

# ”Utan verklig medkänsla kan man



ILLUSTRATION: MAY STRANDBERG

**R**ubrikens citat kommer från den svenske läkaren Axel Munthe, framgångsrik praktiker, författare och på 1800-talets slut kritisk lärjunge till den store franske klinikern Charcot. Munthe var en stor läkekonstnär, även om hans komplext sammansatta personlighet bär motsägelsefulla drag. I samma anda skrev medicinprofessorn Israel Holmgren: »Det viktigaste av allt för en läkare är att förstå själslivets finaste förändringar hos patienterna».

I en tid då man förespråkade att läkaren alltmer skulle distansera sig var detta ingen självklarhet. Idag kan man tycka att det är tvärtom. Empati har blivit ett modeord. Men vad lägger vi i begreppet? Ännu så sent som för mindre än tjugio år sedan var empatibegreppet tämligen okänt inom den medicinska praktiken. När lungläkaren Gösta Birath skrev sin bok »Det mänskliga i

sjukvården» (1981) så nämner han ordet två gånger. Den ena gången står det för känslomässig kontakt och den andra gången för sakligt engagemang. Utvecklingen fortsatte och med Ulla Holms bok »Empati. Att förstå andra människors känslor» (1987) ställdes begreppet i svenskt fokus. Man kan också se att den internationella litteraturen på empatiområdet ökade dramatiskt från 1970-talets slut.

**Empati brukar definieras** som uppfångandet av en persons känslomässiga budskap och inre tillfredsställelse av den andres behov. Empati rör de kognitiva och emotionella processer som binder samman människor och skapar relationer och medger att man delar erfarenheter och förstår varandra. Det organiska underlaget tycks ligga i prefrontala kortex, där skador visat sig medföra empatiska förändringar [1]. Empati är en kunskapsform som inne-

bär en (plötslig) kunskap eller insikt om den andres belägenhet och känsloläge. Därvidlag har empati släktskap med intuition. Empati innebär en växling mellan känslomässigt upplevande och intellektuell bedömning. Den empatiska förståelsen vägleder sedan vårdaren i hans bemötande av patienten.

**Det finns** som jag ser det i vårdens praxis två fallgropar när det gäller empatibegreppet. Den ena är att man i den ständiga lusten att förenkla reducerar läkekonst till att vara synonymt med att vara empatisk. Empati är en viktig del av läkekonsten, men som förhoppningsvis denna krönikeserie lyfter fram innebär läkekonst så mycket mer. Den andra fallgropen rör detta med att bevara sin neutralitet när man är empatisk. I praktiken finns det alltid med ett visst mått av *medkänsla* i inlevelseförmågan.

Om man förstår en annans lidande blir man berörd. I någon grad bör man visa att man blir berörd. Att visa upp ett

# aldrig bli en bra läkare”

stenansikte inför svårt lidande är knappast god läkekonst. Det behöver inte betyda att man bör/måste känna sympati för patienten. Sympati är att känna för, medan praktisk empati är att känna med sin patient. Det finns en stor otydlighet ute bland vårdare av alla slag vad som egentligen är empati-terminens innebörd. Intressant nog har man från omvårdnadshåll påpekat att empatibegreppet okritiskt togs över från psykologin och kanske inte riktigt lämpar sig för en vårdarens kliniska verklighet [2].

Delvis kanske denna otydlighet hänger samman med att empati är såväl en inre förståelseprocess men också ett yttre kommunikationssätt. Främst gäller nog tveksamheten empatins blandning av känslor och intellekt. En ensidig intellektuell empati saknar det viktigaste: medkänslan. En ensidig emotionell empati saknar möjligen i vissa situationer professionalismens skydd mot utbrändhet hos läkaren och även möjligheterna till att exempelvis vidareutveckla och rätt använda den terapeutiska kraft som kan finnas i patient-läkarrelationen.

