

Empati i lege-pasient-forholdet – teknikk eller etikk?

Empati er en egenskap som etterlyses av pasientene og etterstrebes av legene selv. Det er imidlertid viktig og nødvendig med en avgrensning av empatibegrepet i forhold til andre begreper som sympati og medfølelse.

Denne artikkelen bygger på en litteraturstudie om empati og andre nærliggende begreper, og er et forsøk på å belyse empatiens instrumentelle så vel som dens moralske betydning i lege-pasient-forholdet.

Honnørordet empati forstås som evnen til innlevelse i en annen persons situasjon, og er i seg selv en verdinøytral egenskap. Vår evne til empati bygger på våre emosjonelle så vel som våre intellektuelle evner. Empati er primært en forståelsesform som kan uttrykkes ved hjelp av kommunikative ferdigheter, men handler ikke først og fremst om atferd.

Empati er knyttet til legens grunnleggende holdning i møte med pasienten, og får på denne måten en moralsk egenverdi. Den er en del av medisinenes moralske grunnlag og kan ansees som en dyd for medisinsk praksis.

Pasientene ønsker forståelsesfulle leger med gode ferdigheter i kommunikasjon. Legene på sin side anser kommunikasjon som en forutsetning for god diagnostikk og behandling (1, 2). Det er et uttalt mål at leger og medisinstudenter skal bli flinkere til å snakke med pasientene, og utdanningsinstitusjonene holder kurs hvor vi ved hjelp av teori, instruksjon, og øvelse skal øke vår kunnskap og våre ferdigheter i kommunikasjon (3).

Empati, forstått som en grunnleggende og allmennmenneskelig evne til innlevelse, ansees å være av vesentlig betydning for forholdet mellom pasienten og legen (4–6). Først og fremst oppfattes empatien som et kommunikativt hjelpemiddel, man *er* empatisk og *viser* dette i møte med pasienten. Empatien reduseres lett til et hensiktsmessig og tilnærmet teknisk hjelpemiddel for kommunikasjon. Imidlertid handler empati om noe mer enn innhenting av relevant medisinsk informasjon og tilfredse pasienter. Empati er noe mer enn en tilnærmet teknisk ferdighet leger og studenter bør mestre. Den empatiske tilnærmingen til pasienten representerer også helt bestemte moralske per-

Kaja Serine Heidenreich

kajah@stud.ntnu.no

Institutt for samfunnsmedisinske fag
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Medisinsk teknisk forskningssenter
7489 Trondheim

Heidenreich KS.

Empathy in the physician-patient relationship: a therapeutical tool or a question of moral values?

Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1507–11.

Empathy is a quality sought by patients, and an ideal that is pursued by the physicians themselves and in medical education. It is, however, necessary and important to define the boundaries between the concept of empathy and related concepts such as sympathy and compassion.

This article is based on a study of literature addressing empathy and related concepts, and it attempts to illuminate the instrumental as well as moral significance of empathy in the physician-patient relationship.

The concept of empathy is seen as the ability to understand another person's situation, and is in itself morally neutral. Our capacity for empathy is based on emotional as well as intellectual skills. Empathy is primarily a mode of understanding that can be expressed by means of communication, but is not in its essence a form of conduct or behaviour.

Empathy concerns the physician's fundamental attitude towards the patient and carries an independent moral value. It is part of the moral foundation of medicine and can be seen as a virtue in medical practice.

spektiver. Empatien har en selvstendig moralsk verdi uavhengig av dens mange nytteeffekter i lege-pasient-forholdet, og kan bidra til at legen ser den enkelte pasient med dennes genuine erfaringer som en individuell og unik person.

I denne artikkelen vil jeg forsøke å gjøre greie for begrepet empati generelt, belyse hvordan empati kan fremtre i lege-pasient-relasjonen, og diskutere empatiens moralske status.

Hva er empati?

Etymologi

Etymologisk forstått er «empati» en gresk neologisme for det tyske «*einfühlung*», et begrep som ble innført av tyske romantikere på slutten av 1800-tallet. Begrepet ble først benyttet i estetikken som en innfallsvinkel for å forstå kunst (7). Empati er satt sammen

av det greske *en* som betyr «inn», og *pathos* som betyr «følelse» eller «lidelse». Empati blir dermed *innfølelse*, en prosess hvor man går inn i den andres tanker og følelser og forsøker å forstå disse. Empati gir kjennskap til den andres erfaringsverden ut fra dennes referanseramme. I empatien er jeg både «innenfor» og «utenfor» på samme tid, jeg er, med filosofen Hans Skjervheims ord, både deltaker og tilskuer (8).

