



YLVA GUSTAFSSON

Hur kan vetenskaplig forskning kring empati förklara empatins roll i vården?

Under de senaste tjugo åren har det skett en märkbar ökning i rådgivande litteratur inom olika sociala yrken angående metoder för att bli mer ”emotionellt intelligent” och att lära sig att ”lyssna empatiskt”. Detta avspeglar en ökad medvetenhet om vikten av att bemöta patienter, elever och kunder på ett omtänksamt sätt. Särskilt inom hälsovården betonas beaktandet av patientens perspektiv och också lyssnandet på patienten. Samtidigt kan man idag se en märkbar ökning i vetenskaplig forskning kring empati, där man intresserar sig för den neurologiska och psykologiska grunden för empati. Finns det ett samband mellan dagens krav på effektivitet i vården och det ökande vetenskapliga intresset för empati? Är empati ett medel för att effektivisera vården eller handlar empati om att möta och respektera en människa?

Jodi Halpern¹ beskriver det ökade intresset för empati inom hälsovården som en reaktion mot den distanserade och auktoritära attityd som präglade hälsovården under 1950-talet. Detta auktoritära förhållningssätt bland läkare, avspeglade de stora tekniska och vetenskapliga framsteg som gjordes under första hälften av 1900-talet. Strävan efter en objektiv vetenskaplig medicinsk yrkesutövning skapade i hälsovården en förväntan på läkare att inte bli emotionellt och personligt berörda av patientens lidande. Under 1970-talet började man dock ifrågasätta den distanserade hållningen emot patienterna. Istället började man alltmer betona vikten av att läkare bemöter patienter på ett respektfullt sätt där de också lyssnar på patienten och beaktar patientens egna tankar om sitt tillstånd. I samband med detta har så småningom begreppet empati blivit alltmer centralt inom hälsovården.

Samtidigt kan man idag se en märkbar ökning i vetenskaplig forskning kring empati. Forskningen ifrågasätter sig ut över ett brett område så som utvecklingspsykologi, psykiatri, evolutionspsykologi, neurovetenskap och kognitionsvetenskap. Det vetenskapliga perspektivet på empati har också idag fått ett växande inflytande på hur empati diskuteras inom hälsovården. Särskilt neurologisk forskning kring empati nämns ofta i medicinska artiklar om empati. Den neurologiska forskningen anses kunna ge oss en fördjupad, vetenskaplig förståelse av hur empati fungerar. Forskningen anses också vara till nytta för att man skall kunna utveckla undervisningsmetoder i empati för läkarstuderande.²

Affektiv empati och kognitiv empati

Inom filosofin och psykologin skiljer man vanligen mellan *kognitiv* och *affektiv* empati. Affektiv empati beskrivs ofta som ett mer grundläggande fenomen, medan kognitiv empati ses som en högre förståelseprocess.³

Gällande affektiv empati har idag intresset för neurologisk forskning ökat starkt. Centrala teorier som berör affektiv empati är bland annat spegelneuron-teorin⁴ och också den så kallade simulationsteorin.⁵ Spegelneuron-teorin bygger på experimentell neurologisk forskning där man påvisat till exempel att då en apa betraktar en annan apa som äter en banan, så aktiveras samma område i hjärnan på båda aporna.⁶ Dessa neurologiska studier anses visa på en grundläggande mental mekanism som möjliggör mellanmänsklig förståelse. Simulationsteorin utgår från ett liknande antagande. Enligt förespråkare för simulationsteori bygger empati på att vi har en förmåga att imitera eller simulera andra människors kroppsliga tillstånd.⁷ Båda dessa teorier anses ge en grundläggande förklaring av vår medvetenhet om andra människor. Föreläsare för kognitiv empati brukar som kontrast betona att empati *inte* enbart handlar om att beröras emotionellt eller att känna samma sak som den andra människan. Empati handlar om att *föreställa sig* den andras känslor och därmed också om en medvetenhet om att den andra personens upplevelser är *skilda* från mina egna upplevelser.⁸

Affektiv och kognitiv empati brukar dock vanligen inte ses som motsatser. Snarare anser man att dessa är två kompletterande sidor i vår förståelse av den andra männ-

iskan. De beskrivs då ofta som olika förståelsenivåer, där affektiv empati är en mer primitiv nivå medan kognitiv empati är en högre intellektuell förmåga.

Idag har man alltmer börjat förklara empatins betydelse i hälsovården enligt denna tudelade medvetandeteoretiska modell av empati. Enligt Ingrid Preusche och Claus Lamm⁹, forskare inom social neurovetenskap, består empatin i en förmåga att affektivt dela den andras känslor samtidigt som man är medveten om att dessa känslor har sitt ursprung i den andra personen. Enligt dem finner denna affektiv/kognitiva definition av empati också stöd i hjärnforskning där man påvisat att empati aktiverar områden i hjärnan som berör såväl känslomedvetenhet som den kognitiva regleringen av känslor. Preusche och Lamm beskriver också affektiv empati som en "bottom-up" process medan kognitiv empati är en "top-down" process. Våra spontana emotionella reaktioner på andra människors känslor beror, enligt dem, på att vi reagerar på vissa grundläggande handlingsmekanismer hos den andra människan. Detta gör att vi kroppsligen spontant kan "översätta" den andra människans beteende till vårt eget neurologiska system. Därigenom får vi en grundläggande och spontan analog förståelse av den andras upplevelse. Samtidigt kan denna spontana neurologiska reaktion också regleras med hjälp av vårt medvetande, det vill säga med hjälp av den kognitiva empatin.¹⁰

Enligt Preusche och Lamm har forskning i social neurovetenskap visat sig vara till nytta på flera sätt i träningen av läkarstuderande. Ett flertal forskare inom social neurovetenskap som intresserar sig för empati, betonar att läkare borde tränas i att vara uppmärksamma på, och känna igen kroppsliga uttryck hos patienten. Därtill kan den neurologiska forskningen också användas för att utveckla metoder för läkarstuderande att förstå och kontrollera sina *egna* känslor i mötet med patienter. Det här har blivit en central fråga för forskningen eftersom allt fler människor som arbetar inom hälsovården allt oftare drabbas av emotionell utmattning.¹¹

Vad betyder det att se en kropp?