Men i detta påstående ligger ett etiskt dilemma! Hur använder vi de olika terapeutiska krafter som finns och uppstår i sjukvårdens möten?

Jag har intrycket av att det är den intellektuella sidan av empatin som betonats starkast sedan begreppet kom i diskussionens fokus de senaste två decennierna. Kanske har detta samband med det skifte från förmynderi till självbestämmande för patienten som ägde rum i den medicinska etiken ungefär samtidigt? När vårdetiken alltmer betonade patientens autonomi ökade kravet på att vårdaren skulle uppträda neutralt och professionellt i betydelsen att inte själv visa känslor. Eller uttryckt på annat sätt: Ett emotionellt engagemang hos läkaren hotar i någon mening kränka patientens autonomi och styra patienten. När jag studerat historiska läkargestalter och deras relationer till sina patienter, exempelvis under tidigt 1800-tal, är det just läkarnas trygga auktoritet och faderlighet som inte sällan medfört lindring för patienten.

Denna lindring har således haft sin grund i paternalism och bristande auto-

nomi. Idag finns det många patienter som i de svåraste stunderna vill lämna över ansvaret till läkaren. Utmaningen idag är att balansera denna begärda paternalism och aldrig utsträcka den längre än det önskade, men sällan uttalade.

**Hur skall man då** som läkare veta att man är empatisk? Det är givetvis en central fråga. Hur får vi bekräftelse på att vi varit medkännande? Eller rättare: Hur förstår vi att patienten förstått vår förståelse? Empati har samband med de flesta andra delar i den konkreta läkekonsten. Givetvis bygger empati på lyhördhet men också på en god dialog såväl i verbalt språk som kroppsspråk och annat icke-verbalt språk. Man måste kommunicera sin förståelse tillbaka till patienten. Summering, återkopplande frågor och självexponering. »Jag kan tänka mig in i hur Du känner», kan vara led i en sådan kommunikation. Den uppriktiga sakligheten hör också till. Om man inte förstår så måste man fråga exempelvis »Varför känner Du så?».

**Givetvis skall man inte** låta egna känslor påverka hur man uppfattar den andre. Men att förstå en patients situation innebär att man blir berörd. På vilket sätt och hur mycket visar vi de egna känslorna? I den empatiska akten är det svårt att bevara sin neutralitet. En stegrad medkänsla leder till *medlidande*. Medlidandet är ibland motiverat i den kliniska situationen, ibland inte. Att vara medlidande när det inte är efterfrågat eller önskvärt kan vara kränkande. En grundförutsättning för medlidande är den empatiska inlevelsen. Mellan den utåt sett känslomässigt neutrala empatin och det känslomässigt deltagande medlidandet finns en mängd nyanser.

Man kan också fråga sig om det i en professionell hållning är möjligt att vara medlidande, lika mycket som frågan är om det är möjligt att visa upp neutralitet. Medlidandet bygger på en mycket medveten akt av igenkännande, där man samtidigt i sitt inre som vårdare gör klart för sig att man själv inte är drabbad. Det tål i sammanhanget att fundera över den danske filosofen Sören Kirkegaards ord: »Det att vara läkare är att själv vilja lida».



## KRÖNIKÖR

**CARL-MAGNUS STOLT**  
professor i humanistisk medicin,  
Karolinska institutet, Stockholm,  
chefläkare, Södra Älvsborgs sjukhus,  
Borås.

”*Jag har intrycket av att det är den intellektuella sidan av empatin som betonats starkast sedan begreppet kom i diskussionens fokus de senaste två decennierna. Kanske har detta samband med det skifte från förmynderi till självbestämmande för patienten som ägde rum i den medicinska etiken ungefär samtidigt?*”

## Referenser

1. Eslinger PJ. Neurological and neuropsychological bases of empathy. *Eur Neurol* 1998; 39(4): 193-9.
2. Morse JM. Exploring empathy: a conceptual fit for nursing practice? *Image J Nurs Sch* 1992; 24(4): 273-80.