

Nr. 30 – 10. desember 2000  
Tidsskr Nor Lægeforen  
2000; 120:3662

## Tidsskrift for Den norske legeforening



### REDAKSJONELT

## Kan empati læres?

E Falkum

En svensk allmennpraktiker etablerte umiddelbart kontakt med en reservert kinesisk pasient da han spurte om hun hadde møtt Mao. Før hun utvandret til Sverige hadde hun brukt år av sitt liv i revolusjonens tjeneste, og hadde faktisk møtt sin leder. Vi kan tenke oss hvordan livet i den svenske velferdsstaten hadde tvunget henne til å sette parentes rundt sin tidligere tilværelse. Omgivelsenes mangel på interesse og forståelse hadde skapt en følelse av ensomhet og eksistensiell isolasjon. Med sitt enkle spørsmål bryter legen denne isolasjonen, og så er kvinnen ikke lenger bare en pasient med uklare symptomer, men først og fremst en levende eldre dame med en spennende historie. Vår svenske kollegas spørsmål er en empatisk respons.

John Nessa bruker denne vignetten som innfallsport i sin artikkel om den kliniske samtalens kjerneelementer i dette nummer av Tidsskriftet (1), som inneholder en rekke artikler basert på en nylig avholdt konferanse om humanistiske fag i medisinen. De argumenterer for å rydde større plass for filosofi, etikk, historie, språk, litteratur, kunst, kultur og estetikk i medisinsk forskning og undervisning, og den dominerende begrunnelsen er behovet for å skape mer empatiske leger (2). Den underliggende forutsetningen er at empati kan læres og at økt kunnskap om humanistiske fag vil fremme slik læring.

Denne forutsetningen kan diskuteres. Mye taler for at den holder stikk, men samtidig er det viktig å forstå hvordan vår evne til innlevelse også preges av vår samhandling med tidlige omsorgspersoner og kanskje av konstitusjonelle faktorer.

De tallrike empatidefinisjonenes felles kjerne dekkes stort sett av uttrykket innlevelse. Empati avgrenses gjerne mot sympati og antipati, som om det dreide seg om begreper på samme logiske nivå. Evnen til innlevelse kan imidlertid snarere sies å *ligge til grunn* for emosjonell tilknytning til andre overhodet. Medlidenhet, omsorg og kjærlighet *forutsetter* evnen til innlevelse i den andre. Svikt i en persons evne til empati begrenser hans evne til opplevelse av svakhet og lidelse hos den andre, noe som innebærer at evnen til innlevelse også har et betydningsfullt moralsk aspekt (3). Det emosjonelle båndet som empatievnene etablerer forplikter riktignok ikke slik som en formell moralregel forplikter, men gjennom et kognitivt og følelsesmessig *engasjement* i den andres situasjon.

I utviklingspsykologien er det bred enighet om at barnets interaksjon med de nære omsorgspersonene har sentral betydning for dets senere evne til å oppleve og forstå andres livsverden. Når mor eller far møter barnets handlinger på en åpen, konsistent og forutsigbar måte, utvikler barnet tillit til andre, seg selv og verden, mens det motsatte skjer når den voksne forvirrer barnet ved å opptre uforutsigbart eller ved å benekte dets opplevelser.

Hvis nære omsorgspersoner stadig unnlater å bekrefte barnets følelser, vil det ofte forsøke å stenge følelsene ute, særlig hvis det dreier seg om sterke følelser som er vanskelige å mestre i ensomhet, for eksempel sorg. Det vi ikke tillater oss selv å oppleve, vil vi heller ikke tillate oss å "se" hos andre fordi også dette slår sprekker i vårt forsvar mot den angsten som en gang ledsaget følelsen og gjorde oss lammet og hjelpeløse. Konsekvensen av denne restriksjonen er at empatievnene svekkes (4).

