

Balintkonferensen i Lund 3–4 oktober 2025

Föredrag av Pia Dellson

Jag är onkolog och psykiater och arbetar med cancerrehabilitering, så många av mina exempel i det här föredraget kommer att tas från cancervården. Jag har också en grundutbildning i psykodynamisk psykoterapi och är mångårig balintheadare och kursledare i patient-läkarkommunikation, så en del erfarenheter kommer också från dessa håll.

Konferensens tema är Hjälplöshet och Hjälpnödighet. Därför tänkte jag reflektera en stund tillsammans med er, och ta inspiration från några modeller och tänkare som kan kasta olika sorters ljus över de här frågorna.

Vad betyder hjälpnödig? Det kan beskrivas som att man agerar för att lindra smärta som någon annan uttrycker, att man vill ställa till rätta när någon signalerar att något är fel. I ordet ingår även en negativ aspekt, att man agerar för mycket på något sätt. Kanske genom att ge goda råd eller ordinera behandlingar, fast det som hade behövts är att sitta still i båten och bara lyssna, eller att bekräfta den andres lidande.

Varför är det så lätt att bli hjälpnödig? Våra beteenden har ofta uppstått för att de ger evolutionära fördelar, och att det bidrar till artens överlevnad att vi hjälper varandra. Det är till viss del även något individuellt, olika människor är i olika hög grad inriktade på att hjälpa andra. De som söker sig till vården, omsorgen och liknande arbeten, har inte sällan en särskilt stark inriktning på att hjälpa andra. Vi är ofta oerhört hjälpsamma som personer, vilket både kan vara både till fördel och till nackdel.

Det finns som sagt i grunden en överlevnadsvinst i att vi hjälper varandra, att vi tar hand om de svaga eller sjuka, och att vi skyddar barnen. Det skapar också ofta starka band, med individer och grupper. Kanske är det därför vår hjärnas uppbyggnad gör att vi har en benägenhet att vilja hjälpa andra. Vi har starka inbyggda system som framkallar hjälpsamma beteenden, vårt anknytningssystem till exempel.

Människor under hot, som exempelvis lider av smärta, oro eller sjukdom, är ofta hjälpsökande. De gråter, visar hur ont de har, hur oroliga de är, hur de lider och hur de vill att någon som har kunskap eller inflytande ska hjälpa dem. Detta aktiverar våra anknytningssystem, vi vill skydda och hjälpa som ett gensvar. De hjälpsökande trigger i gång de hjälpsamma och gör dem hjälpnödiga.

Anknytningssystemet är ett känslostyrt system, och känslor är en av våra starkaste drivkrafter. Känslor fungerar som ett motivationssystem som styr vårt beteende, och som ger oss information om vad vi behöver för att må bra eller om något är fel. Vi är alla känslostyrda, även om vi ibland är omedvetna om att vi är det.

Känslosystemen behöver aktiveras, för att vi ska kunna fatta beslut och agera. Nobelpristagaren Daniel Kahneman har i sin bok *Att tänka snabbt och långsamt*, beskrivit vårt beslutsfattande som att det består av två system som samarbetar. (Kahneman, 2011) Han kallar dem System 1 och System 2, och enkelt beskrivet styrs de av känslor respektive förnuft. System 1 är snabbt, intuitivt och använder känslor för att så energisnålt som möjligt fatta beslut. Man kan kalla det vår magkänsla. Det fungerar alldeles utmärkt för vardagliga, återkommande situationer där resultatet brukar bli det vi önskar.

System 2 kopplas in när System 1 inte räcker till, när situationen är mer komplex eller tidigare beslut enligt magkänslan har lett oss fel. System 2 kräver mer tid och energi, det använder sig av högre kognitiva processer, samlar in fakta, drar systematiska slutledningar som ibland tycks gå på tvärs mot det som intuitivt känns rätt. Vårdprogram och multidisciplinära konferenser är exempel på försök att stödja beslutsfattande enligt System 2.

Men det lättaste för oss är alltid att använda magkänslan, det går snabbast och känns rätt, fast det ibland på längre sikt blir till skada. Som när man dämpar patientens smärtor med ännu ett recept på opioider, i ett läge där man vet att det snarare riskerar att orsaka ett beroende. Men patienten blir så tacksam här och nu, och man har löst problemet enkelt för stunden. Men man hade behövt koppla in System 2 och lägga upp en annan plan, vilket tar mycket längre tid och kan göra patienten besviken.