Helen Riess m.fl.¹² har utvecklat en empatiträning där läkarstuderande skall träna sig i att tyda ansiktsuttryck genom att iaktta fotografier på ansikten. Denna träning utgår från Paul Ekmans studier i förståelse av ansiktsuttryck. Ekman har sedan slutet av 60-talet forskat kring betydelsen av ansiktsuttryck. Enligt Ekman kan ansiktet uttrycka olika slags känslor beroende på hur man rör sina ansiktsmuskler. Glädje ser ut på ett visst vis, sorg på ett annat och så vidare. Han har också studerat människor från olika länder och kulturer för att visa att alla människor i stort sett förstår ansiktsuttryck på samma sätt.¹³

Enligt Riess m.fl.¹⁴ har träningen i att iaktta ansiktsuttryck haft positiva resultat. Resultatet var att patienter upplevde att läkarstuderande som genomgått träningen ansågs vara mera empatiska än läkarstuderande som inte genomgått denna träning. Riess m.fl. skriver: "Det

fanns en stark positiv korrelation mellan förändringar i förmågan att avläsa nyanserade ansiktsuttryck mätta i Ekmans ansiktstest och förändringar i patienters bedömning av läkares empati [...]."¹⁵

Det finns dock vissa problem med både Ekmans studier och Riess träning i att förstå ansiktsuttryck. Ansiktsstudierna är genomgående uppbyggda så att testpersonen iakttar ett fotografi av någons ansikte. Studierna bygger alltså på ett *passivt* iakttagande av andra personers ansikten snarare än umgänge med den andra personen. I vårdsammanhang är det däremot oerhört viktigt att man *umgås* genom att se varandra i ansiktet. Frågan är då varför denna träning har en enkelriktad karaktär? En förklaring kan vara att även om läkare och patient samtalar, så hör det också emellanåt till läkares arbete att försöka observera patienten. I den meningen behöver ett enkelriktat iakttagande inte nödvändigtvis alltid vara fel. Men frågan är om ett sådan noggrant iakttagande är det enda sättet som patientens ansikte har betydelse för läkaren? Ekmans ansiktstest skapar bilden av att det är normalt att ständigt iaktta andras ansikten så noggrant som möjligt. Intrycket man får här är att läkare alltid *borde* iaktta patientens ansikte noga, för att förstå patienten bättre. Det framstår som ett mycket spänt och nervöst samtal där läkaren hänger upp sig på varenda blinkning eller minsta lilla harkling som patienten gör. Detta skapar en märkligt tillspetsad bild av samtal.

Ett annat problem med Riess träning i att förstå ansiktsuttryck är att den skapar en stereotyp idé om *vem* den empatiska vårdaren är, nämligen en läkare som undersöker, diskuterar, frågar, men *inte* en sjuksköterska som lyfter, tvättar, hälsar på och hjälper med vardagliga bestyr. Denna starka fokusering på ansiktsuttryck skapar en begränsad bild av hur kroppslighet har betydelse i umgänget mellan vårdare och patient. Vårdyrken handlar trots allt om mycket mer än att iaktta patientens ansikte. Kroppslig omtanke och känslighet handlar till exempel om att kunna tvätta en gammal människas hår på ett försiktigt sätt eller att klä en sjuk människa i rena och snygga kläder¹⁶. Dessa sätt att vara uppmärksam på en annan människas kroppslighet handlar inte om att iaktta muskelrörelser i ansiktet utan om att *bemöta* den andra som en individ. Forskarna som betonar affektiv empati diskuterar så gott som aldrig den här sortens exempel på kroppslighet.

Problemet med detta detaljerade fokus på ansiktsuttryck är dock inte enbart att det utelämnar en mycket stor del av den kroppsliga karaktär som omtanke kan ha i vårdsammanhang. Problemet är också att Ekmans ansiktstest bygger på antagandet att uppmärksamhet och känslighet mot den andres kropp främst handlar om att lära sig *allmänna kroppsliga mönster* i människors beteende. Halpern¹⁷ är kritisk till strävan att utveckla allmänna empatiska beteendemönster inom vården. Hon skriver: "Vi kan inte kodifiera och förutbestämma typiska kliniska situationer eller typer av social interaktion..."¹⁸ Istället för att försöka utveckla generella metoder för att "kodifiera" patientens kroppsliga beteende,

betonar Halpern vikten av att visa intresse för patientens livssituation. Halpern betonar också kroppslig närvaro som uttryck för en vilja att lyssna på patienten: ”läkare kan lära sig att sitta ned och ha ögonkontakt, se upp från datorskärmen och också i övrigt visa uppmärksamhet mot patienten.”¹⁹ Kroppsligheten handlar här om att visa respekt mot patienten och att vara närvarande i samtalet, snarare än att bli expert på att tyda ansiktsuttryck. Det här kan kanske också delvis förklara det positiva resultatet i Riess ansiktsträning. Även om Riess ansiktsträning handlar om att läkarstuderanden skall lära sig tyda *allmänna* kroppsliga uttryck, så verkar resultatet vara att studerandena blev mer uppmärksamma på den *enskilda* människan de möter. Det positiva resultatet i Riess ansiktsträning skulle då vara en bieffekt.