Tanke og følelse

Empati er en prosess med en emosjonell og en intellektuell side (fig 1). Balansen og vekselvirkningen mellom det emosjonelle og det intellektuelle, mellom opplevelse og observasjon, er vesentlig for forståelse av den andre (9). Empatiens emosjonelle side representerer åpningen mot den andre, og bringer oss nær som deltaker. Egne følelser og opplevelser bidrar i empatien, men viktigere enn parallelle erfaringer er vår generelle oppmerksomhet og følsomhet overfor den andres budskap. Man må åpne opp for den emosjonelle resonansen av egne følelser, fantasier og assosiasjoner som møte med den andre kan skape i en, og evnen til å *forestille* seg den andres situasjon er sentral for å forstå det genuine og unike ved den enkeltes erfaring (10). Dette krever en åpenhet både mot en selv og mot den andre, og en evne til bevisst å reflektere over egne følelser og erfaringer (11).

Empatiens intellektuelle side innebærer refleksjon, bearbeiding og overveielser over det emosjonelle budskapet. Å forholde seg profesjonelt til pasienter krever både følelsesmessig nærhet og distanse. Empatiens intellektuelle side er en hjelp til å tre et skritt tilbake fra situasjonen, og dermed opprettholde tilstrekkelig avstand for å ivareta handlingsrom og egen integritet i situasjonen. I lege-pasient-relasjonen er også legens medisinske fagkunnskap og kliniske erfaring relevant som en del av grunnlaget for empatien. Kunnskap om og erfaring med sykdomsmanifestasjoner og opplevelser av sykdom, kan hjelpe legen til å forsøke å sette seg inn i pasientens situasjon. Legen kan bruke sin generelle kunnskap i møte med den enkelte pasient. Leger vet noe om hvordan det oppleves å leve med kronisk hjertesykdom, men for å forstå den enkelte pasient må legen også vende oppmerksomheten og nysgjerrigheten mot pasientens emosjonelle erfaring.

Empati fordrer på denne måten en distinkt opprettholdelse av skillet mellom meg selv

og den andre. Man blir ikke ett i prosessen, men bevarer sin integritet som en selvstendig person atskilt fra den andre (12). Denne distinksjonen er viktig, og en vesentlig forutsetning for det som utgjør profesjonelle relasjoner (11).

Slik empati her er fremstilt, er de intellektuelle og emosjonelle delene av empatien like viktige. En påstand om at legen kan komme i skade for å vise «for mye empati», baserer seg gjerne på en for sterk betoning av empatiens emosjonelle komponent, og ikke på balansen og vekselvirkningen mellom denne og det intellektuelle. Empati er derfor ikke noe rent følelsesmessig og subjektivt som ytrer seg som sterkt emosjonelt betont atferd, men en prosess i møte mellom to personer. Empati er en form for relasjonell kunnskap, som ikke først og fremst manifesterer seg med omtanke eller tilfredsstillelse av andres behov eller krav, men med deltakelse (13).

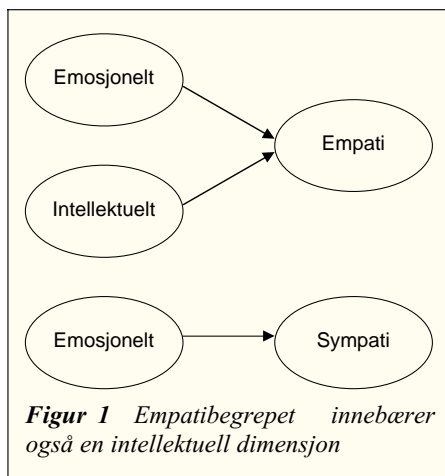
Empati og tilgrensende begreper

Sympati og antipati

Sympati ligger empatibegrepet nært. Sympati stammer fra det greske ordet *sympathein* sammensatt av *sym* som betyr «samme som», og *pathos* som betyr «lidelse» eller «følelse». Sympati er en følelse som vekkes i oss i møte med andre. I sympatien føler jeg det samme som den andre, og gjennom sympatien møter jeg dermed mine egne følelser. Sympati er «å på seg selv forstå andre», og gjennom sympatien er det mine egne følelser som forsterkes og fordobles. Sympatien skaper et form for fellesskap, men på mine premisser. Som Johan Fr. Thaulow så treffende sier det; «det er trøst å være i samme båt, men det er tvilsomt om det bringer båten fremover» (14).

