

Autonomi och empati: två missbrukade och missförstådda ideal

FREDRIK SVENAEUS

INLEDNING

När jag läser texter och lyssnar på samtal om äldreomsorg och sjukvård i Sverige är det två begrepp som ständigt återkommer i försöken att beskriva den goda vården: de gamla och sjuka (ibland kallar man dem för klienter, ibland för patienter) skall själva få bestämma hur de vill ha det – *autonomin* skall befinna sig i högsätet – och personalen skall ha förståelse och medkännande för de gamlas och sjukas belägenhet och behov – de skall vara *empatiska* i sitt bemötande. Motsatsen till detta – en vård och omsorg där personalen vet bäst och bestämmer utan intresse för eller förmåga att förstå den vårdades perspektiv – framstår som gammeldags och omänsklig. Den kanske lite förvånande tanke som jag vill framföra här är att en sådan förståelse av den goda vården som, först och främst, autonomibefrämjande och empatisk *inte* tar fasta på det som är centralt i god vård och omsorg. Autonomi- och empatipratet riskerar, eftersom begreppen missbrukas och misstolkas, att leda till en sämre vård än om vi valde andra etiska begrepp och värden, som exempel-

vis ansvar, sårbarhet, respekt eller integritet, som utgångspunkter. Detta är min provokativa tes. Som vi skall se är jag också öppen för att en annan och bättre förståelse av begreppen autonomi och framförallt empati, än de gängse, skulle erbjuda en lika bra, eller åtminstone komplementär väg till goda vårdideal.

Det kan tyckas förvånande att någon ifrågasätter värdet av autonomi och empati i vården – det verkar vara ungefär som att ifrågasätta frihet och kunskap som fundament för det goda samhället. Vem kan önska ett ofritt och ignorant samhälle? Vem kan önska en paternalistisk och instrumentell vård? Jag vidhåller emellertid att det är viktigt att fråga i hur hög grad omsvängningen mot klient- och patientautonomi och ett empatiskt omsorgsteam verkligen speglar den goda vården och i hur hög grad den snarare representerar ett döljande av verkliga problem – som resursbrist – och en missförståelse av den goda vårdens natur.

Till en del kan problemen naturligtvis ha att göra med att orden autonomi och empati blivit tomma hylsor som plockas fram mer eller mindre rutinmässigt när vårdföreträdare eller politiker vill visa att de minsann kan och vill göra bra ifrån sig – ungefär som de återkommande ropen på »mer etik och moral» i diverse frågor. Det är inte autonomin och empatin i sig själva det är fel på, precis som det varken är fel på etik eller moral, det är missbruket av orden som är problemet, då de slits ut och förlorar substans, eller används just för att *inte* rikta strålkastarljuset mot de verkliga problemen. För de flesta personer är det faktiskt mycket viktigare att ha *bra* livsalternativ än att få välja dem, och man föredrar att må bra framför att må dåligt med andra personers med-

förståelse och medkänsla. Gamla Greta föredrar sannolikt att må utmärkt på ett bra äldreboende som hon inte själv har valt, framför att välja mellan tio dåliga äldreboenden och sedan möta personal som verkligen förstår att hon mår dåligt och tycker synd om henne (men kanske inte förmår hjälpa henne på ett fullgott sätt).

I de texter som vi finner i den här boken – reflekterande berättelser om dilemman i äldreomsorgen skrivna av vårdpersonal – återkommer referenserna till autonomi och empati som centrala värden i den goda vården, samtidigt som själva berättelserna vittnar om andra ideal än det gängse autonomi- och empatipratet. Begreppen autonomi och empati har utan tvekan sipprat ända ut till de samtal som förs på golvet där varken filosofer eller vårdpolitiker är närvarande. Autonomi och empati har, som jag skrev, blivit som frihet och kunskap – de *kan* svårligen ifrågasättas som mönster och ideal för hur vi bör behandla varandra och leva vårt liv. Eller i alla fall kräver detta en ansträngning och en filosofisk analys.

AUTONOMIPRATET – EN KRITISK BETRAKTELSE

Vad är det då för fel på autonomi och empati? Låt oss börja med autonomi. Varför skulle man inte sträva efter att patienter (och klienter) själva får bestämma över sin vård? Av tre huvudskäl. För det första: därför att patienter inte själva alltid förstår vad som är bäst för dem. För det andra: därför att överlämnandet av uppdraget att bestämma till patienten innebär att den som vårdar ifrånsäger sig ansvaret för den goda vården. För det tredje: därför att just sjuka och gamla har särskilt svårt att vara oberoende, starka och rationella

i sitt beslutsfattande, de behöver, precis som barn, snarare omsorg, än självbestämmande. Kanske är detta en elak tolkning av vad patient- och klientautonomi i själva verket är eller bör vara, men jag tror dessvärre att mina invändningar speglar en verklighet som kommit till stånd genom ett överdrivet, och, framförallt, missriktat fokus på autonomi i dessa sammanhang.¹

Försöken att stärka patientens och klientens inflytande i vården och omsorgen tog avstamp i ett 1960-tal där det huvudsakliga problemet var att läkarna och den övriga vårdpersonalen inte ansåg att det var meningsfullt att dra in lekmän i vårdbeslut, eller överhuvudtaget kommunicera med dem kring diagnoser och behandlingar, eftersom de hur som helst inte förstod något och förmodligen skulle oroas av dåliga prognoser. Det var en tid då man kunde dö av cancer utan att få reda på det och gjorde bäst i att lyda dem som förstod hur det stod till med en utan att ställa så många frågor. Det var en *hierarkisk* tid och hierarkierna placerade inte bara de yrkeskunniga över patienterna, de placerade också läkarna över sjuksköterskorna, de rika ovanför de fattiga, männen ovanför kvinnorna, de vuxna ovanför barnen, och så vidare. Patientautonomirörelsen – den kan faktiskt beskrivas som en politisk rörelse som innefattar en rad olika aktörer med syfte att förändra sjukvård och välfärdstjänster i samhället – är en demokratisk rörelse förankrad i vården som jämställdhet och frihet för individen att fatta beslut om sitt eget liv.