En riktigt stark trigger för hjälpnödighet är känslan av hjälplöshet, eller maktlöshet. En del människor som känner sig hjälplösa reagerar med att tappa farten eller bryta ihop. Läkare gör nästan aldrig det. Vi är tränade att agera till varje pris, lösa problem och fatta aktiva beslut. Det krävs mycket kunskap, erfarenhet och självkänedom för att en läkare ska klara av att stå emot driften att agera, och i stället lägga en plan som innebär att inte exempelvis behandla. Att inte ge en kur experimentell cytostatika till. Att förordna god omvårdnad i första hand, eller behandlingspaus och expektans.

Vår benägenhet att agera på hjälplöshet skiljer ibland inte heller på var känslan av hjälplöshet kommer ifrån. Den kan vara vår egen, men den kan också vara överförd från patienten - en så kallad projektiv identifikation. Det innebär att patienten omedvetet inte står ut med att känna sig hjälplös, och därför, återigen omedvetet, i stället projicerar hjälplösheten på andra, exempelvis läkaren. Vi uppfattar känslan som att den var vår egen, och svarar på den med att agera, ibland på ett förhastat och hjälpnödigt sätt. Det enda sättet att inte styras av den andres känsla i ett sådant läge, är om man lyckas göra sig medveten om den, och om var den kan komma ifrån, och därigenom hinner bromsa sig själv och koppla in System 2. Denna medvetenhet kan man träna, till exempel genom deltagande i Balintgrupper.

Här skulle jag vilja föra in ytterligare ett begrepp att reflektera kring. Det gäller ett resonemang av Hartmut Rosa, en tysk sociolog som myntat det intressanta begreppet resonans. Han har skrivit boken *Det vi inte kan råda över*, som på tyska har titeln *Unverfügbarkeit* - eller oförfogbarhet, vilket är ett annat begrepp som hänger ihop med resonans, och som jag återkommer till.

Resonans betyder genklang, att någonting svänger i takt med något annat. Rosa beskriver det som en upplevelse av att man själv svänger i takt med någonting utanför sig själv. Att det är något som talar till oss och som vi svarar an på. Han tar som exempel det första snöfallet på vintern, eller en romantisk middag med tända ljus, eller känslan av att vara ett med naturen under en safari. Den sortens upplevelser kan väcka förundran och starka känslor av att vara vid liv. Ett genomgripande sådant möte med världen kan förändra oss som människor.

Men den här upplevelsen kan inte *garanteras*, man kan bara hoppas på att få uppleva resonansen. Vi kan köpa konsertbiljetten eller safariresan, men om det blir en platt upplevelse eller om det uppstår resonans, det går inte att styra över. Objektet kan göras förfogbart, men resonansupplevelsen är ändå oförfogbar. Här kommer oförfogbarheten in, och den är intimt förknippad med resonansen, som dess förutsättning. För om det är möjligt att helt kontrollera upplevelsen av något, då skapas ingen resonans. Om vi exempelvis redan visste hur en

fotbollsmatch skulle sluta, exakt vad som skulle hända, då hade den inte väckt vårt intresse. Det är ovissheten som fångar oss.

Enligt Rosa definieras resonans av fyra kännetecken: *Beröring*, *egenaktivitet*, *transformation* och *oförfogbarhet*. Beröring innebär att det är något som anropar oss och berör oss, som sätter i gång oss. Egenaktivitet innebär att vi ger ett eget aktivt svar, att vi reagerar på något sätt, får snabbare puls, gåshud eller tårar i ögonen. Transformation handlar om att vi förvandlas av mötet. Det kan vara stort, att vi blir "en annan människa", eller subtilare som att vi kanske skiftar sinnesstämning. Oförfogbarhet innebär att resonansen bara händer, fast vi inte vet med säkerhet att den kommer att hända, det finns ingen metod för att garantera den.

Läkaryrket ger möjlighet till flera sorters resonansskapande erfarenheter. Själva mötet med patienter kan ge en stark känsla av resonans när man når fram, hittar samma våglängd, och beslutar klokt tillsammans. Vi kan hitta resonans i att vara detektiver som hittar orsaken till och lösningen på de symptom patienten uppvisar. Att ge en behandling som gör en sjuk person frisk är något av den starkaste resonans man kan uppleva. Och att arbeta tillsammans i ett team med olika kompetenser och perspektiv som sammantagna leder framåt, i kliniken eller forskningen, det kan väcka en stark resonanskänsla. Vi anropas och ger gensvar.