Något som också faller bort i den generaliserande ansiktsträningen är hur kroppslig uppmärksamhet i många fall bygger på en längre personlig relation med en annan människa, där känsligheten för den andras kroppslighet i sig är uttryck för relationen. I boken *Omtankar* berättar Christina Olofsson om sitt arbete inom äldre vården med att hjälpa en äldre kvinna som hon kallar Svea.

”Svea ville alltid se elegant och proper ut, gärna i vit blus och kort svart kjol för de snygga benen måste ju visas. Vid ett tillfälle ville jag att Svea skulle köpa nya sommarkläder. Hennes gamla hade blivit för trånga på grund av mindre rörelse eftersom hon nu satt i rullstol. Jag hittade en beige kjol och en småblommig blus i stretchmaterial. När jag hjälpt henne på med kläderna var hon inte helt nöjd, för mycket färg. Jag förklarade att färgen och formen klädde henne och hon köpte kläderna. Några dagar senare när en manlig vårdare gav henne komplimanger för den fina klädseln, sken hon upp och sa: ’Visst ska man se snyggt ut.’ Dans var en stor glädje för henne även när hon inte längre kunde gå. Hon tyckte om att sjunga och skämta.”²⁰

Olofsson visar här en uppmärksamhet för Sveas kroppslighet som bygger på att hon känner Svea. Hon vet hurdan Svea är, att hon bryr sig om sitt utseende och sina kläder. I motsats till Ekmans ansiktstest är det här inte något Olofsson skulle kunna lära sig som en allmän regel. Olofssons omtanke för Sveas klädsel uttrycker inte någon allmän regel, utan visar snarare något om Olofssons omsorg för just Svea.

Även om det visat sig att läkarstuderande som tränas i Ekmans ansiktstest blir mer empatiska eller mer uppmärksamma på sina patienter, så lär de sig att betrakta patientens ansikte från ett anonymt och generaliserande perspektiv. Det behöver inte i sig vara något större fel på detta, det kan säkert i vissa fall också vara till nytta. Men de lär sig inte att uppmärksamma patienten som en enskild person som till exempel tycker om att klä sig snyggt. Inte lär de sig heller något om hur en personlig relation eller avsaknaden av en sådan relation kan ha betydelse för hur vi kan uppleva en annan människas kroppslighet som ett stöd, som tröst eller som främmande eller påträngande.

Relationen mellan affektiv empati och emotionell utmattning

Relationen mellan empati och emotionell utmattning har blivit en fråga som intresserar forskare inom social neurovetenskap alltmer. Emotionell utmattning är ett syndrom som särskilt drabbar vårdpersonal på grund av att vårddyrket ställer höga krav på omtanke och ansvar mot patienter. Men emotionell utmattning drabbar också familjemedlemmar till personer som är kroniskt sjuka. Enligt Ezequiel Gleichgerrcht och Jean Decety²¹ är emotionell utmattning huvudsakligen ett neurologiskt syndrom som orsakas av en alltför stark neurologisk känslomässig reaktion, det vill säga affektiv empati.

Forskare inom social neurovetenskap gör också idag en stor mängd experimentell neurologisk forskning kring relationen mellan affektiv empati och emotionell utmattning. En ofta citerad experimentell neurologisk studie handlar om hur vi förstår andra människors smärta. Gleichgerrcht och Decety hänvisar till ett experiment som utfördes av Cheng m.fl.²² I experimentet undersöktes skillnaden mellan hur läkare reagerar på andras smärta jämfört med en kontrollgrupp bestående av personer som inte var läkare. Båda gruppernas hjärnor studerades medan de såg på en video där man stack nålar i en persons ansikte, fötter och händer, eller där man rörde dessa kroppsdelar med bomull. Resultaten visade att läkarnas hjärnor tenderade att reagera annorlunda än kontrollgruppens. I kontrollgruppen kunde man se reaktioner i samma hjärnområden som också brukar reagera då en person själv känner smärta. Då läkarnas hjärnor studerades kunde man däremot se att andra hjärnområden reagerade, nämligen områden i hjärnan som anses ha kopplingar till medvetet handlande, minne och reglering av känslor. Samma experimentella neurologiska undersökning har gjorts upprepade gånger och resultaten betraktas således som trovärdiga. Experimentet anses dels visa på grundläggande neurologiska funktioner som gör att vi kan dela andras känslor (det vill säga affektiv empati). Därtill anses experimentet också visa att läkare har lärt sig att kontrollera denna spontana affektiva empati med hjälp av kognitiv empati.

Enligt Decety visar experimentet att emotionell utmattning beror på alltför mycket affektiv empati, medan kognitiv empati fungerar som en kontrollmekanism för att motverka emotionell utmattning. Tankegången här är således att emotionell utmattning kan motverkas genom att man lär sig att personligen hantera sina känslor med kognitiv empati.

Min uppfattning är däremot att detta experiment innehåller en mängd problem, vilket gör att det inte egentligen hjälper oss att förstå vad emotionell utmattning kan innebära. Jag vill inte ifrågasätta att emotionell utmattning kan ha kopplingar till neurologiska reaktioner. Det kan också säkerligen i många fall stämma att man kan använda vissa kognitiva metoder för att hantera sina känslor. Men experimentet är trots detta problematiskt.

”Samtidigt banaliserar experimentet den förtvivlan, hjälplöshet och utmattning en människa kan uppleva inför en annans svåra lidande.”

Det första problemet är att testet, återigen, är uppbyggt så att testpersonen passivt iakttar en person som har ont. Testpersonerna iakttar en video där man sticker nålar i en annan människas kropp. I hälsovårdssammanhang är det däremot centralt att förståelsen visar sig i hur vi *svarar* den andra både med ord och kroppsligen. Genom att konstruera experimentet på ett sätt där testpersonerna enbart passivt skall se på en video förbiser forskarna således det allra viktigaste i vårdssammanhang, nämligen vad vi *säger* och *gör* då en annan människa lider.

