UMEÅ UNIVERSITET

Sambandet mellan empati och psykisk hälsa

Ellinor Johansson

Kandidatuppsats, 15hp

Kandidatexamen i Psykologi, 180hp

HT 2025

Handledare: Linnea Karlsson

Denna uppsats är ett självständigt arbete på kandidatnivå i psykologi vid Institutionen för psykologi, Umeå universitet. Arbetet genomfördes under höstterminen 2025 och omfattar 15 högskolepoäng. Studien genomfördes som en kvantitativ tvärsnittsstudie med korrelationsanalys och syftade till att undersöka sambandet mellan empati och psykisk hälsa i en vuxenpopulation.

Sammanfattning

Empati har länge betraktats som en central komponent i mänsklig social interaktion och har ofta kopplats till positiva utfall såsom prosocialt beteende, goda relationer och psykiskt välbefinnande. Samtidigt har forskning visat att empati inte är ett entydigt positivt fenomen, utan i vissa sammanhang kan vara förknippad med ökad emotionell belastning och psykisk ohälsa. Syftet med föreliggande studie var att undersöka sambandet mellan empati och psykisk hälsa i en vuxenpopulation, med särskilt fokus på självrapporterade nivåer av depression, ångest och stress. Studien genomfördes som en kvantitativ tvärsnittsstudie med korrelationsanalys och baserades på självskattningsenkäter. Totalt deltog 100 vuxna personer. Empati mättes med Interpersonal Reactivity Index (IRI), som fångar både kognitiva och affektiva dimensioner av empati, och psykisk hälsa mättes med Depression Anxiety Stress Scales–21 (DASS-21). Data analyserades med deskriptiv statistik samt Pearsons produkt–moment-korrelationsanalyser. Resultaten visade överlag svaga till måttliga samband mellan empati och psykisk hälsa. Affektiva dimensioner av empati visade ett mer blandat mönster: empatisk omsorg uppvisade ett positivt samband med ångest, medan personlig oro uppvisade inga eller endast mycket svaga samband med depression, ångest och stress. Kognitiva dimensioner av empati visade däremot genomgående svaga och icke-signifikanta samband med depression, ångest och stress. Sammantaget gav resultaten inte fullt stöd för empati som en generell skyddsfaktor för psykisk hälsa, utan indikerade att empati kan fungera både som en resurs och som en potentiell riskfaktor beroende på dess dimension.

Abstract

Empathy has long been regarded as a central component of human social interaction and has often been associated with positive outcomes such as prosocial behavior, satisfying relationships, and psychological well-being. At the same time, research has shown that empathy is not an unequivocally positive phenomenon and may, in certain contexts, be associated with increased emotional burden and psychological distress. The aim of the present study was to examine the relationship between empathy and mental health in an adult population, with a particular focus on self-reported levels of depression, anxiety, and stress. The study employed a quantitative cross-sectional design with correlational analyses and was based on self-report questionnaires. A total of 100 adult participants took part in the study. Empathy was assessed using the Interpersonal Reactivity Index (IRI), which captures both cognitive and affective dimensions of empathy, and mental health was measured using the Depression Anxiety Stress Scales–21 (DASS-21). The data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product–moment correlation analyses. The results indicated overall weak to moderate associations between empathy and mental health. Affective dimensions of empathy showed a mixed pattern: empathic concern was positively associated with anxiety, whereas personal distress showed no or only very weak associations with depression, anxiety, and stress. In contrast, cognitive dimensions of empathy showed consistently weak and non-significant associations with depression, anxiety, and stress. Overall, the findings did not fully support the notion of empathy as a general protective factor for mental health, but rather suggest

that empathy may function both as a resource and as a potential risk factor depending on its dimension.

Keywords: empathy, mental health, depression, anxiety, stress

Sambandet mellan empati och psykisk hälsa

Empati, ofta definierad som förmågan att förstå och dela andra människors känslor och perspektiv, utgör en central komponent i mänsklig social interaktion. Genom empati möjliggörs prosocialt beteende, relationsskapande och socialt samspel, vilket i sin tur har stor betydelse för individens psykiska hälsa och välbefinnande (Batson, 2009; Eisenberg, 2000). Inom psykologisk forskning har empati länge betraktats som en viktig resurs för att främja positiva sociala relationer och emotionellt välmående.

Psykisk ohälsa utgör ett betydande folkhälsoproblem globalt och är en viktig bidragande faktor till funktionsnedsättning och minskad livskvalitet (World Health Organization [WHO], 2022). Tidigare forskning har visat att individer med hög empati ofta uppvisar bättre sociala färdigheter, större sociala nätverk och mer tillfredsställande relationer, faktorer som i sin tur har kopplats till lägre nivåer av psykisk ohälsa såsom depression, ångest och stress (Taylor, 2000).