Så vi söker oss mot resonans och försöker ofta åstadkomma den. Om vi återknyter till mitt inledande resonemang om hjälpsamhet, är det en härlig känsla att hjälpa en hjälpsökande person. Det kan ge en stark resonansupplevelse. Den kan inte garanteras, men vi längtar efter den och kanske bidrar det till att vi så gärna vill svara an på patientens nödrop.

Här kan man stanna upp och fråga sig om hjälpnödighet alltid är något dåligt? Ofta fungerar det ju väldigt bra att vi agerar och ger råd och behandlingar. Man måste ju inte ändra på det som fungerar. Men däremot kan man behöva vara vaksam på sig själv och fråga sig ganska ofta, gör jag rätt här? Eller råkar jag eller teamet i svårigheter, för att vi handlar för mycket eller för kortsiktigt?

Dessutom behöver vi komma ihåg att människor har väldigt olika förmåga att väcka resonans i sin omgivning, eller i världen. Vissa personer vill alla vara tillsammans med, dem vill alla hjälpa. Och omvänt finns det personer som ingen spontant vill engagera sig i. Vem tar hand om de patienterna, som inte förmår skapa någon resonans? Det kan orsaka orättvisor, och en ojämlig vård. Då behöver vi använda System 2, så att vi skapar vårdrutiner som säkerställer alla patienter kan få en god vård, oavsett sin resonansförmåga.

Och vad händer om resonansen falnar? Ibland kan hjälplöshet faktisk orsaka att engagemanget sjunker. Känslan av hjälplöshet brukar trigga aktivitet, som jag tidigare resonerade om, men det kan vara annorlunda om det är en *faktisk* hjälplöshet, som när de behandlingsmetoder som jag kan erbjuda är otillräckliga. Då kanske jag i stället vill undvika situationen och vänder mig bort.

En kirurg exempelvis, kanske kan känna stark resonans så länge operativa ingrepp är lösningen på patientens problem, och patienten är angelägen att bli opererad. Men vad händer om operationsresultatet inte blir lyckat, om patienten blir missnöjd, eller om man hittar en inoperabel cancer som inte är behandlingsbar? I det läget kan kirurgläkarens resonans förstummas och han eller hon kan tappa intresset för patienten. Om man ser det från patientens perspektiv så var resonansen kanske också stark från dennes sida, och då kan

förlusten av läkarens resonansengagemang bli smärtsam för patienten, som kan uppleva sig övergiven.

Jag har som sagt mest erfarenhet av onkologi, och stöter inte sällan på onkologläkare som ger ännu en linje cytostatika därför att de behöver motarbeta en känsla av hjälplöshet, patientens eller sin egen. Det som ger starkast möjlighet till resonans för dem, är att ge en behandling, och att ta upp frågan om palliativ vård kanske känns hotfullt. Men att i stället förorda palliativ vård måste inte alltid innebära en förlust av resonansen. Det kan ge resonans om man lyckas nå patienten i det samtalet, och förmedla ett annat perspektiv. Om man kan hjälpa patienten att upptäcka vad som är mest värdefullt för honom eller henne i den sista fasen av livet, så att de får höra sin egen röst, och om man kan ge möjligheten att fokusera på den i stället för på cancerbehandling. Det kan skapa en stark livskänsla baserad på patientens egen upplevelse av vad som ger honom eller henne resonans, i stället för att vara hjälplöst beroende av sjukvården.

Jag tänker att vår längtan efter resonans i grunden är en positiv kraft, som skapar engagemang och meningsfullhet, exempelvis glädjen i att göra andra människor glada. Men vår resonanslängtan kan också lägga krokben för oss. Den kan skapa svårigheter för oss om andra inte blir glada, eller om vi inte kan hjälpa med de medel vi tänker oss att vi har tillgång till. Så när vi blir hjälpnödiga, alltså att vi ibland agerar för att hjälpa på sätt som inte är till gagn i längden, skulle det då kunna bero på att vi söker denna känsla av resonans alltför intensivt, eller i fel situation? Vi kan behöva fråga oss vems behov som står i fokus här - är det patientens eller mina egna?