Antipatien er sympatiens motpol. Den er den følelsen vi kan oppleve overfor pasientene vi ikke «liker». Det kan dreie seg om følelsene som vekkes i oss når vi møter de kravstore, hjelpeløse, klagende pasientene som krever vår tid og oppmerksomhet på en måte vi misliker eller ikke behersker (15, side 108–11). I denne sammenheng er det vesentlig å påpeke at både sympatien og antipatien er følelser. De er sterke følelser, men er også begrenset til det. Begge har form av å være private i sin karakter, og mangler empatiens intellektuelle og reflek-sive side.

De fleste leger opplever fra tid til annen sterkt sympati eller antipati for pasienter. Noen pasienter treffer oss mer enn andre. Dette kan også dreie seg om overføring og motoverføring mellom legen og pasienten. Begrepe overføring og motoverføring er tradisjonelt psykoanalytiske begreper. De er omstridte og kompliserte, men har likevel sin relevans også i lege-pasient-forholdet. Overføring rommer alle de følelser og holdninger som pasienten har overfor legen eller terapeuten, og som er ubevisste gjentakelser av følelser og reaksjonsmønstre fra viktige



Figur 1 Empatibegrepet innebærer også en intellektuell dimensjon

personer tidligere i livet. En overføringsreaksjon er en reaksjon som ikke står i et rimelig forhold til det faktiske samspillet mellom legen og pasienten (16).

Overføringsreaksjoner kan være en utfordring for legen, og krever en bevisst refleksjon over hva som er legens egne følelser i relasjonen, og hva som er pasientens. Legens følelsesmessige reaksjon på en overføring, motoverføringen, kan også i noen situasjoner blandes sammen med empati. Legen kan eksempelvis komme til å projisere sine motoverføringsfølelser på pasienten, oppfatte disse som pasientens egne, og legge disse til grunn for en empatisk forståelse av pasienten. Slik kan relasjonen og samspillet bli preget av en uklar grenseoppgang mellom hvilke følelser og opplevelser som i utgangspunktet var pasientens, og hvilke som var legens projiserte motoverføringsfølelser (17). Utfordringen i slike situasjoner er å reflektere over egne følelser og opplevelser, og forsøke å skille disse fra pasientens. Deretter kan legen reetablere et empatisk perspektiv, og empatiens intellektuelle og reflek-sive side kan ytterligere bidra til å ivareta en nødvendig distanse og hindre sammenblanding av pasientens og legens følelser.

Medfølelse

Medfølelsen vektlegges hos noen som et sentralt element i lege-pasient-forholdet (18; 19, side 79–83). Sammenliknet med empatien kan imidlertid medfølelsen sies å ha et smalere nedslagsfelt. Dens hovedfokus er lidelsen, det å leve seg inn i lidelsen, og dele denne med den andre. Medfølelse er som sympatien også en distinkt følelse som betoner fellesskapet mellom den syke og hjelperen. Sammenliknet med empatien, er medfølelsen nærmere det lidende menneske. Medfølelsen kan imidlertid oppfattes slik at avstanden mellom legen og pasienten, bevisstheten om meg selv som distinkt fra den andre, i større grad viskes ut. I tillegg ser også medfølelsen først og fremst pasienten som et sårbart behovsvesen, og nedtoner pasientens verdighet og selvbestemmelse (12).

Identifikasjon

Empati kan også lett forveksles med fenomenet identifikasjon. Gjennom empatien kan legen riktignok ved hjelp av egne følelser og tanker identifisere seg med pasientens erfaring som pasient, men dette er ikke det samme som å identifisere seg med pasienten som person. Legen kan kanskje tilnærmet føle det pasienten føler, men dette er ikke hva legen selv ville følt i den situasjon pasienten befinner seg (20). Legen kan ikke vite hvordan det er å ha lungekreft, ha født eller være redd for at hodepinen skyldes en hjernesvulst, men legen kan likevel ved bevisst å bruke sine egne følelser og refleksjoner, forsøke å få en forståelse av hvordan pasienten opplever denne situasjonen. I empatien er det nettopp bevisstheten om skillet mellom en selv og den andre som er noe av grunnlaget for å prøve å forstå og sette seg inn i den andres livsverden (12). Skepsis mot å bruke egne følelser i møte med pasienter kan blant annet skyldes frykten for å trekkes inn i en sterk følelsesmessig og eventuelt angstvekkende tilstand hos legen selv (13). Dette kan oppstå når forskjellen på å identifisere seg med pasienten som person, og å identifisere seg med pasientens følelsesmessige situasjon, ikke klargjøres, eller når empatiens intellektuelle element ikke får tilstrekkelig plass (tab 1).