Socialt stöd och upplevelsen av samhörighet fungerar som skyddsfaktorer mot psykisk ohälsa, vilket kan bidra till att empatiska individer generellt rapporterar högre psykiskt välbefinnande. Ur detta perspektiv kan empati förstås som en psykologisk resurs som underlättar meningsfulla relationer och emotionellt stöd.

Samtidigt har forskningen visat att empati inte är ett entydigt positivt fenomen. Hög empatisk förmåga har i vissa sammanhang kopplats till ökad sårbarhet för emotionell belastning och psykisk ohälsa, särskilt vid hög grad av emotionell involvering i andras lidande (Figley, 1995). Detta kan innebära att empati, snarare än att fungera som en skyddsfaktor, i vissa situationer bidrar till ökad stress, ångest och emotionell utmattning. Empati framstår därmed som ett komplext och mångdimensionellt fenomen med potentiellt både skyddande och belastande effekter på den psykiska hälsan.

Empati är inte ett enhetligt begrepp utan består av flera dimensioner. Inom forskningen görs ofta en distinktion mellan kognitiv empati och affektiv empati. Kognitiv empati avser förmågan att förstå och ta andras perspektiv, medan affektiv empati innebär emotionell delaktighet i andras känslotillstånd (Hoffman, 1982; Håkansson, 2006). Dessa olika aspekter av empati kan ha skilda konsekvenser för individens psykiska hälsa. Kognitiv empati har ofta associerats med adaptivt socialt fungerande och god emotionell reglering, medan affektiv empati i flera studier har kopplats till ökad emotionell belastning och sårbarhet för psykisk ohälsa (Johansson, 2004).

Empiriska studier har ytterligare belyst hur affektiva och kognitiva dimensioner av empati skiljer sig i relation till psykisk hälsa. Tone och Tully (2014) visade i en studie på vuxna individer att personal distress var starkt associerad med både depressiva och ångestrelaterade symtom, medan mer andra-orienterade empatikomponenter uppvisade svagare eller inga samband med psykisk ohälsa.Personal distress (på svenska ofta benämnt personlig oro) avser en självfokuserad affektiv reaktion som kännetecknas av obehag, oro och stress i respons på andras lidande. Till skillnad från empatisk omsorg är personal distress främst riktad mot individens eget obehag snarare än mot den andres behov (Davis, 1983). Författarna menar att självfokuserad emotionell reaktivitet kan förstärka negativa affektiva tillstånd snarare än fungera som en skyddande faktor.

Under de senaste två decennierna har ett växande antal empiriska studier undersökt sambandet mellan empati och psykisk ohälsa, med särskilt fokus på depression, ångest och stress. Resultaten från dessa studier är dock långt ifrån entydiga. En systematisk översikt av Schreiter et al. (2013) visade exempelvis att empati i vissa studier var associerad med lägre nivåer av depressiva symtom, medan andra studier rapporterade positiva samband mellan empati och depressiva symtom, särskilt när empati mättes som emotionell reaktivitet snarare än kognitiv förståelse.

Flera empiriska studier har visat att olika dimensioner av empati kan ha skilda relationer till psykisk hälsa. Affective, själv-orienterade komponenter av empati, såsom personal distress, har i upprepade studier kopplats till högre nivåer av ångest, depressiva symtom och generell negativ affektivitet (Kim et al., 2018; Yan et al., 2021). Dessa fynd har tolkats som att stark emotionell inlevelse i andras lidande, utan tillräcklig emotionell reglering, kan bidra till ökad psykisk belastning. I kontrast har kognitiva aspekter av empati, såsom perspektivtagande, i flera studier visat svaga eller inga samband med psykisk ohälsa, och i vissa fall till och med negativa samband med depressiva och ångestrelaterade symtom (Schreiter et al., 2013; Pittelkow et al., 2021).

Nyare forskning har även uppmärksammat att empati kan fungera som både resurs och riskfaktor beroende på kontext och individfaktorer. En meta-analys av Yan et al. (2021) visade att empati överlag var positivt relaterad till depressiva symtom, men att sambandet i stor utsträckning drevs av affektiva empatikomponenter. Liknande resultat har rapporterats i studier på generell vuxenpopulation, där personal distress visat starkare samband med psykisk ohälsa än mer andra-orienterade empatikomponenter såsom empatisk omsorg (Kim et al., 2018).