Ett annat stort problem är att experimentet är oerhört reducerat till sin karaktär och därför inte visar något om den vardag som gör att människor kan drabbas av emotionell utmattning. Experimentet visar inte på de svårigheter människor upplever då de ställs inför *återkommande* och *dagliga* krav på att ta ansvar för andra människors lidande.

Empatiforskare inom social neurovetenskap så som t.ex. Gleichgerrcht och Decety eller Preusche och Lamm är dock inte omedvetna om att dessa slags neurologiska experiment är begränsade till sin karaktär, och att det kan innebära att det blir oklart hur resultaten av experimenten visar något om verkliga livssituationer. Enligt Preusche och Lamm²³ är den begränsade karaktären i dessa slags experimentella testsituationer inte egentligen

ett problem utan snarare är den begränsade experimentella situationen bra eftersom man därigenom kan se ett systematiskt underliggande neurologiskt mönster i hur affektiv empati och emotionell utmattning fungerar. Jag vill ändå hävda att experimentet är problematiskt. Det skapar en illusion av att emotionell utmattning och utbrändhet är enhetliga fenomen. Samtidigt banaliserar experimentet den förtvivlan, hjälplöshet och utmattning en människa kan uppleva inför en annans svåra lidande. Min avsikt har inte här varit att säga att neurologiska reaktioner är irrelevanta för emotionell utmattning. Problemet jag försöker peka på är en tendens att reducera meningsupplevelser, och således då också att reducera samhällsproblem, till neurologiska syndrom.

Ett exempel på emotionell utmattning och kronisk smärta

På vilket sätt är det då viktigt att beakta en människas livssammanhang för att förstå vad emotionell utmattning handlar om? Jag skall försöka lyfta fram två olika situationer. Den ena situationen handlar om hur kronisk sjukdom kan prägla en familjs liv, och hur detta kan leda till emotionell utmattning. Den andra situationen handlar om emotionell utmattning bland vårdpersonal inom äldreomsorgen.

”Kleinman beskriver hur en patient med kronisk smärta sakta men säkert förlorar alla sina mänskliga relationer, alla relationer förgiftas av smärtan.”

Arthur C. Kleinman beskriver i *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*²⁴ hur kronisk smärta formar den sjuka människans relationer till andra människor. Han påpekar att de flesta människor med kronisk smärta upplever att andra människor förr eller senare slutar att tro på dem.

”En upplevelse som så gott som alla patienter med kronisk smärta delar är att vid något tillfälle kommer människorna omkring dem - huvudsakligen läkare, men också familjemedlemmar - att ifrågasätta smärtans äkthet. [...] många som arbetar inom hälsovården upplever patienter med kronisk smärta som en mardröm, de upplevs som överdrivet krävande, fientliga, och som underminerande av vården.”²⁵

Kleinman beskriver hur en patient med kronisk smärta sakta men säkert förlorar alla sina mänskliga relationer, alla relationer förgiftas av smärtan. Han beskriver hur mannen, som han kallar Howie, då han har ont, inte klarar av att umgås, stänger in sig i sitt rum.

”Smärtan får en att dra sig undan, den isolerar. Han går in i sitt rum, låser dörren, drar för gardinerna, släcker lampan, och lägger sig på sängen. Han försöker vila, att hitta en ställning som ’minskar på spänningen i musklerna’, med en ispacke mot ryggen för att ’kyla ned de hett brännande ner-

verna’. Under en sådan episod kan han inte tala med andra eller så blir smärtan värre, han står inte ut med ljud, ljus eller tryck.’ Han står inte ens ut med sina egna tankar.”²⁶

Mannens fru har på grund av smärtan tappat kontakten till honom:

”Det finns endast två sidor av Howie hemma. Den ena oroar sig för smärtan, den andra oroar sig för jobbet. Han är fullständigt uppslukad av dessa två sidor. Det finns inget kvar av honom för familjen, för att ha roligt, för att skratta. Det verkar som om det gått år sedan vi senast skrattade. Se på honom! Se på hans ansikte, hans ögon.”²⁷

Barnen orkar inte heller mera med sin pappa. De tycker han är gnällig och de tror inte på honom då han säger att han har ont.

”Howies tre barn föraktar sin pappa. [...] Den äldsta sonen säger: ’Han är ett spöke. Vi ser honom aldrig. Han är inne på sitt rum, far iväg till jobbet, är på sitt rum. Han spenderar aldrig tid med oss. Han är som en främling.

’Jag står inte ut med att höra om smärtan.’ Klagar en av tvillingarna. Hur kan vi veta att det är så allvarligt som han säger? Jag menar, jag tror honom men det går inte att se något. Han är inte döende eller något sådant.”²⁸

Kronisk smärta är något mycket mer än bara den fysiska känslan av smärta. Det är en upplevelse som med åren kan bryta ned en människas hela vardag, inklusive personens relation till familj och vänner. Kleinman beskriver hur kronisk smärta kan förgifta en människas liv fullständigt. Då den här sortens smärtor pågår i årtal förändras människan, liksom släkt och vänner förändras, men också läkaren förändras. Läkaren blir trött på patienten, han orkar inte mera med honom, orkar inte höra på hans 'gnäll'. Läkaren säger:

”Han är patetisk. Han är till hälften sitt eget problem. Han har i praktiken gett upp. Vad kan jag göra? Han kommer till mig med sin smärta. Jag måste ge honom något för den. Det är inte mycket jag kan göra, faktiskt. Jag står inte ut med att se hans namn på listan av patienter på min klinik. Under det år som gått då jag har träffat honom regelbundet har han aldrig sagt att han känner sig bättre eller lett eller varit optimistisk. Denna smärta drar ned honom och den har tydligt också dragit ned hans familj, och den tar också på mig. Jag känner mig ställd emot väggen. Jag har skickat honom till alla specialister och använt alla slags nya läkemedel. Jag tror inte vi längre har att göra med en sjukdom, smärtan har blivit hans livsstil.”²⁹