Mitt syfte med att kritisera autonomi som centralt värde i vården och omsorgen är inte att ifrågasätta denna demokratiseringsprocess, det handlar istället om att den situation

som autonomidiskursen befinner sig i idag är fundamentalt olik det paternalistiska 1960-tal som den en gång tog avstamp i. Hotet idag är inte paternalism utan nyliberala marknadsideal. Patienten och klienten är allt som oftast *kunder* (och inte »en som lider» eller »en skyddsling» som orden egentligen betyder) som skall stärkas i kampen med dem som vill sälja vårdtjänster. Vård- och omsorgskunderna skall »maktiggöras» (»become empowered») genom att få kunskap och bli självständiga i sina beslut. Detta sker genom att patienten eller klienten förutsätts söka (och kunna få) information om allt från sjukdomsdiagnoser, behandlingar, serviceprogram och boendeformer via neutrala källor och sedan har flera tjänsteutförare att välja mellan. Kunden skall ha många valalternativ och informeras till fullo om dessa så att hon kan fatta sitt eget beslut, det är vad patient- och klientautonomi förvandlats till på 2000-talet.²

Faran med en sådan syn på autonomi är att den vårdande relationen ställs i skuggan av en sälj-köp relation. Den som behöver och söker hjälp blir ensam i sina försök att lösa de problem som uppstått på grund av sviktande hälsa eller ålderdom. Och de som har som uppgift att vårda de sjuka och gamla blir inskrivna i ett mönster där deras ambitioner att förstå och hjälpa representerar ett partsintresse. Den vårdande relationen som borde vara ett gemensamt försök att förstå patientens eller klientens belägenhet och göra det bästa möjliga för henne blir en förhandlingssituation där olika maktintressen möts. Inte så att det skulle gå att förneka att underlägen i fråga om makt och inflytande fortfarande präglar många vård- och omsorgssituationer till patienternas och klienternas nackdel, men är autonomiidealet verkligen

det bästa sättet att komma till rätta med ojämlikheterna? Det tror jag inte. Det riskerar snarare i dagens tidspressade och kostnadsjagande vård att förstärka ett avståndstagande från de som vårdas där vederbörande lämnas ensam med beslut som personalen inte längre bär ansvar för eller ens behöver intressera sig för. Den patient eller klient som känner sig övergiven av personalen i detta väljande och vill bli vägledt istället för oberoende har helt enkelt inte förstått spelets regler.

Jag hårddrar här förstås, autonomi i äldreomsorgen behöver inte betyda en sådan sälj- och köprelation. Men det kan komma att göra så, särskilt när man allt som oftast hämtar näring för förståelsen av vad autonomi är ur den liberala tradition som bygger på självägandeskap – John Locke och hans efterföljare. Grundidéerna är här att jag har rätt till beslut om allt som rör mitt eget liv så länge det inte på ett otillbörligt sätt skadar andra och att denna rätt grundar sig på att jag äger mig själv (min själ äger min kropp skulle man kanske kunna säga). Ingen annan skall lägga sig i hur jag lever det liv som är *mitt*.⁵

Ett alternativ till den (ny)liberala autonomiförståelsen kan vi hämta från Immanuel Kant. Autonomiidealet innebär för Kant att varje person stiftar sina egna lagar (autonomi betyder själv-lag-givande), men också att vi stiftar *rätt* lagar (begreppet lag har här en etisk snarare än en juridisk innebörd och implicerar handlingsplikter). Det rätta att göra är enligt Kant det som en förnuftig individ skulle göra alldeles oavsett hennes mer eller mindre tillfälliga preferenser – det är ett *kategoriskt* imperativ som förnuftet lyssnar till med Kants berömda formulering.⁴

Man kan ha många synpunkter på om Kants moralfilosofi verkligen är att föredra i sin helhet eller till och med i sina utgångspunkter, men i jämförelse med Lockes autonoma individ finns i alla fall en viktig kvalifikation: för att vara autonom räcker det inte bara att man vill eller föredrar det ena framför det andra, man måste göra det för att det är förnuftigt. Ett exempel: att inte ljuga måste grundas på att man förstår att det vore orimligt att inte vilja att andra höll sig till sanningen, inte bara på att det känns dåligt att ljuga, eller, att det i just det här fallet inte innebär några besvär för mig att tala sanning. Kant försöker formulera denna förnuftighet genom en pliktetik där motivationen för att handla faller tillbaka på en respekt för det mänskliga i meningen av det rationella – det räcker inte med att övertala den andre att alltid tala sanning, han måste också förstå *varför* detta är hans plikt, annars är hans val inte autonomt. Att uttrycka exakt hur de olika plikterna skall formuleras – vilka de är och hur de skall specificeras – är förvisso ett stort uppdrag.