Trots ett ökande antal studier kvarstår flera kunskapsluckor i forskningen. Dels har många studier fokuserat på specifika populationer, såsom kliniska grupper eller yrkesverksamma inom vård och omsorg, dels varierar resultaten beroende på vilka mått på empati och psykisk hälsa som används. Få studier har samtidigt undersökt flera dimensioner av empati i relation till både depression, ångest och stress i en generell vuxenpopulation med hjälp av etablerade självskattningsinstrument såsom Interpersonal Reactivity Index (IRI) och Depression Anxiety Stress Scales–21 (DASS-21). Det finns därför ett behov av ytterligare empiriska studier som på ett nyanserat sätt belyser hur olika empatiska dimensioner relaterar till psykisk hälsa i vardagliga sammanhang.

Forskning har även uppmärksammat fenomenet empatitrötthet, vilket beskriver ett tillstånd av emotionell utmattning som kan uppstå till följd av långvarig eller intensiv empatisk exponering för andras lidande (Figley, 1995). Empatitrötthet har främst studerats inom vård- och omsorgsyrken, där kontinuerlig exponering för andras psykiska och fysiska lidande är vanligt förekommande. Symtom såsom ångest, nedstämdhet, stress, koncentrationssvårigheter och sömnproblem har kopplats till detta tillstånd (Kranke et al., 2020). Samtidigt finns indikationer på att liknande mekanismer kan vara relevanta även i en generell vuxenpopulation, särskilt i sammanhang där individer engagerar sig starkt i andras känslor utan tillräckliga möjligheter till återhämtning.

Sammantaget pekar tidigare forskning på ett komplext och delvis motsägelsefullt samband mellan empati och psykisk hälsa. Å ena sidan kan empati bidra till ökat välbefinnande

genom förbättrade relationer och socialt stöd. Å andra sidan kan hög empati, särskilt i dess affektiva form, vara förenad med ökad psykisk belastning och stress. Trots omfattande forskning kvarstår frågor kring hur olika dimensioner av empati relaterar till psykisk hälsa i vardagliga sammanhang och i icke-kliniska populationer.

Mot denna bakgrund syftade föreliggande studie till att undersöka sambandet mellan empati och psykisk hälsa i en vuxenpopulation. Mer specifikt avsågs sambanden mellan olika dimensioner av empati och självrapporterade nivåer av depression, ångest och stress analyseras.

Baserat på tidigare forskning formulerades tre hypoteser. För det första förväntades kognitiva empatikomponenter, i form av perspektivtagande, uppvisa svaga negativa samband med självrapporterade nivåer av depression, ångest och stress, där högre grad av kognitiv empati är associerad med lägre nivåer av psykisk ohälsa. För det andra förväntades affektiva, själv-orienterade empatikomponenter, i form av personlig oro (personal distress), uppvisa positiva samband med depression, ångest och stress. Slutligen förväntades empatisk omsorg uppvisa positiva samband med depression, ångest och stress, om än svagare än för personlig oro, eftersom denna dimension kan innebära emotionell belastning trots sin andra-orienterade karaktär.

Metod

Design

Föreliggande studie genomfördes som en kvantitativ tvärsnittsstudie baserad på självrapporterad enkätdata. En tvärsnittsdesign valdes eftersom syftet var att undersöka samband mellan empati och psykisk hälsa vid ett och samma mättillfälle. Designen möjliggör analys av relationer mellan variabler, men tillåter inga slutsatser om kausalitet. Den kvantitativa ansatsen valdes för att möjliggöra statistisk analys av samband mellan empati och symtom på depression, ångest och stress.

Deltagare

Deltagarna utgjordes av totalt N = 100 individer. Åldersuppgifter fanns tillgängliga för 99 deltagare. Medelåldern var M = 36.2 år (SD = 13.8), med ett åldersspann mellan 19 och 80 år. Urvalet bestod av 78 kvinnor (78.0 %), 21 män (21.0 %) och 1 person som identifierade sig som icke-binär (1.0 %).

Deltagarna rekryterades genom bekvämlighetsurval via digital spridning av en webbaserad enkät. Inklusionskriterier var att deltagarna var minst 18 år och kunde besvara enkäten på svenska. Deltagandet var frivilligt och anonymt. Bekvämlighetsurval möjliggör snabb och effektiv datainsamling men innebär samtidigt begränsningar gällande generaliserbarhet, då urvalet inte är slumpmässigt. Resultaten bör därför tolkas med försiktighet och kan inte utan vidare generaliseras till hela populationen.