Familjen och läkaren kan sägas lida av emotionell utmattning. Har nu då denna utmattning något att göra med neurologiska reaktioner, vilket Gleichgerricht och Decety hävdar? Det är mycket möjligt att denna emotionella utmattning kan resultera i neurologiska reaktioner. T.ex. kan man tänka sig att då läkaren ser Howies namn på listan med patienter så drabbas han av en direkt kroppslig känsla av trötthet som också kunde ses i förändrade hjärnreaktioner (även om Kleinman inte ger en sådan beskrivning). Men det är ändå problematiskt att reducera utmattningen till ett fysiskt fenomen. Utmattningen visar sig i vad familjen och läkaren säger, i hur de tänker, i hur de ser hela sin vardag, sin framtid.

I den experimentella neurologiska forskningen kring emotionell utmattning framställs emotionell utmattning som om det bara var ett tillstånd i sig. Härigenom ägnar man inget intresse åt människornas egna beskrivningar av sin livssituation eller varför arbetet med kroniskt sjuka människor är svårt. Men i Kleinmans beskrivning ser man utmattningen i hur familjen beskriver sin vardag, och i hur de beskriver Howie. Hopplöshet, förtvivlan och leda är uttryck för ett sätt att förstå och tänka på livet. För att förstå familjens eller läkarens emotionella utmattning måste man förstå hur de beskriver sin vardag och hur de upplever att Howies smärta formar deras dagar och allt deras umgänge med varandra. Det är vissheten att inget blir bättre, att allt bara fortsätter, som familjen och läkaren inte längre orkar med. Detta är relationella svårigheter, och svårigheter som endast kan förstås genom att man ser på de konkreta beskrivningarna av ett mönster i vardagen och hur smärtan

präglar den sjukes dagliga umgänge med familj och läkare.

Arbetets och omsorgens fragmentering

Den neurologiskt inriktade empatiforskningen uttrycker en vilja att generalisera umgänget mellan vårdare och patient. Halpern³⁰ är kritisk mot denna vilja att generalisera empati i vården. Enligt henne finns det inte en enhetlig metod som man kan lära sig då man försöker bemöta andra människor empatiskt. Det finns enligt Halpern inte något standardbemötande man kan tillämpa på alla och en var. Fredrik Svenaeus³¹ betonar att empati handlar om att rikta uppmärksamhet mot den enskilda människan, att försöka lyssna på den enskilda patienten och att försöka vara närvarande för denna människa. Matthew Ratcliffe³² betonar också, liksom Halpern och Svenaeus, att empati handlar om att försöka umgås på ett öppet sätt med den andra människan snarare än om att lyckas använda sig av en mental teknik för att förstå den andra personen. Målsättningen är inte att vi bör bli experter på andra människors själsliv utan att visa respekt mot och vara uppmärksamhet på den människa vi möter³³. Frågan är om det idag finns utrymme för en sådan inställning i vården?

Marta Szebehely har forskat i hur hemvårdarens arbetsuppgifter förändrats under de senaste 30 åren i Norden. Enligt Szebehely m.fl.³⁴ har dagens krav på yrkesmässigt beteende inom äldreomsorgen blivit alltmer detaljstyrt. Från att arbetsuppgifterna tidigare inte var så noggrant definierade har de idag blivit oerhört detaljerade. Szebehely beskriver bland annat hur hemvårdare i Danmark varje dag skall bokföra sina arbetsuppgifter enligt ett oerhört detaljerat minutschema där varje handling motsvaras av en viss kod.

”Det fanns 83 olika koder, bland annat 10 koder under rubriken *Städning* [...] och 13 koder under rubriken *Personlig omvårdnad* (Till exempel bad och nedre toalett). [...] Matlagning återfanns under rubriken *Näring*, och promenad under *Mobilisering och aktivitet*. Vardagliga sociala aktiviteter hade därmed klätts i en medicinsk, professionell språkdräkt.”³⁵

Enligt Szebehely, är denna detaljstyrning uttryck för en effektivitetsdiskurs som idag kommit att präglar en stor del av äldreomsorgen i såväl Sverige, Danmark och Finland. Normala ord så som mat, middag eller promenad byts ut mot en vetenskapligt klingande rationell diskurs om näring och mobilisering. Denna diskurs hänger också ihop med ett striktare tidschema. I detta rationella tidschema verkar det inte mera finnas något utrymme för sådan omsorg som Olofsson berättar om då hon köper nya kläder åt Svea. Vårdpersonalens arbetsvillkor har också försämrats genom minskad personal och genom kortare arbetskontrakt. Samtidigt som hemvårdarnas arbetsvillkor har försämrats har allt fler vårdare börjat drabbas av emotionell utmattning. Enligt Johan Åhlin³⁶ är ett skäl till varför vårddyrken upplevs som utmattande

”Frågan är om dagens vetenskapliga och instrumentella betoning på mera empati i vården handlar om en vilja att beakta patienten som en individ och person?”

att vårdare upplever att deras arbete splittras upp så att de inte mera ges tillräckligt med tid eller möjlighet att ge god och personlig vård. Åhlin använder här begreppet samvetsstress. Nedskärningar i kombination med ökade krav på effektivitet har gjort att vårddyrket inte mera kan utföras på ett sätt där den sjuka människan kan bemötas på ett mänskligt och respektfullt sätt. Detta gör att vårdarna upplever att arbetet blir utmattande. Göran Rosenberg skriver:

”Jag vet inte varför människor nuförtiden arbetar som vårdbiträden eftersom det är ett illa betalt och tungt arbete som i allt högre grad organiseras av bemanningsföretag. Bemanningsföretag är företag som befriar andra företag från besväret och kostnaden och förpliktelsen att anställa personal. När ett företag saknar arbetskraft ringer det bemanningsföretaget. Företag kan hyra in personal för en timme eller för en dag eller för en vecka. Det betyder att ett vårdbiträde som är anställt av ett bemanningsföretag kan beordras bemanna ett sjukhem den ena veckan och ett annat nästa. Det betyder också att de gamla och mycket hjälplösa människor som tvingas leva på sådana sjukhem tvingas leva med ständigt nya vårdbiträden som de aldrig hinner lära känna och som aldrig hinner lära känna dem. Mellan vårdare och vårdade som vet att de aldrig kommer att lära känna varandra och kanske aldrig ens se varandra igen, eftersom de gjorts helt

utbytbara inför varandra, kan svårigen några individöver-skridande band uppstå. [...] Uppgiften att hålla en döende människa i handen får sin betydelse genom att den som dör betyder något för den som håller i handen och att den som håller i handen betyder något för den som dör och är därför svårförenlig med uppgiften att vara utbytbar [...] Människor som betyder något för oss är inte utbytbara. Människor som har till uppgift att ge omsorg åt gamla och hjälplösa människor har till främsta uppgift att betyda något för dem.”³⁷

Rosenberg beskriver här hur själva möjligheten att ge god vård bygger på att vårdare också ges utrymme att skapa en personlig relation till den människa de hjälper. Ett sätt att bryta upp omsorgen för äldre människor är att göra relationerna tillfälliga så att vårdarna aldrig vet om de ser den andra människan igen. Även om de skulle bekymra sig för människan ifråga, blir det praktiskt omöjligt att bemöta den andra på det personliga plan som det finns utrymme för att göra med människor de känner, människor de träffar regelbundet. En vårdare som inte vet om den kommer att se den äldre igen kommer inte att kunna samtala så som den samtalar med någon i en mer bestående vårdrelation. Samtalen med en obekant människa blir svåra, tomma, förvirrat trevande. Likaså blir det svårt att visa

omsorg i den kroppsliga vården om det inte ges tid och möjlighet att lära känna personen.

Kravet på effektivisering kan också ses i den ökade vetenskapligt präglade betoningen på professionellt empatiskt beteende. I boken *The Managed Heart*³⁸ beskriver Arlie Russell Hochschild hur det har uppkommit en ny form av *instrumentell* syn på känslor. Känslor som förut haft en personlig karaktär, har blivit ett slags varor, produkter eller verktyg som används i yrkeslivet.³⁹ Hon frågar: ”Vad händer då känsloregler, liksom regler för beteende, etableras av företagsmanualer istället för i personligt umgänge?”⁴⁰ Denna instrumentella syn på emotioner avspeglar en vilja att systematisera och effektivisera det mänskliga umgänget. Detta är också en förklaring till varför en alltmer vetenskapligt orienterad empatidiskurs idag fått ett så starkt fotfäste inom hälsovården. Den experimentella empatiforskningen standardiserar det mellanmänskliga mötet. Att beakta andra människor framställs som ett allmänt tekniskt mönster vi kan lära oss att följa. Då vårdare inte mera ges utrymme och tid att bemöta sina patienter på ett mänskligt sätt som måste få ta den tid det tar, försöker man kompensera detta med att drilla vårdarna i ett allmänempatiskt bemötande. Samtidigt ges detta drillande kredibilitet genom hänvisningar till vetenskaplig forskning i empati. Frågan är om dagens vetenskapliga och instrumentella betoning på mera empati i vården handlar om en vilja att beakta patienten som en individ och person?⁴¹

Avslutning

Idag betonas allt mer vikten av ett patientorienterat perspektiv i vården. I samband med detta har också begreppet empati kommit att bli allt mer centralt. Samtidigt kan man idag se en ökande mängd neurologisk forskning om empati. Denna forskning har fått stort utrymme för att många inom vårdsektorn idag drabbas av emotionell utmattning. Forskningen anses också kunna vara till nytta i utbildningen av läkarstuderande bland annat genom träning i att förstå kroppsliga uttryck. Den vetenskapligt, och då experimentellt inriktade, forskningen i empati ger intryck av att vår förståelse ”fungerar” på vissa systematiska vis. Detta är dock, vill jag hävda, en illusion som skapas av de starkt reducerade experimentella situationerna. Samtidigt är den neurologiska forskningen lockande eftersom den erbjuder generaliserbara och standardiserbara lösningar på hur vårdpersonal ska bemöta patienter. Det finns idag ett ökande krav på kostnads-effektivitet inom vården, och en allt starkare tidspress. I en sådan situation framstår standardiserbara lösningar på hur man skall bemöta patienter som lockande. Jag har försökt visa att den neurologiska experimentellt inriktade forskningen leder till en tendens att förbise de kontextuella och relationella svårigheter som arbetet och umgänget med kroniskt sjuka människor kan innebära för vårdpersonal och också för anhörigvårdare. Jag har också velat ifrågasätta den starkt reducerade bild av kroppslighetens sociala betydelse i vårdsammanhang som den neurologiska forskningen ger uttryck för.