Låt oss nu lämna Kants komplexa etikbygge, som jag bara pekat ut några av de bärande pelarna i, och gå vidare till det samtida autonomibegrepp inom äldreomsorg och sjukvård som är föremålet för min text. Kant kan hjälpa oss att se varför autonomi inte bara bör spegla en mer eller mindre välmotiverad vilja hos den som utövar den, utan också måste förstås inom ramen för en mänsklig relation: att jag respekterar den andres beslut grundas i att vi båda deltar i ett stort mänskligt samtal där vi tillsammans kan komma fram till vad som är rätt och riktigt.⁵ Det är därför jag inte bara kan köra över den andres synpunkter genom att tysta honom, det vore som att gå med på att han kan köra

över mina synpunkter om han bara är mer inflytelserik och mäktig än jag är (men inte klokare). Autonomi bör böttna i respekt för mänsklig värdighet och en vilja till ömsesidig förståelse, inte i en uppgivenhet inför möjligheten att förstå och respektera varandra som gör att vi måste installera självbestämmande som det *enda* vi kan enas om.⁶

Det är alltså utifrån en *relation* mellan vårdare och klient som är grundad i ett försök att förstå och hjälpa de svaga och behövande som autonomiidealet kan göra nytta. Då kan att understödja och respektera klientens autonomi komma att betyda att hjälpa henne förstå och komma fram till vad som är bäst för henne. Här gäller det att från vårdarens sida balansera impulsen att handla för att göra det som man är (mer eller mindre) övertygad om är bra för klienten med en förmåga att lyssna och förstå hennes synpunkter och skäl för att göra något annat. Låt mig ge några exempel från de berättelser som vi finner i denna volym.

I Carolina Lindströms bidrag finner vi två gamla damer som inte längre klarar av att sköta sin egen hygien, men som inte inser detta och som ogillar att duscha – det är kallt, besvärligt och kanske också förödmjukande att inte längre kunna sköta hygien själv. Hur hanterar då Carolina detta? Informerar hon tanterna om att de luktar illa och att de har rätt till en dusch i veckan, vilket nu verkligen vore på sin plats, men att de naturligtvis får välja själva – de är ju autonoma? Nej, så går det inte till. Det handlar istället om att etablera förtroendefulla relationer till Helga och Ines så att de litar på Carolina, och om att försöka ta reda på exakt varför de inte vill duscha – det kan handla om rädsla för att få vatten i ögon och öron, eller om att det gör ont att sitta i

badkaret, vilket kan ordnas genom bättre hjälpmedel. Sådan kunskap får man genom att samtala, känna efter och iaktta; att förhandla, lirka och småluras kan också höra till arsenalen när det gäller att få alla nöjda.

Synpunkten att det i själva verket är *känslan* av att vara autonom – bestämma själv – och inte att man verkligen *bestämmer* som är det viktiga framförs i Elli Halonens bidrag. Det tror jag är grundläggande i många äldrevårdssituationer, inte bara i de svåra fall av demenssjukdom som hon själv skriver om. Det är klart att frågan om autonomi blir särskilt svår när man inte längre kommer ihåg att man är vegetarian, och kanske inte vill bli påmind om det, eller när man inte längre kan prata och stänger munnen när det van-
kas middag (tycker hon inte om maten, eller vill hon dö?) som i Eva Lagers bidrag. Men just *relationen* till den som vårdas där den duktiga vårdpersonalen uppvisar intresse, respekt och värme i sin kontakt verkar vara nyckeln till att lösa de intressekonflikter kring matning och tvättning som ofta uppkommer. På många sätt påminner äldrevård om barnavård, i alla fall i de fall som skildras i den här boken. Skillnaden vad gäller fokus på autonomi är naturligtvis att det i barnens fall handlar om att bygga upp en framtida autonomi, medans det i de gamlas fall handlar om att stötta upp en autonomi som håller på att falla sönder.

Det är viktigt att hålla i minnet att de berättelser som vi finner i den här boken inte är representativa för all äldrevård (och naturligtvis inte heller för all sjukvård) på så sätt att vi här finner osedvanligt många fall av demenssjukdom och mycket svaga eller förvirrade individer. De flesta äldre som behöver hjälp med något (hemtjänst eller sjukvård) är

på ett helt annat sätt kapabla att fatta egna beslut och de vet också vad de vill. Min avsikt här är inte att inkompetensförklara alla äldre och sjuka, bara att hänvisa till den vårdande relationen som den plats där självbestämmandet skall identifieras och kanske rentav kan växa. Och att påpeka att autonomi i fråga måste placeras in i ett sammanhang, i den berättelse som varje människa utgör.⁷

Att utgå från autonomi som bestämmande begrepp och överordnat värde utan att placera det i en relationskontext och livsberättelse kan leda helt fel i vårdbesluten, särskilt när vi kommer in på fall av så kallad ställföreträdande autonomi, det vill säga när andra gör anspråk på att veta vad patienten verkligen vill. Linda Skogsberg berättar om Karl, som verkar rätt tillfreds med livet, men vars dotter Maria menar att han egentligen vill dö. Hur skall man som vårdpersonal hantera detta? Autonomi blir här som en pingpongball som slås fram och tillbaka över huvudet på patienten – vem vet vad Karl egentligen vill, vet han det själv? Autonomi blir ett argument för att få sin vilja fram med Karl, snarare än grundbulten i ett uppdrag att möta och stärka Karl i att kunna ha det så bra det nu går när man är gammal och sjuk.

