

Balintarbete mot utbrändhet i kroppssjukvården

Psykoanalytiskt tänkande kring svåra patienter

Läkare som brunnit för sin uppgift riskerar att brännas ut i de oändliga mötena med patienter som söker för ständiga plågsamma och svårlösta problem där ingen omedelbar lösning tycks finnas. Arbetet i en trygg Balintgrupp kan verka som en antidot mot utbrändhet genom att det leder till ökad medvetenhet, självkänsla och nyfikenhet på psykologiska processer.

Så där 15–20 år tillbaka i tiden, innan jag blev psykiater och psykoanalytiker, arbetade jag som allmänläkare. Jag brottades då med motstridiga tankar kring flera patienter vilka på olika sätt bekymrade och besvärade mig. De präglades av att de kom upprepade gånger med ständiga plågsamma och svårlösta problem, ofta mycket klagande, ibland förebrående, eller kanske värst av allt, med ett ordlöst lidande som innehöll denna stämning utan att den benämndes. Det var patienter som ofta fanns i min tankevärld långt efter deras senaste konsultation, och som aktualiserade en stämning i rummet i samma ögonblick som de vid återbesöket gick över tröskeln. Med kolleger talade jag slarvigt om »tröskeldiagnosen».

Ockuperade och skuldbelade

Jag upplevde det som om dessa patienter likt anden i flaskan strömmade ut och ockuperade mig, krävde och skuldbelade mig, de kom nästan att leva ett liv som obehagliga främlingar inom mig. Ofta visste jag inte vad jag skulle göra för dem. För det mesta fanns det inget

Författare

LARS HÄRDELIN

specialist i invärtesmedicin och allmän psykiatri, privatpraktiserande psykoanalytiker, 1996–1999 Balintansvarig i sektionen för medicinsk psykologi i Svenska läkaresällskapet, ledare för flera grupper inom allmänmedicin och somatisk specialvård.

mer jag kunde göra. Än värre, även om jag kunde göra något så hade jag ingen ork, ingen lust.

Jag utarbetade halvhjärtade strategier för att minimera olusten i mötet med dessa patienter. Kommunikationen blev formell. Att ta emot sist på dagen, eller som första patient, för att känna mig fri var en utväg. Remisser för utredningar till specialistkolleger var andra möjligheter. Återbud välkomnades.

Själva utarbetandet av försvarsstrategier bidrog till att jag kände mig utarbetad. Situationen var slitsam och tröttsam. Kanske var jag inte direkt vad som idag kallas utbränd, snarare befann jag mig i ett förstadium, vidbränd kanske man kan säga.

En förstummade patient

På den tiden började jag också i en Balintgrupp. En gång när det var falltorika så dök Astrid upp i mina tankar. Det var egentligen inget särskilt med Astrid, det fanns många patienter som stökade om värre i mina inre scenarier. Men på något sätt så trängde sig Astrids oansenlighet på mig, nästan som om jag var skuld till den. Jag började berätta om Astrid men märkte att jag inte hade så mycket att säga. Det blev ganska tyst omkring mig. Någon frågade vad jag kände för henne. En alarmerande känsla av skam började fylla mig på grund av min bristande kontakt med Astrid och mig själv. Min reaktion kom oväntat. Jag trodde att Astrid var snabbt avverkad, en utfyllnad i brist på andra tänkvärda patienter. Så blev det inte. Min stumhet fyllde rummet, ingen sade något. Jag kände mig fel, förvisad från gruppen.

Astrid var ogift, barnlös och arbetade deltid. Hon var runt 60 år och gick hos mig sedan några år för blodtryckskontroller och ryggont. Men mest av allt verkade hon komma för att... ja, för vad då? Astrid kom oftare än vad som skulle behövas. Besöken tycktes först bli ganska korta, hon hade inte mycket att säga. Blodtrycket var ofta välreglerat, ryggen var som förr. Av och till fick hon värktabletter, av och till gick hon på sjukgymnastik. Det fanns inget mer att göra. Samtidigt var det som om hon ändå dröjde kvar i rummet, som om nå-

got väntade på att bli sagt. Ibland föreföll hon försöka säga något men avbröt sig, och jag hade inte något att tillägga fast jag tyckte att jag borde ha haft det. Just därför kändes det som om besöken inte kunde avslutas, just därför fick hon oftast något annat, ett recept eller en remiss exempelvis, och just därför fick hon återbesökstid oftare än vad som behövdes.