Empati i lege-pasient-forholdet

Til tross for at empati er et honnørord, er empati i seg selv en moralsk nøytral egenskap som kan beskrives i psykologiens språk og teori som her. Den er ikke knyttet til noen bestemt aktiv handling i første omgang. Selv om empati vektlegges i ulike terapeutiske relasjoner som en positiv egenskap, kan den også brukes til manipulering og maktutøvelse.

Empati i lege-pasient-forholdet er ikke terapeutisk før man responderer på den andres budskap, og velger å dele sitt forsøk på forståelse med pasienten (4, 21). Den empatiske prosessen i lege-pasient-forholdet kan beskrives som toleddet (22). I første omgang må legen oppnå en forståelse av pasientens situasjon. Dette krever oppmerksomhet og varhet hos legen overfor de emosjonelle sidene av pasientens budskap (23). Legen kan deretter forsøke å gi uttrykk for sine forståelse av pasientens situasjon. Empatisk kommunikasjon er en spesifikk måte å respondere på hvor det sentrale er å gi uttrykk for sin forståelse av pasientens følelser og opplevelser (24). Dette er empatiens praktisk-tekniske side. Slike teknikker for empatisk kommunikasjon kan læres ved hjelp av instruksjon og øvelse slik det gjøres ved utdanningsinstitusjonene i dag.

Empati et velegnet og nyttig verktøy i legens møte med pasienten. Sykdom innebærer en eksistensiell dimensjon hvor man kan ha behov for å sette sine erfaringer inn i en forståelsesramme som gir mening til kroppslige og emosjonelle opplevelser (25).

Iona Heath anser dette som en av de viktigste oppgavene til allmennpraktikeren i møte med pasienten (26). Hun mener pasientens eksistensielle spørsmål som: Er jeg virkelig syk? Kan jeg bli frisk? Kan smertene mine lindres? Hvorfor hender dette med meg? Hva vil skje med meg nå?, er av vesentlig betydning for det meningsrommet som skapes mellom pasienten og legen.

En rekke studier har dessuten vist at en relasjon mellom legen og pasienten preget av empati fra legens side styrker pasientens motivasjon til bedring, pasientens deltakelse og ansvar for behandlingen, og pasientens tilfredshet med legen (22). En empatisk tilnærming til helseproblemer som er belagt med opplevelse av skam, ydmykelse og nederlag, som for eksempel røyking, overvekt og risikofylte seksualvaner, kan bedre arbeidsfelleskapet mellom legen og pasienten. Legen kan i større grad innhente korrekt og relevant informasjon, og pasientens ressurser kan snus fra beskyttelse og forsvar til aktiv handling. Forståelse av pasientens perspektiv, verdier og erfaringer, kan også øke legens evne til toleranse for pasientens valg av mestringsstrategier (4). En empatisk tilnærming kan være med på å skape en relasjon preget av tillit og respekt mellom legen og pasienten, og kan bidra til at pasienten opplever seg verdsatt, anerkjent og respektert som menneske (5, 21).

Empati og etikk

Empatien slik den er fremstilt så langt, forstås som en evne og egenskap som kan lede til kjennskap om pasienten, at denne forståelsen kan uttrykkes i møte mellom legen og pasienten. Jeg skal nå gå over til å drøfte hvilken rolle empatien spiller i etikken ved gjennom en kasuistikk å belyse empatiens rolle i moralsk persepsjon, og deretter drøfte empatiens moralske verdi.

Moralsk persepsjon

Empati spiller en viktig rolle i moralsk persepsjon (27). Persepsjon er et psykologisk begrep som beskriver hvordan vi tar inn over oss informasjon og gjør denne tilgjengelig for bevisstheten og intellektet. Moralsk persepsjon beskriver hvordan vi bevisstgjør oss det *moralsk relevante* ved en situasjon, det som gjør krav på en *normativ* vurdering.