Mätinstrument

Empati

Empati mättes med Interpersonal Reactivity Index (IRI; Davis, 1983), ett etablerat självskattningsinstrument som mäter flera dimensioner av empati. IRI består av 28 påståenden fördelade på fyra delskalor: Perspektivtagande, Empatisk omsorg, Personlig oro samt Fantasi. IRI möjliggör en uppdelning mellan kognitiva och affektiva komponenter av

empati. Perspektivtagande (PT) och Fantasi (FS) betraktas vanligen som främst kognitiva aspekter, då de avser individens förmåga att förstå och mentalt föreställa sig andras perspektiv och upplevelser. Empatisk omsorg (EC) och Personlig oro (PD) representerar affektiva reaktioner, där EC avser andra-orienterad empati och PD avser själv-orienterad emotionell oro i respons på andras lidande (Davis, 1983). Deltagarna skattade i vilken utsträckning de instämde i varje påstående på en fyrgradig Likertskala. IRI är ett väletablerat instrument och dess delskalor har i tidigare forskning visat acceptabla psykometriska egenskaper, inklusive intern konsistens och begreppsvaliditet, i vuxna urval (Davis, 1983).

Psykisk hälsa

Psykisk hälsa mättes med Depression Anxiety Stress Scales – 21 (DASS-21), ett självskattningsinstrument som mäter symtom på depression, ångest och stress. Instrumentet består av 21 påståenden, fördelade på tre delskalor med sju påståenden vardera. Deltagarna skattade i vilken utsträckning de upplevt respektive symtom under den senaste veckan på en fyrgradig Likertskala. DASS-21 är ett välanvänt instrument och har visat god intern konsistens samt validitet i både kliniska och icke-kliniska urval (Lovibond & Lovibond, 1995). I föreliggande studie analyserades delskalorna för depression, ångest och stress separat.

Procedur

Datainsamlingen genomfördes via en webbaserad enkät. Enkäten distribuerades via sociala medier samt genom studentgrupper på facebook under perioden 1-26 januari 2025. Inbjudan innehöll kort information om studiens syfte, att deltagarna skulle vara minst 18år och svenskspråkiga samt en länk till enkäten. Urvalet bestod därmed av vuxna personer som nåddes via dessa kanaler och valde att delta frivilligt. Deltagarna informerades inledningsvis om studiens syfte, att deltagandet var frivilligt samt att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande utan negativa konsekvenser. Efter att ha lämnat informerat samtycke besvarade deltagarna enkäten, som bestod av bakgrundsfrågor följt av frågeformulären IRI och DASS-21. Enkäten tog cirka 10–15 minuter att genomföra.

Etiska överväganden

Studien genomfördes i enlighet med grundläggande forskningsetiska principer om information, samtycke, konfidentialitet och nyttjande. Deltagarna informerades om studiens syfte, att deltagandet var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta utan negativa konsekvenser. Inga direkt identifierande personuppgifter samlades in och materialet behandlades anonymt.

Dataanalys

Insamlade data bearbetades och analyserades i statistikprogrammet Jamovi. Inledningsvis genomfördes en översiktlig datarensning där saknade värden (missing data) kontrollerades och variabler granskades avseende rimliga värden. Saknade värden kontrollerades genom granskning av saknade värden per variabel i Jamovi. Inga saknade värden förekom på de variabler som ingick i korrelationsanalyserna (IRI- och DASS-21-delskalor). I korrelationsanalyserna användes Jamovis standardinställning, vilket innebär parvis exkludering av saknade värden (pairwise deletion). En bortfallsanalys, i form av jämförelser mellan svarande och icke-svarande, kunde inte genomföras eftersom enkäten var anonym och ingen uppgift fanns om hur många personer som exponerades för enkäten. Samtliga items granskades avseende korrekt kodning och eventuella avvikelser. Skalpoäng

beräknades i enlighet med respektive instruments instruktioner. För Interpersonal Reactivity Index (IRI) transformerades items från bokstavsformat till numeriska värden (0–3), och negativt formulerade items omkodades genom omvänd skalning. Därefter beräknades medelvärden för respektive delskala: Fantasi, Perspektivtagande, Empatisk omsorg och Personlig oro. För Depression Anxiety Stress Scales–21 (DASS-21) beräknades medelvärden för delskalorna depression, ångest och stress. Intern konsistens för samtliga skalor och delskalor analyserades med Cronbach's alfa. Därefter togs deskriptiv statistik fram för samtliga variabler. Samband mellan empati och psykisk hälsa analyserades med Pearsons produkt–moment-korrelationer mellan IRI:s delskalor och DASS-21:s delskalor. Statistisk signifikans bedömdes med ett tvåsidigt alfa-värde på .05.

Resultat

Resultatavsnittet inleds med en redovisning av de psykometriska egenskaperna hos de använda mätinstrumenten. Därefter presenteras resultaten från korrelationsanalyserna som undersökte sambandet mellan empati och psykisk hälsa. Resultaten redovisas i tabellform och kompletteras med löpande text. För att undersöka antagandet om normalfördelning granskades variablernas fördelningar genom visuell inspektion av histogram samt genom värden på skevhet och kurtosis. Samtliga variabler uppvisade acceptabla avvikelser från normalfördelning, vilket bedömdes motivera användningen av Pearsons produkt–moment-korrelationer.