Till slut sade Balintgruppledaren att jag verkade bli avgränsad från gruppen när jag inte hade något att säga. Det fanns något ensamt omkring mig när jag berättade om Astrid, jag minns att han använde ordet ödsligt. Det var något pinsamt med hela situationen när jag inte hade något att erbjuda och gruppen inget att ta emot och inget att ge. Han kände inte igen mig i min dragning. Kunde min tomhet och behov av kontakt säga något om Astrid? Frågan väckte inom mig ett intresse för Astrid, och för mig själv. Då började ett meningsutbyte med gruppen, och samtidigt verkade den svåra känslan upplösas.

Några förlösande ord

Astrid forsatte att komma till min mottagning. Det var samma Astrid, men ändå inte. Hennes tysta väntande verkade inte längre som en krävande förväntan. Jag kände mig friare. Jag minns att jag sa att hon inte verkade nöjd, som om hon ville säga något, eller att jag skulle säga eller göra något mer. Det var närmast ett banalt yttrande, men just då kändes det som om det jag sa var det enda rätta.

Hon svarade att så var det nog, men hon visste inte riktigt vad hon tänkte sig. Bara att om jag sa något så skulle det kännas bättre. Hon sa att hon kände sig så torftig som bara satt där, det kändes som hon hade »en stor skavank» någonstans. Jag sa att vi båda inte verkade ha något att säga, att vi verkade ha samma skavank. Det blev inte så många meningar, men det verkade som om just detta enkla – att benämna situationen – förlöste den.

Framöver, glimtvis, under de 20 minuter som konsultationerna varade, när jag lyssnade på hjärtat, tog trycket och kontrollerade ryggen, så kom vi litet i

sänder att säga något om denna »skavank». Ibland verkade vi tala om hennes gamla rygg som skavank, en skamlig skada, ett fel jag inte kunde göra något åt. Ibland om Astrids tysta väntande och oförmåga att klä sina tankar i ord. Dess betydelse verkade växla, men ändå var det som om åkomsten och mållösheten var de samma. Hon ville minnas att det alltid varit så här, att hon kände sig torftig, som om hela hon var ett lyte. Hon mindes det sedan hon under nästan ett år låg på »vanföret» som barn, och mamma inte hade tid att hälsa på. Mamma måste tänka på Astrids mindre syskon.

En liten men betydelsefull förändring

Astrid började ta gestalt, hennes värld började befolkas. Konsultationerna ändrade sakta karaktär. Astrids klagande över ryggvärk minskade, hon dröjde inte kvar på samma sätt, hennes allmänna hållning till livet ändrades något. I förbifarten nämnde hon av och till något som hände henne, hon träffade en väninna, började åka lite till stan och handla kläder. En gång gick hon på konsert.

Besöken hos mig blev glesare och glesare, till slut kom hon någon gång per halvår, mest för kontroll och medicinförskrivning. Det verkade finnas en liten men betydelsefull förändring i Astrids liv. Och det verkade som om min ändrade hållning, tack vare arbetet i Balintgruppen, kanske på ett avgörande sätt hade bidragit till denna begränsade scenförändring.

En unik men vanlig relation

Varje patient-läkarrelation är unik. Ändå pekar all erfarenhet mot att Astrid och jag som par försvinner in i den mängd patient-läkarrelationer där psykisk ohälsa formulerats som ett kroppsligt problem och där patienter inte söker psykiatri utan vänder sig till primärvården. Patienter med en huvudsakligen psykisk grundproblematik som i ett upprepat mönster söker för befarade fysiska åkommor kanske i grova drag svarar för 30–40 procent av primärvårdens verksamhet. Och kostnaderna för dessa patienter anges vara nio gånger större än för »normalpatienten». Dessa förhållanden tycks ofta leda till komplicerade och påfrestande patient-läkarrelationer, vilka bidrar till den trötthet och utbrändhet som sjukvårdspersonalen brottas med idag. Det förefaller således som om detta besynnerliga fenomen kan vara ett av sjukvårdens större olösta problem.