EMPATIPRATET – EN NÅGOT MINDRE KRITISK BETRAKTELSE

Att kritisera autonomipratet genom att placera autonomi inom ramen för relationen mellan den som vårdar och den som vårdas antyder att om inte autonomi så åtminstone empati är ett centralt begrepp och värde inom äldre- och sjukvården. Detta till trots kommer jag också i empatins fall

att resa kritiska invändningar. Kanske har de dock i större utsträckning att göra med att fenomenet empati missförstås än att det i sig skulle vara problematiskt. Empati leder ju inte tanken bort från den vårdande relationen – som jag identifierat som det centrala för den goda vården – utan istället i riktning mot den. Inte desto mindre finns det anledning att se upp när man undersöker vad det innebär att vara empatisk.⁸

En första feltolkning består i att förväxla empati med känslsamhet i största allmänhet. Men att man visar känslor innebär inte automatiskt att man är mer empatisk än den som är lugn och neutral i sin bemötandestil. Det viktiga är ju vad känslorna handlar om och många känner mycket mer kring sig *själva* än kring andras belägenhet, precis som de känner *istället för* att tänka eller handla. Empati handlar om att få reda på hur den andre känner och har det och kanske också vad vi bör göra åt det. Här är det viktigt att peka på två närliggande men också annorlunda fenomen, nämligen medlidande och sympati. När man kritiserar ett empatiskt förhållningssätt med argumentet att det inte är förenligt med en professionell yrkesroll och att för mycket medkänsla riskerar att leda till utbränning för personalen, är det ofta snarare medlidande och sympati man har i åtanke – att lida med eller känna för den andre – än empati.

Men medlidande är bara en genomgångsfas i empatin och sympatin bara en komponent i den som måste åtföljas av andra mer kognitiva inslag. Vad är då empati? Empati är i grunden en känslomässig operation som bygger på mycket fundamentala biologiska och psykologiska strukturer, delvis inskrivna i våra hjärnor, som vi alla (eller nästan alla) har utvecklat mycket tidigt i vårt liv och

som vi ständigt faller tillbaka på i våra erfarenheter och handlingsmönster.⁹ När jag betraktar en annan människa som har ont, för att ta ett mycket grundläggande exempel på empati som förekommer ofta i världen, kommer jag själv att känna en liknande känsla och också en impuls att försöka hjälpa den som lider. Så kallade spegelneuron, och andra grundläggande hjärnfunktioner, gör att mitt kroppsuttryck härmar den andres, mitt ansikte dras ihop som i smärta och hela kroppen spänns som om jag kände samma smärta som hans. Samtidigt som, eller kanske några mikrosekunder senare än, detta känner jag också en impuls att göra något för att avlägsna smärtan, som jag nu också förstår inte är min smärta utan någon *annans* (den som jag tittar på, men också ett skrik av smärta utan något beledsagande synintryck fungerar på detta sätt).

Jag känner alltså först en slags ställföreträdande smärta (som dock aldrig blir lika stark som en verklig smärta eftersom den inte åtföljs av smärtsignaler från den egna kroppen), som snabbt förändras till att bli en känsla som *handlar om* den andres smärta. Men också i detta »handlande om» bibehåller känslan en likhet med smärta, eller med andra känslor som empatin kan handla om – ledsenhet, uppgivenhet, rädsla, ilska, och så vidare. Känslor smittar genom att våra kroppar läser av varandra innan vi hunnit tänka och tolka, och denna grundläggande kroppsliga kontakt med andra människor där vi »rör» varandra utan att vidröra varandra i bokstavlig mening är också basen för de tankar och tolkningar som sedan följer. Den ställföreträdande smärta som jag känner när den andre lider kommer inte *efter* att jag förstått att han lider (genom att läsa av hans ansikts-

uttryck och tänka att en trolig orsak till hans grimaser är att han befinner sig i smärta). Den kommer *före* och leder mina efterföljande tolkningar där jag genom att känna av mitt eget kroppstillstånd och närmare undersöka det jag ser och hör övergår till tanken att det är han som lider och att jag borde göra något åt det. Denna tanke är naturligtvis ingenting känslofritt, det är en tanke som är *stämd* genom den egna känslan där den ställföreträdande smärtan antar nya innebörder och dimensioner när den kopplas till kognitiva operationer. Vilka vägar kan då denna känsla vandra och vilka av dessa vägar motsvarar empatin?

Låt oss säga att jag blir kvar i känslan av smärta, ledsenhet, uppgivenhet, rädsla eller ilska utan att på ett medvetet sätt koppla den till att det är den andres situation som utlöst känslan och som denna känsla handlar om (sådan omedveten känslomitta är inte sällsynt), är det då en fråga om empati? Nej, då är det just bara fråga om känslsamhet i största allmänhet, att man lätt smittas av andras belägenhet, men inte förstår varför eller hur man borde förhålla sig till detta. Att ha lätt för att smittas av andras känslor är *grunden* till att kunna vara empatisk, men det räcker inte för att vara empatisk, för detta krävs att den väckta känslan kopplas till den *andres* belägenhet. Denna koppling genom varseblivning och tanke kan emellertid komma till stånd på sätt som inte blir empatiska. En sadist är mycket känslig för andras lidande, men han plågas inte på ett ställföreträdande sätt när han blir varse deras belägenhet, han njuter tvärt om av att se och känna att de lider. Detta är knappast empatiskt. Inte heller är det alltid empatiskt att dela *samma* lidande. Två människor kan lida av samma anledning, säg att en

nära vän till dem gått bort, utan att deras känslor handlar om den andres saknad. De kan till och med tillbringa denna saknadstid tillsammans och i denna mening dela lidandet inte bara vad gäller dess orsak, utan också som process, utan att deras känslor förvandlas till empati. Saknaden handlar kanske bara om dem själva och den som gått bort, inte om den andres saknad.