Casarett mener klinisk medisin fundamentalt sett har en moralsk karakter, og at alle kliniske situasjoner i tillegg til en medisinsk-faglig, teknisk side, også har en moralsk side (28). Å bevisstgjøre seg den moralske dimensjonen krever imidlertid at legen «ser» denne dimensjonen gjennom sin moralske persepsjon, det vil si bevisstgjør seg de moralske sidene i ulike kliniske situasjoner. Casarett mener leger i varierende grad overser og mislykkes i å identifisere de moralske elementene fordi legens grunnlag for å «se» ikke åpner for dette. Å se og tolke møtet med pasienten i moralske termer i tillegg til de medisinske, krever at legens

Tabell 1 Kjennetegn ved empatibegrepet i lege-pasient-forholdet sammenliknet med andre nærliggende begreper

Empati	Sympati	Antipati	Medfølelse
En evne	En følelse	En følelse	En følelse med
Emosjonell	Umiddelbar karakter	Umiddelbar karakter	lidelsen
og intellektuell	Privat karakter	Privat karakter	i fokus
Prosess	Mangel på refleksiv	Mangel på refleksiv	Smalere ned-
Viktig for moralsk	avstand	avstand	slagsfelt
persepsjon	«På seg selv forstår	Pasienter vi ikke	Felleskapet
Dyd i medisinsk	man andre»	«liker»	med den syke
praksis			

kjennskap til pasienten er av en slik karakter at den lar seg fortolke i moralens språk. Mange av legens viktige informasjonskilder åpner imidlertid ikke så lett for dette. Laboratorieprøver, bildediagnostikk og fysiske undersøkelser gir begrensede fortolkningsmuligheter, og ved kun å bruke disse kildene mister legen informasjon av moralsk verdi på veien.

Casarett mener legene foretrekker moralsk nøytral informasjon, og at årsaken til dette ligger i selve sykdomserfaringen. Ut fra Casarett's antropologiske innfallsvinkel forstås dette slik at vi ved fravær av sykdom eller symptomer, opplever kroppen som «stille». Kroppen er taus, og ikke i området for vår persepsjon (29). Gjennom sykdom endres imidlertid vår kroppsoppfatning i vid forstand. Smerte og nedsatt funksjon endrer vår oppfatning av kroppen til noe som er fremmed. En smertefull og dysfunksjonell kropp blir i større grad et objekt og i mindre grad en integrert del av personen. I møte med legen er det nettopp denne kroppen som objekt oppmerksomheten rettes mot. Gjennom undersøkelse av dette objektet, kroppen, innhenter legen informasjon i et språk som er moralsk nøytralt, og i dette nøytrale medisinsk-kliniske meningsrommet er det vanskelig for legen å fange opp de moralske relevante sidene i en situasjon. La oss se på et hverdagsseksempel som kan illustrere dette.

Pasienten. Kristoffer, en mann på 72 år, legges inn i medisinsk avdeling med mistanke om akutt myokardinfarkt. EKG og undersøkelse av infarktmarkører i mottakelsen viser forandringer forenlig med infarkt. Han legges på overvåkingen og kommer seg raskt. Det konkluderes med at Kristoffer har hatt et lite fremveggisinfarkt, og han besluttes utskrevet etter fem dager.

I utskrivningssamtalen med legen blir sykdomsforløpet kort gjennomgått, og legen og Kristoffer diskuterer forebyggende tiltak, kost og mosjon. Kristoffer har liten familiær belastning, normalt blodtrykk og normale blod-lipidverdier. Han sluttet å røyke for ti år siden. Legen anser Kristoffers risikoprofil som liten, og ønsker ham vel hjem.

Kristoffer gruer seg imidlertid til å forlate sykehuset og avdelingen. Han har sug i brystet og er redd for å bli syk igjen. Han tilbringer fortsatt en del tid på sin gamle arbeidsplass og lurer på om dette nå er usunt for ham. Hans kone er svært engstelig og bekymret for hvordan hverdagen vil bli nå, og hennes bekymring uroer Kristoffer.