Varför bara kropp?

Vissa reflexioner kan kanske öka förståelsen för detta fenomen. Många s k psykosomatiska patienter söker med

en ganska vag symtombild, oroliga för en bakomliggande sjukdom. De vill ha en diagnos. Detta passar också vår vårdapparat bra, eftersom den är organiserad utifrån ett sjukdomstänkande kring de fenomen som patienten skildrar. Men det finns vissa vådor med denna sjukdomsklassificering. För om detta sjukdomstänkande är en omedveten förvändning att undvika en psykologisk problematik, så riskerar doktorn och patienten tillsammans att beteckna ett olöst livsproblem som sjukdom. Dessa patienter blir därför inte lättade av att man inte finner något kroppsligt fel, snarare tvärtom. De känner sig besvikna och missförstådda och återkommer med nya symtom. Doktorn startar därför ofta nu en ny serie utredningar, men på en mer avancerad och kostsam nivå.

Ibland kan doktorn och patienten stanna upp vid en organisk skada, ett bifynd, som får rubricera hela problematiken. Diskdegeneration och hypertoni torde vara vanliga i andra fall än Astrids. Denna somatiska etikettering gör att fenomenet organiseras under en namnlapp som inkluderar en given handläggning. Men trots den till synes positiva situationen förefaller ändå många patienter att svara negativt på behandling. Effekten av mediciner uteblir, biverkningar uppkommer, behandlingen ifrågasätts. Det är som om en kroppslig sjukdom vore att föredra framför en sanning om sig själv.

Ett norénskt drama

Förståelsen för detta kan ha andra bottnar. Patienter lever under en hotbild. En varningsflagga är hissad för sjukdom, förfall och död. Ångesten har försatt patienten i ett regressivt läge där den egna förmågan att hårbärgera rädsla och hantera inre konflikter har minskat. Vanliga försvarsstrategier räcker inte till och patientens behov av doktorn har ökat, inte bara för att bota den hotande sjukdomen.

Ur psykoanalytiskt perspektiv har primitivare och obekväma känslolägen intagit patienten, känslor som är svåra att leva i, men också att acceptera som komna från den egna personligheten. Det finns hos patienten ett omedvetet behov av att frigöra sig från dessa inre stämningar och förlägga dem utanför sig själv. Man behöver lägga den egna problematiken i andra.

Doktorn, som utgör en central person för patienten, blir således lätt måltavla för detta omedvetna behov. Via de känslolägen som föds ur hjälplösheten och beroendet, t ex klagandet och anklagandet, försätts doktorn i mödosamma stämningstillstånd. Doktorn har bl a att leva med rollen att inte kunna bota patienten från den sjukdom hon inte har. Risker ökar att tillit och tilltro tappar

mark, att misstänksamhet och misstro vinner terräng.

Och så länge det omedvetna behovet av doktorn som avhjälpnings- eller avstjälpningsplats för egna svåruthärdliga känslotillstånd är i överläge över patientens medvetna behov att bli frisk, så kommer doktors åtgärder mot »sjukdomen» att bli relativt verkningslösa. Och eftersom behovet är en process som ständigt måste bekräftas kommer patienten lätt att docka till den doktor som åtagit sig att vara hennes depåstation.

I denna stillastående och olösliga situation kommer doktors upplevelse av patienten att förändras. Det är nu inte längre de symtom patienten klagat över som är problemet, utan patienten själv blir problemet. Det är som om det inte längre är en sjukdom som skall undanröjas, utan doktorn tycks brottas med en förbjuden och skuldtyngd känsla att vilja återgälda, att låta röjsaxen avlägsna patienten själv från sina domäner. Så riskerar patientens kritik av doktorn att bli en självuppfyllande profetia och därmed relevant. De outtalade behov som de båda aktörerna har av varandra binder dem samman och ett norénskt drama spelas upp på våra mottagningar. Doktorn och patienten har traslat in sig i sjukvårdens skyddsnet och blivit varandras fångst. Jag blev ofri i förhållande till Astrid som fick tätare återbesöks-tider.