Sådan medkänsla – när man är med den andre i känslan utan att känslan handlar om honom – är alltså inte tillräcklig för att empati skall uppkomma. Inte heller när orsaken till medkänslan är den andres belägenhet – att jag känner att han lider – är det tillräckligt. Om jag till exempel ser (och egentligen känner innan jag *ser* i meningen av att förstå) att Lisa är arg och smittas av denna känsla av ilska, är det inte säkert att min påföljande förståelse av Lisas ilska (som äger rum när jag märker att det i själva verket är hon och inte jag som är arg, och jag får höra att hon är arg för att Pål varit dum mot henne) leder till empati. Jag kan också bli arg på Pål och på detta sätt dela Lisas ilska i sympati med henne, utan att jag försöker förstå *hennes* belägenhet. För att känslan skall bli empatisk kan den inte bara vara en ilska som liknar Lisas, den måste innehålla en komponent där det ställföreträdande momentet riktar strålkastarljuset mot Lisa på ett förstående sätt. Det som kännetecknar empati är att medkänslan inte stannar vid ett delande av känslor, varken i den första omedvetna-kroppsliga eller i den andra medvetna-kognitiva bemärkelsen, utan övergår i en förståelse av den andres perspektiv. Det är därför empati varken är synonymt med medkänsla i allmänhet eller med sympati i synnerhet. Jag kan känna sympati med Lisa utan att förstå

hennes perspektiv även om jag förstår orsaken till hennes ilska och tycker att den är berättigad.

De flesta som använder sig av empatibegreppet, antingen för att peka på det som ett vårdideal att följa, eller för att kritisera dess möjlighet och lämplighet som ett sådant vårdideal, tar inte hänsyn till de avgränsningar från olika typer av medkänsla och sympati som jag gjort ovan. Det gör empatin sårbar för invändningar där den förvandlas till känsloljunk eller självcentrering. Om vi tar hänsyn till avgränsningarna och kvalificeringarna tror jag att empati kan fungera som ett ideal i vården där respekten för autonomin dessutom får sin rätta plats som kopplad till viljan att förstå den andres perspektiv.

Men måste inte empati också vara kopplat till en känsla för den andre där jag känner behovet, eller till och med plikten, att hjälpa henne? Även respekten för patientens eller klientens autonomi blir ju tom om den inte kopplas till att skapa handlingsmöjligheter. Det räcker väl inte med att bara förstå den andres lidande om jag inte också vill göra något åt det? Även jämförelsen med sadisten talar för att empatin måste kvalificeras på detta sätt, frågan är bara om denna tolkning av empatin, där den inte bara blir en värdeneutral känsla och kunskapsform utan också ett etiskt ideal, skall lokaliseras på den omedvetna eller på den medvetna nivån.

Jag skrev ju att själva känslan av den andres smärta genast väcker behovet att hjälpa henne – att ta bort smärtan (eller vilka andra negativa känslor det nu kan handla om). Empati blir ju aktuell när någon annan genom sitt känslouttryck signalerar att något är på tok – vi talar inte särskilt ofta om empati med andras glädje – och i denna känsla av att

något är på tok in finner sig vad jag skulle vilja kalla en *drift* att hjälpa. Driften är naturligtvis inte oeftergivlig och den kan vara olika stark beroende på kvalitén och intensiteten i det känsloutryck vi möter, men den finns där som en slags etisk början, inskriven redan i vår biologi. Att det evolutionsmässigt kan handla om överlevnad på gruppnivå eller DNA-sekvenser som replikerar sig, snarare än en överlagd vilja att hjälpa och göra gott gör inte denna vår känslighet för andra människors (och djurs) belägenhet och impulsen att komma till bistånd när de lider mindre viktig. Driften att hjälpa räcker inte för att vi skall tala om empati i bemärkelsen av en överlagd medkänsla (sympati) och förståelse för den andres situation där vi försöker hjälpa honom på bästa sätt, men den är en viktig början till empatin.

Hur är det då med respekt för det som Emmanuel Levinas kallar för den andres ansikte och annanhet?²⁰ Hör den till empatin? Ja, det gör den, redan i den kroppsliga medkänslan med den andre fungerar ansiktet som själva mittpunkten i det möte mellan våra kroppar som gör att vi delar känslor. Jag nämnde tidigare spegelneuronen som får oss att omedvetet härma andra människor, och om vi går vidare i studiet av hjärnan kommer vi också att finna delar som är särskilt bra på att just känna igen och reagera på ansikts- och kroppsuttryck. Vi ser ansikten och kroppsuttryck också där de inte finns, i molnens konstellationer, i trädens former, och vi påverkas känslomässigt av landskap och väderlek som vi upplever som dystra, lugna, oroliga, upprymda, och så vidare. Att Levinas väljer ansiktet som tecknet på den andres närvaro – eller snarare hans frånvaro i meningen av att jag aldrig fullt ut kan förstå hans perspektiv på världen,

som enligt Levinas skiljer sig i grunden från mitt – är därför inte godtyckligt, det speglar i själva verket vår biologiska och psykologiska grunduppbyggnad.

Men Levinas är egentligen inte ute efter att fånga upp dessa biologiska och psykologiska basfakta om oss människor (som inte var tillräckligt utforskade och belagda när han skrev sina böcker), ansiktet är för Levinas en *etisk* kategori som handlar om *respekten* för den andres annanhet som förbjuder oss att skada henne och till och med ålägger oss plikten att hjälpa henne. Till skillnad från Kant finns här ingen ömsesidighet för Levinas, den andre är inte skyldig att respektera mitt ansikte, kravet och respekten är fullständigt asymmetriska. En annan skillnad mot Kant är att respekten för den andre inte grundas i att han har ett praktiskt förnuft som vi själva, utan i att han är sårbar och annorlunda än oss – det är det som ansiktet talar om för oss.