Noter

- 1 Halpern 2011.
- 2 En stark förespråkare för ett vetenskapligt perspektiv på empati och som också betonar empatiskolningens roll i hälsovården, är Mohammadreza Hojat 2007. En nyanserad och också delvis kritisk artikel om empatiskolningens betydelse i hälsovården är Niemi-Murolo 2015.
- 3 Inom filosofi och psykologi har intresset för empati rötter som går tillbaka till Adam Smith och David Humes tankar om sympati. Själva begreppet ”empati” är dock modernt. Begreppet myntades av psykologen Edward Tichener 1909, som i sin tur hade influerats av psykologen Theodor Lipps teori om ”*Einfühlung*”. Edith Stein 1989 [1916] hör till en av de tidigaste filosofer som reflekterat kring begreppet empati. Tichener och Stein har dock mycket olika perspektiv på empati. Medan Stein har ett fenomenologiskt och hermeneutiskt perspektiv, har Tichener ett mer vetenskapligt perspektiv där han betonar experimentell forskning. För utförliga analyser av Edith Steins tankar

- 4 Begreppet spegelneuroner motsvaras av det engelska begreppet ”mirror neurons”.
- 5 Se t.ex. Goldman 2006.
- 6 Se t.ex. Rizzolatti 2005.
- 7 För en översikt över simulationsteorin se Gallagher & Zahavi 2012.
- 8 En av förespråkarna för ett mer kognitivt synsätt är Karsten Stueber, 2006. Men Stueber anser också att empati består av två delar, dels av affektiv empati, som enligt honom är en spontan kroppslig reaktion, och dels av kognitiv empati som är en högre mental förmåga. Stueber använder begreppen basic empathy och re-entative empathy då han talar om affektiv och kognitiv empati.
- 9 Preusche & Lamm 2016.
- 10 Denna beskrivning jag här ger av affektiv empati och kognitiv empati skall inte ses som en heltäckande beskrivning av dagens forskning kring empati. Min avsikt är här främst att diskutera ett ökande vetenskapligt orienterat intresse för begreppet empati. Inom den fenomenologiska traditionen hittar man dock andra, och i min mening betydligt

- 11 mer nyanserade, perspektiv på empati. Här kan nämnas Edith Steins tankar om empati. Stein var kritisk mot tanken att empati består i en analogisk föreställningsförmåga, eller en analogisk kroppslig reaktion. Stein betonade i kontrast till detta att empati riktar sig *mot* den andra människan. Se Svenaeus 2015 och Zahavi 2014.
- 12 På engelska används vanligen begreppet ”compassion fatigue” medan man på svenska talar om emotionell utmattning. Begreppet myntades av Charles Figley, 1995. Emotionell utmattning brukar beskrivas som ett syndrom som uppstår hos vårdpersonal som en reaktion på långvariga och höga krav på omtanke mot andra människor. Emotionell utmattning kan också ofta drabba familjemedlemmar som tar hand om kroniskt sjuka personer. Man skiljer ofta mellan emotionell utmattning och utbrändhet. Utbrändhet beskrivs som ett syndrom som inte behöver ha att göra med socialt arbete utan kan också drabba människor som arbetar i yrken som inte är sociala. Men utbrändhet kan också vara en del av, eller en konsekvens av emotionell utmattning.

12 Riess m.fl. 2012.
 13 Ekman och Friesen 1971, Ekman 1993. Ekman är influerad av Charles Darwins forskning kring ansiktsuttryck. Ekman forskning har många likheter med Darwins forskning. Se Darwin 1872.
 14 Riess m.fl. 2012.
 15 Ibid., 1284, min översättning.
 16 Dessa exempel är tagna ur Alsterdal 2011.
 17 Halpern 2014.
 18 Ibid.
 19 Ibid.
 20 Olofsson 2011, 23.
 21 Gleichgerrcht och Decety 2013 och 2014.
 22 Cheng m.fl. 2007.
 23 Preusche och Lamm 2016.
 24 Kleinman 1988.
 25 Ibid., 57, min översättning.
 26 Ibid., 64, min översättning.
 27 Ibid., 67, min översättning.
 28 Ibid., 68, min översättning.
 29 Ibid., 71, min översättning.
 30 Halpern 2014.
 31 Svenaeus 2015.
 32 Ratcliffe 2015.
 33 Ett gemensamt drag hos fenomenologer så som Halpern, Svenaeus, Ratcliffe och Zahavi är att de betonar empati som ett aktivt förhållningssätt emot den andra människan. Empati handlar om att visa intresse för den andra, att försöka lyssna och vara öppen för den andra människan. Detta är också en central tanke hos Edith Stein. Dessa fenomenologer betonar att empati bör ses som ett andra persons perspektiv, d.v.s. som ett förhållningssätt som har mening i *umgänget* med den andra personen, snarare än som en mental process. De skiljer sig således från dagens genomgående trend där empati vanligen definieras som en mental förmåga som kan delas upp i affektiv och kognitiv empati.
 34 Szebehely 2006.
 35 Ibid., 57–28.
 36 Åhlin 2015.
 37 Rosenberg 2003, 50–51.
 38 Hochschild 1985.
 39 Hochschild beskriver i sin bok hur flygvärdinnor arbetar och hur känslor är en mycket central del av deras arbete. Hon beskriver hur flygvärdinnornas jobb går ut på att alltid hålla god min och absolut aldrig bli arg, även om passagerarna kan bete sig oförskämt, bli berusade m.m. Även om yrket som flygvärdinna skiljer sig avsevärt från yrken inom vården kan man också se vissa likheter mellan Hochschilds beskrivning av de hårt drillade flygvärdinnorna, Szebehelys beskrivning av hemvårdarens noggranna arbetsschema, och dagens betoning på att vårdare skall vara empatiska.
 40 Ibid. 1985, 19, min översättning.
 41 Jag vill tacka redaktörerna på *niin & näin* för många hjälpsamma kommentarer på en tidigare version av denna artikel. Ett särskilt stort tack till redaktör Anna Ovaska på *niin & näin* för oerhört omsorgfulla och hjälpsamma kom-

mentarer. Jag vill också tacka Centrum för praktisk kunskap vid Södertörns högskola samt Centrum för forsknings och bioetik vid Uppsala universitet, och den filosofiska institutionen vid Åbo Akademi för hjälpsamma kommentarer på tidigare versioner av denna artikel. Jag vill också tacka Ella och Georg Ehrnrooths stiftelse samt Stiftelsen för Åbo Akademi forskningsinstitut för den forskningsfinansiering vilken möjliggjort arbetet med denna artikel.