Att brinna för och brännas ut

Doktorer som haft gott om bränsle i sina depåer och kanske brunnit för sin uppgift hotas att brännas ut av dessa olyckliga processer med deras olösliga och tärande problem. Det utvecklas en känslomässig utmattning och utarmning med minskande empatisk förmåga i relation till patienten. Doktors försvarsåtgärder ökar; de vanligare torde vara en ökande formalisering och distansering till vårdarbetet. Inom doktorn utvecklas en gnagande skuld och en nedvärdering av den egna förmågan. Nedstämdhet hotar med en minskande lust att fortsätta arbetet som doktor. God kraft dräneras från vården.

Utbrändhet torde också vara ett av de viktigare skälen till de ständigt återkommande uppgifterna om att var tjugonde doktor inte klarar sitt arbete på grund av psykisk sjuklighet, var femte doktor är långtidssjukskriven, var tredje doktor är olämplig som läkare på grund av empatibrist, var tredje doktor vill byta arbete osv.

Michael Balint och Balintgrupper

En alternativ möjlighet i dagens situation är att bistå doktorn i hans arbete

Det är nu inte längre de symptom patienten klagat över som är problemet, utan patienten själv blir problemet. Det är som om det inte längre är en sjukdom som skall undanröjas, utan doktorn tycks brottas med en förbjuden och skuldtyngd känsla att vilja återgälda, att låta rörsaxen avlägsna patienten själv från sina domäner.

ILLUSTRATION: AIRI ILLISTE

med den psykologiska problematiken. Denna gryende insikt föranleder vissa somatiska vänner i vården att inbjuda psykoanalytiskt kunniga gruppleddare till ett samarbete i en Balintgrupp.

Grupperna har hämtat sitt namn från Michael Balint, en av förgrundsgestalterna i den psykoanalytiska idétradition som utvecklades efter Freud. Balint startade efter kriget 1951 de s k forsknings- och träningsseminarierna vid Tavistock Clinic i London för engelska allmänläkare. Sedan dess har i stort sett kriterierna för en Balintgrupp bestått. Ett antal läkare från den somatiska vården, vanligen sex till tio, ses som regel en till två timmar varannan vecka.

Man har sett arbetet som ett möte mellan två kulturer och likvärdiga kompetenser, den psykologiska och den somatiska. Det är ett möte mellan olika erfarenheter. Doktorn är van att orientera sig bland de data som patienten presenterar, det som så att säga står på raderna, och han söker utifrån dessa fakta ett orsakssammanhang. Psykoanalytikern å andra sidan kommer från möten med patienter som sökt honom därför att de

velat förstå mer av sitt inre liv, sina okända underliggande syften och strävanden. Psykoanalytikern har till skillnad från somatikern fått mandat att tränga in i en bakomliggande problemvärld, och han har etablerat en vana att lyssna och känna in det utsagda, det som står mellan raderna. I sin behandling söker han medvetandegöra detta och skapa ett meningssammanhang.

Balint i praktiken

Målsättningen med Balintarbetet är att öka doktors förmåga att »överleva» patientens behov att ha honom som förvaringsplats för sina utlokaliserade känslor, att successivt kunna lyssna in patientens svårigheter, och att reflektera över vad som iscensätts av patienten, utan att doktorn förlorar sin somatiska skarpsynthet.

I det praktiska arbetet presenterar en läkare ett patientmaterial, som sedan diskuteras i gruppen. Denna är fri att associera och uttrycka infall, idéer och känslor. Oftast handlar det om svåra och »obegripliga» patienter. I samtalet hålls fokus på patient-läkarrelationen, fram-

för allt på patientens behov av att registrera sitt inre drama i relation till doktorn. En grundtanke är att man kan komma relationsproblematikens väsen på spåren om man tar sin utgångspunkt i det doktorn hela tiden känner av, men trots dess ständiga närvaro ändå inte riktigt tycks gå i närkamp med, den s k överföringen och motöverföringen för att tala psykoanalytiska. I Balintarbetet söker man alltså efter de främmande känslor som väckts i doktorn i form av vrede, besvikelse, hämnd, avvisande, förälskelse, eller som hos mig i arbetet med Astrid, skamlig stumhet och behov av bekräftelse.