Tillbaka till empatin. Är den respekt för den andre som Levinas talar om alltid inbakad i det empatiska förhållningssättet? Ja, jag tror att en kvalificering av empatin måste inrymma en respekt som handlar om att jag inte kan ta för givet att den som jag har empati med känner och ser saker som jag skulle göra om jag vore i hennes situation. Empatin tar avstamp i det faktum att vi är lika – vi är alla kännande kroppar med sårbara ansikten skulle vi kunna säga med en slags hybridisering av det neurologiska och Levinaska perspektivet – men den måste landa i en medkännande förståelse som tar hänsyn till det unika med den persons belägenhet som jag försöker förstå och hjälpa. Annars riskerar empatin att bli vad Merete Mazzarella kallar en »alltför stor potatis i munnen».¹¹ Hon föredrar respekt som

etisk grundhållning framför empati, just därför att empatin tycks inrymma den självförhävande ambitionen och möjligheten att vård- och omsorgspersonalen skulle kunna förstå hur det verkligen är att vara just denna patient eller klient. Respekt betyder, som hon skriver, »att se och sedan se en gång till» och detta är enligt henne en uppmärksamhet att föredra framför alltför inkännande förståelseförsök som till och med kan bli integritetskränkande.¹²

Jag tror inte att empatin behöver drabbas av denna invändning om man inhyser respekten för den andres annanhet i den som ett korrektiv till ett medkännande som suddar ut gränserna mellan mig och dig. Redan i förståelsen för den andres perspektiv i kontrast till den blotta sympatin hittar vi embryot till respekten för den andres annanhet, men det avgörande är naturligtvis hur denna förståelse etableras och utövas – den måste handla om den andre och inte bara om mig. Att jag kan stämmas in i den andres känsla får inte lura mig att tro att jag bör stanna kvar där, utan snarare tjäna som en språngbräda och utmaning att verkligen förstå och hjälpa henne. Det finns två filosofiska perspektiv och traditioner som jag tror kan vara av särskilt värde när det gäller att förstå denna process – fenomenologin och den filosofiska hermeneutik som utgör dess logiska fortsättning i den tyska och franska 1900-talsfilosofin.

DEN LEVDA KROPPEN OCH DEN EMPATISKA TOLKNINGEN

Empati är alltså en känslomässigt vägledad förståelse för den andres situation där jag strävar efter att hjälpa henne på bästa möjliga sätt. En sådan förståelse tar sin början i och är

beroende av en medkänsla och en sympati, men den måste också inrymma en respektfull förståelse, beredd att handla, för att vara empatisk. När empatin placeras i ett yrkesmässigt sammanhang, som i vård och äldreomsorg, får förståelsen och hjälpuppdraget en professionell inramning och inriktning som hindrar det från att bli gränslöst i sin omfattning. På samma sätt är distinktionen visavi medkännandet i dess olika tappningar viktiga för att empatin skall kunna fungera som ett grundelement i god och engagerad vård, utan att personalen drabbas av känslomässig utbränning.

Vi hittar inte lika mycket referenser till empati som till autonomi i de reflekterande berättelser i första delen av denna bok. Inte desto mindre kan vi i flera av texterna hitta empatiska förståelsemönster i själva berättelserna om hur vårdarna bryr sig om och försöker hjälpa sina klienter. I de frekventa hänvisningarna till klienternas autonomi, som vi finner i texterna, ser jag alltså en omsorg som snarare passar till det empatibegrepp jag försökt utveckla ovan, än till ett juridiskt och marknadsorienterat autonomiideal.

Början till empatin ligger, som jag beskrivit, i en omedveten känslomitta mellan människors kroppar som uttrycker stämningslägen. Det är kroppen som signalerar och imiterar dessa känslor, närmare bestämt det som fenomenologins upphovsman Edmund Husserl kallade för den »levda kroppen», på tyska »Leib», och hans franske lärlunge Maurice Merleau-Ponty benämnde »egenkropp» – »corps propre».¹⁵ Den levda kroppen är den egna kroppen som den framträder för den som har den, eller, snarare, för den som är den. Kroppen är vår ständiga ursprungs- och nollpunkt när vi intar och erfar världen, våra upplevelser är kroppsligt bestämda,

beroende av en kropp som andas, rör sig, ser, hör, känner, äter, sover och så vidare. All mänsklig erfarenhet är kroppslig – till och med tanken att två plus två är fyra tänks från ett kroppsligt perspektiv – och just på grund av denna ständiga bakgrund av kroppen i det vi upplever har vi en tendens att glömma bort det kroppsliga inslaget i erfarenheten. Vi är koncentrerade på det vi erfar, inte de processer varigenom upplevelserna tar form.

Fenomenologins grundpostulat är att erfarenheten är meningsfylld. Vår erfarenhet *handlar om* saker och ting i världen, den är riktad mot och bygger upp världen som en värld bestående av olika ting fyllda av betydelser för oss. Vi är inte bara passiva mottagare av intryck, vi formar också världen genom meningsfyllda mönster som får tingen att framträda *som* saker fyllda av mening. Men världen rymmer inte bara ting, den rymmer också andra människor, och människorna framträder för oss på ett annorlunda sätt än tingen – vi blir varse de andra som *erfarande* varelser.