Deskriptiv statistik

Tabell 1 visar medelvärden och standardavvikelser för empati (IRI) och psykisk hälsa (DASS-21). Deltagarna uppvisade överlag måttliga nivåer av empati samt låga till måttliga nivåer av depression, ångest och stress.

Tabell 1

Medelvärden och standardavvikelser för empati (IRI) och psykisk hälsa (DASS-21)

Variabel	N	M	SD
Fantasi (FS)	45	2.11	0.54
Perspektivtagande (PT)	48	1.78	0.58
Empatisk omsorg (EC)	61	1.60	0.61
Personlig oro (PD)	43	1.88	0.61
Depression	77	0.51	0.45
Ångest	82	0.41	0.41
Stress	70	0.81	0.49

Not. FS = Fantasi, PT = Perspektivtagande, EC = Empatisk omsorg, PD = Personlig oro.

Korrelationer mellan empati och psykisk hälsa

Resultaten visade överlag svaga till måttliga samband mellan empati och psykisk ohälsa. Empatisk omsorg (EC) var inte signifikant relaterad till depression (r = .18, p = .217), men uppvisade ett signifikant positivt samband med ångest (r = .33, p = .017). Personlig oro (PD) uppvisade inga eller mycket svaga samband med depression, ångest och stress (r = −.00 till .12; se Tabell 2).

Tabell 2

Korrelationer mellan empati (IRI) och psykisk hälsa (DASS-21)

Variabel	FS	PT	EC	PD	Dep	Ång	Str
Fantasy (FS)	—						
Perspective Taking (PT)	.29	—					
Empathic Concern (EC)	.47**	.38*	—				
Personal Distress (PD)	.21	.89***	.35*	—			
Depression	.16	.14	.18	−.00	—		
Ångest	.25	.17	.33*	−.04	.64***	—	
Stress	.00	.13	.14	.12	.61***	.62***	—

Not. FS = Fantasy, PT = Perspective Taking, EC = Empathic Concern, PD = Personal Distress. *p < .05, **p < .01, ***p < .001. N = 100.

Hypotes 1: Samband mellan kognitiv empati och psykisk hälsa

Hypotes 1 formulerades som att kognitiva empatikomponenter, i form av perspektivtagande (PT) och fantasi (FS), skulle uppvisa svaga negativa samband med självrapporterade nivåer av depression, ångest och stress. Resultaten visade att varken perspektivtagande eller fantasi uppvisade några signifikanta samband med depression, ångest eller stress. Samtliga samband var svaga och icke-signifikanta (r = .00–.25, p > .05; se Tabell 2). Hypotes 1 fick därmed inte stöd.

Hypotes 2: Samband mellan personlig oro och psykisk hälsa

Hypotes 2 formulerades som att personlig oro (PD) skulle uppvisa positiva samband med självrapporterade nivåer av depression, ångest och stress. Resultaten visade att personlig oro inte uppvisade några signifikanta samband med depression, ångest eller stress. Samtliga samband var mycket svaga och icke-signifikanta (r = −.00–.12, p > .05; se Tabell 2). Hypotes 2 fick därmed inte stöd.

Hypotes 3: Samband mellan empatisk omsorg och psykisk hälsa

Hypotes 3 formulerades som att den affektiva empatikomponenten empatisk omsorg (EC) skulle uppvisa positiva samband med självrapporterade nivåer av depression, ångest och stress. Resultaten visade att empatisk omsorg uppvisade ett signifikant positivt samband med ångest, medan sambanden med depression och stress var svaga och icke-signifikanta (r = .18–.33, p < .05 för ångest, p > .05 för övriga samband; se Tabell 2). Hypotes 3 fick därmed delvis stöd.

Psykometriska egenskaper:

Tabell 3

Intern konsistens (Cronbach's α) för IRI –delskalor

Delskala	Antal items	Cronbach's α
Fantasy (FS)	7	**.55**
Perspective Taking (PT)	7	**.44**
Empathic Concern (EC)	7	**.55**
Personal Distress (PD)	7	**.58**

Not. Cronbach's α beräknades på transformerade items (0–3). Negativt formulerade items omvändskalades före beräkning av skalpoäng.

Reliabilitet för IRI-delskalor

Fantasi, perspektivtagande, empatisk omsorg och personlig oro uppvisade låg till måttlig intern konsistens, med Cronbach's α-värden mellan .44 och .58 (se Tabell 3). Samtliga delskalor inkluderades i vidare analyser trots de relativt låga reliabilitetsvärdena, då nivåerna bedömdes acceptabla i relation till antalet items per delskala och i linje med tidigare forskning på IRI i icke-kliniska populationer. Resultaten presenteras i Tabell 3.