Ibland är det viktigaste man kan göra att klart konstatera för sig själv, eller hela teamet, att vi har att göra med en patient som vi aldrig kommer att kunna få en känsla av resonans med, hur vi än försöker. När vi förstår det kan vi sluta kämpa för att åstadkomma resonans, och istället inrikta oss på att bara göra det vanliga rimliga medicinska arbetet, utan att alls få något tack eller någon kick av det. Det är också en sorts hjälplöshet, men det viktiga är att benämna den, i stället för att omedvetet styras av den.

Det finns många nyanser av hjälplöshet i vårt arbete som läkare. Jag arbetar med samtalet som främsta verktyg, och jag kan få en känsla av hjälplöshet när jag inte når fram. När jag inte lyckas hitta samma våglängd, och inte kan skapa en resonans mellan mig och patienten i mötet, utan möts av stumhet eller tomhet. Eller när en patient försöker styra eller till och med manipulera mig, förfoga över mig, beställa mediciner eller intyg, då kan det uppstå en känsla av alienation eller främlingskap i mötet. För patienten är jag då bara ett verktyg utan egen röst. Det kan göra att jag upplever meningslöshet, tristess, ibland nedstämdhet. Det blir motsatsen till resonansens livgivande känsla.

Det här kan även hända på organisationsnivå. När chefer, politiker, sjukvårdsorganisationen eller de digitala systemen, försöker detaljstyra mig i mitt möte med patienten eller bestämma exakt vad jag ska göra. Då kan hela mitt arbete bli avförtrollat, vilket är ännu ett av Rosas begrepp, och jag kan tappa intresset. Arbetsplatsen blir stum och grå. Hartmut Rosa beskriver det som att "försöken att målrelaterat styra interaktionsprocesser (t.ex. inom vården och skolan, men också inom forskningen och politiken) leder till att resonansaxeln förstummas (...) Läkare och vårdpersonal har att göra med dokument, parametrar och bildskärmar som de kämpar med under ständig tidspress, och de försöker optimera sina insatser tidsligt, ekonomiskt, tekniskt och medicinskt. (...) Då finns det inte ens i tanken något utrymme för den vårdades individuella röst, som inte går att råda över." Och, kan man kanske tillägga, det

finns inte heller något utrymme för den *vårdandes* individuella röst. Detta är nära relaterat till det resonemang som filosofen Jonna Bornemarks för, där hon myntat begreppet "förpappning", vilket också är en målande metafor för detta tillstånd.

Men det är komplext. Läkare kämpar ofta hårt mot alla former av styrning, även sådan som förnuftsmässigt är till gagn för det stora flertalet patienter, som direktiven i vårdprogram, eller krav på att sena palliativa och experimentella behandlingar inte ska beslutas av enskilda läkare, utan måste diskuteras på behandlingskonferenser. Många läkare kan intellektuellt förstå att detta hjälper till att fatta kloka beslut i allmänhet, men i det individuella mötet kan det ändå kännas annorlunda.

Kanske beror en del av motståndet på att sådant upplevs hindra läkaren från att i stunden följa sin intuition, och möta patientens hjälplöshet med en aktiv handling som man själv har bestämt. Där man ser hur det tänds ett ljus av hoppfullhet i patientens och närståendes ögon, där man känner genklangen av engagemang - vilket kan ge en stark resonansupplevelse. Det blir kanske sämre medicinskt, men det känns bättre. Det är som sagt komplext, för vi är komplexa varelser.

Så jag vill avrunda med en uppmaning att fundera över resonansen i våra liv. Att börja undersöka vad som ger mig resonans, och hur jag kan få in så många möjligheter till resonans som det går, i mitt arbete, och i mitt liv. Vi behöver få känna den, så vi bör bejaka vår resonanslängtan, fokusera på den, och unna oss resonans. Vi kan inte råda över den, men vi kan bli medvetna om vårt sökande efter den, och försöka skapa så bra förutsättningar som möjligt för att resonans ändå ska uppstå.

Intressant litteratur

Rosa, Hartmut, *Det vi inte kan råda över : om vårt förhållande till världen* (Bokförlaget Daidalos, 2020).

Kahneman, Daniel, *Tänka, snabbt och långsamt* (Månocket, 2013).

Broberg, Anders, Mothander, Pia Risholm & Granqvist, Pehr, *Anknytningsteori*, 2 uppl. (Natur & Kultur Läromedel och Akademi, 2020).