Att vi inte är ensamma, utan istället tillsammans befinner oss i en meningsfylld värld, är inte något vi upptäcker efter det att vi upptäckt världen, det är snarare en förutsättning för att världen skall kunna framträda för oss som meningsfylld. Alla vardagliga ting – stolar, bord, böcker, cyklar, och så vidare – refererar indirekt till andra människor, de är bara möjliga i en delad värld och de har från början framträtt för oss just på detta sätt via andra människor som, så att säga, inbjudit oss att dela tingens mening. Det är möjligt att utforska dessa konstitutionsprocesser utvecklingspsykologiskt, eller till och med neurofysiologiskt, men detta är inte huvudpoängen här: från den fenomenologiska utsiktspunk-

ten vill vi snarare rikta strålkastarljuset mot vår erfarenhet av världen som en delad, meningsfylld zon för att undersöka olika element och lager i erfarenheten själv. Vi vill inte i första hand förklara hur erfarenheten har uppstått, utan förstå hur den är uppbyggd *som erfarenhet*.

Känslomittan pekar här på att *stämningen* är grundläggande för hur och vad vi uppfattar. Den fenomenolog som analyserat känslornas betydelse för erfarenhetens form på det mest grundläggande sättet är Martin Heidegger, viktigast här är hans huvudverk *Varat och tiden*, publicerat 1927.¹⁴ Våra upplevelser av världen och våra tankar om den är inte neutrala, de bestäms i grunden av det stämningsläge som vi befinner oss i. Den ångestfylldes värld är en annan än den nyförälskades, jag ser inte bara saker i olika ljus, jag ser och tänker helt olika saker beroende på det stämningsläge som råder för mig.

Stämningslägen är inte någonting som vi bär inom oss själva, dolt från andra, det är istället något som vi delar genom den levda kroppens expressiva uttryck och ordlösa dialog med andra kroppar som talar till oss på en förmedveten nivå. Vi är på den levda kroppens nivå öppna för ett känslomässigt tilltal som förmår oss att skilja mellan andra människor (och vissa djur) och ting. Vi är till och med så avsökande i denna kroppsliga dialog att vi tenderar att se kroppsliga gestalter och ansikten runt omkring oss också där de inte finns (när vi ser efter närmare upptäcker vi att trädet bara är ett träd och att stenen inte har några ögon eller näsa och mun). I en vetenskaplig terminologi skulle vi kunna säga att vi är programmerade («wired») både hårt (hjärnan) och mjukt (psykologiska funktioner) genom

evolutionen (generna) att reagera snabbt och intensivt på närvaron av andra och deras känslor. Dessa program som styr den levda kroppens scheman för meningsetablerande är basen i vår empatiska förmåga. Elli Halonen skriver om att vara empatisk (utan att hon använder ordet i fråga):

Det gäller att vara närvarande, lyhörd, uppmärksam, kunna tolka olika signaler och hitta lösningar tillsammans. Vi behöver se till även de andra gästerna och hela situationen. Jag har lärt känna Margit och kan uppleva en stämningsförändring i rummet, utan att något egentligen sägs eller görs. Många gånger kan jag hindra att problem uppstår genom att känna av stämningen, det gör att jag kan avleda henne. Margit vill alltid hjälpa till och det är lätt att locka med henne om jag behöver hjälp. De gånger jag inte lyckats försöker jag granska situationen. Jag kanske inte var tillräckligt uppmärksam, kanske inte tog mig tid med Margit, jag kanske hade placerat henne fel vid matbordet, eller pratade kanske för mycket med de andra. Ansträngde jag mig inte tillräckligt för att hitta den bästa lösningen? Hade jag kanske för bråttom? Fungerade inte samarbetet med arbetskamraterna? Det kan vara många små saker som påverkar.

Här ser vi hur stämningens grundläggande betydelse för tankar och handlingar framträder särskilt tydligt i mötet med senildementa klienter som Margit. När tankarna inte längre är klara och minnet sviker blir man ännu mer utlämnad till stämmingslägets makt. Beskrivningen av hur Elli möter och arbetar med Margit är också en perfekt illustration av empatins olika steg och komponenter. Vi har först mötet på den levda kroppens nivå där Elli läser av Margits stämmingsläge och belägenhet. »Närvaro, lyhörd-

het och uppmärksamhet» är viktiga inslag i detta, som hon själv skriver. Men empatin stannar inte här utan går vidare till att »tolka olika signaler och hitta lösningar tillsammans», det vill säga Elli övergår till mer medvetna och handlingsinriktade förståelsestrategier som fortfarande vilar i den känslomässiga avläsningen men också antar en ny, professionell form. I dessa tolkningar reflekterar hon självkritiskt över hur hon kan göra saker bättre och lära av erfarenheten. Som framgår av andra stycken i hennes essä är hon också medveten om att respekten för klientens integritet och unika perspektiv på saker och ting är avgörande i det empatiska arbetet. Inte heller här använder sig Elli av begreppet empati, utan istället autonomi, men det är lätt att se att det är i den vårdade relationen som respekten för klientens självbestämmande framträder som ett korrektiv till dominans och arrogans från personalens sida i det hjälpande omsorgsarbetet:

När jag hjälper Margit vet jag att jag har makt, men försöker att inte dominera utan ge makt till henne och på det sättet hjälpa henne att behålla sin autonomi. Jag vill att Margit känner att det är hon som tar beslut, även om hon många gånger mår bättre av att jag tar dem och hjälper henne till rätta. Till exempel när jag sätter mig bredvid henne vid matbordet, väljer mat och berömmar maten och på så vis får henne att identifiera sig med mig och välja samma mat. Jag är medveten om att jag inte vet vem hon är och vad hon vill, men jag försöker tolka henne rätt.