Kristoffers sykehistorie forteller legen om et lite infarkt med ukomplisert forløp, og en gunstig risikoprofil. Slik legen, som fagperson og velmenende nok, ser det, kan Kristoffer reise hjem uten bekymring, medisinsk sett. Men Kristoffer er bekymret og redd for tiden fremover, og denne informasjonen får ikke legen frem under samtalen med ham. Kristoffer nevner det ikke selv, og er også skjønt enig med legen i hans rent medisinske beskrivelse av situasjonen. Likevel mister legen *moralsk* relevant informasjon om sin pasient. Kristoffers angst og utrygghet for fremtiden er av moralsk betydning. Legen mister muligheten til å støtte og ivareta Kristoffer som er engstelig og utrygg, men mister også samtidig anledningen til å oppmuntre hans evne til å arbeide og til å mestre sin nye livssituasjon. Dypere sett handler dette om Kristoffers autonomi, om å fremme og ivareta hans ressurser og innflytelse over eget liv.

Filosofen Arne Johan Vetlesen omtaler det moralsk relevante som det som omfatter den andres ve og vel. *Ve* refererer til den andre som sårbart behovsvesen, hans lidelse, mens *vel* omfatter den andres verdighet og autonomi. Begrepsparet «ve og vel» setter på denne måten ord på det moralske universet som dannes mellom legen og pasienten. Dette innebærer en balanse mellom å se pasienten som unikt individ med sårbarehet og angst, og samtidig ivareta og fremme pasientens verdighet, autonomi og ressurser (14).

Empatien kan imidlertid hjelpe legen til å få øye på moralske aspekter i kliniske situasjoner. Empatien er en verdifull innfallsvinkel til pasientens opplevelse av sin situasjon, og kan brukes til å bedømme de moralske betydningsfulle sidene i møte med pasienten. Noen av medisinsens etiske problemstillinger er velkjente for leger og gjenkjennes lett i situasjonen. Eksempler på dette er fostervannsdagnostikk, abort, tvangsbehandling, overskuddsinformasjon ved bruk av avansert medisinsk teknologi og forebyggende medikamentell behandling. Andre etiske problemstillinger er imidlertid langt mindre tydelige, og kan kun identifiseres når legens kjennskap til pasienten er av en slik art at den kan forsøkes fortolkes moralsk. I

møtet med Kristoffer var det ikke kliniske forhold som gjorde at legen i utgangspunktet overveide dem som etisk utfordrende. Empatien kunne kanskje ha hjulpet legen til å få kjennskap til Kristoffers tanker om tiden fremover. Empatien kan bidra til å få pasientens referanserammer, hans verdier, ønsker og håp tydeligere frem, og kan gi verdifull innsikt om det enestående ved enhver pasients situasjon. Slik kan empatien gi verdifulle innspill til vår moralske dømmekraft (30).

Linn Getz ser det å bygge bro mellom medisinen som objektivt fag og den enkelte pasient som et unikt og sårbart individ, som en av legens viktigste oppgaver (31). Broen innebærer at faglige beslutninger må sees i lys av hele pasientens situasjon, og dette kan gjøre krav på normative vurderinger. Vitenskapsfilosofisk gir dette medisinen en grenseoverskridende karakter hvor medisinen vitenskapelige kunnskapsbase skal brukes til beste for den enkelte pasient (32).

Empatiens moralske status

For den danske teologen og filosofen K.E. Løgstrup (1905–81) er tillit det grunnleggende kjennetegnet ved det allmenne møte mellom to mennesker (33). Tilliten er en av det Løgstrup kaller «de spontane livsyttringer». Selv om vi av ulike grunner ikke alltid er eller bør være tillitsfulle, er tillit det som fundamentalt sett ligger i en mellommenneskelig relasjon. Ut fra tilliten springer det Løgstrup kaller den etiske fordring. Hvordan vi som mennesker møter og bruker tilliten mellom oss selv og andre, gir oss en fordring, en etisk fordring, om å ta vare på den andre. For Løgstrup kommer denne tause, etiske fordringen forut for alle former for regler eller normer for vårt moralske liv. Tillit som allmennmenneskelig fenomen er selve grunnlaget for etikken. Denne etiske fordringen er tydelig i møte mellom legen og pasienten. I lege-pasient-forholdets asymmetri kommer appellen om å ta den andre i vare, tydelig frem.