Omfattende innsnevring av eget følelsesliv får store konsekvenser for personens evne til å etablere givende relasjoner til andre, og når innsnevringen preger leger og andre hjelpere, blir den synlig som et profesjonelt problem. Det foreligger

imidlertid ikke epidemiologiske data som underbygger at leger skiller seg spesielt ufordelaktig ut i dette landskapet. Noen undersøkelser viser likevel at leger kan være svært ytelsesorienterte og avhengige av å bli akseptert og likt, samtidig som de har problemer med å anerkjenne egne behov (5, 6). Denne kombinasjonen av holdninger fører ikke sjelden til at legen arbeider som om han ingen begrensninger hadde. Innbakt i det ligger en benektning av egen sårbarhet og svakhet, og selv om han kontinuerlig strekker seg for pasienten, kan denne benektningen medføre at legen ikke tillater seg å oppleve pasientens personlige smerte, men konsentrerer seg om behandlingens instrumentelle sider.

I personlighetsforskningen skiller det mellom grunnleggende tendenser og det som kalles karakteristiske tilpasninger. Mens de førstnevnte i stor utstrekning er genetisk bestemt, påvirkes tilpasningene i større grad av levd liv, av personens mål og av kontekstuelle faktorer (7). Empatievnen tilhører de sistnevnte, og selv om tidlige relasjoner er tunge steiner i grunnmuren, er det liten tvil om at evnen til å lese den andres personlige uttrykk kan utvikles livet gjennom.

Noen av Sigmund Freuds (1856 - 1939) oppdagelser er gitt litterære uttrykk i verker av Honoré de Balzac (1799 - 1850), Fjodor Dostojevskij (1821 - 81), Henrik Ibsen (1828 - 1906) og Stendhal (pseudonym for Henri Beyle, 1783 - 1842), og Freud gav ved flere anledninger til kjenne sin beundring for forfatterens intuitive forståelse av dype menneskelige beveggrunner. Romanens erfaringsnære språk berører oss ofte på et bredere felt enn en vitenskapelig tekst, det ligger så å si nærmere livet med andre. Sånn sett skulle det være spesielt egnet for undervisning om evnen til innlevelse. Det er imidlertid neppe slik at litteraturen og beslektede humanistiske fag *med nødvendighet* vil fremme utviklingen av empati (2). Undervisningen kan åpenbart ta mange former. I beste fall gis den kanskje i grupper som eksisterer over tid og som sikter mot selvutvikling i mer omfattende forstand. I verste fall får den en form som gjør romanen til nok et smykke i legens knaphull.

Det aktuelle søkelyset på de humanistiske fagenes empatiutviklende potensial er et internasjonalt fenomen som må knyttes til det aktuelle presset mot endring av legerollen (8). Hvis dette potensialet skal kunne realiseres, må satsingen inkludere studier av fenomener som pasientautonomi og økt kunnskapstilgjengelighet, forventningspress og medikalisering, teknologisering og effektivisering. Empatievnen hemmes og fremmes selvsagt ikke bare av psykologiske, men også av strukturelle faktorer.

## Litteratur

1. Nessa J. [Har du møtt Mao?](#) Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3749 – 52.
2. Nylenna M. [De ”to kulturer” i medisinen](#) Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3732 – 5.
3. Vetlesen AJ, Nortvedt P. Følelser og moral. Oslo: ad Notam – Gyldendal, 1996.
4. Stern D. The interpersonal world of the infant. New York: Basic Books, 1985.
5. Vaillant GE, Sobowale NC, McArthur C. Some psychologic vulnerabilities of physicians. N Engl J Med 1972; 287: 372 – 5.
6. Vaglum P, Falkum E. Self criticism, dependency, and depressive symptoms in a nationwide sample of Norwegian physicians. J Affect Disord 1999; 52: 155 – 9.
7. Heatherton TF, Weinberger JL. Can personality change? Washington, D.C.: American Psychological Association, 1994.
8. Evans M, Greaves D. Exploring the medical humanities. BMJ 1999; 319: 1216.