Tabell 4

Intern konsistens för DASS-21:s delskalor

Delskala	Antal items	Cronbach's α
Depression	7	**.85**
Ångest	7	**.81**
Stress	7	**.86**

Not. Intern konsistens bedömd med Cronbachs alfa.

Intern konsistens (DASS-21)

Den interna konsistensen var god till mycket god för samtliga DASS-21-delskalor (se Tabell 4).

Diskussion

Syftet med föreliggande studie var att undersöka sambandet mellan empati och psykisk hälsa i en vuxenpopulation, med fokus på självrapporterade nivåer av depression, ångest och stress. Sammantaget gav resultaten inte fullt stöd för hypotesen om ett generellt skyddande samband mellan empati och psykisk hälsa, utan indikerade att vissa empatiska dimensioner snarare var associerade med ökad psykisk belastning. Dessa fynd understryker empati som ett komplext och mångdimensionellt fenomen, vars relation till psykisk hälsa inte kan förstås i entydigt positiva termer.

Sammanfattning och tolkning av huvudresultatet

Resultaten visade att de affektiva dimensionerna av empati i vissa fall var associerade med högre nivåer av psykisk belastning, medan de kognitiva dimensionerna uppvisade svaga eller inga samband med psykisk ohälsa. Resultaten visade överlag svaga till måttliga samband mellan empati och psykisk ohälsa. Affektiva dimensioner av empati, särskilt empatisk omsorg, uppvisade positiva samband med ångest, medan samband med depression och stress var svaga eller uteblev. Kognitiva aspekter av empati, såsom perspektivtagande, uppvisade genomgående svaga och icke-signifikanta samband med samtliga mått på psykisk ohälsa. Hypotesen om att högre grad av empati generellt skulle vara relaterad till lägre nivåer av depression, ångest och stress fick därmed endast begränsat empiriskt stöd. Hypotesen om positiva samband mellan personlig oro (PD) och psykisk ohälsa fick inte stöd i föreliggande data. H1 fick inte stöd, då perspektivtagande (PT) och fantasi (FS) uppvisade svaga och icke-signifikanta samband med depression, ångest och stress. H2 fick inte stöd, eftersom personlig oro (PD) uppvisade inga eller endast mycket svaga samband med DASS-21-delskalorna. H3 fick delvis stöd, då empatisk omsorg (EC) visade ett signifikant positivt samband med ångest, men inte med depression. Dessa resultat pekar på att empati inte nödvändigtvis fungerar som en generell skyddsfaktor för psykisk hälsa, utan att dess betydelse är beroende av vilken dimension av empati som beaktas. Detta ligger i linje med tidigare teoretiska resonemang som framhåller vikten av att särskilja mellan kognitiv och affektiv empati vid analys av psykologiska utfall (Hoffman, 1982; Håkansson, 2006; Yan et al., 2021).

Empati, emotionell reglering och psykisk hälsa

Att empati inte visade ett tydligt skyddande samband med psykisk hälsa står delvis i kontrast till forskning som framhållit empati som en resurs för socialt fungerande och emotionellt välbefinnande (Eisenberg, 2000; Taylor, 2000). En möjlig förklaring till denna diskrepans är att empati i sig inte är tillräcklig för att främja psykisk hälsa, utan att dess effekter är beroende av individens förmåga till emotionell reglering, copingstrategier och gränssättning. Batson (2009) beskriver empati som en central drivkraft bakom prosocialt beteende, men betonar samtidigt att empatisk involvering kan medföra en emotionell kostnad. Individer med hög empati kan i större utsträckning exponeras för andras lidande, vilket potentiellt kan bidra till ökad psykisk belastning. Detta kan särskilt gälla affektiva former av empati, där individen inte enbart förstår utan även delar andras känslomässiga upplevelser. De svaga sambanden mellan kognitiv empati och psykisk ohälsa i föreliggande studie kan tolkas som att perspektivtagande och förståelse för andra inte nödvändigtvis innebär samma emotionella belastning som affektiv empati. Detta stödjer antagandet att kognitiv empati kan vara mer adaptiv, då den möjliggör social förståelse utan att individen i samma utsträckning drabbas av emotionell överinvolvering (Hoffman, 1982; Johansson, 2004).