Bjørn Killingmo beskriver noen grunnleggende psykologiske trekk ved all klinisk kommunikasjon (34). En psykologisk åpne samtale skal bidra til at pasienten i størst mulig grad kan komme frem med seg og sitt i samtalen. Å søke hjelp for et problem er ofte emosjonelt betydningsfullt for den enkelte, og hjelperen blir dermed også av emosjonell betydning for den andre. I dette ligger et behov for å bli møtt, bekreftet og anerkjent som den man er. Dette kan komme tydelig eller mindre tydelig til uttrykk avhengig av problemets art, legen og pasienten, men grunnleggende sett ligger dette i enhver relasjon mellom legen og pasienten. Denne psykologiske dimensjonen i klinisk kommunikasjon inneholder en moralsk appell om å ivareta den andre. Her ligger kjernen i det moralske universet som dannes mellom legen og pasienten. Den etiske fordringen i lege-pasient-forholdet er appellen

om å bekrefte den andre som menneske. Denne grunnleggende fordringen gir empatien en selvstendig moralsk verdi. Uavhengig av empatiens mange nytteeffekter i lege-pasient-forholdet, er dens anerkjennelse av den andre som menneske et grunnleggende svar på den moralske appell. Empatien har en iboende moralsk verdi ettersom legen ved aktivt å gi uttrykk for sin empatiske forståelse kan fremme og ivareta pasientens ve og vel, og gjennom dette helbrede, lindre og trøste (35).

Medisinenes ethos

Medisinenes *ethos*, det vil si medisinenes grunnleggende moralske holdning, uttrykkes blant annet i relasjonen mellom legen og pasienten (36). Ethos er det greske ordet for moralsk karakter og holdning, og er sentralt i dydsetikken. Dydsetikken tar utgangspunkt i menneskelivet og dets mål, og definerer etisk gode handlinger som uttrykk for holdninger eller dyder som fremmer og virkeliggjør menneskelivets mål. Dydene har fått sin renessanse i moderne tid, både i allmennheten og i medisinen, og nylig også som en egen serie av artikler i Tidsskriftet (37, 38). Med en dydsetisk innfallsvinkel til medisinen tar man utgangspunkt i medisinenes mål og formål, og forsøker å si noe om etisk gode handlinger ut fra dette (19, side 51–61). Dydene er moralske karaktertrekk, mer generelle egenskaper og holdninger, som kommer til uttrykk i våre handlinger (39). Medisinenes ethos, legekunstens grunnleggende moralske karakter, er den holdning og karakter medisinenes tekniske og vitenskapelige side utøves med.

Empati som dyd?

Empatien gir en åpning mot pasienten som kan disponere legen for å bruke sin medisinske fagkunnskap i en videre forstand enn den rent medisinske-tekniske (40). Empatien og dens relasjonelle kunnskap om den andre kan hjelpe legen til å se det moralske betydningsfulle i møte med pasienten. Empati blir derfor både en dyd og også en forutsetning for andre dyder som er nødvendig i utøvelse av legerket. Empatien kan samtidig være med på å utvide vår horisont med henhold til hva som er relevant i lege-pasient-forholdet. Relevansen bestemmes i stor grad av hva faget og legen anser for relevant, og empatien kan åpne opp for at pasientens erfaringer får noe større gyldighet og relevans.

Empatien handler ut fra dette perspektivet ikke kun om å i større eller mindre grad lykkes i å formidle de tekniske korrekte utsagnene i samtalen, men om legens totale holdning i møte med pasienten. Dersom vi reduserer empatien til å bli et rent teknisk verktøy, risikerer vi at legen ender opp som en ren helsetekniker, og både legen og pasienten blir objekter snarere enn subjekter i en mellommenneskelig relasjon. Kommunikasjon handler grunnleggende sett om å møte mennesker som personer, om å over-

sette den etiske fordring om å respektere og bekrefte, i det konkrete møte med pasienten.

Artikkelen er skrevet med et sommerstipend for studenter ved Det medisinske fakultet ved NTNU, finansiert av Norges forskningsråd. Artikkelforfatteren har mottatt veiledning fra Bjørn Myskja, Filosofisk Institutt NTNU, og Steinar Westin, Institutt for samfunnsmedisinske fag, NTNU.