Den sista meningen i citatet är en nyckel till vad empati handlar om: »jag försöker *tolka* henne rätt» (min kursivering). Att vara empatisk i vård och omsorg innebär att i

mötet med patienter och klienter på ett ödmjukt sätt (»jag är medveten om att jag inte vet vem hon är och vad hon vill») försöka tolka vad de uttrycker och vad de behöver. Vårdarbete är en hermeneutisk (tolkande) verksamhet och empatin kan här betraktas som en av nycklarna till framgångsrika tolkningar i möten med patienter och klienter. I sådana tolkningar är det viktigt att empati inte bara förblir vid inkännande och medkännande, utan utvecklas till en kognitiv och handlingsinriktad process, som jag argumenterat för ovan. Det är särskilt viktigt att påpeka detta i samband med den hermeneutiska anknytning som vår förståelse av empatibegreppet nu antar, eftersom den hermeneutiska traditionen i vissa metodinriktade tappningar (huvudexemplet är Friedrich Schleiermacher) använder sig av just begreppet »Einfühlung» (inkännande, empati) för att beskriva hur uttolkaren av en text skall försöka försätta sig i författarens position för att förstå det som han har skrivit. Vi har sett hur förståelsen av empati som identifikation med den man empatiserar med leder fel, och på samma sätt kommer en förståelse av den hermeneutiska tolkningsprocessen som ett uppgivande av det egna perspektivet och ett uppgående i det man tolkar att leda oss vilse. Det var just det som den moderna filosofiska hermeneutikens huvudfigur – Hans-Georg Gadamer – insåg och utvecklade i sin bok *Sanning och metod*, publicerad för första gången 1960, och det är till honom vi nu hastigt och avslutningsvis skall vända oss för att förse empatin med en hermeneutisk ryggrad.¹⁵

Gadamer tänker sig att all mänsklig förståelse formas i möten mellan olika »förståelsehorisonter». En av dessa ho-

risoner tillhör läsaren, det vill säga den som försöker förstå något, och den andra tillhör den eller det som blir förstått – texten, artefakten, eller helt enkelt den andra människan. Förståelsen är inkännande till sin struktur – det gäller att sätta sig in i upphovsmannens språk, kultur och psyke, för att åstadkomma ett möte mellan horisonterna, men den är också nyskapande – att tolka innebär alltid att förstå från sin egen plats, med den horisont av »fördomar» som gör det möjligt för läsaren att överhuvudtaget artikulera sig och träda texten till mötes i det som Gadamer beskriver som ett *samtal* mellan läsare och text.

Gadamers bok består av tre delar som behandlar vårt sätt att förstå inom konstens värld, humanvetenskapernas värld, och slutligen inom ramen för språket överhuvudtaget. De flesta av hans exempel i *Sanning och metod* är följaktligen tagna från konst, litteratur och humaniora. Han diskuterar inte på ett explicit sätt olika yrkespraktiker som hermeneutiska aktiviteter om inte texttolkning på ett tydligt sätt befinner sig i fokus, såsom exempelvis inom juridiken. Men han understryker inte desto mindre med verkets tredje del att det är språket och dialogen – mötet mellan människor – som är den grundläggande hermeneutiska erfarenheten. Han slår också fast att det är Aristoteles tankar om praktisk kunskap och visdom – *fronesis* – i *Den nikomachiska etiken* som bildar utgångspunkt för hans analyser i *Sanning och metod*.¹⁶ Tolkandet äger alltid rum i mellanmänskliga situationer, som i sin tur befinner sig inom ramen för mänskliga praktiker med särpräglade strukturer och mål: som sjukvård och äldreomsorg. *Fronesis* – den praktiska visdomen – utgår från mötet med det unika och individuella i en mel-

lanmänsklig praktik och det är också där som det hermeneutiska arbetet utövas.

Är då empati och *fronesis* samma sak? Är detta målet och resultatet av den hermeneutiska utflykten med empatibegreppet? Ja och nej. Praktisk visdom förutsätter empati och empati förutsätter praktisk visdom, men de är inte identiska med varandra. *Fronesis* har också andra dimensioner än den empatiska eftersom den praktiska visdomen är inskriven i en hel teori om dygderna och det goda livet.¹⁷ Och empati har, som vi sett, en känslomässig grund som måste utvecklas på ett betydligt mer ingående sätt än Aristoteles gör i samband med *fronesis* i *Den nikomachiska etiken*, eller, för den delen, Gadamer gör i *Sanning och metod* när han mejslar ut tolkandets grundmönster.

För empatins del är det två saker som är särskilt viktiga att framhäva och som framkommer tydligare genom jämförelsen med Gadamers hermeneutikbegrepp och Aristoteles *fronesis*begrepp. För det första: empati är en kunskapsprocess som tar form i ett möte med den andra människan. Att empati inte bara är ett inkännande utan också en tolkning i ett möte mellan förståelsehorisonter lyfter fram det kognitiva och dialogiska inslaget i empatiprocessen. För det andra: empatin är praktisk och normativ till sin natur. Den hjälpande impulsen som vi finner redan i mötet mellan två levda kroppar i det empatiska fallet kan utvecklas till en moraliskt överlagd förståelse av och för den vi möter när empatin fullbordas som tolkning i mötet. Icke desto mindre, trots dessa kognitiva, dialogiska, praktiska och normativa inslag, förblir empatin i grunden just en känsla, en känsla för den andre och hennes umbäranden.