Litteratur

- Cheng, Yawei, Lin, Ching-Po, Liu, Ho-Ling, Hsu, Yuan-Yu, Lim, Kun-Eng, Hung, Daisy & Decety, Jean, Expertise Modulates the Perception of Pain in Others. *Current Biology*. Vol. 17, No. 19, 2007, 1708–1713.
- Decety, Jean, Smith, Karen E., Norman, Greg J. & Halpern, Jodi, A Social Neuroscience Perspective on Clinical Empathy. *World Psychiatry*. Vol. 13, No. 3, 2014, 233–237.
- Figley, Charles R., *Compassion Fatigue. Secondary Traumatic Stress Disorders from Treating the Traumatized*. Brunner/Mazel, New York 1995.
- Ekman, Paul, Facial Expression and Emotion. *American Psychologist*. Vol. 48, No. 4, 1995, 384–392.
- Ekman, Paul & Friesen, Wallace, V., Constants Across Cultures in the Face and Emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 17, No. 2, 1971, 124–129.
- Gallagher, Shaun & Zahavi, Dan, *The Phenomenological Mind*. Routledge, New York 2012.
- Gleichgerrcht, Ezequiel & Decety, Jean, Empathy in Practice. How Individual Dispositions, Gender, and Experience Moderate Empathic Concern, Burnout, and Emotional Distress in Physicians. *PLOS ONE*. Vol. 8, No. 4, 2013, 1–12.
- Gleichgerrcht, Ezequiel & Decety, Jean, The Cost of Empathy Among Health Professionals. *Empathy. From Bench to Bedside*. Red. Jean Decety. The MIT Press, London 2014, 245–261.
- Goldman, A.L., *Simulating Minds. The Philosophy, Psychology and Neuroscience of Mindreading*. Oxford University Press, Oxford 2006.
- Halpern, Jodi, *From Detached Concern to Empathy. Humanizing Medical Practice*. Oxford University Press, Oxford 2011.
- Halpern, Jodi, From Idealized Clinical Empathy to Empathic Communication in Medical Care. *Medicine Health Care and Philosophy*. Vol 17, 2014, 301–311.
- Hochschild, Arlie Russell, *The Managed Heart. Commercialization of Human Feeling*. University of California Press, London 1983.
- Hojat, Mohammadreza, *Empathy in Patient Care. Antecedents, Development, Measurement and Outcomes*. Springer, New York 2007.
- Kleinman, Arthur C., *The Illness Narratives. Suffering, Healing and the Human Condition*. Basic Books, Portada 1988.
- Lamm, Claus, Decety, Jean & Singer, Tania, Meta-analytic Evidence for Common and Distinct Neural Networks Associated with Directly Experienced Pain and Empathy for Pain. *Neuroimage*. Vol. 54, 2011, 2492–2502.
- Niemi-Murola, Leila, Empatia on elinikäistä oppimista. *Duodecim*. No. 131, 2015, 62–67.
- Olofsson, Carolina, Göra en god handling? *Omtankar. Praktisk kunskap i äldreomsorg*. Red. Lotte Alsterdal. Södertörn studies in practical knowledge, Huddinge, 5, 2011, 29–43.
- Preusche, Ingrid & Lamm, Claus, Reflections on Empathy in Medical Education. What Can We Learn from Social Neurosciences? *Advances in Health Sciences Education*. Vol. 21, 2016, 235–249.
- Ratcliffe, Matthew, *Experiences of Depression. A Study in Phenomenology*. Oxford University Press, Oxford 2015.
- Riess, H., Kelley, J.M., Bailey, R.W., Dunn, E.J. & Phillips, M., Empathy Training for Resident Physicians. A Randomized Controlled Trial of a Neuroscience-informed Curriculum. *Journal of General Internal Medicine*. Vol 26, No. 1, 2011, 1280–1286.
- Rizzolatti, Giacomo, The Mirror Neuron System and Its Function in Humans. *Anatomy and Embryology*. Vol. 210, 2005, 419–421.
- Rosenberg, Göran, *Plikten, profiten och kosten att vara människa*. Bonnier pocket, Viborg, 2005.
- Stueber, Karsten R., *Rediscovering Empathy. Agency, Folk Psychology and the Human Sciences*. The MIT Press, Cambridge (Mass.) 2006.
- Szebehely, Marta, Omsorgsvardag under skiftande organisatoriska villkor. En jämförande studie av den nordiska hemtjänsten. *Tidskrift för arbetsliv*. Vol. 8, No. 1, 2006.
- Svenaeus, Fredrik, Empathy as a Necessary Condition of *Phronesis*. A Line of Thought for Medical Ethics. *Medicine, Health Care and Philosophy*. Vol. 17, 2014, 293–299.
- Svenaeus, Fredrik, The Relationship between Empathy and Sympathy in Good Health Care. *Medicine, Health Care and Philosophy*, Vol. 18, No. 2, 2015, 267–277.
- Svenaeus, Fredrik, The Phenomenology of Empathy. A Steinian Account. *Phenomenology of Cognitive Science*. Vol. 15, 2016, 227–245.
- Zahavi, Dan, *Self & Other. Exploring Subjectivity, Empathy and Shame*. Oxford University Press, Oxford 2014.
- Åhlin, Johan, *Stress of Conscience and Burnout Among Healthcare Personnel Working in Residential Care of Older People*. Umeå Universitet, Umeå 2015.