Litteratur

1. Mabeck CE. Samtalen med pasienten. Kommunikasjon og forståelse. København: Legeforeningens forlag, 1999.
2. Steine S, Finset A, Lærum E. Hva er viktig for pasienten i møte med allmennpraktikeren? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 349–53.
3. Schei E, Bærheim A, Meland E. Klinisk kommunikasjon – et strukturert undervisningsopplegg. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2258–61.
4. Zinn W. The empathic physician. Arch Intern Med 1993; 153: 306–12.
5. Brock CD, Salinsky JV. Empathy: an essential skill for understanding the physician-patient relationship in clinical practice. Fam Med 1993; 25: 245–8.
6. Spiro HM. What is empathy and can it be taught? I: Spiro HM, McCrea Curnen MG, Peschel E, St James D, red. Empathy and the practice of medicine. Beyond pills and the scalpel. London: Yale University Press, 1993: 7–14.
7. Lipps T. Empathy, inner imitation and sense-feelings. I: Rader M, red. A modern book of aesthetics. Washington: Holt, Rinehart and Winston, 1960.
8. Skjervheim H. Deltakar og tilskodar og andre essays. Oslo: Aschehoug, 1996.
9. Vetlesen AJ. Generelt om følelser i moralfilosofi og moralpsykologi. I: Vetlesen AJ, Nortvedt P. Følelser og moral. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1994: 13–63.
10. Halpern J. Empathy: using resonance emotions in the service of curiosity. I: Spiro HM, McCrea Curnen MG, Peschel E, St James D, red. Empathy and the practice of medicine. Beyond pills and the scalpel. London: Yale University Press, 1993: 160–73.
11. Holm U. Empati. Att förstå andra människors känslor. Lund: Natur ock Kultur, 1987.
12. Vetlesen AJ. Empati, persepsjon og dømmekraft. I: Vetlesen AJ, Nortvedt P. Følelser og moral. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1994: 64–116.
13. More ES. Empathy as a hermeneutic practice. Theor Med 1996; 17: 243–54.
14. Thaulow JF. Empati. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 494–5.
15. Westin S. Utdanningshåndbok for almenpraktikere. Oslo: Gyldendal og Den norske lægeforening, 1985.
16. Vaglum P, Ekeberg Ø, Finset A, Hauff E, Moum T. Innføring i medisinske afterdsfag. Oslo: Cappelen akademisk forlag, 2000.
17. Nerdrum P. Empati og psykoterapi. Tidsskr Norsk Psykologforen 1998; 35: 631–41.
18. Pence GE. Can compassion be taught? J Med Ethics 1983; 9: 189–91.
19. Pellegrino ED, Thomasma DC. The Virtues in medical practice. New York: Oxford University Press, 1993.
20. Marcus ER. Empathy, humanism, and the professionalization process of medical education. Acad Med 1999; 74: 1211–5.
21. Arborelius E, Bremberg S. What does a human relationship with the doctor mean? Scand J Prim Health Care 1992; 10: 163–9.
22. Squier RW. A model of empathic understanding and adherence to treatment regimens in practitioner-patient relationships. Soc Sci Med 1990; 30: 325–39.

→

23. Suchman AL, Markakis K, Beckman HB, Frankel R. A model of empathic communication in the medical interview. *JAMA* 1997; 277: 678–82.
24. Havens L. Explorations in the uses of language in psychotherapy: simple empathic statements. *Psychiatry* 1978; 41: 336–45.
25. Heskestad S, Tjemsland L. Fortellingen om lidelsen. På sporet av narrativ medisin. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1996; 116: 1092–4.
26. Heath I. The mystery of general practice. London: John Fry Trust Fellowship, 1995.
27. Blum LA. Moral perceptions and particularity. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
28. Casarett DJ. Moral perception and the pursuit of medical philosophy. *Theor Med Bioeth* 1999; 20: 125–39.
29. Leder D. The absent body. Chicago: University of Chicago Press, 1990.
30. Hoffman ML. Empathy, its limitations, and its role in a comprehensive moral theory. I: Kurtines WM, Gewirtz JL, red. *Morality, moral behavior and moral development*. New York: John Wiley, 1984.
31. Getz L. Om kjærlighet i medisinen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 1316–8.
32. Bøe S. Medisin med et menneskelig ansikt – en vitenskapsfilosofisk betraktning. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 4355–7.
33. Løgstrup KE. Den etiske fordring. København: Gyldendal, 1956.
34. Killingmo B. Den åpne samtalen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 56–9.
35. Cassel EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. *N Engl J Med* 1982; 306: 639–45.
36. Campbell A, Charlesworth M, Gillett G, Jones G. *Medical ethics*. Oxford: Oxford University Press, 1997: 17–28.
37. Vetlesen AJ, red. *Dydsetikk*. Oslo: Humanist forlag, 1998.
38. Fugelli P, Nylenna M. Verdier og dyder i medisinen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 1076.
39. Johansen KE, red. *Etikk – en innføring*. Oslo: Cappelen, 1994.
40. Vestbø E. Visdom – kunnskapen, pasienten og legen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 1146–8.

○