Konkreta råd undviks

Stämningläget har en benägenhet att även etablera sig parallellt i gruppen. Gruppens trygghet och arbetsro är beroende av i vilken grad dessa turbulenta krafter kan fördras, igenkännas och verbaliseras. Utifrån meningsutbytet hjälper gruppleddaren till att formulera hypotetiska problemställningar i patient-läkarrelationen. Man undviker konkreta råd och lösningsförslag, något

som ofta upplevs som frustrerande. Att formulera problemen är dock i sig en väg till lösning, som doktorn nu är fri att utveckla efter egen läggning och gottfinnande.

Att klä den främmande känslan i ord

Vad som sker är att doktorn via samtalet får en möjlighet att sortera i de primitiva känslolägen som bosatt sig inom honom, och att klä den främmande känslan i ord. Det skapas därvid i gruppen en hypotetisk berättelse om patienten, vilken alltmer framträder som en person i ett meningssammanhang. Laddningen i affekterna som tidigare skymt sikten avtar, det uppkommer en upplärning när denna experimentella förståelse av patienten och doktors samspel framträder. Man ser nu skogen i stället för alla träd.

Då doktorn åter möter patienten märker han också ofta att hans nya syn på patienten förändrat relationen.

Astrids tysta väntande verkade inte längre som samma krävande förväntan. Doktorn sitter nu med frågor och funderingar över den person (inte bara symtomen) som förut mest skapade en obekvämlust.

Jag tror inte att det är en alltför avancerad gissning att denna positionsflyttning inom doktorn medför att patienten mår bättre. Om doktorn dessutom, utifrån en tryggare inre position, kan benämna något i relationen som berör och känslomässigt igenkänns av dem båda, en »flash», så kan det göra det möjligt för patienten att se något av sina egna svårigheter. Mitt enkla yttrande var att Astrid inte verkade vara nöjd, som om hon ville att jag skulle säga något mer. Astrid verkade längta efter några ord som kanske fyllde upp en inre tomhet. Och i samma ögonblick Astrid benämnde sig som »torftig», förvandlades hennes torftighet. Kanske man skulle kunna säga att Astrids skavank, innan den blev benämnd och symboliserad som »torftighet», var en torftighet, en skavank. Men att orden förvandlade hennes torftighet till ett tänkande om torftighet, vilket inte är samma sak. Också min torftighet minskade då den blev talbar.

Även om dessa möten innebär en emotionell omdaning i stunden så syns dock oftast inga märkbara eller märkvärdiga yttre förändringar hos patienten. Men mycket små riktningförändringar kan med tiden ge en tydligare deviation från en destruktiv och fastlåst bana. Resultatet kanske bara är en något mindre otillfredsställd patient, och en något mindre otillfredsställd doktor. Detta kan dock vara avgörande stämningförskjutningar hos patienten som innebär att hon fortsättningsvis »väljer»

att inte definiera sig som patient. Astrids behov av mig och sjukvården minskade, besöken blev glesare och glesare. Detta tysta arbete är ofta en ganska strävsam process med små oansenliga steg, något som väcker föga uppmärksamhet och erkänsla hos dem som har de ekonomiska styrmedlen och värderar vårdens innehåll.

Det reflekterande som kan ske i Balintgruppen minskar också risken för ett utagerande från doktorn. Den somatiserande attityden, behovet att lugna med t ex lugnande mediciner och lugnande utredningar och behovet att avvisa patienten med hänvisningar till andra sjukvårdsinstanser, allt förefaller avta. Och en doktor vars skavanker minskar blir något mindre vidbränd. Balintarbetet kan således verka som en antidot mot utbränning.

Att skapa – inte lösa psykiska problem

I det nämnda perspektivet blir doktors svåra psykologiska uppgift i första hand att via omformulerandet bidra till att problematisera och så att säga skapa psykologiska problem där sådana klätts i en kroppslig språkdräkt. Astrids smärta övergick partiellt till en torftighet som samtidigt lättade då den blev igenkänd och benämnd. Om doktorn lyckas har han utfört en grundläggande psykoterapeutisk uppgift. Men det är inte ett mål att doktorn skall vidareutvecklas och bli en terapeut. Att bedriva terapi kräver en utvidgad kunskap och teknik. Och det arbetet kan också stå i motsättning till doktors medicinska arbete.