Affektiv empati som potentiell riskfaktor

De positiva sambanden mellan empatisk omsorg och ångest kan förstås i relation till forskning om empatitrötthet och emotionell överbelastning. Figley (1995) beskriver hur långvarig och intensiv empatisk exponering kan leda till emotionell utmattning och ökad sårbarhet för psykisk ohälsa. Även om detta fenomen främst studerats inom vård- och omsorgsyrken, indikerar resultaten i föreliggande studie att liknande mekanismer kan vara relevanta även i en generell vuxenpopulation. Kranke et al. (2020) har visat att emotionell involvering i andras lidande, särskilt i avsaknad av återhämtning och emotionella gränser, kan

bidra till ångestrelaterade symtom. Resultaten i denna studie kan tolkas i linje med dessa fynd, där affektiva dimensioner av empati snarare tycks vara kopplade till ökad psykisk belastning än till skyddande effekter. I föreliggande studie uppvisade personlig oro (PD) inga eller endast mycket svaga samband med depression, ångest och stress. Detta avviker från flera tidigare studier där PD ofta visat tydligare kopplingar till psykisk belastning. En möjlig tolkning är att sambandet mellan PD och psykisk ohälsa kan vara mer kontextberoende eller bero på urvalets sammansättning och mätosäkerhet. Det är också möjligt att den relativt låga reliabiliteten i vissa IRI-delskalor reducerade möjligheten att upptäcka samband.

Empiriska fynd i relation till tidigare forskning

Resultaten i föreliggande studie ligger delvis i linje med tidigare forskning genom att empatisk omsorg var positivt relaterad till ångest, men avviker från flera studier genom att personlig oro (PD) uppvisade inga eller endast mycket svaga samband med DASS-21:s delskalor. Flera studier har visat att personal distress är positivt associerad med både ångest, depression och generell psykologisk belastning, särskilt i icke-kliniska populationer (Kim et al., 2018; Tone & Tully, 2014; Yan et al., 2021). I den aktuella studien kunde dock ett sådant mönster inte bekräftas, då PD uppvisade inga eller endast mycket svaga samband med samtliga DASS-21-delskalor. Dessa fynd har tolkats som att stark emotionell reaktivitet inför andras lidande, utan tillräcklig emotionell reglering, kan bidra till ökad sårbarhet för psykisk ohälsa. I kontrast har kognitiva aspekter av empati, såsom perspektivtagande, i flera empiriska studier visat svaga eller inga samband med depressiva och ångestrelaterade symtom (Schreiter et al., 2013; Pittelkow et al., 2021). I vissa studier har kognitiv empati till och med associerats med bättre emotionell reglering och lägre nivåer av psykisk belastning (Smith et al., 2017). Dessa resultat stödjer antagandet att kognitiv empati kan möjliggöra social förståelse utan att individen i samma utsträckning påverkas av emotionell överbelastning. Den aktuella studiens resultat bidrar till denna forskningslinje genom att visa att empati inte utgör en enhetlig skyddsfaktor för psykisk hälsa, utan att dess relation till psykiskt välbefinnande är beroende av vilken empatiskt dimension som beaktas. I linje med tidigare forskning tycks affektiva empatikomponenter i större utsträckning vara associerade med psykisk belastning, medan kognitiva komponenter uppvisar mer neutrala samband. Detta understryker vikten av att särskilja mellan olika empatiska processer vid studier av empati och psykisk hälsa.

Metodologiska reflektioner och trovärdighet

Den interna konsistensen för IRI-delskalorna var låg till måttlig, vilket överensstämmer med tidigare studier som rapporterat varierande reliabilitet för instrumentets delskalor i icke-kliniska populationer (Coman et al., 1988). Denna begränsning kan ha reducerat studiens statistiska styrka och därmed möjligheten att identifiera starkare samband. Samtidigt valdes delskalorna att inkluderas i analyserna, då de har en etablerad teoretisk grund och har använts i tidigare forskning, trots kända reliabilitetsutmaningar (Davis, 1983; Håkansson, 2006; Schreiter et al., 2013). DASS-21 uppvisade god intern konsistens för samtliga delskalor, vilket stärker tillförlitligheten i mätningen av depression, ångest och stress (Lovibond & Lovibond, 1995). Användningen av självskattningsinstrument innebär dock en risk för svarsbias, vilket kan ha påverkat resultaten. Vidare begränsar studiens tvärsnittsdesign möjligheten att dra slutsatser om orsakssamband. Det är således oklart om empati påverkar psykisk hälsa, eller om individers psykiska mående påverkar hur empati upplevs och uttrycks.

Styrkor, begränsningar och framtida forskning

En central styrka i föreliggande studie är användningen av etablerade mätinstrument samt ett relativt stort urval för en kandidatuppsats. Studien bidrar även med ett nyanserat perspektiv genom att särskilja mellan olika dimensioner av empati, vilket möjliggör en mer komplex förståelse av empatis relation till psykisk hälsa. Samtidigt bör resultaten tolkas med försiktighet. Förutom metodologiska begränsningar relaterade till reliabilitet, design och urval, hade studien kunnat stärkas genom longitudinella upplägg eller kompletterande kvalitativa data. Framtida forskning bör undersöka hur faktorer såsom copingstrategier, emotionell reglering och socialt stöd modererar sambandet mellan empati och psykisk hälsa över tid. I föreliggande studie analyserades depression, ångest och stress under det övergripande begreppet psykisk ohälsa. Det är dock viktigt att betona att dessa tillstånd representerar delvis distinkta psykologiska fenomen med olika uttryck och mekanismer, trots att de ofta är korrelerade. Det är därför möjligt att empatiska dimensioner relaterar olika till depression, ångest och stress. Framtida forskning bör undersöka dessa utfall separat för att möjliggöra en mer nyanserad förståelse av empatis relation till psykisk hälsa.

