
3. Jones L, Green J. Shifting discourses of professionalism: a case study of general practitioners in the United Kingdom. *Sociology of Health and Illness* 2006; 28: 927-50.

Copyright: förf och International Balint Federation 2009

# KALENDARIUM

**Riksstämman** (se [www.sls.se](http://www.sls.se), Riksstämman/abstracts/symposier)

## **Föreningens program 27 nov:**

10.30-12.00 SY 77 sal K1 "Utan tvivel är man inte riktigt klok"

12.15-13.15 sal K1 Gästföreläsning Andrew Elder, London: A GP practice as a "secure base" – for both patients and professionals

## **Konferens Riksdagens första kammare 7 dec 2009 kl 0900-1700**

fyra allianspartier i samverkan med den brittiska regeringens Department for Work and Pensions och Kungl Ingenjörsvetenskapsakademien

tema "Mental Capital and Wellbeing" (Foresight), och "Working for a Healthier Tomorrow".

Inbjudan har skickats ut till föreningens medlemmar

Anmälan om deltagande görs till [andreas.vass@riksdagen.se](mailto:andreas.vass@riksdagen.se) (mobil 070 –

## **Årsmöte 2010-03-17** se sep. kallelser

för föreningen 16.45-17.45

för sektionen 18.00-20.30

## **Psykosomatisk Balintkonferens i Görlitz 27-30 maj 2010**

(östra Tyskland vid floden Neisse) i samband med IBF council meeting

(konferensspråk engelska) Se [www.balintinternational.com](http://www.balintinternational.com)

## **17th International Balint Congress**

kommer att hållas i Philadelphia USA i september 2010, ytterligare info kommer

## **Wonca Europe, Malaga 6-9 oktober 2010**

"Family Medicine into the Future - Blending Health and Cultures"

)