Ty en stor svårighet för doktorn är att faktiska och fantiserade sjukdomar kan vara förvillande lika. Missmod kan maskera en malignitet. Doktorn måste alltså kunna växla mellan en inkännande närvarande hållning och en sakligt distanserad inställning. Att vara för upptagen av de omedvetna och utsagda budskapen kan minska doktors oundgängliga uppmärksamhet på patientens manifesterade meddelanden.

Doktors tekniska förhållningssätt inkluderar även med nödvändighet en kroppsnära eller »kroppsinvaderande» kontakt. Detta är oftast inte förenligt med känslomässigt laddade samtal som berör relationen mellan honom själv och patienten, så som det sker i terapi. Efter ett sådant samtal är det svårt nog att be patienten klä av sig och att lyssna på hjärtat. Att göra en gynekologundersökning eller en palpation per rectum närmar sig gränsen för ett övergrepp. Så även om patienten behöver en terapeut är det viktigare att patienten får behålla sin doktor, och att de psykologiska problemen får bearbetas i livets ström utanför läkarmottagningen, om inte annat så hos en psykoterapeut.

Till glädje för sjukvården

Många rapporter tyder på att långa och trygga Balintgrupper medför att doktorn mår bättre. Balintgruppen verkar som en behållare och omvandlare av det menliga mentala material som fortplantas från patienten via doktorn in i gruppen. Hos doktorn kan det skapas en ökande medvetenhet och kunskap om egna psykologiska falluckor, och hans försvar blir mindre stela. Det uppstår en ökad självkänsla liksom en ökad förståelse mellan olika kolleger.

I och med att doktors nyfikenhet på psykologiska processer ökar så ändras sjukvårdsklimatet. Det sjukdomsorienterade synsättet kompletteras med ett patientorienterat, och doktors ökande förmåga att fungera som en psykodialysapparat för patientens projektioner kan leda till en förbättring av patientens tillstånd. »Biverkningar» i doktorsarbetet i form av fixerande somatiseringar förefaller avta, och arbetet tycks innebära färre remitteringar, färre medicin-föreskrivningar, färre sjukskrivningar.

Värdet med metoden ligger i om det kan uppstå en liten förändring i doktorn själv, något som leder till knappt märkbara men väsentliga kursändringar hos flera patienter. För den ekonomiskt och politiskt styrda sjukvården torde det också vara intressant att denna investering i doktorn tycks medföra inte bara god personalvård, utan bättre patientvård till lägre pris.

Översiktsreferenser

1. Balint M. The doctor, the patient and the illness. London: Tavistock Publications, 1957 (omarbetad 1964 och utgiven av Pitman Medical Publications, London, 1973).
2. Balint M. The basic fault. London: Tavistock Publications, 1968.
3. Bion WR. Gruppterapi. Teorier och erfarenheter. Stockholm: Prisma, 1974.
4. Härdelin L. Diagnosbenämning kan hindra problemlösning och fungera som alibi för läkare och patient. Läkartidningen 1991; 88: 1800-2.
5. Härdelin L. Mer förståelse, mindre (bort)förklaring av emotionella problem i läkararbetet. Läkartidningen 1992; 89: 3931-3.
6. Härdelin L. Lösgör patientens självläkande resurser. Läkartidningen 1993; 90: 4443-5.
7. Igra L. Objektrelationer och psykoterapi. Stockholm: Natur och Kultur, 1983.
8. Jablonsky H. Balintgruppverksamhet – utbildning för effektivare läkarvård. Läkartidningen 1992; 89: 2867-88.
9. Kaij L. Grupphandledning i praktisk medicinsk psykologi. Läkartidningen 1977; 74: 3803-7.
10. Norman J, Ylander F. Motöverföring. Om omedveten kommunikation. Stockholm: Natur och Kultur, 1995.
11. Szecssöy I. Tillämpad psykoterapi för allmänläkare. Föredrag vid Läkaresällskapets riksstämman 1994, sektionen för medicinsk psykologi. Svenska Läkaresällskapets Handlingar Hygiea 1994; 103: häfte 1: 245.