Praktiska implikationer och betydelse för psykologin

Resultaten indikerar att empati inte entydigt bör betraktas som en skyddsfaktor för psykisk hälsa. Inom psykologisk praktik kan det därför vara viktigt att uppmärksamma vikten av emotionell gränssättning och självomsorg, särskilt hos individer med hög affektiv empati. Att stödja utvecklingen av adaptiva strategier för att hantera empatisk belastning kan bidra till att minska risken för psykisk ohälsa, utan att minska individens prosociala engagemang.

Slutsats

Föreliggande studie undersökte sambandet mellan empati och psykisk hälsa i en vuxenpopulation med fokus på självrapporterade nivåer av depression, ångest och stress. Resultaten visade att empati inte är entydigt relaterad till psykisk hälsa, utan att sambandet varierar beroende på vilken dimension av empati som beaktas. Affektiva aspekter av empati uppvisade ett mer blandat mönster, där empatisk omsorg visade ett positivt samband med ångest, medan samband med depression och stress var svaga eller uteblev. Kognitiva dimensioner av empati, såsom perspektivtagande och fantasi, uppvisade genomgående svaga och icke-signifikanta samband med samtliga mått på psykisk ohälsa. Sammantaget gav resultaten inte fullt stöd för hypotesen om empati som en generell skyddsfaktor för psykisk hälsa. I stället indikerar studien att empati kan fungera både som resurs och som potentiell riskfaktor, beroende på empatiska dimensioner. Dessa resultat understryker vikten av att särskilja mellan olika former av empati vid studier av psykisk hälsa.

Referenser

Batson, C. D. (2009). *Altruism in humans*. Oxford University Press.

Davis, M. H. (1983). *Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach*. Journal of Personality and Social Psychology, 44(1), 113–126. https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.113

Coman, G.J., Evans, B. J., & Stanley, R. O. (1988). Scores on the Interpersonal Reactivity.

Eisenberg, N. (2000). The development of prosocial behavior. *Trends in Cognitive Sciences,*

4(7), 278–285.
Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Brunner/Mazel.
Hoffman, M. L. (1982). Development of prosocial motivation: Empathy and guilt. *In N. Eisenberg (Ed.), The development of prosocial behavior* (pp. 281–313). Academic Press.
Håkansson, J. (2006). Empati: Att uppleva främmande upplevelser. *Filosofisk tidskrift, 4*, 8–26.
Johansson, M. (2004). *Empatisk förståelse: Från inlevelse till osjälviskhet*. Mediatryck.
Kim, Y., Lee, S., & Kim, J. (2018). Empathy and mental health: The role of emotion regulation. *Personality and Individual Differences, 130*, 102–107. https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.04.004
Kranke, A. M., Gin, S., Der-Martirosian, C., Weiss, D. S., & Dobalian, A. (2020). Compassion fatigue in healthcare workers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Nursing Scholarship, 52*(5), 518–528. https://doi.org/10.1111/jnu.12569
Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy, 33*(3), 335–343.
Pittelkow, M. M., Pedersen, S. S., Zachariae, R., & Mehlsen, M. (2021). Cognitive empathy and mental health outcomes: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 87,* 102031. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102031
Schreiter, S., Pijnenborg, G. H. M., & Aan Het Rot, M. (2013). Empathy in adults with clinical or subclinical depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders, 150*(1), 1–16. https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.03.009
Smith, K. E., Norman, G. J., & Decety, J. (2017). The neural basis of empathy and emotion regulation: Implications for mental health.
Social Cognitive and Affective Neuroscience, 12(6), 962–970. https://doi.org/10.1093/scan/nsx029
Taylor, S. E. (2000). *Health psychology* (5th ed.). McGraw-Hill.
Tone, E. B., & Tully, E. C. (2014). Empathy as a "risky strength": A multilevel examination of empathy and internalizing symptoms in early adolescence. *Development and Psychopathology, 26*(4 pt 2), 1547–1562. https://doi.org/10.1017/S0954579414001199
World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. World Health Organization.
Yan, Z., Zhang, H., & Wang, Y. (2021). Empathy and depression: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 295*, 702–712. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.08.083